MARÍA CRISTINA PÉREZ ESPARTERO
CÉSAR LUIS SANZ DE LA GARZA
ANTONIO ESCUDERO NAFS
(Editores)

VIOLENCIAS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

VIOLENCIAS
EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 71

María Cristina Pérez Espartero
César Luis Sanz de la Garza
Antonio Escudero Nafs
(Editores)

VIOLENCIAS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2025

© Los autores
© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2025



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN-PSM)
C/ Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.
https: //aen.es/

ISBN: 978-84-95287-41-0

Impresión: Gráficas Gutiérrez Martín
C/ Cobalto, 7. 47012 Valladolid

Colección Estudios n.º 71
Ilustración de la portada: Imagen creada por M. Cristina Pérez Espartero mediante IA.

Directora de la edición: Olga Villasante Armas

Índice

INTRODUCCIÓN 11

I. EL INFRAVALORADO CONCEPTO DEL MALTRATO INFANTIL; SU IMPACTO EN EL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. ABORDAJES CLÍNICOS SENSIBLES AL TRABAJO SOBRE LO TRAUMÁTICO EN ESTAS ETAPAS 15

Los conceptos de Maltrato en la Infancia y los retos para su abordaje interdisciplinar en la actualidad.
María Cristina Pérez Espartero, Vanesa Apellániz Martínez, María Serrano Villar, Ángel Reviriego Herranz 17

Trauma y Juego terapéutico.
Ángela de la Hoz Martínez 49

Reflexiones clínicas acerca de la victimización sexual infantil y sus efectos a lo largo del ciclo vital
Francisco González García 69

Depresión y experiencias traumáticas en la adolescencia. Pensando en modelos contextualizados a la atención ambulatoria pública.
María Cristina Pérez Espartero, Alberto Fernández Liria 83

Los hijos nos duelen. Transmisión transgeneracional del Trauma. El trabajo con las familias en un programa de tratamiento ambulatorio intensivo.
Nerea Vela Soriano 105

Implementación de un Grupo Psicoterapéutico Abierto de Reparación del Trauma en la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes del Hospital 12 de Octubre.
María José Ortega Cabrera, Laura Seseña Niño 123

Abordaje familiar a domicilio del impacto del trauma relacional: experiencia desde el modelo AMBIT.
Valentina Bruno, Manuel Gil Eliche Moreno, Anna Oriol Sánchez, Marta Montaner Ventosa 139

II. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA LEY ORGÁNICA 8/2021 DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA (LOPIVI): 2021-2025 157

La violencia en los menores de edad.
Jorge Fernández Caldevilla 159

Daños y traumas. La Psicología en la asistencia a menores en los procesos judiciales y la protección integral de la infancia y la adolescencia.
Mª Yolanda Martín Higarza, Yolanda Fontanil 181

La Parentalidad Positiva una aliada para la protección de Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito familiar.
María José Martínez Díaz 195

La Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI) en el ámbito educativo: entre el deseo y la realidad
María José Villaverde Aguilera 205

La Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI): Implicaciones en el ámbito sanitario (I).
Narcisa Palomino Urda, José Ignacio Pérez Candás, Ainhoa Zabaleta Rueda, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap 217

La Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI): Implicaciones en el ámbito sanitario (II).
José Ignacio Pérez Candás, Ignacio Valverde Benítez, Aitor San Martín Sagarzazu 237

La Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI) como herramienta ante la violencia a población atendida en los Servicios de Salud Mental Infantojuvenil.
César Luis Sanz de la Garza, Fátima Valencia Agudo 253

Principales aportaciones de la LOPIVI al Sistema de Protección de Menores del Principado de Asturias.
Marta del Arco Fernández 269

Análisis de la incidencia de la LOPIVI en el sistema de protección de menores: promoción de entornos seguros.
Antonia del Consuelo Fuentes Moreno 281

Prevención de la violencia en la infancia y adolescencia en riesgo social. Una experienia desde la Fundación Siloé de Asturias.
Pablo Puente Baldomar, Vanesa Arbiza Rubio 299

La Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI): buen trato y participación infantil.
Alejandro García García 309

III. EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (S)AP COMO PARADIGMA DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL HACIA NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y MADRES QUE LOS PROTEGEN 321

Introducción: ¿Qué es el Síndrome de Alienación Parental?
Débora Ávila Cantos, Adela Franzé Mudanó, María del Carmen Peñaranda Cólera, Marta Pérez Pérez 323

El uso del SAP y el patrón estructural de discriminación de las mujeres y las infancias.
Débora Ávila Cantos, Adela Franzé Mudanó, María del Carmen Peñaranda Cólera, Marta Pérez Pérez 337

El SAP en el contexto de denuncias por violencia sexual en el ámbito familiar: los testimonios e interés superior de niñas, niños y adolescentes.
Débora Ávila Cantos, Adela Franzé Mudanó, María del Carmen Peñaranda Cólera, Marta Pérez Pérez 361

La aplicación del Síndrome de Alienación Parental como forma de violencia institucional.
Débora Ávila Cantos, Adela Franzé Mudanó, María del Carmen Peñaranda Cólera, Marta Pérez Pérez 395

La falacia de la neutralidad de género en el síndrome de alienación parental (S)AP. El (S)AP como relato alternativo a la revelación por niñas, niños y adolescentes de posibles abusos sexuales intrafamiliares.
Antonio Escudero Nafs 421

El uso del síndrome de alienación parental (S)AP como protocolo coercitivo disuasorio y punitivo en respuesta a notificaciones de posible abuso sexual infantil intrafamiliar.
Antonio Escudero Nafs 451

Del estrés al trauma y otros impactos de la Violencia Institucional.
Iñaki Markez Alonso 483

Necesidad de terapia: violencia institucional ejercida hacia las víctimas y hacia las madres o autoridades apropiadas que intentan ayudar.
Yolanda Mozota García 503

INTRODUCCIÓN

Desde la Sección Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-PSM vemos la necesidad de plantear el abordaje de una temática central en la atención de la Infancia y la Adolescencia, las Violencias que se ejercen y siguen presentes en la actualidad sobre este sector de la población, para lo que es preciso dar visibilidad a este fenómeno que, lamentablemente, continúa estando poco filiado y escasamente representado en nuestra sociedad.

Para ello, vamos a introducir una primera sección, titulada «*El infravalorado concepto de Maltrato Infantil, su impacto en el desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Abordajes clínicos sensibles al trabajo sobre lo traumático en estas etapas*», en la que se va a plantear la dificultad para implementar una conceptualización clara sobre las diferentes formas de maltrato infantil, con especial complejidad para el maltrato psicológico. Esto supone que, en la actualidad, continúa habiendo dificultades para su identificación, y que se infravalora su prevalencia, con lo cual está bloqueada la posibilidad de intervención sobre el mismo en múltiples ocasiones. La invisibilidad de este fenómeno, y la imposibilidad de intervención sobre el mismo, van a dar lugar al desarrollo de psicopatología, no solo en menores, sino también en la vida adulta. Se aborda el complejo trabajo multidisciplinar para avanzar en la identificación del mismo, así como en las prioridades respecto a las intervenciones conjuntas con Servicios Sociales y Protección. Asimismo, se desarrolla a lo largo de diferentes capítulos, la intervención sobre este fenómeno desde el punto de vista clínico, en diferentes contextos asistenciales, y con diferentes enfoques conceptuales y técnicos, en los que se tiene en cuenta la dificultad inherente al tipo de maltrato, y también la prioridad según las posibilidades de representación del impacto traumático por parte del menor. Veremos como el juego es un elemento que permite la identificación e intervención con los niños más pequeños. También la idiosincrasia particular del abuso sexual infantil en su presentación clínica y en la intervención desde la perspectiva psicoanalítica. Plantearemos la intervención en la etapa adolescente desde varios contextos en los que puede emerger la representación de la huella traumática del maltrato: Centro de Salud Mental, Tratamiento ambulatorio intensivo, Unidad de hospitalización breve, Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID). Muchas de ellas tienen elementos comunes a nivel conceptual, ya que la teoría del Apego nos brinda un marco de comprensión sobre muchos aspectos del impacto de lo traumático a lo largo del desarrollo, y de características a tener en cuenta para la recuperación del mismo en nuevos contextos relacionales y terapéuticos. Se desarrolla cómo lo traumático implica una forma de relación con el mundo,

donde la sensación de amenaza y la vivencia de desconfianza de los contextos es un elemento que obliga a replantearse cambiar el foco sobre lo sintomático al desarrollo de elementos que generen seguridad, posibilidad de regulación emocional y mejoren la comunicación con el contexto.

La segunda sección titulada *«Cuatro años de experiencia con la Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI): 2021-2025»* aporta un recorrido desde el conocimiento y las experiencias de los distintos profesionales implicados en la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Este viaje experiencial comienza con la mirada de la Fiscalía de Menores de Asturias. El Fiscal Decano Delegado de Menores de Asturias resalta el rol esencial de la Fiscalía en la protección de los menores víctimas de violencia y la lucha contra la misma y considera esencial la prevención, basada en la educación y en la detección precoz de los factores que pueden incitar a la violencia. Asimismo, destaca como la justicia de menores puede funcionar eficazmente, pero cuando actúa, en base a la comisión de algún delito por el menor, se estaría en una fase que precisa su corrección, en algunos casos muy difícil al tener arraigados comportamientos disociales o violentos.

En el segundo artículo, profesionales de la Psicología Forense y Académica del Instituto de Medicina Legal de Asturias y la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo analizan como la exposición a experiencias que producen daños psicológicos en los niños, niñas y adolescentes (NNA) no queda resuelta cuando se visibilizan, a través de la notificación o la denuncia, debido a las situaciones de maltrato en las que se encuentran inmersos. Se describe como comienza otra etapa en la que los y las menores y sus acompañantes adultos se enfrentan a una serie de circunstancias novedosas, a menudo confusas y lamentablemente, en muchas ocasiones reforzadoras de algunos de estos daños o generadoras de nuevos malestares. Se destaca que estas dos últimas décadas han sido testigo de cómo los profesionales valoraban la participación de los y las menores en los procesos judiciales y señalan un lugar de mejora en el proceso de justicia.

En el tercer artículo una trabajadora social clínica de infancia y familia de Asturias aborda el ejercicio de la Parentalidad Positiva como medio para garantizar entornos familiares cálidos, seguros y protectores en sintonía con el objetivo de favorecer el buen trato en el entorno familiar que propugna la LOPIVI. Desde el ámbito escolar se recoge la experiencia de una orientadora educativa de un centro de educación secundaria de Asturias que realiza una reflexión profunda sobre el alcance de este nuevo marco normativo y de sus efectos, colocando el foco de atención en la titularidad de los derechos y en la prevención, creación de entornos seguros y el buen trato en el ámbito educativo y social.

En el ámbito sanitario se recogen las aportaciones desde la Pediatría Social y Comunitaria, y la Salud Mental Infantojuvenil. Pediatras del Grupo de Pediatría Social y Comunitaria de la Asociación Española de Pediatría de

Atención Primaria analizan los protocolos de actuación sanitaria y actividades preventivas en la lucha frente a la violencia en niños, niñas y adolescentes. Desde la Salud Mental, una psicóloga clínica y un psiquiatra infantil y de la adolescencia del Servicio Público del Principado de Asturias resaltan en su artículo la prioridad a la detección de situaciones de posible abuso, el deber de comunicación cualificado y la necesaria coordinación de una mayor coordinación con Servicios Sociales y con el Equipo Psicosocial Judicial. El ámbito de los Servicios Sociales viene representado por la Consejera y Letrada del Menor de Consejería de Derechos Sociales y Bienestar Social del Principado de Asturias. La Consejera muestra la repercusión que ha tenido la LOPIVI en el Sistema de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma y describe las acciones diseñadas para la formación de profesionales que atienden a NNA en las competencias que les atribuye la LOPIVI y para la implementación de las acciones de la Estrategia de erradicación de la violencia contra la infancia y la adolescencia. La Letrada del Menor aborda el estudio de los cambios legislativos en materia de infancia derivados de la aplicación de convenios internacionales ratificados por España y realiza un somero análisis sobre los entornos seguros en los que la persona menor de edad desarrolla su vida diaria.

El tercer sector de esta segunda sección queda representado por la colaboración de una fundación y una asociación dedicadas al cuidado y atención de colectivos de personas menores en situación de vulnerabilidad y exclusión. Profesionales de la Fundación Siloé Asturias realizan un resumen descriptivo de una experiencia destinada a la prevención de las violencias en niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo social: la actividad denominada Buenos Tratos, diseñada con el objetivo de promover actitudes prosociales basadas en una educación en valores que faciliten aprendizajes integradores y conductas solidarias y de autocuidado. Desde la Asociación Los Glayus de Asturias se abordan conceptos como el buen trato, la participación infantil y adolescente desde la simbólica a la real, la escucha suficiente y necesaria de los NNA y las contribuciones de la participación de los menores a la cultura del buen trato. En total la segunda sección queda conformada por once artículos de un extremado valor por la visión longitudinal, experiencial y crítica que dan de la LOPIVI.

La tercera sección, aborda la violencia desde instituciones, especialmente públicas, contra la Infancia y la Adolescencia. Se han activado varias leyes para la protección de la Infancia y Adolescencia en nuestro país, de las que son actores fundamentales las instituciones públicas y sus profesionales; genera profundo desconcierto que desde las instituciones que deben velar sobre esta protección, por el contrario, actúen en perjuicio de este principio. Son claras disfunciones, no ya solo por omisión, sino con una evidente finalidad de naturalización. Estos últimos capítulos no son ningún ejercicio acusatorio sobre las grandes «Instituciones» del estado o de sus comunidades. Se trata, la mayoría de las veces, de malas prácticas circunscritas a determinados dispositivos y por parte de determinados equipos institucionales. Esto no minimiza

su impacto, pues existen dispositivos y equipos que prestan atención a áreas poblacionales con decenas de miles de personas de población infanto-juvenil.

El planteamiento, fue originalmente más ambicioso, pues intentaba abarcar diversos tipos de instituciones que, desnaturalizando su finalidad original, ejercen violencia traumática en Infancia y Adolescencia. Por tales, hablamos de las funciones en los campos de lo Social, de la Educación, la Sanidad (incluyendo Salud Mental) y de la Justicia, enfocándolo en el principal «paradigma de la violencia institucional», a nivel mundial. Ésta se ejerce, desde muchos juzgados, contra niños, niñas, adolescentes y «madres protectoras». Se trata de la aplicación de las medidas de la «teoría de la amenaza» protocolizadas en el síndrome de Gardner de alienación parental (SAP), o en sus múltiples eufemismos. Así, como una perversión de sentido del concepto original y académico de Alienación Parental, enunciada ahora como equivalente al SAP, pero que aparece bajo muchas más denominaciones como, «madre maliciosa», «interferencias parentales» o, desde nuevos conceptos de formulación bizarra, como el «*Golden Uterus Syndrome*» o «*Golden Uterus Complex*». Lo dramático es que, estas creaciones morfo-sintácticas (cuya semántica carece de sentido), reproducen un argumentario construido a partir de la tercera dimensión del lenguaje, la pragmática dirigida a aplicar medidas judiciales.

No es un problema menor, en tanto que, como uno solo de los ejemplos, desde la Comisión de Derechos Humanos de la ONU se ha interpelado varias veces a este estado por su uso, comprobado, desde diversos juzgados españoles. Es paradójico, que se sigan dictando sentencias con base a las medidas del SAP, ante la LOPIVI, que explícitamente prohíbe su uso; o las distintas Guías para jueces del propio Consejo del Poder Judicial que exhortan a su abandono. El creciente uso de «parentalidad» asociado al SAP, para otorgarle un sentido más «correcto» de neutralidad de género, es un falseamiento intencionado. El SAP se dirige, para aquello para lo que se creó, tabú patriarcal del abuso sexual infantil intrafamiliar y la criminalización contra hijos, hijas y madres «protectoras». Pero, aunque fuera cierta esa supuesta neutralidad, se solicita que a los jueces y juezas que erradiquen su uso, porque intrínsecamente es una práctica violenta que daña la psicoevolución y el desarrollo humano.

I.
EL INFRAVALORADO CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL; SU IMPACTO EN EL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. ABORDAJES CLÍNICOS SENSIBLES AL TRABAJO SOBRE LO TRAUMÁTICO EN ESTAS ETAPAS

LOS CONCEPTOS DE MALTRATO EN LA INFANCIA Y LOS RETOS PARA SU ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA ACTUALIDAD

ON THE CONCEPTS OF CHILDHOOD ABUSE AND THE CHALLENGES OF ITS INTERDISCIPLINARY APPROACH TODAY

María Cristina Pérez Espartero
Doctora en Psiquiatría. Psiquiatra, Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia. CSM Puerta de Madrid, Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)
cpereze@salud.madrid.org

Vanesa Apellániz Martínez
Psicóloga Clínica. CSM Getafe, programa infanto-juvenil.
vanesa.apellaniz@salud.madrid.org

María Serrano Villar
Doctora en Psicología clínica. Psicóloga clínica infanto-juvenil y perinatal
Hospital Universitario de Getafe
mserranovillar@salud.madrid.org

Ángel Reviriego Herranz
Trabajador Social Sanitario CSM Getafe, Hospital Universitario de Getafe
angel.reviriego@salud.madrid.org

Resumen: El maltrato en la infancia es un constructo que se ha ido articulando desde los años 60, siendo inicialmente el maltrato físico el objetivo, tanto a nivel de detección como de intervención desde los organismos de Protección de la Infancia. El maltrato psicológico constituye una de las tipologías de desprotección infantil que mayores dificultades presenta para su identificación, evaluación y abordaje. En este artículo se abordan las diferentes definiciones que se han ido aportando, y la dificultad para la evaluación del mismo desde diferentes ámbitos debido a la falta de consenso, por lo que en la actualidad está infravalorada su prevalencia. Se realiza una propuesta de evaluación para mejorar su detección, más completa, incidiendo en la entrevista con los menores. También se abordan los dilemas en relación a la intervención multidisciplinar, tanto desde el ámbito clínico como desde las instancias de Protección del menor.

Palabras claves: Abuso infantil; maltrato infantil; maltrato emocional.

Abstract: Child Abuse is a construct that has been articulated since the 1960s, with Physical Abuse initially being the objective, both at the level of detection and intervention from Child Protection agencies. Psychological abuse is one of the types of child neglect that presents the greatest difficulties for its identification, evaluation and approach. This article addresses the different definitions that have been provided, and the difficulty in evaluating it from different areas due to the lack of consensus, which is why its prevalence is currently underestimated. A proposal is made for an evaluation to improve its detection, more completely, focusing on the interview with minors. The dilemmas in relation to multidisciplinary intervention are also addressed, both from the clinical field and from the child protection agencies.

Key words: Child abuse; Child maltreatment; Emotional maltreatment.

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA A LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA

En la literatura científica es relativamente reciente la consideración del maltrato a la infancia como un aspecto en el que intervenir. A través de su descriptor «child abuse» en Pubmed, vemos que en la década de 1940 a 1950, no hay ningún artículo que abordara el «abuso», más allá del consumo de sustancias (de tipo farmacológico) de forma inapropiada. En la década de 1950 a 1960, se encuentran 14 artículos. Entre ellos se nombra Primer Congreso Internacional sobre los problemas del abandono infantil, y se empieza a abordar de forma conceptual, lo que denominan «Niños Maltratados/Abandonados/Descuidados», sobre todo como objeto de estudio forense.

De 1960 a 1970 (352 artículos), se comienza a citar La Ley del Niño Maltratado, y a abordar la dificultad presente para la intervención, ante sospecha de maltrato físico «Las vías descritas hasta ahora para obtener ayuda para el niño son lentas y engorrosas, no son generalmente conocidas, y sólo se utilizan de mala gana. Mientras tanto muchos niños que ingresan en hospitales en un estado precario son devueltos a los hogares en los que adquirieron sus problemas, en gran medida porque ante las vagas sospechas que despertaba su estado, no se ha actuado con eficacia. No existen estadísticas fiables sobre la incidencia del maltrato infantil, ni siquiera del grado severo que resulta en hospitalización, porque la condición no está codificada ni registrada en registros médicos, incluso en los relativamente pocos casos en los cuales el médico se da cuenta de que los problemas del niño fueron inducidos por los padres….En las diversas conferencias de médicos, jueces y trabajadores sociales patrocinadas por la Oficina Federal de la Infancia en 1962, para discutir el problema del Niño Maltratado, se recomendó que se debería exigir a los médicos y hospitales la denuncia de casos sospechosos de abuso infantil. Para ser efectiva, esta recomendación requeriría la promulgación de leyes que

salvaguarden los derechos del médico o institución que reporta el caso, así como prever agencias apropiadas para investigar los informes, hacer recomendaciones y ejecutar los planes establecidos» (1). Este Síndrome del Niño/Bebé Maltratado se centra en hallazgos somáticos, sobre todo de tipo radiológico, que comienzan a observarse en las series de casos que se empiezan a registrar en el ámbito de la urgencia hospitalaria (2-6). El maltrato infantil desde el punto de vista psiquiátrico-forense (7), es un tema que comienza a aparecer a nivel conceptual, pero escasamente operativizado.

En la década de 1970 a 1980, comienza un aumento exponencial del número de artículos (1838), en los que se desarrolla el concepto ampliamente, incluyendo líneas de actuación desde el punto de vista de la protección «la comunidad médica debería insistir en que un informe de este tipo conduzca a una intervención rápida diseñada para proteger al niño. Se trata de una tarea difícil, pero el marco para una intervención exitosa ha sido delineado con claridad. Retirar a un niño de una familia para ponerlo en un hogar de acogida a largo plazo, a veces indefinido, no es lo mejor para la familia ni para el niño; y es muy costoso para la sociedad. El diagnóstico de abuso infantil debería dar lugar a una intervención rápida y humana, quizás un breve período de separación y un apoyo coordinado y organizado para las familias que permita el regreso seguro del niño a su hogar. Una alternativa para una minoría de casos es la terminación de los derechos parentales que conduzca a una adopción temprana o a la tutela legal cuando esté claro que no se puede lograr la reunificación familiar» (8). También se comienzan a abordar los efectos del maltrato emocional en el desarrollo de los niños (9, 10). En 1979 se celebra el día internacional del Niño y se dedica espacio a exponer la necesidad del desarrollo de esta cuestión (11).

Entre 1980 y 1990, continúa el aumento exponencial (51.157), y se comienza a plantear la cuestión del maltrato infantil como un problema a nivel internacional «La investigación intercultural también revela que ciertas categorías de niños, como aquellos con mala salud, mujeres, niños no deseados y aquellos nacidos en circunstancias difíciles o con rasgos desacreditados o en condiciones de rápido cambio socioeconómico, son más vulnerables al maltrato en muchos países» (12). Publicaciones como British Medical Journal comienzan a plantear la necesidad de conocer este fenómeno y generan artículos con formato más divulgativo sobre diferentes cuestiones sobre el maltrato infantil, tipo «el ABC» (13-26). Se comienza a plantear la relevancia de su abordaje como fenómeno transgeneracional y generador de psicopatología (27).

De 1990 al 2000, casi se duplica el número de artículos (9.859). Se aborda que han aumentado las denuncias de maltrato infantil (en E.E.U.U., entre 1985 y 1993, hubo un aumento del 50 por ciento) (28). Se publican revisiones sistemáticas, en las que se señala la necesidad de estudios de investigación en relación a la prevención, ya que hasta ese momento han sido escasos, con el objetivo de centrarse en la comprensión de los factores que conducen a resultados resilientes y en la evaluación de la eficacia de las estrategias de

tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico (29). También se señalan los obstáculos para implementar políticas que se basen en la investigación y conocimiento, subrayando las dificultades para una mayor integración entre los sistemas de Bienestar Infantil y de Salud Mental, el sistema legal y la comunidad de investigación (30).

Entre los años 2000 y 2010 ya tenemos 13.030 artículos, y han aumentado las revisiones sobre el tema, siendo sus objetivos el análisis de factores de riesgo (31), la prevalencia en poblaciones (32), la relación con psicopatología en la vida adulta (33) y la psicopatología en la infancia y adolescencia (34). Por otro lado, surgen nuevas investigaciones que relacionan el abuso infantil con otros factores, como los resultados ante tratamientos médicos, o repercusiones en el funcionamiento orgánico (35, 36), y también meta-análisis que plantean valorar la experiencia, a nivel cualitativo, de los supervivientes en el proceso de recuperación (37). Se empiezan a establecer revisiones Cochrane sobre las medidas de protección (centros de acogida frente a acogida familiar), tanto en esta década (38), como posteriormente (39).

De 2010 a 2020 encontramos 21.014 artículos, contando ya con 2098 revisiones y 303 meta-análisis. El objetivo de esta introducción no es abordar todas ellas, pero sí señalar que en muchas de estas revisiones se siguen analizando, no solo factores de riesgo, sino el desarrollo a lo largo de la vida de diferentes problemas de Salud Mental, incluida la psicosis (40, 41). Se profundiza en las características de los perpetradores, tanto del ámbito familiar como extrafamiliar (42). También se abordan las dificultades a nivel de la evaluación forense para facilitar el testimonio, a pesar de instrumentos estandarizados con dicho objetivo, por el temor del menor a realizar el mismo, entre otros factores (43,44). Está cada vez más presente la Teoría del apego en relación a evaluar los estilos de crianza disfuncionales (45). Se amplía el análisis hacia la gestión de las instituciones del mismo(46). Se profundiza sobre el impacto de estas experiencias a nivel neuroendocrino (47) y también a nivel epigenético (48).

De 2020 a inicios de 2024 nos encontramos con 11.085 artículos, en los que hay 1.058 revisiones. Se abordan de forma más específica las secuelas en el funcionamiento cerebral del maltrato emocional (49). Probablemente a nadie sorprenda que en el año 2020, en plena pandemia COVID 19, se alcanzara el máximo histórico de publicaciones, 3.181, tanto por la alerta de los profesionales sobre la necesidad de incrementar la vigilancia sobre situaciones de maltrato (50, 51), como por la aparición de un aumento del maltrato (52, 53).Y ya en los últimos años, incluso se han realizado revisiones sobre si las Inteligencias Artificiales podrían ayudar en la detección y valoración de situaciones de maltrato, pero de momento los resultados son inciertos (54), así que parece que tendremos que seguir enfrentándonos a cómo mejorar nuestra labor de detección y trabajo interdisciplinar, lo cual se expone continuación en el desarrollo del artículo, para no seguir anclados en la situación descrita en el citado artículo de los años 60 (1), que lamentablemente continúa presente, en la actualidad, en muchos casos.

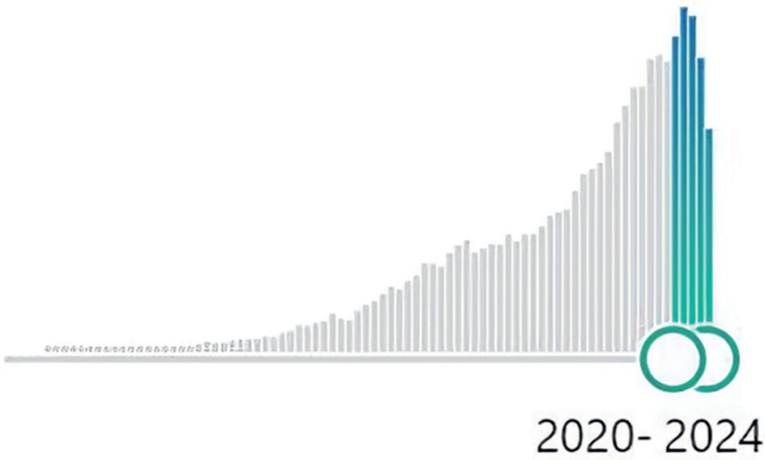


Figura 1. *Evolución de publicaciones de Abuso infantil «Child Abuse», en Pubmed*

2. DEFINICIÓN DE MALTRATO EMOCIONAL:

Como se ha señalado en la introducción, el maltrato psicológico constituye una de las tipologías de desprotección infantil que mayores dificultades presenta para su identificación, evaluación y abordaje. De hecho, no ha sido reconocido como una forma específica de maltrato hasta hace apenas unas décadas (55) . Parte de esta dificultad tiene que ver con los problemas inherentes a su propia definición. Se han utilizado diferentes conceptos, de manera indistinta, lo que ha podido contribuir aumentar la confusión en torno a la definición y operativización del constructo: maltrato emocional, negligencia emocional, abuso emocional, abuso psicológico o maltrato psicológico.

Algunas de las definiciones más consensuadas de maltrato psicológico serían, según la traducción de Arruabarrena (56), las de *La Asociación Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia Infantil* que define el maltrato psicológico como: «el fracaso en proporcionar al niño un entorno evolutivamente apropiado y de apoyo, incluyendo la disponibilidad de una figura primaria de apego, de forma que pueda desarrollar un conjunto estable y completo de competencias emocionales y sociales que corresponden con sus potencialidades personales en el contexto de la sociedad en la que vive» (57). En la misma línea de consenso encontramos, según también la traducción de Arruabarrena, M (56), la definición de la *Asociación Profesional Americana sobre el Abuso Infantil* que define el maltrato psicológico como «un patrón repetido o un incidente/s extremo/s de rechazo, aterrorizar, aislamiento, explotación/

corrupción, ignorar y/o negligencia hacia la salud mental/médica/educativa del niño. Tales conductas transmiten al niño el mensaje de ser inútil, defectuoso, no querido, estar en peligro, o sólo valioso en la medida en que satisface las necesidades de otro» (58).

Si bien estas definiciones gozan de una amplia aceptación, profesionales e investigadores necesitan definiciones más operativas y precisas, y es aquí donde se presentan las dificultades (59). Tal y como afirman, en 2011, Baker y Festinger «ningún escrito que trata sobre el maltrato psicológico puede escapar al comentario de la falta de consenso sobre su definición» (60). Otro elemento que complejiza notablemente la detección y definición del maltrato emocional es la intencionalidad, ya que, a diferencia del maltrato físico o el abuso sexual, en el maltrato psicológico la intencionalidad es menos clara.

Un elemento que puede ayudar a la comprensión desde un punto de vista clínico del problema del maltrato psicológico es acercarnos a su definición desde una perspectiva del vínculo afectivo. Desde este punto de vista, podríamos considerar el maltrato emocional o psicológico como el que se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico (61). Esta definición nos orienta a considerar que, al evaluar situaciones para detectar la existencia de maltrato emocional, no sólo debemos centrarnos en las conductas realizadas por los adultos, sino también en el efecto que éstas tienen sobre el menor y el significado que adquieren en el contexto de la relación de cuidados. El significado de dichas conductas queda atravesado por la peculiaridad de la relación progenitor-menor en la que se da una asimetría por la situación de dependencia del menor. En esta línea, Glaser (62) y Stoltenborgh (55) también defienden que el maltrato emocional suele implicar un patrón relacional negativo e inadaptativo entre el cuidador y el niño. Una de las primeras y aún hoy en día más citadas propuestas de definición operativa del maltrato psicológico es la realizada por la Asociación Profesional Americana sobre el Abuso Infantil (58), que diferencia seis categorías o formas de maltrato psicológico:

1. *Rechazar.*–Rechazo/degradación hostil; incluye actos verbales y no verbales del adulto que rechazan y degradan al niño–.
2. *Aterrorizar.*–Amenazar al niño con sufrir un daño físico, morir, ser abandonado, o dejarle a él o a sus seres/objetos queridos en situaciones claramente peligrosas–.
3. *Aislar.*–Negar al niño de forma continuada oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar/comunicarse con iguales o adultos dentro y fuera del entorno familiar–.
4. *Explotación/corrupción.*–Fomentar el desarrollo de conductas inapropiadas en el niño, por ejemplo, conductas autodestructivas, antisociales, delictivas, desviadas u otras conductas desadaptadas–.

5. *Ignorar.*–Ausencia de responsividad emocional; ignorar los intentos y necesidades del niño de interactuar –fracaso en expresarle afecto, protección y amor y no mostrar emoción alguna en la interacción con él–.
6. *Negligencia hacia la salud mental/médica/educativa.*–Actos injustificados que ignoran, no permiten o fracasan en proporcionar el tratamiento requerido para los problemas o necesidades de salud mental, médicas o educativas del niño–.

Considerando las consecuencias que estas conductas tienen en el niño, Brassard y Donovan (59) presentan una revisión de las investigaciones realizadas en relación al impacto en el niño de las cinco primeras formas de maltrato psicológico definidas por la Asociación Profesional Americana sobre el Abuso Infantil. Sus conclusiones indican que hay una fuerte evidencia empírica sobre el impacto negativo de las dos primeras (rechazar y aterrorizar), una fuerte evidencia empírica también en relación a la quinta forma de maltrato psicológico (ignorar) –especialmente cuando se produce a edades tempranas y el padre/madre maltratante es la única fuente de estimulación del niño–, y evidencias limitadas en relación al impacto que tiene en los niños las formas de aislar y explotar/corromper por la escasez de investigaciones al respecto.

Es también interesante la propuesta de Escudero (61)que enriquece las tipologías anteriores con otros tipos de maltrato psicológico que frecuentemente se encuentran en las consultas clínicas:

- Castigos excesivos.
- Utilización del niño como vehículo de reproches en situación de separación (descalificaciones mutuas entre los padres, ignorando el sufrimiento del niño).
- Depositar en el niño de responsabilidades excesivas para su edad.
- Aislamiento del niño por traslados frecuentes de domicilio o localidad.
- Clima de violencia cotidiana entre los padres.
- Utilización inadecuada del niño como objeto de gratificación (uno de los padres mantiene a su hijo excesivamente apegado a él, sin permitir la autonomía necesaria para su independencia afectiva).

A los tipos anteriormente mencionados sería interesante añadir la negligencia en el cuidado psicoafectivo, que consistiría en ausencia parcial o total o respuestas congruentes a los intentos de interacción afectiva del niño con su cuidador/a primario/a. Resulta muy clarificadora la propuesta de Tonmyr, Draca, Crain, & MacMillian (63) en la que plantean que, en el caso de la infancia, el maltrato psicológico tiene dos formas de presentación posibles en función de que se exprese de manera activa o pasiva, siendo también posible la combinación de ambas:

- *Activo (actos de comisión)*: humillar, castigos excesivos, aterrorizar, rechazar, degradar (equivalente a abuso emocional).
- *Pasivo (abuso por omisión)*: abandono físico, negligencia y carencia afectiva (equivalente a negligencia emocional).

Autores como Barudy (64), mantienen este tipo de diferenciación entre el carácter activo o pasivo del maltrato. Además, este autor subraya la importancia de considerar la dimensión de la invisibilidad del maltrato. Así, desde su punto de vista, el maltrato psicológico es un maltrato activo en el que el niño es agredido a través de palabras que lo humillan, denigran o rechazan. A pesar de su carácter activo es un maltrato que puede generar un gran daño emocional por su invisibilidad en el sentido de que es difícil para la víctima reconocerse como tal y las posibilidades de detección son escasas debido a la falta de evidencias o marcas corporales. Siguiendo a este mismo autor, la negligencia sería un maltrato pasivo donde el problema tiene que ver con la omisión de los actos necesarios por parte de los adultos para satisfacer las necesidades de los niños o para evitarles sufrimientos.

3. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO SOBRE LA SALUD MENTAL DEL MENOR

La otra cara de la moneda en la definición del maltrato psicológico infantil es el efecto o consecuencias sobre la salud mental del menor. El maltrato psicológico/emocional, además de ser relativamente frecuente, genera un impacto negativo en el desarrollo de los niños (65, 66). Los síntomas que se pueden presentar en el niño y adolescente no son específicos, ya que se pueden dar en otro tipo de situaciones maltratantes. Estos síntomas no específicos debemos tomarlos como señales de alarma o índices a considerar, pero no como síntomas inequívocos (61). Recientes estudios identifican el maltrato infantil como un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad mental durante la infancia y adultez (66, 67). Durante la infancia, se ha descrito específicamente cómo el maltrato psicológico está relacionado con presentar síntomas depresivos y afectivos, baja autoestima, intentos de suicidio, estilo de apego inseguro, trastornos de conducta, hiperactividad, psicopatía y conductas delictivas, problemas académicos, trastornos de ansiedad, trastornos psicosomáticos de repetición, trastornos en control de esfínteres, síntomas psicóticos, detención o retraso en el crecimiento o en cualquier área de desarrollo, y cambios en la corteza cerebral (volumen reducido) (68–70). Otros estudios afirman que si la situación de maltrato emocional se perpetúa en el tiempo, se podría comprometer el desarrollo de la personalidad del niño hasta configurarse un funcionamiento compatible con un trastorno de personalidad tipo límite en la etapa adulta (71). Dada la gran variedad de síntomas que pueden presentarse y la falta de especificidad de los mismos, se tendrá que

llevar a cabo una valoración amplia, teniendo en cuenta que las situaciones de maltrato, violencia o abuso son un factor de alto riesgo para la aparición de síntomas psicopatológicos en los niños y adolescentes.

En 1991, la psiquiatra Leonore Terr propuso distinguir dos tipos de trastorno de estrés postraumático en la infancia: el subtipo 1 (TEPT) estaría causado por un trauma repentino único, y el subtipo 2 sería efecto de *traumas múltiples y crónicos* como el *abuso sexual o físico.* El subtipo 2 sería el llamado 'trastorno por estrés postraumático complejo' (TEPTC), constituiría una forma más grave y llevaría asociado síntomas de tristeza, negación y entumecimiento, disociación y rabia. Esta categoría diagnóstica tendría elementos en común con otros trastornos mentales tales como el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de somatización y el trastorno de identidad disociativo. Las personas que padecerían TETC presentarían con frecuencia una historia de victimización en la infancia por parte de sus padres o cuidadores primarios. Por tanto, sus patrones de vinculación afectiva estarían distorsionados impidiendo la construcción de unas bases sólidas en las que poder desarrollar un funcionamiento adecuado de personalidad (72). Las personas adultas pueden desarrollar síntomas compatibles con trauma complejo, como en los casos de mujeres sometidas a maltrato y violencia de género. Sin embargo, el desarrollo de sintomatología postraumática compleja es más probable cuando hay antecedentes de violencia física, sexual o afectiva en la infancia.

La categoría de 'trastorno de estrés postraumático complejo' fue propuesta para ser incluida en el manual DSM-5 de la Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos (73). Sin embargo, no fue incluida como diagnóstico. Por otro lado, la CIE 11 sí incluyó el trastorno de estrés postraumático complejo –TEPT complejo [6B41]– como una entidad diagnóstica distinta del trastorno de estrés postraumático (74) siendo el primer criterio diagnóstico el siguiente: *«Exposición: Ha experimentado o sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos durante al menos un año comenzando en la infancia/adolescencia temprana, incluyendo: A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal. A.2. Disrupciones significativas en cuidados básicos como resultado de cambios repetidos o separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente».*

En conclusión, podríamos establecer que el maltrato psicológico genera un estrés o dolor psíquico en el menor que puede conducir a síntomas de distinta índole clínica. Estos síntomas son de distinta gravedad y cualidad fenomenológica. Probablemente la aparición de unos u otros dependerá de la frecuencia, mantenimiento en el tiempo, intensidad, coexistencia con otras variables estresantes y otros factores constitucionales o de afrontamiento del propio niño. Dada la diversidad de síntomas que pueden derivarse del maltrato emocional, una primera conclusión que podemos establecer es que, ante la presencia de síntomas clínicos, *la exploración y evaluación del maltrato debe ser una parte indispensable de toda evaluación clínica infanto-juvenil.*

4. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

4.1. *DSM-IV y CIE-10*

El DSM-IV-TR(75) hace referencia en la categoría de «*Problemas de relación* a los *Problemas paterno-filiales»* (Z63.8), señalando que «esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de relación entre padres e hijos (p.ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos» (p. 823). En el epígrafe *Problemas relacionados con el abuso o la negligencia,* el DSM-IV-TR se refiere al «*abuso físico»* (T74.1), al «*abuso sexual»* (T74.2) o a la «*negligencia»* (T74.0) hacia el niño. Como puede apreciarse la propuesta del DSM-IV-TR es un avance respecto a las versiones anteriores, pero todavía muy insuficiente ya que no incluye el maltrato o abuso psicológico y considera la «disciplina inadecuada» como un problema de la relación padres-hijos.

Por su parte, la CIE-10 (76) incluye en «*Otros procesos frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento»* situaciones como: «*Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia»* (Z61.2), «*Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez»* (Z61.3), «*Experiencias personales atemorizantes en la niñez»* (Z61.7), «*Sobreprotección parental»* (Z62.1), «*Hostigamiento y acusación de culpabilidad al niño»* (Z62.3), «*Abandono emocional del niño»* (Z62.4), y «*Presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la crianza»* (Z62.6). En el caso de la CIE-10 también parece una propuesta incompleta y poco útil para la práctica clínica ya que no proporciona criterios para el diagnóstico de este tipo de situaciones.

4.2. *DSM-5 y CIE-11*

Tanto las últimas versiones del DSM y de la CIE han hecho un esfuerzo por mejorar la definición del maltrato infantil y sus diferentes categorías ya que, como se ha visto más arriba, en las versiones anteriores no se proporcionaban criterios para la codificación de esta problemática. En el DSM-5 (73), el maltrato infantil y sus distintas categorías («*maltrato físico», «abuso sexual», «negligencia»* y «*maltrato psicológico»*) se encuentran recogidas dentro de la sección 2 (criterios diagnósticos y códigos), donde se ha creado una sección específica para atender «*Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».* Un avance importante que incorpora el DSM-5 es la inclusión de la «*negligencia»* y el «*maltrato psicológico»* como categorías de maltrato infantil.

Dentro de los códigos V («*Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica»)* se identifica, entre otros, el «*maltrato, abuso y negligencia*» y se codifica el *«maltrato infantil y problemas de negligencia»* de manera específica. En este

epígrafe se diferencian el «*maltrato físico infantil* «(V995.54), el «*abuso sexual infantil*» (V995.53), la «*negligencia infantil* «(V995.52) y el «*maltrato psicológico infantil*» (V995.51) definiendo este último de la siguiente manera: *«el maltrato psicológico infantil consiste en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño. (En esta categoría no se incluye el maltrato físico ni los abusos sexuales). Entre los ejemplos de maltrato psicológico infantil cabe citar amonestar, menospreciar o humillar al niño, amenazarlo, quitarle o hacerle abandonar—o decirle que le van a quitar o hacer abandonar—a personas o cosas que el niño quiere, recluirlo (por ejemplo atándolo de pies o de manos, o atándolo a un mueble o a cualquier otro objeto, o encerrarlo en un espacio demasiado pequeño [p. ej. en un excusado]), convertirlo en chivo expiatorio, obligarlo a autolesionase y aplicarle una disciplina excesiva (por ejemplo con una frecuencia o duración extremadamente elevadas, incluso sin llegar al nivel de maltrato físico) con medios físicos o no físicos)».*

La nueva propuesta del DSM-5 merece una reflexión sobre algunos de sus aspectos. Es satisfactorio y constituye una herramienta más que contribuye al objetivo de protección del menor, la posibilidad de incorporar los códigos concretos correspondientes para la negligencia y el maltrato psicológico como situaciones que pueden ser objeto de atención clínica (se entiende que por sus repercusiones negativas en la salud mental de los menores). Sin embargo, resultan llamativos algunos aspectos como categorizar el «*atar a un niño de pies o de manos*» como maltrato psicológico y no físico. Esto respondería al hecho de que en la definición propuesta del maltrato físico infantil que se recoge en el DSM-5, se requiere necesariamente que el menor presente una lesión física no accidental para poder codificar maltrato físico («*puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandearlo, empujarlo, apuñalarlo, ahogarlo, pegarle, quemarlo, o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador, o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el niño*»).

Según la definición propuesta *«la disciplina física como una zurra o una bofetada no se considera maltrato (físico) mientras sea razonable y no provoque ninguna lesión física al niño».* Vemos en esta definición un problema importante ya que el término «razonable» es subjetivo y no constituiría un criterio claro y universalmente aceptable. Lo que una persona puede considerar razonable, otra puede verlo como excesivo o abusivo. Esta ambigüedad abre la puerta a interpretaciones individuales que podrían justificar comportamientos potencialmente dañinos bajo la premisa de la disciplina. Esta crítica quedaría avalada por la literatura científica sobre el impacto del castigo físico, ya que la mayoría de estudios empíricos realizados al respecto establecen el castigo físico como un factor de riesgo para la salud mental y física de los niños (66). Así, el hablar de «disciplina razonable» no debería incluir la violencia física en ninguna forma (independientemente de si deja marcas físicas o no). Promover la idea de que algunas formas de violencia física son aceptables bajo ciertas condiciones podría perpetuar una cultura de violencia, que conduciría

a favorecer la normalización de estas prácticas educativas de riesgo para el adecuado desarrollo físico y mental de los niños. Por estos motivos, consideramos que la definición del DSM-5 requeriría una pronta revisión para eliminar la ambigüedad y asegurar que ninguna forma de violencia física sea aceptada como un método disciplinario adecuado. Si hacemos el símil con otra forma de violencia asimétrica como es la violencia de género, una torta o bofetón sí sería conceptualizado como violencia física. El valor de la señal física que dejaría la agresión sería importante desde el punto de vista judicial como una posible prueba. Es decir, una agresión que no deja marca es más difícil de probar judicialmente pero no por ello pierde el significado de agresión. Este aspecto nos parece fundamental por el valor simbólico que tiene para la víctima y el papel que estos aspectos tienen en el impacto, y posible cronificación, de la experiencia potencialmente traumática.

En la CIE-11(74) podemos encontrar el «*maltrato»* y sus categorías (códigos PJ20-PJ27) recogidos en el capítulo 23 «*Causas externas de morbilidad o mortalidad»* donde se incluyen una serie de códigos para diversas circunstancias que pueden afectar la salud o motivar el contacto con servicios de salud. En esta sección se encuentra identificado el «*maltrato físico»* (PJ20), el *«maltrato sexual»* (PJ21), el *« maltrato psicológico»* (PJ22), el *«maltrato especificado»* (PJ2Y) y el «*maltrato sin especificación»* (PJ2Z). La definición que propone la CIE-11 de «*maltrato psicológico»* es *«Acciones verbales o simbólicas no accidentales que resulten en un daño psicológico significativo. La categoría se aplica a la víctima del maltrato, no al agresor.»* Esta definición incorpora dos elementos de relevancia, por un lado, el de la intencionalidad y por el otro, la relevancia del daño generado a la víctima. La definición que proponen para el maltrato físico es la siguiente *«Actos no accidentales de fuerza física que resulten, o tengan un potencial razonable de resultar, en daño físico o que evoquen un miedo significativo».* A diferencia de la definición del DSM-5, en la definición de la CIE-11 cualquier acto de fuerza física (independientemente de si deja marca o no, o si se produce en un contexto disciplinario) que dañe a la víctima o que le genere una respuesta emocional de miedo podrá ser considerada como una conducta físicamente maltratante.

A modo de resumen podría decirse que, aunque a lo largo de los últimos treinta años se han realizado propuestas que suponen un gran avance en la definición del maltrato psicológico, siguen vigentes las palabras de Egeland (77) en relación a que «el maltrato psicológico es un constructo complejo que nunca podrá llegar a ser definido en forma de conductas específicas que puedan ser computables. Es un constructo que sólo puede ser inferido de una síntesis de información de múltiples fuentes». Esto otorga una gran relevancia a cómo debe ser recogida esa información y de qué fuentes, tal y como veremos en el apartado de evaluación del maltrato psicológico infantil.

5. PREVALENCIA

En el estudio de meta-análisis realizado en el año 2012 por Stoltenborgh (55) y colaboradores, se estimó que la prevalencia de maltrato emocional analizada en los diferentes estudios estaba situada entre el 3% y el 36%. La gran variabilidad fue atribuida a problemas a la hora de operativizar el constructo, pero también a qué tipo de informante se utilizaba para detectar e identificar el maltrato emocional. Cuando para detectar maltrato se utilizaba un informante que no fuera el menor, la prevalencia era del 3%, mientras que cuando se utilizaba la información aportada por el menor, la prevalencia llegaba a subir hasta el 36%. Por otro lado, las tasas de maltrato emocional reportadas por cuestionarios anónimos de padres son mucho mayores que las detectadas en consulta. En el citado estudio se concluyó que no hay diferencias ni por sexo ni por etnia considerándose entonces el maltrato emocional como un fenómeno universal.

6. EVALUACIÓN

Como se ha mencionado más arriba, la definición del maltrato psicológico es muy compleja y encontramos una importante dificultad para una óptima operacionalización del concepto. En este sentido, tal como señalan De Paúl y Arruabarrena (78), algunas deficiencias del concepto de maltrato infantil afectan a la fiabilidad y exactitud con que puede ser evaluado. A lo largo del texto se ha hecho referencia a la importancia de, no sólo tener en cuenta la conducta (maltratante o no) del adulto, sino también las consecuencias en el menor. Sin embargo, el maltrato psicológico es un fenómeno que genera consecuencias que no siempre son evidentes o inmediatas (79). Además, hay que añadir la complejidad de los casos en la clínica real donde podemos encontrar la coexistencia de distintos tipos de maltrato simultáneamente con diversas gravedad, frecuencia o cronicidad. Dada la complejidad del concepto, el maltrato emocional se debe evaluar utilizando la mayor cantidad de métodos posibles (entrevistas, observación, cuestionarios) e incluir a todos los implicados (niños, padres o cuidador agresor) y agentes sociales (informes policiales, asistencia sanitaria, servicios sociales, colegio) (79). Tal y como se mencionaba en el apartado anterior es un constructo que sólo puede ser inferido de una síntesis de información de múltiples fuentes (77).

Un elemento más a considerar tiene que ver con la especificidad del campo que nos ocupa, ya que cuando se trabaja con niños y adolescentes, el momento evolutivo en que se encuentra el niño es otro factor añadido que hay que considerar a la hora de evaluar el potencial impacto de la situación del maltrato, ya que la vivencia e interpretación del mismo puede variar según el momento evolutivo en que se encuentre o en función del contexto cultural.

En los últimos años son numerosos los instrumentos desarrollados para evaluar los diferentes tipos y dimensiones del maltrato infantil: valoración de la gravedad del maltrato, valoración de negligencia, evaluación abuso sexual, evaluación de estrategias disciplinarias de los padres, etc. Como venimos viendo, también será fundamental evaluar aspectos de los progenitores (socio-económicos, pautas de disciplina, salud mental, etc.) pero la evaluación sería del todo insuficiente si no se hace una *evaluación del niño*. En el caso del maltrato psicológico no dispondremos de pruebas médicas o evidencias por lo que el testimonio del menor se convierte en un factor de máxima relevancia. Esto es especialmente así si tenemos en cuenta que es improbable que los adultos perpetradores que habitualmente conviven con la víctima, reconozcan los hechos que se les imputan (79) y tenderán con frecuencia a minimizar y justificar su modo de ejercer una parentalidad, principalmente coercitiva, bajo la premisa educativa de tratar de corregir las conductas desviadas de sus hijos/as.

La herramienta fundamental que utilizaremos con los menores, por tanto, será la *entrevista*. Esta entrevista se caracterizará por: establecer un clima de confianza, adaptarse el momento evolutivo del menor y asegurar la confidencialidad. Se empezará por preguntas abiertas, estimulando el relato del menor de la forma más libre posible y tras ello se solicitará que relate algún episodio concreto. Una vez trascurrida esta primera parte se podrá proceder a realizar preguntas con finalidad aclaratoria. Huelga decir que el lenguaje deberá ser concreto y breve, especialmente en niños de menor edad. Se finalizará con un tiempo de interacción informal sobre temas neutros, gratificantes o situaciones de juego con el objetivo de que el niño se vaya de la entrevista lo más tranquilo posible.

En este artículo se proponen algunos *índices*, inspirados en la Teoría del Apego, a constatar en el discurso de los menores. Se estima que pueden ser de utilidad para determinar que hay experiencias con los cuidadores que no van a promover un vínculo de confianza, ya que son descriptores de rechazo, conducta envolvente/inversión de roles y negligencia. Estos índices proceden de la valoración de la Entrevista del Apego Adulto, en concreto de la evaluación de las experiencias inferidas con los padres (80). Si bien no todos ellos son establecidos como indicadores de maltrato psicológico, según las conceptualizaciones anteriormente expuestas, sería deseable que se fueran incorporando, no sólo al ámbito clínico, sino también a otros contextos en los que se trate con menores, ya que esto informará de manera más completa sobre las dificultades vinculares a trabajar. En concreto, es poco frecuente filiar conductas envolventes/inversión de roles y de presión para lograr, probablemente porque socialmente son más aceptadas, como anteriormente se ha expuesto en el caso de la «disciplina razonable», concepto subjetivamente interpretable. En este sentido, la conducta envolvente/inversión de roles y presión para lograr, precisarán ser identificadas para diferenciar necesidades familiares o de los cuidadores (tanto a nivel de supervivencia social en muchos casos, como a nivel narcisista en otros), en las que intervenir de manera

más precisa. Está posibilidad brindará a los menores la oportunidad de generar alternativas vinculares o de identificación vincular más seguras.

A continuación, se exponen los indicadores:

6.1. *Índices de Rechazo*

- Recuerda temor a que el cuidador le abandone, por desinterés/desagrado rechazante.
- Recuerda que sus acercamientos al cuidador o sus actividades son criticadas o rechazadas, no en el sentido de que el cuidador deseara un acercamiento más grato o más complaciente (que sería envolvente) sino simplemente que el cuidador quería que el niño «siguiera en lo suyo».
- El cuidador es descrito minimizando los episodios de pena o agobio del niño.
- El cuidador es descrito minimizando los episodios de enfermedad o daño físico.
- El cuidador se enfurece cuando el niño se lastima.
- El cuidador se ríe del niño cuando está desconcertado o en dificultades.
- El cuidador ridiculiza las expresiones de apego del niño.

6.2. *Índices de conducta Envolvente o Inversión de Roles*

6.2.1. Índices de confusión o incompetencia del cuidador

- Cuidar a los niños parece demasiado para el cuidador y por ello pueden ser depositado en alguien más.
- El cuidador parece un poco confundido o desvalido; no es un verdadero adulto en sí mismo.
- Se queja de que los niños son demasiado para él.
- El niño menciona que el cuidador temía o era incapaz de defenderse de otra persona (usualmente el otro progenitor), y que por ello era débil.
- El niño entra a aconsejar al cuidador acerca de cómo comportarse como progenitor.

6.2.2. Sobreprotección hacia el menor

El cuidador se preocupa de que el niño se vaya a lastimar, pero en el sentido de pretender dirigir la atención del niño al progenitor.

6.2.3. Evocación parental de sentimientos de culpa o de formas de inadecuación personal

- El cuidador parece haber sido un mártir, quejumbroso o inductor de culpa (por ej. Indicar que el niño no hace lo suficiente por él, acusarle de no quererle, de no estar cerca o de no prestarle suficiente atención).
- La meta continua del niño es complacer al cuidador.
- El menor se preocupa continuamente de no lastimar los sentimientos del cuidador.
- El menor se siente culpable acerca de algo que involucra al cuidador, sobre todo si predomina la sensación de «lastimar sus sentimientos».
- El cuidador utiliza la culpa con el niño, con referencia a lastimar al cuidador. Se incluye interrogar al niño sobre aspectos que deberían ser tratados respetuosamente o potencialmente privados (apariencia, estado psicológico, logros o experiencias sexuales).

6.2.4. El cuidador demanda cercanía, atención o compañía

- El menor es disuadido en relación a separarse del cuidador, indicando éste, directamente o a través de su conducta, que necesita al niño junto a él.
- El menor afirma que «yo soy todo en la vida de mi papá», y está claro que no se refiere en un sentido positivo.
- El menor reporta que el cuidador necesita de su atención/compañía.

6.2.5. El cuidador busca o evoca parentaje por parte del niño

- El menor recuerda querer proteger al progenitor, siendo más leve si se trata de un incidente particular o más grave si es una condición general, y de si el cuidador alentaba este sentimiento.
- El cuidador se aferra al niño y/o el parentaje es directamente demandado.
- El menor afirma que se siente directamente responsable del cuidador.
- El cuidador se siente bloqueado cuando el niño se lastima e induce al niño a pensar que él necesita atención.

6.2.6. El cuidador trata al niño como cónyuge

- El cuidador encuentra a su cónyuge inadecuado y utiliza al niño como compañero de una forma no romántica o sexual.

- El cuidador trata al niño como cónyuge en una forma romántica o sexualizada (sin que conlleve una conducta invasiva a este nivel), enfatizando la relación de masculino a femenino o viceversa.
- El cuidador demanda la intervención del niño con respecto a su cónyuge.

6.3. *Índices de Negligencia*

- El cuidador pasa la mayor parte del tiempo preocupado por el trabajo, negocios familiares o una familia demasiado numerosa, aunque esté en el domicilio.
- Aunque esté en casa y no preocupado por otros asuntos, parece incapaz de dedicar tiempo al niño (parece «demasiado» para él, por depresión o enfermedad).
- El niño pudo haber llorado repetidamente por las noches en circunstancias en que el cuidador pudo haberle consolado, pero no acudió.
- Describe un cuidador que «está siempre ocupado», como un «adicto al trabajo» o prefiriendo sus propias actividades de adulto (ej. salir de casa durante la noche o el fin de semana).

6.4. *Índices de Presión para Lograr:*

- Recuerda haber estado ansioso respecto a la reacción del cuidador ante las calificaciones.
- Expresa que el cuidador «nos empuja a cuidarnos nosotros mismos» en términos de manejar la casa, alimentarse a sí mismos y otros deberes normalmente realizados por progenitores. Cuando falla al hacerlo conduce a la desaprobación, distanciamiento o conducta no amorosa.
- El cuidador impulsa al niño a ganar medallas, premios o excelencias.
- La excelencia intelectual es sobresaltaba muy tempranamente.
- Se le pide al niño que haga un trabajo de adultos muy tempranamente.
- Se le pide al niño no sólo ser excelente en todo, sino destacar en todo sobre los demás.

Familiarizarse con estos indicadores para las entrevistas con los menores será de utilidad, para valorar un modo de relación de apego en la que predomina la inseguridad, expresada desde el punto de vista del menor, y que probablemente también sea registrable como maltrato emocional. Una vez obtenido un mapa de los elementos que nos ayudarán a detectar el maltrato emocional en un paciente (variables de los progenitores, testimonio del niño, exploración clínica de los síntomas que presenta un niño, etc.) es importante señalar la importancia del contexto profesional en el que nos encontremos y

de los objetivos del profesional que esté realizando dicha evaluación. Así, en los contextos de Salud Mental esta evaluación es crucial porque puede arrojar luz sobre la etiología de los síntomas presentados condicionando drásticamente las decisiones clínicas. Por ejemplo, si constatamos que la falta de concentración y ansiedad de un niño, por ejemplo, deriva de una situación de maltrato repetida y crónica quizás concluyamos que no es indicado hacer un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y prioricemos las intervenciones orientadas a la protección del menor. En este caso la valoración no será pericial y por tanto el interés no estará dirigido tanto a los procesos de verificación del testimonio del menor. Desde el contexto clínico, consideramos que la detección de un posible maltrato deberá desencadenar un proceso de actuación diferente en función de ante qué tipo de maltrato nos encontremos (sabiendo que la delimitación entre los tipos puede ser confusa). Cuando el tipo de maltrato identificado, bien desde el Servicio de Salud Mental, desde Atención Primaria o desde el contexto escolar, sea físico y mantenido, la detección desencadenará todo el proceso de derivación-coordinación con la red de Servicios Sociales/Protección del menor. En paralelo se harán intervenciones dirigidas a valorar el nivel en que se puede hacer un abordaje terapéutico con los progenitores para mejorar sus capacidades empáticas de autorregulación o vinculación con el menor y puedan prescindir de las prácticas maltratantes como método disciplinario o forma de relación principal con sus hijos. A su vez, en algunos casos también será necesario hacer un abordaje sobre el impacto emocional y los síntomas derivados de dicha situación maltratante en el propio paciente.

Es fundamental subrayar que es necesario un mínimo contexto de protección para que se pueda iniciar la intervención psicoterapéutica. Al detectar una situación de violencia de cualquier tipo (laboral, escolar, de género) lo urgente debe ser asegurar la protección física del agredido y no tratar de mitigar el sufrimiento y la petición de ayuda (psicoterapéuticamente o con psicofármacos), mientras se sigue perpetuando la situación de maltrato. Al tratar a la víctima, sin promover de manera activa el cese de la situación maltratante, podríamos estar contribuyendo a su mantenimiento consiguiendo el efecto contrario al deseado como psicoterapeutas. Ante un testimonio de un menor que recibe maltrato, es importante para éste percibir la ayuda del adulto en el que se ha confiado, y puede ser contraproducente que el menor perciba que sigue sufriendo maltrato a pesar de lo verbalizado en consulta. Además de esto, hay que tener en cuenta también que, en situaciones de maltrato, los menores pueden sentirse muy atemorizados y con miedo a las consecuencias que puedan tener sus verbalizaciones lo que condiciona, de forma determinante, la espontaneidad necesaria para la implicación en una psicoterapia en la que el menor se sienta libre y no condicionado (o incluso coaccionado, según los casos).

Por otro lado, el maltrato infantil puede ser evaluado y detectado en otros contextos como el judicial o en Servicios Sociales. Dada la

especificidad de estos ámbitos, se tendrán en cuenta otros aspectos como el carácter pericial de la valoración y, por tanto, sí serán importantes los instrumentos sobre veracidad del testimonio o la necesidad de grabación del menor para evitar que tenga que volver a relatar los hechos. En cuanto al ámbito de Servicios Sociales nos parece imprescindible recordar la importancia de que obtengan la información directamente de los menores ante sospecha de maltrato no detectado, atendiendo al dato señalado en apartados anteriores según el cual, cuando para detectar maltrato se utilizaba un informante que no fuera el menor la prevalencia era del 3% mientras que cuando se utilizaba la información aportada por el menor la prevalencia llegaba a subir hasta el 36%.

7. DETECCIÓN DE MALTRATO EN EL ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES

La particularidad del maltrato emocional es que acompaña a cualquier otra expresión de violencia. La complejidad de su detección radica en su carácter interpretativo. Los diferentes textos consultados intentan guiar la valoración siguiendo principios como proporcionalidad, gravedad, daño significativo…etc. que nos permitan tomar decisiones aproximándonos al concepto que vertebra todas las actuaciones profesionales que es el interés superior del menor.

El Trabajo Social Sanitario con su valoración holística de la situación familiar y los determinantes sociales que influyen en la clínica de los pacientes, aporta un diagnóstico diferencial ante los indicadores de violencia. Aceptando la incertidumbre como elemento que nos acompaña de manera permanente en el análisis de la violencia, requiere de sumar la intervención psicosocial a la puramente clínica. El Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la violencia en la Infancia y la Adolescencia (81) presentado el pasado 11 de junio de 2024, reconoce a los trabajadores sociales sanitarios como figura de coordinación con el resto de sistemas, además de su papel en la notificación al RUSSVI (Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia).

La situación actual de las familias se caracteriza por estar más atomizadas, y con menos vínculos, los cuales a veces eran proporcionados por la propia comunidad. El individualismo y la privatización de la infancia (82) no solo dificulta una detección precoz del maltrato emocional, sino que limita su compensación a través de factores de protección ubicados en la red social. Los irreversibles efectos del transcurso del tiempo en el desarrollo del menor nos exigen intervenciones ágiles y eficaces. La Estrategia nacional de Salud Mental 2022-26 (83) destaca como los malos tratos en la infancia son los que más secuelas dejan y los que más costes posteriores tienen en la atención desde la salud mental.

La taxonomía de necesidades infantiles elaborada por F. López (84) es la más utilizada por los equipos profesionales dedicados a la protección infantil en España. En lo referido a las necesidades emocionales las sintetiza en las siguientes:

1. Seguridad emocional:
   a. Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con adultos significativos.
   b. Sensibilidad y responsividad a las necesidades del niño.
   c. Contacto físico apropiado.
   d. Recepción de afecto y refuerzo positivo.
   e. Continuidad en las relaciones con los familiares y otros adultos significativos.

2. Participación y autonomía progresivas.

3. Respeto al proceso de desarrollo psicosexual.

4. Protección de riesgos imaginarios.

5. Disposición de ayuda para la resolución de problemas o síntomas de malestar emocional.

En documentos elaborados como herramientas de apoyo para la detección del maltrato emocional se recogen definiciones diversas, como las siguientes:

✓. Manual de Intervención del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores (85). Diferencia entre:

- Activo: *«Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono; constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) y privación de oportunidades de interacción social y logro de autonomía por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar, así como exposición a situaciones extremas o crónicas de violencia e instrumentalización activa e intensa del menor en los conflictos familiares.»* Tipos de conductas que comprende: rechazo, aterrorizar, aislamiento, violencia doméstica, sobreprotección, e instrumentalización del menor en los conflictos de pareja.

- Pasivo-abandono emocional: «*Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el menor y falta de iniciativa de interacción y contacto,*

por parte de una figura adulta estable». Se desarrolla a través de acciones como ignorar, rechazo y o retraso de atención psicológica.

✓. Hoja de detección de riesgo y maltrato infantil en la Comunidad de Madrid (86) elaborada para su utilización en centros sanitarios, educativos y de servicios sociales. Maltrato emocional se presenta cuando el «adulto *responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación, discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección»*.

En cuanto a los indicadores de detección del maltrato emocional o psicológico el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia describe los que cuentan con mayor evidencia científica:

INDICADORES	Descripción
Indicadores físicos en el NNA	Tristeza, sin la presencia de otras posibles causas.
	Desnutrición, fallo de medro y retraso de crecimiento.
	Retraso psicomotor y madurativo. Puede ser debido a falta de estímulo.
	Fragilidad capilar, alopecia.
	Enfermedades y síntomas de origen psicosomático (cefalea, dolor abdominal, etc.).
Indicadores comportamentales en el NNA	Desconfianza y apatía hacia la persona adulta.
	Busca contactos físicos inapropiados.
	Inhibición en el juego con otros NNA.
	Inmadurez socioemocional.
	Baja autoestima, ánimo deprimido.
	Carácter asustadizo, tímido, pasivo.
	Disminución de la capacidad de atención.
	Retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.
	Trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, o del control de esfínteres (enuresis, encopresis).
	Trastornos relacionados con estructuras del pensamiento obsesivo, fobias, ansiedad, regresión, impulsividad, falta de control de sus conductas y falta de empatía y de mentalización propia y de las emociones de las otras personas.
	Conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
	Comportamientos antisociales, participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, otras drogas, alcohol); actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas, promiscuidad sexual, prostitución.

INDICADORES	Descripción
Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia	Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del /hacia el NNA.
	Rechazo verbal, insultos al NNA. Disciplina desproporcionada.
	Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
	Niega atención médica, tratamientos o medidas preventivas en función de sus propias creencias.
	Parece no preocuparse por los problemas del NNA.
	Tolera todos los comportamientos sin poner límite alguno.
	No acepta la iniciativa del NNA; impide una mayor autonomía.
	Aparta al menor de las interacciones sociales.
	Tiene un exceso de vida social o laboral, persona responsable ausente.
	Alienta a cometer conductas delictivas; expone al menor a pornografía; premia conductas agresivas.
	Violencia de género.

Desde el ámbito de los servicios sociales destacan las aportaciones de María Ignacia Arruabarrena, Joaquín de Paúl y Bárbara Torres (87), cuya descripción de indicadores de riesgo y de protección son recogidos en gran parte de las guías de actuación ante el maltrato infantil. Su análisis permite combinar la valoración de características individuales de padres y madres, de los niños/as y adolescentes (NNA), y su imbricación en el contexto familiar, ambiental y sociocultural.

8. ITINERARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA LEGISLACIÓN Y NOTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, promueve un cambio de paradigma en el cual la desinstitucionalización y la capacidad de agencia de los diferentes profesionales en contacto con la infancia es impulsada requiriéndoles acciones proactivas para la identificación y abordaje del maltrato. El sistema sanitario, educativo, Servicios Sociales, junto con entidades sociales y deportivas son interpeladas para tejer una red que ofrezca respuesta ante el maltrato.

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor define el desamparo en su artículo 18, señalando como uno de los indicadores «…*el riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores.*»

Los manuales, guías, y protocolos definen flujogramas para notificar a Servicios Sociales municipales tanto de atención social primaria como especializada, a la entidad pública de protección a la infancia, a fiscalía y juzgados, incluso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, según la inmediatez de respuesta y gravedad del maltrato identificado.

El último Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia (88) indica que en 2022 las notificaciones graves se han incrementado un 28,92% y las leves y moderadas un 46,72%. En cuanto a procedencia de las notificaciones, el ámbito de Servicios Sociales ha descendido la comunicación de un 45,5% a un 39,8% entre 2021 y 2022. A diferencia del resto de administraciones que han aumentado porcentualmente las identificaciones y notificaciones. Las procedentes del ámbito Educativo en el año 2022 suponen el 17,53%, en comparación al 16% de 2021. Las notificaciones procedentes del ámbito de Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado suponen en el año 2022 el 15,64% del total recibidas frente al 9,82% del porcentaje de notificaciones totales en el año 2021, lo que supone un considerable aumento en su peso porcentual. Desde el ámbito Sanitario proceden el 9,64% de las notificaciones recibidas y comunicadas en el año 2022 frente al 8,22% de las recibidas en el año 2021.

9. DILEMAS Y PROPUESTAS PARA EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

El estudio del maltrato psicológico infantil revela una serie de problemas cruciales que obstaculizan su adecuada detección y abordaje. En primer lugar, la negación del maltrato por parte de los adultos perpetúa un ciclo de invisibilidad y minimización de comportamientos abusivos, dificultando su identificación temprana y la intervención oportuna. Barudy (64,89) recoge de forma muy clara este problema considerando que la cuestión de la invisibilidad de los distintos tipos de maltrato nos ayuda a comprender el carácter impensable de este fenómeno para muchos profesionales y para una parte del mundo adulto. El problema anteriormente descrito es uno de los factores que pueden estar en la base de la infra detección. Numerosos casos pasan desapercibidos debido a la falta de capacitación específica entre los profesionales, a la complejidad inherente de las manifestaciones del maltrato y a la falta de protocolos claros que definan el marco de actuación desde un contexto clínico. A pesar de los esfuerzos realizados por las distintas comunidades autónomas en los últimos años para protocolizar la detección y actuación ante el maltrato, la

realidad es que las tasas de detección y comunicación en los registros oficiales son muy bajas y estos porcentajes serían probablemente mínimos si pudiéramos aislar el dato del maltrato psicológico de forma específica.

En las dinámicas de trabajo actuales nos encontramos ante la siguiente paradoja; responder al sufrimiento psíquico de un menor desde un Centro de Salud Mental a partir de un diagnóstico clínico puede suponer un hándicap para acceder al Sistema de Protección. Los órganos colegiados para combatir el desamparo y generar entornos seguros, tienden a vascular la respuesta institucional al sistema sanitario cuando se evidencia un trastorno mental. A pesar de justificar que el sufrimiento psíquico padecido tiene una relación de causalidad con el ambiente familiar en el que se desarrolla el menor. Los síntomas, por muy inespecíficos que a veces resulten, no dejan de ser una manera de denunciar indirectamente la situación maltratante que viven y el silenciarlos (tratarlos) sin identificarlos adecuadamente y sin priorizar que cese la situación maltratante podría contribuir a que se perpetué la situación de maltrato. Siguiendo los postulados de Barudy y Dantagnan (89) en los casos de maltrato, la psicoterapia reparadora debe insertarse en una ecología protectora que favorezca la actitud resiliente y la recuperación. El maltrato institucional es una derivada de la ausencia de acciones protectoras. La incongruencia entre el mandato legislativo que exige la detección-notificación y la irregular respuesta que se presta, puede exponer a los menores a mayores cotas de desprotección. El esfuerzo de romper el silencio ante los profesionales corre el riesgo de no ser compensado.

Por otro lado, las dinámicas de inoperancia institucional, puede provocar desesperanza profesional, fatiga por compasión y cierta desensibilización ante el maltrato psicológico. El co-cuidado en los equipos de trabajo es un factor de protección a preservar. Los profesionales necesitamos mantener un posicionamiento crítico. Permanecer atentos a la crueldad social de las instituciones con competencias en Protección debe ser una exigencia para que las normas no se queden en una declaración de intenciones aspiracional, mientras los profesionales somos testigos también desamparados del sufrimiento de la infancia. En este sentido, sería deseable también una mayor protección real ante la detección y explicitación de situaciones de maltrato (a todos los niveles), ya que no son pocos los profesionales denunciados por ejercer esta obligación legislativa.

Y por último es crucial avanzar, desde una perspectiva adultocéntrica, hacia un enfoque que ponga el foco en la experiencia y el impacto del maltrato en los niños similar a los avances logrados en la conceptualización y abordaje de la violencia de género, donde incorporar la perspectiva de las víctimas ha sido fundamental. Resultaría necesario incluir la voz y la experiencia de los niños para desarrollar estrategias más empáticas y efectivas en la identificación, intervención y prevención del maltrato psicológico infantil, y dotar de mayores recursos técnicos, humanos y materiales a la red de Salud Mental y de Servicios Sociales que atiende estos casos. Sólo así podríamos realizar

realmente un abordaje integral dirigido a proteger efectivamente al niño y procurarle el mejor ambiente posible en el contexto en el que se desarrolla.

El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde.
Gabriela Mistral

Referencias

1. Braun IG, Braun EJ, Simonds C. The mistreated child. Calif Med [Internet]. agosto de 1963 [citado 8 de septiembre de 2024];99(2):98-103. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14015045/
2. Griffiths DL MFJ. Multiple epiphysial injuries in babies. («Battered baby» Syndrome). Br Med J. diciembre 1963;2(5372):1558-61.
3. Helfer RE PCB. The battered child syndrome. Adv Pediatr. 1968;15:927.
4. Tenbensel RW. The Battered child Syndrome. Minn Med. octubre 1963;46:977-82.
5. Harper FV. The physician, the battered child, and the law. Pediatrics. junio 1963;31:899-902.
6. McCort J VJ. Visceral injuries in Battered children. Radiology. marzo 1964;82:424-8.
7. Stoerger R. Kindesmisshandlung in forensisch-psychiatrischer Sicht [Child abuse from the forensic-psychiatric viewpoint]. Med Welt. septiembre de 1969;64(38):2083-8.
8. Grossman M. Physical child abuse. West J Med. diciembre 1878;129(6):493-4.
9. Martin HP, Beezley P, Conway EF, Kempe CH. The development of abused children. Adv Pediatr. 1974;21:25-73.
10. Croughse W. De invloed van emotionele verwaarlozing op groei en geesteliijke ontwikkeling van kinderen [The effect of emotional neglect on growth and intellectual development of children]. Ned Tijdschr Geneeskd. noviembre 976;120(45):1941-8.
11. Taylor L NEH. Child abuse in the International Year of the Child. N Engl J Med. 1979;301(22):1205-12.
12. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse Negl [Internet]. 1988 [citado 12 de septiembre de 2024];12(1):3-23. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3284612/
13. Nicol AR. ABC of child abuse. Role of the child psychiatry team. BMJ [Internet]. 1989 [citado 12 de septiembre de 2024];299(6696):451-2. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2507011/
14. Meadow R. ABC of child abuse. Munchausen syndrome by proxy. BMJ [Internet]. 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];299(6693):248-50. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2504384/
15. Meadow R. ABC of child abuse. Poisoning. BMJ [Internet]. 27 de mayo de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6685):1445-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2502285/
16. Meadow R. ABC of child abuse. Suffocation. BMJ [Internet]. 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6687):1572-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2503121/

17. Meadow R. ABC of child abuse. Epidemiology. BMJ [Internet]. 18 de marzo de 1989 [citado 12 de septiembre de 2024];298(6675):727-30. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2496823/

18. Hobbs CJ. ABC of child abuse. Head injuries. BMJ [Internet]. 29 de abril de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6681):1169-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2500177/

19. Hobbs CJ. ABC of child abuse. Fractures. BMJ [Internet]. 15 de abril de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6679):1015-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2499371/

20. Hobbs CJ. ABC of child abuse. Burns and scalds. BMJ [Internet]. 13 de mayo de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6683):1302-5. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2500207/

21. Bamford F, Roberts R. ABC of child abuse. Child sexual abuse--II. BMJ [Internet]. 5 de agosto de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];299(6695):377-82. Disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2506974/

22. Bamford F, Roberts R. ABC of child abuse. Child sexual abuse--I. BMJ [Internet]. 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];299(6694):312-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2504415/

23. Skuse DH. ABC of child abuse. Emotional abuse and neglect. BMJ [Internet]. 24 de junio de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6689):1692-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2503180/

24. Speight N. ABC of child abuse. Non-accidental injury. BMJ [Internet]. 1 de abril de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];298(6677):879-81. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2497833/

25. Meadow R, Mitchels B. ABC of child abuse. Medical reports. BMJ [Internet]. 2 de septiembre de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];299(6699):616-7.
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2508827/

26. Mitchels B, Meadow R. ABC of child abuse. About courts. BMJ [Internet]. 9 de septiembre de 1989 [citado 22 de septiembre de 2024];299(6700):671-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2508860/

27. Green AH. Child maltreatment and its victims. A comparison of physical and sexual abuse. Psychiatr Clin North Am. 1988;11(4):591-610.

28. Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician. marzo de 1999;59(6):1577-85.

29. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1999 [citado 22 de septiembre de 2024];38(10):1214-22. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10517053/

30. Cicchetti D TSL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mayo de 1995;34(5):541-65:541-65.

31. Whitaker DJ, Le B, Karl Hanson R, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. Child Abuse Negl [Internet]. mayo de 2008 [citado 22 de septiembre de 2024];32(5):529-48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18513795/

32. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. junio de 2009 [citado 22 de septiembre de 2024];29(4):328-38. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19371992/

33. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. Int J Eat Disord [Internet]. 2002 [citado 22 de septiembre de 2024];31(2):136-50. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11920975/

34. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. marzo de 2008 [citado 22 de septiembre de 2024];192(3):166-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18310572/

35. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. Psychosom Med [Internet]. 2009 [citado 22 de septiembre de 2024];71(8):805-12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19779142/

36. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. Clin J Pain [Internet]. septiembre de 2005 [citado 22 de septiembre de 2024];21(5):398-405. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16093745/

37. Draucker C, Martsolf D, Ross R, Cook C, Stidham A, Mweemba P. The essence of healing from sexual violence: a qualitative metasynthesis. Res Nurs Health. 2009;32(4):366-78.

38. Winokur M, Holtan A, Valentine D. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database Syst Rev. enero de 2009;1:CD006546.

39. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. Cochrane Database Syst Rev. enero de 2014;1:CD006546.

40. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc [Internet]. 2010 [citado 23 de septiembre de 2024];85(7):618-29. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20458101/

41. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med [Internet]. noviembre de 2012 [citado 30 de septiembre de 2024];9(11). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23209385/

42. Seto MC, Babchishin KM, Pullman LE, McPhail I V. The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: a meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. Clin Psychol Rev [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 23 de septiembre de 2024];39:42-57. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25935749/

43. Azzopardi C, Eirich R, Rash CL, MacDonald S, Madigan S. A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. Child Abuse Negl [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 23 de septiembre de 2024];93:291-304. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30579645/

44. Everson MD, Sandoval JM, Berson N, Crowson M, Robinson H. Reliability of professional judgments in forensic child sexual abuse evaluations: unsettled or unsettling science? J Child Sex Abus [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 23 de septiembre de 2024];21(1):72-90. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22339425/

45. Lo CKM, Chan KL, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 24 de septiembre de 2024];20(5):706-19. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333992/

46. Blakemore T, Herbert JL, Arney F, Parkinson S. The impacts of institutional child sexual abuse: A rapid review of the evidence. Child Abuse Negl [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 30 de septiembre de 2024];74:35-48. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28864118/

47. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. Dev Psychobiol [Internet]. noviembre de 2010 [citado 30 de septiembre de 2024];52(7):671-90. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20882586/

48. Heim C, Binder EB. Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. Exp Neurol [Internet]. 2012;233(1):102-11. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.10.032

49. Giotakos O. Neurobiology of emotional trauma. Psychiatriki [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 25 de septiembre de 2024];31(2):162-71. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840220/

50. Martinkevich P, Larsen LL, Græsholt-Knudsen T, Hesthaven G, Hellfritzsch MB, Petersen KK, et al. Physical child abuse demands increased awareness during health and socioeconomic crises like COVID-19. Acta Orthop [Internet]. 2020 [citado 25 de septiembre de 2024];91(5):527-33. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573297/

51. Ramaswamy S, Seshadri S. Children on the brink: Risks for child protection, sexual abuse, and related mental health problems in the COVID-19 pandemic. Indian J Psychiatry [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 30 de septiembre de 2024];62(Suppl 3):S404-13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227060/

52. Griffith AK. Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. J Fam Violence [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 25 de septiembre de 2024];37(5):725-31. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32836736/

53. Griffith AK, Bedard KE, Eaton A, Ackerlund Brandt JA, Jha P. Effects of the COVID-19 Pandemic on Parental Burnout and Parenting Practices: Analyses Using a Retrospective Pretest. Chronic Stress (Thousand Oaks) [Internet]. 2022 [citado 25 de septiembre de 2024];6:24705470221114060. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35911619

54. Lupariello F, Sussetto L, Di Trani S, Di Vella G. Artificial Intelligence and Child Abuse and Neglect: A Systematic Review. Children (Basel) [Internet]. 1 de octubre de 2023 [citado 26 de septiembre de 2024];10(10). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37892322/

55. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. J Aggress Maltreat Trauma. 2012;21(8):870-90.

56. Arruabarrena MI. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. https://journals.copmadrid.org/pi [Internet]. 31 de marzo de 2011 [citado 12 de octubre de 2024];20(1):25-44. Disponible en: https://journals.copmadrid.org/pi/art/in2011v20n1a3

57. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. https://ispcan.org/impact-of-ispcan/governance-premise-history/. 1999. Prevención del abuso y negligencia infantil.

58. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice guidelines. Chicago APSAC: SAGE Publications; 1995.

59. Brassard MR DKL. Defining psychological maltreatment. En: Freerick MM, Knutson JF, Trickett PK, Flanzer SM, editores. Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research. Baltimore, MD: Paul H. Brookers Publishing Co; 2006. p. 151-97.

60. Baker AJL, Festinger T. Emotional abuse and emotional neglect subscales of the CTQ: Associations with each other, other measures of psychological maltreatment, and demographic variables. Child Youth Serv Rev. 1 de noviembre de 2011;33(11):2297-302.

61. Escudero C. Maltrato emocional o psicológico. En: Casado J, Diaz Huertas JA, editores. Niños maltratados. Diaz de Santos; 1997. p. 133-8.

62. Glaser D. How to deal with emotional abuse and neglect-Further development of a conceptual framework (FRAMEA). Child Abuse Negl [Internet]. 2011;35(10):866-75. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002

63. Tonmyr L, Draca J, Crain J, MacMillan HL. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. Child Abuse Negl [Internet]. 2011;35(10):767-82. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.011

64. Barudy J. El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós; 1998.

65. Iwaniec D, Larkin E, Higgins S. Research Review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. Child Fam Soc Work. 2006;11(1):73-82.

66. Winter SM, Dittrich K, Dörr P, Overfeld J, Moebus I, Murray E, et al. Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. J Child Psychol Psychiatry. 2022;63(9):1027-45.

67. Slep AMS, Heyman RE, Foran HM. Child Maltreatment in DSM-5 and ICD-11. Fam Process. 2015;54(1):17-32.

68. Kreisler L, Fain M, Soulé M. El Niño y su cuerpo: estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia. S.A. AE, editor. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.A.; 1977.

69. Starr Jr. RH, Dubowitz H, Bush BA. The epidemiology of child maltreatment. En: Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect. New York, NY, US: Plenum Press; 1990. p. 23-53.

70. Van Harmelen AL, Van Tol MJ, Van Der Wee NJA, Veltman DJ, Aleman A, Spinhoven P, et al. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. Biol Psychiatry. 2010;68(9).

71. Gratz KL, Latzman RD, Tull MT, Reynolds EK, Lejuez CW. Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. Behav Ther. 2011;42(3).

72. Herman JL. Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia. Espasa Cal. Espasa Calpe, editor. Madrid: Espasa Calpe; 2004.

73. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing; 2013.

74. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades para estadística de salud y causas de muerte (CIE 11). 11ª. 2018.

75. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR. Washington, DC; London: American Psychiatric Association; 2000.

76. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10). 10ª. 1992.

77. Egeland B. From data to definition. Dev Psychopathol. 1991;3(1):37-43.

78. de Paúl J, Arruabarrena MI, Múgica P, Milner JS. Validación de la versión española del Child Abuse Potential Inventory. Studies in Psychology. 1999;20(63-64):55-72.

79. Antequera Jurado R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. Cuadernos de Medicina Forense. 2006;43-44:129-48.

80. Main M, Goldwyn R, Hesse E, Gojman S. Sistema de Calificación y Clasificación de la Entrevista del Apego Adulto. Universidad de California; 2010.

81. Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023). 2023 [citado 7 de septiembre de 2024]; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf

82. Román Marta. Privatización de la infancia [Internet]. 2018 [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.gea21.com/privatizacion-de-la-infancia/

83. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-26 [Internet]. 2022 [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

84. López F. Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social. Ediciones Pirámide. Madrid; 2008.

85. De Á, De Familia G, Sociales YS. Manual de Intervención de los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Madrid; 2008 [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ServALaCiudadania/SSociales/EspInformativos/Especial%20Infancia/Publicaciones/manual.pdf

86. Comunidad de Madrid. Hoja de detección de riesgo y maltrato infantil (ámbito escolar) MALTRATO EMOCIONAL 15 Acciones Ocasional Frecuente [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/file/31438/download

87. Madariaga MI, De Paúl Ochotorena J, Torres B. El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Ministerio de Asuntos Sociales C de P, editor, 1994.

88. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Boletin de datos estadísticos de protección a la infancia y adolescencia. 2024 [citado 7 de septiembre de 2024];25. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm

89. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa, 2005.

TRAUMA Y JUEGO TERAPÉUTICO
TRAUMA AND THERAPEUTIC PLAY

Ángela de la Hoz Martínez
Psicóloga especialista en Psicología Clínica
angeladelahozm@gmail.com

Resumen: El juego es un lenguaje natural y afectivo, lo que naturalmente hacen los niños, a no ser que hayan sido dañados por alguna forma de experiencia traumática. El impacto del trauma va a alterar la capacidad de experimentar a través del juego, disminuyendo o inhibiendo la capacidad para jugar. La pérdida/ausencia de juego infantil es a menudo una consecuencia grave del trauma. Se aborda la amplia diversidad de modelos y enfoques teóricos que sustentan las diferentes modalidades terapéuticas de juego que actualmente se aplican en la práctica clínica con niños en todo el mundo. El juego puede convertirse en un escenario terapéutico para ayudar al niño a transitar experiencias adversas y traumáticas en condiciones de seguridad, facilitando procesos de mentalización. Se propone potenciar el valor del juego terapéutico y de los procesos de mentalización asociados como factores terapéuticos que se retroalimentan en un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica, tanto individual como grupal. Se plantean dudas en la actualidad acerca del tratamiento adecuado para los niños traumatizados, y si se requiere una combinación de distintos tipos de tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas posteriores al conocimiento, o a la revelación de las experiencias adversas en la infancia, de multiplicidades de maltrato físico y emocional, abuso, negligencia física, emocional y disfunciones familiares.

Palabras clave: trauma, juego terapéutico, juego traumático, Experiencias Adversas en la Infancia, maltrato infantil

Abstract: Play is a natural and affective language, which children naturally do, unless they have been damaged by some form of traumatic experience. The impact of trauma will alter the ability to experience through play, diminishing or inhibiting the ability to play. The loss/absence of childhood play is often a serious consequence of trauma. The wide diversity of models and theoretical approaches that support the different therapeutic play modalities that are currently applied in clinical practice with children around the world is addressed. Play can become a therapeutic scenario to help children go through adverse and traumatic experiences in safe conditions, facilitating mentalization processes. It is proposed to enhance the value of therapeutic play and the associated mentalization processes as therapeutic factors that feed back into a psychotherapeutic process with a psychoanalytic orientation, both individual and group. Questions are currently being raised about the appropriate treatment for traumatized children and whether a combination of different types of treatment and psychotherapeutic interventions is required following the awareness, or disclosure, of adverse childhood experiences, multiple instances of physical and emotional abuse, neglect, physical and emotional neglect, and family dysfunction.

Key words: trauma, therapeutic play, traumatic play, adverse childhood experiences, child abuse

1. INTRODUCCIÓN

Todo puede ser una ocasión para jugar con los bebés y los niños.

Sus padres, otros adultos y otros niños de su entorno *crean* de manera natural interacciones estimulantes, atractivas, emocionales, afectivas y fantasmáticas que les sorprenden, divierten, excitan, satisfacen, calman... Efectos distintos y diversos de valiosas interacciones, con cualidades lúdicas, e indispensables para la constitución subjetiva y el desarrollo global del niño, también a veces menos adecuadas. Interacciones en las que observamos como ya los bebés y niños pequeños participan competentemente y *colaboran* muy activamente en el intercambio relacional con su entorno cuidador para procurarse atención, cuidados y amor. Pero también para protegerse, retraerse… activándose mecanismos antitraumáticos incluso muy precozmente, ante los efectos del sufrimiento emocional perinatal compartido madre-bebé descritos por Palau (1). Las consecuencias de situaciones de riesgo y desamparo, como la exposición a situaciones adversas durante el embarazo, a sufrimientos obstétricos, a sufrimientos tempranos asociados a la parentalidad, a negligencias en torno a la perinatalidad y la primera infancia nos informan de traumatismos precoces. La adversidad temprana, en particular el trauma complejo (experiencias en la primera infancia que involucran negligencia y/o abuso en una relación de apego/cuidado), puede determinar graves deficiencias en la mentalización (2).

Los abusos sexuales, el maltrato, la violencia, la pobreza y la dependencia de tóxicos están identificadas como las más prevalentes entre otros autores por Sonkoff (3). Las secuelas a lo largo de la vida del maltrato y la negligencia infantil, –que representa el 86,4% del total de los maltratos–, son de sobra conocidas y ampliamente descritas (4-8), especialmente los daños psicológicos y la transmisión de la violencia. Los niños maltratados que son devueltos a un ambiente abusivo sin intervenciones tienen muchas posibilidades de ser maltratados de nuevo y mayor riesgo de muerte (9). La relación entre maltrato y psicopatología es real (10). También se han investigado las consecuencias en la salud física y en otros ámbitos como las relaciones interpersonales, la capacidad para afrontar nuevas adversidades, y en los costes para la salud pública, la sociedad y la economía.

La Organización Mundial de la Salud (11) considera que el maltrato infantil es un problema mundial de gran envergadura, con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Y recomienda la necesidad de definir el impacto del maltrato e identificar sus causas y factores de riesgo con el fin de implementar intervenciones destinadas a minimizar estos factores dentro de un contexto de salud pública.

No es posible presentar una revisión minuciosa y actualizada de las publicaciones consultadas, pero al menos comentaremos algunas. Nuevas evidencias procedentes de diversos ámbitos de investigación continúan avalando de manera abrumadora la idea de que la violencia física y psicológica en la familia o en los entornos más cercanos, durante las primeras etapas del ciclo vital,

tiene graves efectos perjudiciales en la salud mental y física de los niños, y un fuerte impacto en la calidad de vida y la salud de las personas en la vida adulta. Los hallazgos de las investigaciones neurocientíficas informan de la afectación del funcionamiento cerebral ante los sufrimientos psíquicos asociados a Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences ACE). El Adverse Childhood Experiences Study (12) es una de las investigaciones epidemiológicas más influyentes en el estudio del impacto y de las secuelas de la adversidad temprana en la salud. Se evaluaron diversas condiciones de salud física y mental en más de 17.000 personas adultas de EE. UU. para determinar la relación entre estos resultados y la presencia de ACE. Configuran un marco conceptual y de evaluación de la adversidad cada vez más aceptado en las ciencias sociales y de la salud. Los investigadores continúan identificando tasas crecientes de ACE y efectos devastadores en los individuos hasta la edad adulta. Los estudios con población española son escasos.

En general, consideramos que inciden en la constitución subjetiva de los niños: el maltrato (físico, emocional, el abuso sexual y la negligencia física y emocional), las disfunciones familiares (violencia contra la madre o madrasta, vivir en un hogar donde se abusa de sustancias, separaciones por divorcio o muerte, enfermedad mental, suicidio o intento de suicidio de adultos con los que se convive, encarcelamiento de familiares), los traumas que incluyen perdidas, duelos, catástrofes y desastres naturales, los traumas relacionados con la guerra, aquellas situaciones que son traumáticas por su impacto y desbordar la capacidad de elaboración del niño, así como las consecuencias del maltrato infantil y los principales factores de riesgo que predicen la exposición de niños y niñas a este tipo de experiencias emocionales nocivas.

Esta línea de investigación ha mostrado durante los últimos 20 años que la transmisión transgeneracional e intergeneracional de experiencias traumáticas, de abuso y de conflictos no resueltos, no dichos, o silenciados constituye uno de los principales factores de riesgo para sufrir experiencias adversas (13). En estos procesos inconscientes de transmisión psíquica se registran impresiones y vivencias de manera recíproca: de los padres sobre los hijos, y de los hijos hacia los padres. Las generaciones se ligan con las generaciones precedentes mediante complejos vínculos, desde los que se transmiten las cuestiones no superadas, que quedaron en el inconsciente de sus padres y antepasados. Tisseron (14) precisa que las influencias intergeneracionales se producen entre generaciones adyacentes, en relación directa; y las influencias transgeneracionales a través de la sucesión de las generaciones, de manera que los contenidos psíquicos de los hijos pueden estar marcados por el funcionamiento psíquico de abuelos o de ancestros que no han conocido, pero cuya vida psíquica ha marcado la sus propios padres… por los efectos desreguladores, desorganizadores y disfuncionales, efectos en la imposibilidad de pensar, y de representación más que por los contenidos de los secretos familiares, como los observados en niños con clínica psicosomática (15). Remitimos al lector a una síntesis de conceptos vinculares y al instrumento clínico expuesto por de la Hoz (16).

Numerosos estudios corroboran que las personas experimentan diferentes formas de crecimiento personal postraumático, poniendo en marcha mecanismos adaptativos que será necesario detectar y apoyar. Deberíamos rescatar modelos de trabajo de resistencia a la adversidad, alternativos a los centrados exclusivamente en la idea de daño y de víctima. Por ello, sería importante incluir en las acciones terapéuticas los *factores protectores* investigados (17-19) que contribuyen tanto a detener el ciclo intergeneracional del maltrato infantil y sus consecuencias negativas, así como en guiar posibles líneas de prevención e intervención en familias de alto riesgo de maltrato. Y, además, revisar la investigación sobre los elementos protectores que en general, se encuentran en el contexto relacional; de ahí que el maltrato se haya definido como un fenómeno relacional (7). Entre los factores protectores asociados al contexto traumático mencionamos la función reflexiva referida al trauma, en concreto la capacidad de los padres para reflexionar en torno a sus propias experiencias traumáticas y proporcionar experiencias de cuidado cálidas, de comprensión, aceptación y de afecto positivo compartido. Borelli et al., (20) informan que la capacidad de la madre, para considerar sus experiencias traumáticas y sus impactos, facilita la regulación de sus propias reacciones, evitando así el maltrato.

La experiencia clínica nos ha llevado a considerar el modelo de la mentalización para la comprensión y el tratamiento del trauma, y ampliar nuestra perspectiva terapéutica del juego con niños traumatizados (2). La mentalización adquirida en la temprana infancia y estrechamente vinculada con los sistemas de apego y de regulación afectiva, es definida como una actividad mental imaginativa que nos permite percibir e interpretar nuestro propio comportamiento y el de los demás en términos de estados mentales intencionales, como pensamientos, sentimientos, necesidades, deseos, creencias, propósitos y razones (21). Sin duda, hemos de remitirnos a las recientes investigaciones sobre la teoría de la mentalización enraizada en el pensamiento de apego, así como, a su vez el desarrollo de la mentalización lo está en los procesos de apego. Dentro de este modelo, los *apegos traumáticos* en la infancia son particularmente importantes por su impacto potencialmente en cascada en el desarrollo posterior. Este enfoque multinivel propone que este proceso ocurre a través de perturbaciones en el desarrollo de habilidades mentalizantes emergentes y el posterior cierre de la mente a la posibilidad de acceder a las mentes de otras personas como fuentes seguras y confiables de conocimiento y sobre cómo desenvolverse en el entorno social.

En la reciente revisión de investigaciones sobre el impacto del trauma y el apego en la psicopatología del desarrollo, y sobre la transmisión intergeneracional del trauma en el contexto de los principales avances en la neurociencia, Fonagy et al. (22) sugieren nuevas implicaciones clínicas en el trabajo de mentalización y trauma. Entre ellas, mencionan que la experiencia de adversidad genera y/o activa desconfianza epistémica, cuando se acompaña de la sensación de que la mente está sola, creándose un ciclo pernicioso de

aislamiento y de falta de apoyo. En cambio, si la presencia de la mente de otro proporciona ayuda al individuo a mentalizar una experiencia aterradora que de otro modo sería abrumadora, se estaría fomentando la confianza epistémica en un "modo nosotros", que mitiga el aislamiento traumático asociado a la adversidad.

Esta breve revisión es indicativa de que estamos ante un problema no solo de salud pública sino humanitario. Sabemos que aumentar la conciencia social es una forma de reducir el estigma que implica haber sufrido experiencias de maltrato en la infancia. Así como, de facilitar tanto a los niños como a los padres o futuros padres que las sufrieron, a buscar y aceptar la atención necesaria, incluyendo la posibilidad de recibir tratamientos en salud mental, así como intervenciones y apoyos focalizados en el desarrollo de la parentalidad y en la crianza. Esto es muy importante a nivel de promoción y prevención porque, además, los estudios sobre el ciclo de la transmisión intergeneracional del apego han aportado pruebas significativas respecto a que un trauma no resuelto en un padre puede afectar su capacidad para responder con sensibilidad a su bebé y reproducir, no conscientemente, el entorno desorientador y/ o aterrador que él mismo experimento. El trauma de apego de los padres se re-visita y se transmite al bebé (23, 24). Las vivencias traumáticas que por impactantes, angustiosas o dolorosas representan una amenaza para la integridad física y psicológica de la persona, dejan marcas, huellas mnémicas que serán diferentes según la historia individual, familiar y del grupo social y cultural de pertenencia. La gravedad de los efectos y consecuencias va a variar según los distintos momentos del desarrollo evolutivo y de constitución psíquica que queden impactados e interferidos; y serán especialmente dañinas con un impacto aún más amenazante para el niño, cuando la desprotección y desamparo sea ejercida por quienes esperamos afecto, cuidados y protección. Las consecuencias serán aún más graves y el proceso de reconstrucción terapéutico evidentemente más complejo.

Todos estamos sufriendo actualmente los embates de las crisis sociales y económicas de las guerras, pandemias… y sus efectos en incertidumbres inevitables, vulnerabilidades, sufrimientos y desamparos,… en representaciones amenazantes u hostiles del mundo que nos dificultan ejercer las necesarias funciones de amparo, sostén, protección y transmisión de cuidados, que sabemos necesarios ante la multiplicidad compleja de sucesos adversos.

2. CONCEPTO DE JUEGO. NUEVAS APORTACIONES

El juego ha sido investigado desde múltiples enfoques: Psicodinámico, Centrado en el Niño, Gestáltico, Cognitivo Conductual, Narrativo, Integrativo,… desde que Freud en 1920 escribió en «Mas allá del principio del placer» las características psicodinámicas del juego (basado en el principio del placer, logra la transformación de lo pasivo en activo al permitir al niño la vivencia

de dominio de sus experiencias traumáticas, satisface la compulsión a la repetición por el aprendizaje que logra y por el placer asociado a la repetición misma), y desde que Hermine von Hug-Hellmuth, precursora de la valoración del juego en la terapia para niños, publicará en 1921 un trabajo «Sobre la técnica del análisis de niños». Posteriormente, autores de Escuela Inglesa de Psicoanálisis (Freud, Klein, Aberastury, Bion, Winnicott) ampliaron las conceptualizaciones sobre el juego como expresión fundamental de los conflictos y traumas psíquicos; considerando que el juego, las acciones, las actitudes corporales, las emociones y el habla, eran equivalentes a las asociaciones verbales del adulto. Axline, utilizó el término de Terapia de Juego y dio origen a desarrollos posteriores en EE. UU.

Aprendimos con Winnicott (25) por qué juegan los niños:

- Por placer: para disfrutar experimentando.
- Para expresar la agresión sin que les sea devuelta, liberándose del sentimiento de violencia interno que en ocasiones es vivido como un objeto interno que daña.
- Para controlar la ansiedad, o las ideas e impulsos que pueden generarla.
- Para adquirir experiencia. El juego es una prueba de la capacidad creadora que se da en una «zona intermedia» entre la realidad interna y la realidad externa, parte yo y parte no-yo, necesaria para la vinculación creciente con la realidad objetiva.
- Para integrar la personalidad dado que un juego incluye sensorialidad, motricidad, intención comunicativa, expresión y comunicación de las emociones.
- Para comunicar y entrar en contacto con el «otro/otros».

El juego contribuye a aliviar ansiedades evolutivas: ansiedad de separación; miedo a la pérdida; terror a la desintegración; angustia ante la pérdida de la omnipotencia; violencia contra el objeto «violencia fundamental» –concepto de Bergeret– con el consiguiente temor a la venganza del objeto; rivalidad edípica; celos, triunfo y desprecio; ansiedad de castración, curiosidad sexual, sentimientos de culpa, búsqueda de castigo.

Además, sabemos que el juego desde el punto de vista cognoscitivo estimula el pensamiento, la capacidad creadora y ciertos aspectos vinculados al aprendizaje. Desde lo biológico estimula y potencia la evolución del sistema nervioso. Desde la socialización, posibilita el establecimiento de relaciones entre pares y el aprendizaje de normas. Desde la perspectiva afectivo-emocional, ayuda al niño a expresar deseos, sentimientos y conflictos, así como a elaborar situaciones que ha padecido (26).

«No hay ninguna actividad significativa en el desarrollo de la simbolización del niño que no pase vertebralmente por el juego. No es una catarsis, no es una actividad más, no es un divertimento, ni se limita a una descarga fantasmática

compensatoria o una actividad regulada por las defensas, tampoco se lo puede reducir a una formación del inconsciente: más allá de esas particularidades, no hay nada significativo en la estructuración del niño que no pase por allí, de modo que es el mejor hilo para no perderse», escribe Rodulfo (27).

Como se ha planteado en anteriores publicaciones (28-30), se conceptualiza el valor del juego a lo largo del crecimiento y desarrollo infantil como el de un *organizador del psiquismo.* Un soporte necesario e indispensable en la constitución y desarrollo de la subjetividad, en la creación de vínculos intersubjetivos y en el desarrollo psicomotor, intelectual, afectivo y social de niños y niñas. Valoramos la relevancia que adquiere el juego como *organizador* en la constitución psíquica de cada sujeto en cuanto que el juego puede representar una actividad de «pasaje» de lo intrapsíquico a lo intersubjetivo e interpersonal que, en términos de multidireccionalidad, organiza y construye una estructura dialéctica creadora, subjetivante,… Este «pasaje» corresponde a un doble movimiento progresivo de interiorización psíquica:

– de representación de las interacciones, primero desde la inscripción gradual en el sistema interactivo precoz del bebé; de la historia infantil de los padres y la dinámica parental inconsciente; la problemática inter y transgeneracional; del paradigma del apego; de los modelos internos de trabajo; de la armonización afectiva;
– y de las representaciones de interacción generalizadas y de especularización.

Son conceptos desarrollados por distintos autores, algunos de ellos referentes en perinatalidad.

Jugar es *una actividad subjetivante*, observable en las experiencias creadoras de juegos que promueven el pasaje de la realidad intrapsíquica y la realidad externa, se constituyen una a la otra, en una dialéctica constitutiva, representado una de las más poderosas vías de cambio. Clínicamente observable también en los fenómenos transferenciales a los que tenemos acceso de manera privilegiada en procesos psicoterapéuticos con niños que juegan. Jugar posibilita las transformaciones libidinales necesarias, las relativas a otras áreas, y las elecciones propias posteriores de estudio o trabajo, según cada identidad singular. Se encuentra presente en todas las etapas de la vida, transformándose y resignificándose para afrontar creativamente multiplicidad de situaciones. «Un proceso ininterrumpido, se inicia antes del nacimiento y se mantiene durante toda la vida», escribió Winnicott acerca del juego. A no ser por el daño producido por alguna forma de experiencia traumática. La capacidad de experimentar el juego infantil es a menudo *víctima* del trauma. Su ausencia o pérdida es a menudo una consecuencia grave de las experiencias traumáticas y no vuelve de manera natural. De aquí la importancia de instaurar o reinstaurar, de devolver al niño *un sentido de juego*… Y el placer de jugar. Este, en esencia, es el propósito de este artículo. Sin intervención, el trauma no mejora con

el tiempo, por el contrario, a menudo se intensifica en grave sintomatología y el niño quedará apresado en un estado de alarma angustioso, sin el disfrute esperable en su infancia y del juego placentero y creativo.

3. UNA APROXIMACIÓN A LA CLÍNICA DEL TRAUMA INFANTIL: EL JUEGO TERAPÉUTICO

Abordar la clínica del trauma implica que tenemos una tarea de investigación ante la singularidad de cada caso y nos plantea la necesaria especificidad en cada intervención psicoterapéutica con adaptaciones y desarrollos técnicos específicos, con encuadres que definan, ordenen y precisen el trabajo en relación con los objetivos terapéuticos y según la edad del niño.

¿Cómo explorar y acceder a lo traumático, silenciado, oculto y no pensado, sin espacio mental, sin significación, sin representación ni elaboración transgeneracional?

Se propone *el juego terapéutico* como una vía de natural de comunicación con el niño, un valioso instrumento clínico, de investigación, de observación y de análisis de aquellos procesos que nos informan de sus efectos terapéuticos y de los cambios en la evolución. Su valor clínico, terapéutico y de pronóstico amplia y enriquece nuestros conocimientos sobre la multiplicidad de sucesos que hemos nombrado. Desde esta perspectiva tendríamos un eje terapéutico central para trabajar con el niño. Para ello se requieren adaptaciones de las técnicas tradicionales de la terapia de juego. Y de profesionales especializados en la infancia, capacitados en la observación y la escucha, en promover la comunicación en una relación psicoterapéutica especialmente confiable, segura y estable para el niño. Expertos en el juego terapéutico y la mentalización que puedan *reflexionar más allá del juego y de lo que pueden decir* los niños.

En una primera aproximación conceptualizamos el juego como una *comunicación*, en cuanto que jugar *es hacer, hacer con el cuerpo y con la mente* en un entorno cuidador estable, confiable, en el continuum espacio-tiempo del encuadre terapeutico:

- Facilitador para que el niño pueda expresar su vida emocional, sus deseos, fantasías y conflictos, sus sentimientos entre otros los de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, confusión,… a través de diálogos somáticos y relatos que configuran su singular *discurso del juego*.
- Generador del impulso creador del niño para construir su propio modo de jugar.
- Generador del sentido de juego.

El *juego terapéutico* es un recurso para trabajar con la clínica del trauma, sin entrometernos ni re-traumatizar al niño, con el fin de tratar la tendencia del

niño a permanecer centrado en sí mismo, en la actividad solitaria, repetitiva y desregulada que se observa en el *juego traumático* y facilitarle:

- Proyectar su mundo interno: defensas, pulsiones, angustias, conflictos,… y liberar la tensión que lo acompaña.
- Expresar tristeza, rabia, vergüenza, culpa, temores,… también pensamientos, preocupaciones…
- Expresar negativas, odio, soledad, abandono, rechazos, frustraciones...
- Proyectar, desplazar sentimientos negativos y representarlos con la necesaria seguridad.
- Explorar y reconstruir simbólicamente su sufrimiento. Facilitar la mentalización, la reconstrucción verbal… y que los afectos se conviertan en algo más entendible y manejable.
- Instaurar y/o reinstaurar el sentido de juego infantil… El proceso de cambio no es un progreso lineal. A lo largo del tratamiento podemos observar la reaparición de estrategias inhibidas, impulsivas y desorganizadas, pero entendemos que es un proceso adaptativo para dominar escenarios problemáticos y forman parte de un esfuerzo evolutivo de progreso, mientras que el niño continúe jugando simbólicamente (31-34).

En el juego terapéutico se despliega la creación única de un contexto complejo de interacción e interactividad, de intersubjetividad y de acceso representacional. Ahora bien, ha de ser desarrollado en ciertas condiciones que «envuelvan» y limiten, facilitadoras de un trabajo que pasa por las palabras y el jugar, por el jugar y por las palabras. Condiciones que se concretan en crear encuadres flexibles, pero seguros, de contención y sostén, estables durante el tiempo necesario. Y desde la solidez teórica y teórico-técnica, establecer una alianza terapéutica consistente, confiable, sensible, de disponibilidad, respeto y empatía precisa hacia el niño, hacia el modo en que manifiesta sus padecimientos: inhibición, retraimiento, fragmentación, desorganización, disociación,… Es importante, además, tener en cuenta el encuadre interno del terapeuta «parte íntima y esencial del marco de todo tratamiento, un dispositivo de trabajo incorporado a la mente del analista y a la atmósfera de la sesión» (35), porque una particularidad de la clínica infantil es la de trabajar con un sujeto en constitución y por lo tanto dependiente de los efectos que tienen sobre el niño el otro y los otros significativos. Consideramos también, los efectos del terapeuta en el sentido de que su mente, como la de otros profesionales, puede estar siendo capturada, atravesada por la realidad traumática de nuestro tiempo, y a la que nuestros pacientes niños corren el riesgo quedar sometidos.

Las investigaciones sobre las terapias de juego y las evidencias procedentes de la clínica con niños nos aportan nuevas vías de exploración, valoración y de tratamiento, ampliando nuestra comprensión clínica y la escucha de la particularidad de cada situación y de cada criatura en su contexto familiar,

social y cultural o en desarraigo; y nos permiten plantear aportaciones y adaptaciones a las técnicas tradicionales. Revisemos brevemente algunas contribuciones interesantes. Terr observó y definió *el juego postraumático espontaneo* (36, 37). Lo utilizó con fines terapéuticos en la consulta, la sala de juego, en escenarios de tratamiento interno y en trabajos artísticos y grabaciones postraumáticas. Identificó once características, entre ellas las de: repetición compulsiva, enlace inconsciente entre el juego y el suceso traumático, fracaso en aliviar la ansiedad, y un ritual monótono, repetitivo, desregulado y secreto que los niños evitan que el terapeuta observe; donde priman temáticas de agresión, miedo o indefensión sobre todo en niños afectados gravemente por trauma psíquico. Planteó también el uso de 4 técnicas de Terapia de Juego (abreaccional, interpretativa de juego libre, interpretativa predispuesta, con desenlace correctivo) para los casos en los que el trauma está limitado y sin intrusión en los mecanismos de defensa. Está incluido en la clasificación establecida por Chazan y Cohen (33), en Chidren Play Therapy Instrument-Adaptation for Trauma Research, un sistema de evaluación observacional del juego infantil que define tres tipos de juego traumático: representación con alivio, sin alivio y reexperimentación abrumadora.

Pitillas (38) informa que la prevalencia de juego traumático varió significativamente al incluir en un estudio de 33 niños, un cuarto tipo de juego: el *juego constreñido/mecánico* basado en la repetición motórica, ritualizada y vacía de contenido como variante del *juego traumático*. El análisis de este juego mostró diferencias significativas en función del género: el juego de los niños se correspondió con las concepciones tradicionales del juego traumático: un juego expresivo, desregulado y catastrofista; mientras que las niñas mostraron un juego mecánico, constreñido en la simbolización y la narrativa. Son necesarios estudios con muestras más amplias. Se ha considerado que el juego postraumático puede tener un efecto de re-traumatización, pero no se han encontrado evidencias al respecto. Y parece que su uso terapéutico es relativo para instaurar y/o reinstaurar el sentido de juego infantil y para facilitar la reconstrucción verbal.

Los resultados de las investigaciones clasificadas en el grupo de Experiencias adversas en la infancia y trauma destacan la eficacia de la Terapia de Juego Centrada en el Niño, mostrando cambios significativos en la empatía, habilidades sociales, autoestima y autorregulación. Se requiere continuar investigando para confirmar y ampliar estos hallazgos. Los métodos de juego revisados muestran resultados exitosos en los casos en que el trauma está limitado y no se ha producido una intrusión grave en los procesos de mentalización, ni en los mecanismos de afrontamiento y de defensa del niño. Pero son insuficientes para revertir el daño y limitar la creciente vulnerabilidad del niño al estrés, cuando el trauma ha sido desastroso.

Los hallazgos neurocientíficos nos informan sobre los efectos del trauma y apoyan los hallazgos clínicos de los terapeutas de juego. En 1996, Van der Kolk (39) identificó la pérdida de autorregulación como impacto genera-

lizado de trauma, pero la pérdida del juego infantil es aún más generalizada y acontece antes. Después, en 2005 (40) informó que el trauma interpersonal tiene un impacto generalizado y duradero en el desarrollo neurológico de los niños, porque sus cerebros están en el proceso de desarrollo. Posteriormente Anda et al., (41) informan que el efecto del trauma interpersonal puede ocasionar una disfunción cerebral duradera que afecta la salud y la calidad de vida de los niños durante todo el ciclo vital.

Más allá de la complejidad de las determinaciones, vislumbremos un horizonte esperanzador, pensando en las evidencias de la plasticidad cerebral, en que los niños están en crecimiento y ante continuas posibilidades de organización y reorganizaciones. Y confiemos también, en un entorno cuidador, amoroso y reparador que ampare su desvalimiento; y en ayudarles a *transitar* el trauma en el contexto de intervenciones psicoterapéuticas combinadas. Entre ellas, el juego terapéutico que presentamos como un soporte para el desarrollo de la capacidad de mentalizar y de nuevas configuraciones de intersubjetividad que enriquecen el mundo representativo (30). El hallazgo de las llamadas *interacciones mentalizadoras* promete ser un interesante foco de análisis para comprender los cambios psíquicos en psicoterapia. Además, sabemos que una parte importante de los cambios se producen con intervenciones ascendentes que operan en niveles implícitos, –sobre todo cuando existe una quiebra traumática de continuidad somatopsíquica y la palabra no encuentra una vía accesible a vivencias no dichas, no pensadas, no representadas–, como son las experiencias de juego terapéuticas con modalidades técnicas, que implican procesos explícitos que no llegan hacerse conscientes ni requieren transcripción verbal, son de acción (29). La actividad del juego terapéutico nos informa acerca de los esquemas que organizan e integran dicho conocimiento. Articulamos aquí conceptos del psicoanálisis relacional y de autores (Piaget, Balint, Aberastury, Bion, Winnicott, Stern) que han contribuido a describir cómo el niño construye su conocimiento en un nivel representativo en la relación con los otros.

4. CÓMO ESCUCHAR LA COMPLEJIDAD DE LO TRAUMÁTICO

Escuchar la complejidad del desvalimiento y del desamparo infantil cristalizada en su psiquismo con vacíos representacionales, sin ligaduras simbólicas que atemperen su vivencia traumática, ni los efectos desestructurantes de la realidad traumática, nos impone desafíos conceptuales y técnicos. Hemos planteado algunos de ellos. Proponemos ahora algunas precisiones técnicas. Ante un niño que ha sufrido traumatismos en el pasado o en la actualidad, es importante desplegar la *especificidad* de una escucha compleja y múltiple, respetuosa, cuidadosa y contenedora. En primer lugar, de la particularidad de cada situación, en la que poder diferenciar los factores desencadenantes, facilitadores y de mantenimiento de la vivencia traumática. Es importante

también, distinguir el suceso que precede al efecto traumático, las razones y el sentido que el niño y otros adultos pueden dar al efecto traumático, como propone Braconnier (42). En segundo lugar, una escucha de sostén y contención, facilitadora de la relación, para que el niño en su singularidad pueda sobre la base de una alianza terapéutica sólida, informar si le es posible sobre el traumatismo que ha vivenciado, tanto de manera espontánea como en la interacción, en el intercambio de preguntas y de respuestas, insistimos, si es que esto es posible. Y escuchar *lo que nos dice el niño en su juego*. Hemos expuesto que el juego es un valioso medio natural de contacto con el niño y un recurso terapéutico de enorme potencial que se amplía al establecer *interacciones mentalizadoras* a lo largo del discurso del juego, en «momentos de encuentro y de conexión significativa», posibilitando vías de cambio psíquico.

El análisis y la elaboración de la transferencia y contratranferencia son la base imprescindible para sintonizar genuinamente con el niño, para crear y mantener la alianza terapéutica, y para organizar y estructurar el desarrollo de las cualidades de la escucha del *insight,* del diálogo interior sobre lo que siente el niño de su traumatismo, cuando juega. Y son claves al posibilitar paulatinamente dos efectos: uno *desbloqueante*, de disminución de niveles de ansiedad, de culpabilidad y de vergüenza; y otro *impulsor* de la comprensión, reflexión y elaboración. Se trata de que progresivamente, los niños puedan conectarse con sus sentimientos, pensamientos, recuerdos, imágenes,… y expresarlos, aparentemente sin coherencia, con el soporte y contención emocional de contexto mentalizante del juego terapéutico. Es con estas cualidades del *cuidado* a través de la escucha donde el juego terapeutico adquiere multiplicidad de matices y valores clínicos y psicoterapéuticos significativos. Se propone, por tanto, *escuchar lo traumático* escuchando *lo que nos dicen los niños jugando,* creando escenas de lo no dicho, no pensado, no representado hasta entonces, bien sea por la edad precoz en que sucedió el traumatismo, por la duración del traumatismo o por las defensas construidas, incluyendo la represión masiva y la disociación. Una escucha múltiple de lo traumático a través de *lo que nos dicen los niños jugando,* accediendo a las vías perceptivas, emocionales, defensivas, de elaboración y de mentalización a través del juego.

5. TRAUMA: JUEGO Y MENTALIZACIÓN

La presencia del juego como un lenguaje natural y afectivo, de experimentación y de aprendizaje indica la existencia de trabajos psíquicos constituyentes de subjetividad, de recursos, de ilusionarse y de crear, de simbolización y de capacidad para establecer vínculos y lazos afectivos. Es lo que naturalmente hacen los niños, a no ser que hayan sido dañados por alguna forma de experiencia traumática.

El impacto del trauma altera la capacidad de experimentar a través del juego, disminuyendo o inhibiendo la capacidad para jugar. Inevitablemente

pensamos en trauma ante la pérdida/ausencia del juego, cuando observamos juegos repetitivos, monótonos, atípicos, extraños, así como insuficiencias en la calidad de mentalización: variaciones en el funcionamiento psíquico, dificultades en la expresión psíquica de los conflictos, déficits de recursos yoicos, en el repertorio defensivo y en la forma de procesar, simbolizar y elaborar experiencias.

La experiencia traumática suele tener un carácter *inenarrable, incontable, incompartible*, escribe Pérez-Sale (43). Un carácter de confusión de la experiencia en sí, que impide dotar de sentido a la experiencia sufrida. Cuando este sería esencialmente el auténtico núcleo del proceso terapéutico. Veamos algunos de los elementos terapéuticos necesarios en la evolución favorable de un caso con clínica de trauma. Cuando los niños sienten seguridad y la alianza terapéutica está consolida, pueden mostrar en el espacio del juego, experiencias de maltrato, de abuso, de violencia doméstica,...

M de 7 años derivada para tratamiento por un motivo de consulta bien distinto al que identificamos posteriormente. No me miraba ni me respondía. Impresionaba su disimulado estar hipervigilante, su silencio y su interés pasivo por los juguetes de la sala. En su estar silencioso, esbozó un juego repetitivo con cinco muñecos. Sabemos que si estos juegos poco o nada placenteros, se interrumpen probablemente, la frustración lleva al niño a la búsqueda inmediata de satisfacción y pueden aparecer conductas compulsivas. *Después de varias sesiones M fue enriqueciendo su juego… En una escena que no volvió a representar, escuche que el muñeco/papá susurraba algo a la muñeca/hija, la rodeaba con un brazo y con la otra mano sujetaba un palito que rozaba la cara de la muñeca pequeña. Permanecí en silencio. Mi gesto, con un leve asentimiento de cabeza y mi mirada, aliviaron su tensión. Desde ahí empezamos un trabajo hasta observar juegos placenteros. M cuidaba… y dormía a los tres muñecos/hijos y a la muñeca/mamá con dulzura y tranquilidad, la que ella parecía anhelar, en su suspirar. Un día jugó en el parque infantil que construí… El muñeco/padre quedaba «desterrado» del juego. Finalizaba sus juegos, sin expresividad en su rostro, revolviéndolo todo, estrepitosamente.* Un estrépito simbólico de sus vivencias familiares, de desbordamiento traumático. *Después de algunos minutos ensimismada, guardaba todo en su caja de juguetes.*

Klein describió la técnica psicoanalítica del juego (44) y cómo la repetición de situaciones traumáticas ayuda a dominarlas y elaborarlas, a convertirlas en algo activo, superando el hecho de haberlas padecido pasivamente.

Finalmente, M reprodujo la escena traumática cuando fue posible,… *Noqueando su cabeza, dijo no,… no puedo decir nada… «papá me va a cortar… como digas algo te corto la lengua con un cuchillo».* Aprendimos con la estremecedora crudeza de esta amenaza que el poder del traumatismo ejercido por quienes esperamos afecto, cuidados respetuosos y protección, está no solo en atacar el pensamiento y lo simbólico, sino también en dañar la confianza en que los adultos proporcionen la protección necesaria. Entre otros efectos, es como si el niño asumiera de alguna manera, la responsabilidad de su propia seguridad, en un estado de alarma angustioso que la desbordaba silenciosamente, hipervigilando su entorno y manifestando síntomas somáticos aparentemente

desprovistos de todo sentido. Probablemente, la atención cuidadosa con la que atendí el desvalimiento de la madre desde las primeras consultas, de reconocer su propio sufrimiento y hacia sus hijos, permitió observar a la pequeña como su madre establecía una nueva relación de confianza, expresando algunos de sus miedos en momentos de encuentro y de conexión significativa. Y facilitó inicialmente, que pudiéramos estar, jugar y pensar juntas; y reactivar la confianza epistémica de M *en la interacción terapéutica del juego y en las interacciones mentalizadoras;* y poder desvelar los malos tratos del padre.

En su evolución observamos primero, la angustia abrumadora e invasora del juego de esta niñita migrante. Después su juego estuvo comprometido en la compulsión a la repetición, como un intento de ligar la angustia o descargarla y de elaborarla, actuando lo que experimentaba pasivamente en sus vivencias familiares cotidianas. En otros casos, el exceso de sensorialidad o excitación también dificulta que el niño desarrolle su juego, como cuando observamos a niños que mueven coches o muñecos, como si volaran sin control, de un sitio a otro. Pensamos entonces, en emociones que no pueden contener en su mente, que son sustituidas por descargas motrices, con juegos repetitivos, carentes de creatividad y de placer. Nos comunican así su fracaso. En los casos extremos estaría la imposibilidad de jugar relacionada con patología severa, carencias, deprivaciones,… en que la capacidad simbólica no ha podido desarrollarse. Observamos los intentos de M por poseer un cierto control sobre la realidad, a diferencia de otros momentos de acciones repetitivas, sin tonalidad emocional, estimulados por la angustia y su fracaso para metabolizarla, pero dirigidos a ligarla o descargarla, muy diferentes de otros momentos de juego placenteros en que tratábamos de impulsar sus propios recursos mentales y emocionales. El juego de roles reparatorio de M denota su preocupación por la madre/muñeca y los hijos/muñecos dañados por el padre/muñeco. En otros juegos identificamos una reparación diferente, según Klein de «reparación maníaca» en la que se repara al objeto por miedo a la venganza de éste, no por auténtico interés por otros. Muchos de los juegos de matar y resucitar y volver a matar para volver a resucitar tiene este matiz. M logro acercarse poco a poco –en condiciones de seguridad, confidencialidad– a la emoción de miedo por amenazas, sin temer consecuencias en la realidad. Logró descargar la tensión –impredictibilidad, vulnerabilidad, desamparo– y elaborarla progresivamente con sus estrategias, desarrollando creativamente sus propios modos de expresión emocional, simbólica, imaginativa, elaborativa y de reparación frente a lo traumático, en el contexto terapéutico y con las necesarias medidas de protección legal, –no impunidad–. Las expresiones simbolizadas que fuimos observando representaron un avance emocional importante, accedió a tres operaciones psíquicas de gran valor: simbolización, sublimación y reparación. Alcanzó un nivel de mentalización, de desarrollo de su sistema representacional y una regulación afectiva más adecuada, y en consecuencia a un desarrollo más saludable.

Esperamos haber expuesto, aunque brevemente, los factores terapéuticos del juego relevantes en su potencial mentalizador, de enriquecimiento del mundo representativo. El valor terapéutico del juego reside, no solo en la posibilidad de expresar y actuar material consciente e inconsciente y liberar la tensión que lo acompaña, sino en su potencial estructurante para apoyar la capacidad de simbolizar y de mentalizar, desde las que abordar trastornos emocionales, conflictos o traumas. Las técnicas cualitativas del juego terapéutico y de la mentalización nos abren el encuentro con la subjetividad y a las vías de tratamiento en un contexto complejo de interacción e interactividad, de intersubjetividad y de acceso representacional representado una de las más poderosas vías de cambio (29, 30). Sus efectos terapéuticos se retroalimentan, alcanzan la organización y reorganización de la estructuración psíquica. Se teje un espacio psíquico interno; un espacio para representaciones-cosa y representaciones-palabra, se generan pensamientos para ser pensados y utilizan mejor sus capacidades cognitivas y de aprendizaje.

Si en el proceso de juego terapéutico se propician las interacciones mentalizadoras y el niño logra un buen funcionamiento reflexivo respecto a su experiencia traumática, en compañía de otra mente (un terapeuta que sintonice, resuene y traduzca), podría disponer de un factor de protección, de moderación de los efectos de la adversidad traumática y en la psicopatología del desarrollo.

En esta hipótesis de trabajo es fundamental explorar y valorar la comunicación verbal y no verbal, tan valiosa en matices clínicos que desarrolla el niño durante sus juegos con diferentes expresiones: acciones, diálogos somáticos y relatos/narrativas que configuran su singular *discurso del juego*. Se trata de trabajar conjuntamente en *interacciones de juego y de mentalización,* las alternativas posibles de expresión de los afectos, de los hechos asociados a amenazas, castigos, o a miedos, sentimientos de vergüenza, culpa, angustia… que suelen estar inhibidos o descargados sin control. Estar, jugar y pensar juntos, niño y terapeuta, es más que un acompañamiento terapéutico, proporciona la cualidad de un espacio precioso de intersubjetividad, en el que se privilegia la propia fortaleza y resistencia de pensamiento, el desarrollo de procesos de simbolización y elaboración a través de procesos terapéuticos de comunicación, de juego, en que observamos cómo el niño despliega respuestas mentalizadas.

Este acercamiento terapéutico que afecta a lo intrasubjetivo, lo transubjetivo y la intersubjetividad, configura la perspectiva de la dinámica del juego tanto a nivel de intervención individual como en intervenciones en grupo (30).

6. EL SER Y EL HACER DEL TERAPEUTA

La experiencia clínica nos ha mostrado que el niño elige a quién decir, qué decir y dónde. Ha de percibir el contexto terapéutico protector y cuidador desde el primer encuentro. Específicamente, la posición del *ser* y del *hacer* en el juego terapéutico es la de un investigador que desarrolla una relación segura y de cuidado, con sensibilidad y delicadeza desde la que observar, conocer, sostener, explorar, contener, reflexionar,…La de un facilitador experto del proceso terapéutico. Ha de co-crear con el niño «un área intermedia de experiencias creadoras» en el continuum espacio-tiempo, precisado en las características del encuadre. De manera, que el niño participe en la creación de su espacio de juego, singular y único. Lo que se construye con el niño tiene esa cualidad extraordinaria: la de *un sentido* de descubrimiento y de creatividad, en un contexto relacional que resuene y acoja, de soporte y contención emocional, favorecedor del juego creativo y dinámico *de experiencias mentalizadoras, intrapsiquicas e intersubjetivas.*

Es de esperar que el terapeuta sintonice genuinamente con el lenguaje universal del juego, con la emoción del jugar, con un material inagotable que no es posible acotar. Y que logre articular en sus interacciones tanto la palabra como sus acciones, incluyendo el silencio y la no acción; reforzando la comunicación, como un «regulador del afecto» que ayude a la emergencia del afecto intenso, sin desorganizaciones del juego, manteniendo el vínculo terapéutico. Ofreciendo sus comentarios de manera tentativa para que puedan ser ignorados, modificados, construidos, reconstruidos. Clarificando, confrontando, o señalando, más que interpretando, para desarrollar *insight*. Ha de estar atento a la contratransferencia y a la multiplicidad de transferencias de los objetos y fenómenos de la realidad interna y externa que el niño le transfiere; y a los procesos psíquicos que se desarrollan en su mente en el encuentro con el niño y su entorno.

Es preferible dejar que el niño desarrolle tanto la experiencia de expresar libremente como la curiosidad sobre los estados mentales, de manera que pueda asociarlos a su realidad subjetiva sentida (experiencia consciente y preconsciente) y de cómo los estados mentales motivan y explican el comportamiento de uno mismo y de los demás. Y descubra su capacidad de pensar. Esto va a facilitar el desarrollo de representaciones preconscientes y cambios paulatinos ante estimulaciones conflictivas que no puede manejar, desplegando procesos de pensamiento, de equilibrio interno, de aprendizajes (implícitos y explícitos) observables en juegos más creativos y constructivos, que evolucionan hacia el dibujo y la palabra… que podrán transferir a sus contextos naturales. Se requiere, por tanto, capacitación altamente especializada en el *ser y hacer* terapéutico del psicólogo clínico especialista no solo en la infancia sino también en perinatalidad, tiempos críticos del crecimiento y desarrollo para proporcionar los cuidados y la atención psicoterapéutica especializada en la clínica del trauma. El terapeuta requiere conocimientos

sobre el desarrollo cognoscitivo, psicomotor, emocional, social del niño; y sobre el desarrollo y las etapas normales del juego, y las Terapias de Juego. Así como capacidades técnicas específicas. Pero, además, tiene la responsabilidad de cuidar de su propio bienestar.

No es fácil trabajar con niños perturbados e infelices, que sufren, y que en sus juegos evocan emociones y sentimientos intensos, escenas dolorosas, o muestran partes heridas de sí mismos,... Puede ser una clínica muy exigente, demoledora, frustrante y absorbente; y tener sus riesgos. Me refiero a efectos, a veces imprevistos, para el propio terapeuta. Puede sentirse desconcertado, confuso, ineficiente… con preocupación, disgusto, enojo, repulsión, temor,… Quedarse agotado, o agitado, incluso afectado en sus relaciones y con dificultades de comunicación... y ser dañado por el dolor del niño. Por todo ello, es imprescindible, además de formación continuada, disponer de supervisión, de equipos de trabajo interdisciplinares y apoyo institucional.

7. CONCLUSIONES

La terapia de juego es un enfoque adecuado para trabajar con niños que han sufrido experiencias adversas y traumáticas. Los métodos de juego terapéutico revisados muestran resultados exitosos en aquellos casos en que el trauma está limitado y no se ha producido una intrusión grave en los mecanismos de afrontamiento y de defensa del niño. En los casos desafortunados y de proporciones desastrosas ni la terapia de juego ni los tratamientos verbales parecen suficientes para revertir el daño. No obstante, los estudios de seguimiento de niños tratados informan que la psicoterapia es esencial para su mejoría, o al menos más beneficiosa que la falta de tratamiento. En la clínica se evidencia que además de trabajar en la gravedad que implican algunos casos, son importantes también aquellos cuya vida transcurre bajo una suma de condiciones adversas durante los primeros años de vida que condicionaran la calidad de su vida adulta.

Se considera el valor del juego para explorar, valorar y abordar la clínica infantil, ya desde el periodo perinatal, tiempo muy sensible a crisis necesarias y útiles, pero también de descompensaciones, de complejos desórdenes y de traumas. Aun a pesar de saber que el juego infantil se ve afectado muy negativamente, se ha prestado poca atención al lugar que debe tener como medio natural de comunicación con los bebés y niños, en los procesos de valoración y tratamiento no solo en los Servicios de Salud Mental, sino también en posibles intervenciones terapéuticas en el Sistema Educativo con profesionales capacitados para ello. Evidencias prometedoras apoyan el empleo de la terapia de juego en el tratamiento del trauma interpersonal, tanto en contextos de salud como educativos. Se requiere la colaboración interdisciplinar con otros profesionales para abordar situaciones adversas, sufrimientos y traumas de diversa índole, que alteran el crecimiento y desarrollo infantil.

Si se permite que los niños traumatizados crezcan sin jugar, estaríamos permitiendo que lleguen a la edad adulta sin la experiencia natural de encontrar los aspectos agradables, placenteros y divertidos en otros aspectos de la vida. Al igual que diversos autores, se concluye que se requiere una combinación de tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas. Se continuará trabajando las propuestas presentadas sobre las cualidades cuidadoras de escucha múltiple y compleja de lo traumático, y sobre la articulación de los procesos de juego terapéutico y mentalización. Y cuestionando acerca del tratamiento adecuado en la singularidad de cada situación, de cada niño para lograr avances eficientes. Por último, expresar el deseo de infundir a los niños esperanza, ilusión en su porvenir y protección ante las incertidumbres y desamparos de esta triste y al parecer *inevitable* realidad actual.

Referencias

1. Palau Subiela P. Sufrimiento emocional perinatal compartido. Estrés en el bebé. Efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios, vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica. Valencia: ASMI, 2023.
2. Luyten P, Fonagy P. Mentalizing and trauma. In Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, 2nd ed.; Bateman A, Fonagy P. Eds.; American Psychiatric Publishing: Washington, DC, USA, 2019; 79–99.
3. Sonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. J Am Acad Pediatr. 2012;129:232-46.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, & Janson S. Burden and the consequences of child abuse in high-income countries. Lancet 2009; 373(3), 6.
5. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J. y Vos T. The longterm health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine, 2012;9(11), e1001349.
6. Widom CS. Long-term impact of childhood abuse and neglect on crime and violence. Clinical Psychology: Science and Practice, 2017;24(2), 186-202.

   Disponible en: https://doi.org/10.1111/cpsp.12194
7. Cicchetti D, & Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on Risk and protective factors for child maltreatment: A review. Current epidemiology reports, 1995;7(4), 334–342. Disponible en: https://doi.org/gmhh8x
8. Cicchetti D, & Toth S. Child maltreatment and developmental psychopatholomulti-level perspective. En D. Cicchetti (Ed.), Developmental psychopathology: Vol. 3. Maladaptation and psychopathology. (3rd ed., pp. 457-512). Wiley. 2016.
9. Pereda N, Guilera G, Abad J. Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: results from a community sample. Child Abuse Negl. 2014; 38:640-9.
10. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2017;2, 356–366.

11. Organización Mundial de la Salud (2020). Nota descriptiva Maltrato infantil. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltrato#

12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, & Marks J S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 1998;14(4), 245-258. Disponible en: https://doi.org/btqccf

13. van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, & Reijman S. Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. Journal of child psychology and psychiatry, 2020;*61*(3): 272-90.
Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.13147

14. Tisseron S, Torok M. Rand N, Nachin C, Hachet P, & Rouchy JC. El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

15. de la Hoz A. Secretos, sus efectos en el cuerpo: clínica psicosomática. En: Clínica del secreto familiar. ISBN:978-84-09-01912-0. AEIPPS, 2018; 55-67.

16. de la Hoz A. Grupos familiares padres-bebé. En: De Castro MJ, Gómez R, de la Hoz A. Lo Grupal en Tiempos de Pandemia. Madrid: AEN. Estudios/63; 2022;153-178.

17. Austin AE, Lesak AM, & Shanahan ME. Individual development: The case of child maltreatment. In Cicchetti D & Cohen DJ. Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. Vol. 2, 32-71. John Wiley & Sons, 2020.

18. Langevin, R., Marshall, C., & Kingsland, E. Intergenerational cycles of maltreatment: a scoping review of psychosocial risk and protective factors. Trauma, Violence, & Abuse, 2019;22(4), 672-688.
Disponible en: https://doi.org/10.1177/1524838019870917

19. Narayan AJ, Ippen CG, Harris WW, & Lieberman AF. Protective factors that buffer against the intergenerational transmission of trauma from mothers to young children: A replication study of angels in the nursery. Development and psychopathology, 2019;31(1),173-187. https://doi.org/10.1017/s0954579418001530

20. Borelli JL, Cohen C, Pettit C, Normandin L, Target M, Fonagy P, & Ensink K. Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 2019;*10*, 1062. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062.

21. Bateman A, & Fonagy P Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2012.

22. Fonagy P, Campbell Ch, Luyten P. Attachment, Mentalizing and Trauma: Then (1992) and Now (2022). Brain Sci. 2023; 313, 459.

23. Verhage, M.L.; Schuengel, C.; Madigan, S.; Fearon, R.M.; Oosterman, M.; Cassibba, R.; Bakermans-Kranenburg, M.J.; van Ijzendoorn, M.H. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. Psychol. Bull. 2016, 142, 337–366.

24. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1975; 14, 387–421.

25. Winnicot DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa,1971.

26. Calzetta J, Cerdá MR, & Paolicchi G. La Juegoteca. Niñez en riesgo y prevención. Buenos Aires: Lumen, 2005.

27. Rodulfo, R. El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Buenos Aires: Paidós, 2010.

28. de la Hoz A. Psicoterapia de grupo con niños. En: Izquierdo A, Cuellar I, Padilla D. Manual de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill / Interamericana de España; 2021; 173-178.

29. de la Hoz A. Niños en psicoterapia de grupo con técnicas de juego. En De Castro MJ, Gómez R, de la Hoz A. Clínica Grupal en los Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN. Estudios/62; 2020; 161-178.

30. de la Hoz A. Niños en psicoterapia de grupo: el discurso grupal del juego terapéutico. Rev. Asoc, Esp. Neuropsiq. 2022;42(142): 155-175.

31. Chazan SE. Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy. New York: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

32. Chazan SE, & Wolf J. Using the Children's Play Instrument to measure change in psychotherapy: The conflicted player. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy 2002; 73–102. doi:10.1080/ 15289168.2002.10486407

33. Chazan SE, Cohen E. Adaptive and defensive strategies in post-traumatic play of young children exposed to violent attacks. Journal of Child Psychotherapy 2010; 36(2), 133–151. doi:10.1080/0075417X.2010.495024

34. Chazan SE. The children's developmental play instrument (CDPI): A validity study. International Journal of Play 2012; 1(3), 297–310.

35. Alizade AM. El rigor y el encuadre interno. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis, 2002 (96), 13-16.

36. Terr L. Terapia de juego y trauma psíquico. En: Schaeffer E, & O´Connor K. (Eds). Manual de Terapia de Juego. México: Manual Moderno, 2000.

37. Terr L. Too scared to cry: Psychic trauma and childhood. NewYork: Harper & Row, 1990.

38. Pitillas Salvá C. ¿Es el juego mecánico un signo de trauma en niños? Evidencia preliminar para una ampliación de nuestras concepciones acerca del juego traumático. Disponible en: http://hdl.handle.net/11531/8027

39. Van der Kolk BA, McFarlane AC, & Weisaeth L. (Eds.). Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York, Guilford Press, 1996; 214-241.

40. Van der Kolk, BA. Developmental trauma disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 2005; 35(3), 401–408.

41. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker J D, Whitfield C, Perry BD, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience, 2006; 256(3),174–186.

42. Braconnier A. Las experiencias traumáticas precoces y sus efectos sobre el desarrollo. Manual de Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Tomo II, Valencia: ASMI: 2021; 89-95.

43. Pérez-Sales P. El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia. Norte de Salud Mental 2004; 20: 29-36.

44. Klein M. La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En Obras Completas. Tomo III (pp. 129-146) Buenos Aires: Paidós, 1955/2004.

REFLEXIONES CLÍNICAS ACERCA DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL Y SUS EFECTOS A LO LARGO DEL CICLO VITAL

CLINICAL REFLECTIONS ON CHILD SEXUAL VICTIMIZATION AND ITS EFFECTS ACROSS THE LIFESPAN

Francisco González García
Doctor en Psicología Clínica, Forense y de la Salud.
francisco.gonzalez@sandplay.es

Resumen: El abuso sexual infantil (ASI) ha presentado múltiples dificultades en su comprensión, detección y tratamiento a lo largo de los años. La primera de las dificultades la encontramos en su definición y delimitación optándose cada vez más por el uso del término «victimización sexual», una concepción más amplia de esta realidad que se estima que afecta al 26,6% de chicas y el 5.1% de chicos (1). Se tratará de ofrecer algunas reflexiones sobre las consecuencias del ASI y su compulsión a la repetición en múltiples formas a lo largo del ciclo vital toda vez que lo traumático, al desbordar el aparato psíquico (en proceso de construcción a lo largo de la infancia) resulta difícilmente simbolizable. Es conocido que aquello que no se ha podido tramitar a través de la palabra y/o cualquier otra vía de simbolización como el juego podrá repetirse compulsivamente a lo largo de la vida.

Palabras clave: abuso sexual, psicoanálisis, ciclo vital, polivictimización.

Abstract: Child sexual abuse (CSA) has presented multiple difficulties in its understanding, detection and treatment over the years. The first of these difficulties is found in its definition and delimitation, increasingly opting for the use of the term «sexual victimization», a broader conception of this reality that is estimated to affect 26.6% of girls and 5.1% of boys (1). We will try to offer some reflections on the consequences of CSA and its compulsion to repeat in multiple forms throughout the life cycle, given that trauma, by overflowing the psychic apparatus (in the process of construction throughout childhood), is difficult to symbolize. It is known that what has not been processed through words and/or any other ways of symbolization, such as play, can be compulsively repeated throughout life.

Key words: sexual abuse, psychoanalysis, lifespan, polyvictimization.

1. INTRODUCCIÓN

El acercamiento y abordaje del abuso sexual infantil ha sido una de las tareas más complejas y difíciles por parte de los profesionales a lo largo de los años. En este sentido podríamos pensar si ya Freud presentó dificultades en el tratamiento de víctimas de abuso sexual desmintiendo una dura realidad que le llevó a no creer más en sus neuróticas tal como indicó en su carta 69 a Fliess (2). A pesar de todo, posteriormente no lo rechazó por completo, al indicar sobre la seducción en los primeros años de niñez que «*no exageré la frecuencia o importancia*» (3). Resulta difícil pensar la magnitud y alcance del problema considerando que hay una cifra negra de casos no notificados ni informados, que nunca pasarán a ser reconocidos por la ley ni el registro social. Al respecto cabe recordar que, no es hasta 1959 con la declaración de los derechos del niño por parte de la ONU, que la infancia no pasa por un acto simbólico de calado social por el que se le reconoce como sujeto de derecho en contraposición a la ocupación de una posición de objeto. Para enmarcar la cuestión a tratar aquí, podemos empezar por acercarnos a la concepción de trauma propuesta por Laplanche y Pontalis (4). En base a ellos, lo podemos entender como un «*acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones*» (p. 447). Al respecto Ferenczi (5) señala ya «*…la importancia del traumatismo y en particular del traumatismo sexual como factor patógeno. Incluso los niños de familias honorables de tradición puritana son víctimas de violencias y violaciones mucho más a menudo de lo que se cree. Bien son los padres que buscan un sustituto a sus insatisfacciones de forma patológica, o bien son personas de confianza de la familia (tíos, abuelos), o bien los preceptores o el personal doméstico quienes abusan de la ignorancia y la inconciencia de los niños*» (p.144). Es bien sabido que el abuso sexual se produce en todas las culturas, estratos sociales y a lo largo de los distintos momentos históricos.

2. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

De este modo, pasemos pues a plantear algunas reflexiones acerca de la clínica y la técnica en la intervención en el abuso sexual como circunstancia traumática en la infancia, la adolescencia y en la vida adulta. Retomando la propuesta de Ferenczi, el infans, desde el lugar que ocupa, entiende el abuso sexual como una expresión de ternura por parte del adulto, quien a su vez va a satisfacer su propio erotismo. Es por ello que se produce una diferencia de lenguas en un espacio donde cada una de las partes entiende y registra la

situación según su propio lenguaje. El erotismo de los niños es tierno, mientras que el de los adultos es apasionado. Es justo este conflicto el que producirá trauma; la figura parental, más allá de resultar una figura de protección, contención y cuidado, utiliza el niño en su propio beneficio con finalidades pasionales, ignorando las necesidades reales del niño. Al forzar precozmente las sensaciones del niño, provoca en éste una experiencia invadida por el miedo. La situación de abuso dificulta que el aparato psíquico se desarrolle como un espacio de contención, al no existir límite ni orden en los sentimientos de amor y odio que se funden, se confunden y se entremezclan mediante la manipulación, la mentira, la intimidación y la desconfianza.

Tal cuestión es fundamental para la intervención clínica, puesto que la confusión de lenguas puede filtrarse en la transferencia, en caso de tomar una actitud fría y distante, y en la técnica empleando interpretaciones que pueden resultar intrusivas, violentas o persecutorias; efectuando intervenciones que respondan más a intereses del profesional por confirmar sus hipótesis o teorías que los intereses del paciente, dándose así una nueva situación victimizante para este último. En el uso de las interpretaciones se debe ser especialmente cauteloso puesto que se podría repetir el trauma si la interpretación es vivida como una intromisión, intimidación o violación, en especial cuando el paciente se niega a pensar sobre la situación traumática. Por ello es imprescindible contener y acompañar al paciente en sus ritmos de elaboración, en sus tiempos psíquicos y no en los cronológicos. En este sentido, nos encontramos con la dificultad de lidiar con los tiempos cronológicos del sistema judicial, desde donde, con frecuencia, se solicita la toma de declaración de la víctima en múltiples ocasiones. En tales diligencias se puede repetir una situación abusiva en tanto en cuanto la autoridad (en beneficio de los intereses de los adultos y el orden social) desea recabar un testimonio, algo íntimo de la víctima para unos fines legales (fines propios del mundo adulto) y tras lograr obtener eso tan preciado (tanto para la víctima, como para el profesional de la administración de justicia: juez, fiscal, psicólogos, etc., aunque en un sentido muy distinto, por ambas partes implicadas), se da por finalizada la intervención. En tal circunstancia la víctima puede, con frecuencia, sentirse utilizada y abusada nuevamente. Esta situación sobre el modo de intervenir en el sistema judicial puede resultar traumatizante por el hecho de haber irrumpido en el mundo interno de la víctima, tomar de ella el objeto (declaración) en beneficio del adulto, llegando a poder romper toda defensa posible del aparato psíquico. Habitualmente las declaraciones se toman ante un público ahí presente: jueces, fiscales, secretarios judiciales, abogados…. En tal escenario se ponen en juego las pulsiones escópicas, la mirada, una dinámica voyerista-exhibicionista que puede resultar traumática reproduciéndose el abuso a nivel simbólico. Tales declaraciones, llenas de significantes, además de poder ser grabadas en video, quedan registradas en documentos públicos (autos del juzgado, informes periciales de la administración pública) que quedan ahí fijados y pueden resultar persecutorios.

La identificación con el agresor, a quien se odia y se ataca desde la propia identificación, desencadena en las víctimas síntomas como el sentirse sucias o las autolesiones que, a pesar del dolor que provocan, alivia a las víctimas. Con frecuencia la víctima se reprocha y se culpa por haber provocado la situación traumática; circunstancia habitual en las víctimas de abuso sexual infantil, que debe ser abordada para resituar sobre el agresor tales sentimientos lo cuales fueron introyectados en la víctima mediante identificación si pensamos en la hipótesis postulada por Ferenczi.

En el acercamiento terapéutico habrá que tener en consideración el momento evolutivo del paciente, el momento de estructuración psíquica en el que se haya producido el abuso sexual y el modo en el que éste se esté estructurando considerando las defensas puestas en juego (más primarias cuanto más prematura sea la victimización, poniéndose en marcha defensas como la negación, idealización, identificación proyectiva, escisión), las fijaciones y las fantasías inconscientes, las cuales condicionarán la relación con el objeto, el tipo de vinculación que establezca, considerando que estará mediatizada por una sexualización traumática. A través de la transformación en lo contrario, la vuelta sobre sí mismo o la compulsión a la repetición, el niño perpetúa en forma activa o pasiva, el vínculo abusivo. Debido a la ruptura de límites y la pérdida de contención por el abuso, la víctima presentará dificultades para alcanzar la capacidad de mentalización entendida como la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales. En otras ocasiones, la situación de abuso se intelectualiza hasta llegar al extremo de que los sentimientos de angustia, tristeza, culpa, etc. (derivados de la situación abusiva) se quedan en imágenes o sensaciones que, dado que están escindidas, empobrecen y debilitan al yo.

Ante un aparato psíquico en proceso de construcción, en los casos de abuso sexual acontecidos en la primera infancia, más allá de las experiencias de tipo disociativo, es frecuente que se den cuadros clínicos tales como somatizaciones o «trastornos por déficit de atención» (TDA) o «trastornos con déficit de atención con hiperactividad» (TDAH) derivados de aquel monto de energía y excitación no tramitada por un desbordamiento del psiquismo, no elaborada o no puesta en palabras, desplazándose, por ejemplo, en el caso de las somatizaciones, sobre el cuerpo o a nivel motriz (en forma de descarga o liberación de tensión) en la hiperactividad de un cuerpo hipersexualizado. Cuando el abuso sexual se produce en edades muy tempranas, en las que no hay aún aparato psíquico con una capacidad simbolizante aún desarrollada y, por lo tanto, con dificultades para alcanzar un registro simbólico que les libere de tal tensión, pueden aparecer llantos y temores que progresivamente se irán convirtiendo en actos y juegos infantiles. Así, algunos pacientes, *«a falta de poder apaciguar una tensión de excitación desasosegante mediante una descarga que aporta la satisfacción, tratan de calmarla mediante la repetición de una sensación perceptiva y/o una actividad motora. Estos procedimientos autocalmantes* (…) *se distinguen radicalmente de las actividades autoeróticas*». Además, «*la tentativa* (por calmarse) *no puede*

sino fracasar porque equivale a querer calmar una excitación mediante otra excitación. Sin embargo, procura un descenso de excitación, pero que sólo dura mientras dura el procedimiento, lo que lleva a una repetición sin fin del mismo. (…) *No es el tipo de actividad repetida lo que caracteriza el procedimiento autocalmante, sino el modo de funcionamiento que se impone debido a la necesidad económica, en la que lo cuantitativo prevalece sobre el sentido, oponiendo, separando o aplastando el pensamiento»* (6).

Ante la falta de un registro simbólico, aún no desarrollado en un psiquismo prematuro, la excitación puede recorrer un camino regresivo, esto es, hacia la vía somática. Las posibles consecuencias pueden ser el decremento de procesos psíquicos significativos como la condensación y el desplazamiento, borrándose el tejido o entramado de representaciones posteriores como serían los sueños y los juegos (7). Por lo tanto, no será de extrañar encontrarse con menores que no dibujan, que no juegan, que tienen obturada la capacidad de fantasear y acceder al juego simbólico. En cuanto a la capacidad de fantasear, en los casos de abuso sexual en la primera infancia, la situación de seducción sexual real obtura el desarrollo normal de las fantasías sexuales infantiles, escena primaria y el complejo edípico. La situación sexual real de mano del adulto, al irrumpir en el psiquismo del menor, lo anega e imposibilita la construcción de las fantasías originarias, la puesta en marcha del deseo y la curiosidad infantil, lo que en la latencia será el motor del interés por saber y aprender. Es por ello que, con frecuencia, nos encontremos ante bajos rendimientos académicos en los pacientes en periodo de latencia.

El abuso sexual infantil, al darse en un sujeto que a nivel de desarrollo psicosexual es aún inmaduro a nivel genital, provoca la activación de pulsiones sexuales inhibidas hasta ese momento, rompiendo de este modo el periodo normal de latencia y ocasiona alteraciones en el desarrollo del conflicto Edípico. En la preadolescencia y adolescencia, coincidiendo con la reedición de la trama edípica, será habitual encontrarse con un afloramiento sintomatológico derivado del après-coup o resignificación que el/la adolescente esté elaborando con ocasión del encuentro entre su historia personal (experiencias y vivencias pasadas) y los hitos y conflictos propios de esta etapa como, por ejemplo, los primeros contactos o relaciones sexuales. Respecto al après-coup, señalar que éste apela e incluye la temporalidad en un doble sentido, tanto del presente al pasado como del pasado al presente. La persona que vive ya su sexualidad desde una perspectiva genital adulta, da un nuevo significado a la experiencia sexual infantil que se vivió desde la ternura, incluso desde el afecto y el favoritismo (el/la elegido/-a). La colisión de significados resultará traumática. La víctima reactivará y resignificará el drama del abuso no únicamente en las relaciones íntimas, sino que además de ponerse en juego en la relación de pareja, también lo podrá llegar a poner en escena y reproducirse en otras múltiples relaciones, entre ellas la relación transfer-contratransferencial que se establezca en su tratamiento. En relación a lo indicado en el punto anterior cabe destacar la importancia de mantener un encuadre claro y estable. La dinámica incestuosa se escenifica en algunos pacientes acudiendo

a su sesión de psicoterapia a otra hora u otro día exigiendo ser atendidos (por lo tanto, tratando de invadir otros espacios con sus objetos internos, los desplegados en sus sesiones, y, a través de la exigencia queriendo acceder «forzosamente» a la consulta, repitiendo el abuso abusando y queriendo entrar en espacios íntimos de otros). Será entonces importante apelar a la ley, al orden, y no ceder al deseo del paciente repitiendo lo incestuoso.

Los mecanismos de defensa empleados por el sujeto ante el abuso se pondrán de manifiesto y en evidencia a lo largo de la adolescencia. Con el surgimiento de la sexualidad, se reactivan las angustias relacionadas con el abuso, la desconfianza, la amenaza que supone la escena sexual, los sentimientos de estar sucio/-a, de rechazo al propio cuerpo, etc. En la latencia suelen atenuarse estas angustias. La entrada de la víctima en la sexualidad adolescente suele venir caracterizada por una compulsión a la repetición de aquello no elaborado, a modo de sobre-sexualización, conductas sexuales de riesgo y/o pérdida de límites en las relaciones íntimas. El síntoma dará cuenta del retorno de lo reprimido traumático o bien de lo expulsado de aquel aparato psíquico en el que no se haya podido instaurar la represión.

Peter Blos (8) plantea que el proceso adolescente se caracteriza por un proceso de diferenciación en el que se superan una serie de etapas con una serie de hitos en un desarrollo progresivo. Cada fase presenta un conflicto específico con una tarea madurativa y una resolución que son condición previa a pasar a niveles más elevados de diferenciación. Este proceso tiene lugar en la preadolescencia y la adolescencia tardía y se caracteriza por la heterogeneidad de las fases en relación a posiciones y movimientos pulsionales y yoicos. Es lo que ha llamado «el segundo proceso de individuación en la adolescencia». El primer proceso de individuación, dice, se produce hacia el tercer año de vida y con él se logra (si todo va bien) la constancia del self y del objeto. Define la individuación adolescente como una serie de cambios estructurales que acompañan a la desvinculación emocional de los objetos infantiles interiorizados. Plantea la adolescencia, en su conjunto, como un segundo proceso de individuación en el que se espera que el sujeto se desprenda de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global o el mundo de los adultos. Tal proceso de individuación se ve obturado con frecuencia en las víctimas, toda vez que están atrapadas en lo incestuoso indiferenciado, a vínculos con objetos infantiles que aprietan y ahogan. Contar con un grupo de iguales que se arme como contexto propio ante las peleas con los padres, como lugar con ideales compartidos y de donde pueden salir y volver con viajes de ida y vuelta a los padres hasta que el adolescente «se anima a quemar las naves» (p.243) resulta de vital importancia en palabras de Janin (9). Que el paciente cuente con un espacio de estas características se puede entender, a priori (a falta de valorar el caso por caso), como un signo de buen pronóstico clínico, pues en tal movimiento exogámico hacia el grupo de iguales, se espera una oposición o cuestionamiento de los padres, siendo esta parte de las tareas

del proceso de individuación, de subjetivación, abandonando la posición de cosa-objeto del deseo del otro y tomar sus propios deseos, identificaciones y estructuración yoica.

El adolescente, cada vez se encuentra más inmerso en el campo virtual estableciendo «vínculos» a través de las redes sociales. En tal escenario podemos pensar la clínica de las victimas según la victimización haya ocasionado fallas en el narcisismo o en el transcurso de la conflictiva edípica. Podemos pensar que se acude a las redes sociales a la búsqueda de amor o intentando sostener un narcisismo con fallas. El adolescente se implica, dentro de este espacio virtual, en vínculos líquidos, manteniendo una gran distancia con el objeto, pero a la vez, siendo complaciente y entregando lo más preciado, la intimidad, enviando fotografías íntimas, pudiendo llegar a ser de contenido sexual en ocasiones. En esta búsqueda de amor, de reconocimiento, de ser visto y tener seguidores o *likes* a toda costa, pueden llegar a traspasarse límites al acceder a ciertas solicitudes. La intimidad entregada a través de una fotografía conlleva una absoluta pérdida de control, siendo el receptor quien controla el objeto, pudiendo hacer con él lo que le plazca bajo el imperio de su deseo y utilizándolo pudiendo llegar a difundir el material, lo que ocasiona en la víctima una mayor indiferenciación del dentro fuera, difusión de límites y de pérdida de control (con el subsiguiente incremento de desconfianza), puesto que sus intimidades pueden llegar a manos de cualquiera. De este modo, podríamos pensar que, en ocasiones, en la adolescencia se repetiría y reactualizaría, una victimización sexual sufrida en la infancia o, siguiendo la propuesta de Racamier (10), experiencias pasadas de incesto incestual.

Las familias de las víctimas suelen caracterizarse por contar con vínculos que reproducen traumas y carencias en el vínculo con el objeto primario y son expresión de conflictos no resueltos. La organización familiar suele ser defensiva, dándose una inversión de los roles de los componentes de la unidad familiar. La presencia de patologías tempranas en los adultos, sustentadas en los conflictos con sus relaciones objetales, conllevan no poder darse cuenta de la repetición a través del vínculo con los hijos. En el abuso sexual, el padre o quien ocupe su lugar en base a un compromiso emocional especial con la familia, manipula sexualmente a los hijos, interfiriendo en su desarrollo normal. Cuando en estas familias el abuso se mantiene en el tiempo, podemos pensar que puede estar dándose una organización psíquica sado-masoquista, pues el menor mantiene una complicidad pasiva para, posteriormente, mostrar conductas de explotación activa.

La denegación como mecanismo que entra en juego de forma habitual en el funcionamiento familiar conlleva que se produzcan conjuntamente dos situaciones victimizantes. De un lado, el abuso sexual como tal, que irrumpe sobrepasando el aparato psíquico, y, por otro lado, el dolor derivado de la desmentida que se pone en juego en la situación de abuso. Situaciones en las que las madres no creen a sus hijos, que no pueden ver lo que está sucediendo dentro de la propia familia. La escasez de límites y las vinculaciones

endogámicas son frecuentes en las estructuras familiares de las víctimas. En ocasiones, lo incestuoso se encuentra ya en la historia vincular familiar de la víctima con anterioridad a la experiencia de ASI. En este sentido, Racamier (10) considera que el incesto no sólo se produce en la situación real de ASI, sino que va más allá, arraigándose en el tejido psíquico y, más allá de los individuos e incluso antes que ellos, se extiende a las familias. Racamier toma el concepto «incestual» para nombrar aquello que, en la vida psíquica individual y familiar, lleva la marca del incesto no fantaseado, sin tomar necesariamente formas físicas. Recoge aspectos de la vida psíquica y relacional arraigados en secretos y silencios familiares e individuales. Todo ello tiene sus consecuencias psicopatológicas al igual que las tiene el incesto. No incluye necesariamente la actividad incestuosa, aunque puede incluirla; la desborda y la transmite. Se filtra en la cotidianeidad de las familias, forma parte del día a día. La familia en la que se vive con puertas abiertas, con acceso libre e intrusivo en el baño, en la intimidad del menor, quien a su vez es víctima de ASI sin que lo sepan los familiares o el familiar que se entromete en el baño; o aquel progenitor excesivamente afectuoso y cercano con su hijo (víctima de ASI por parte de un miembro de la familia extensa), con quien duerme a diario en la misma cama sobreexcitando libidinalmente el cuerpo de su hijo en periodo de latencia. De este modo, el incesto y la incestuosidad implica siempre al conjunto de la familia. El hecho de ser madre resulta un momento propicio para la reactivación en el presente de experiencias pasadas. Ante tal situación la mujer atraviesa este periodo vital estresante mediante su prehistoria (como la madre fue fantaseada, deseada y pensada por sus propios padres dentro de su historia familiar), su historia de vida, su psiquismo en el modo en el que se haya estructurado, su situación actual, sus identificaciones (especialmente la que pueda tener respecto a su propia madre), sus propios objetos internalizados, la vivencia que tenga respecto a los comportamientos de su bebé y el modo en el que encaja el bebé en la estructura familiar y el lugar que ocupa en el psiquismo de sus padres en un momento histórico determinado de la pareja parental, teniendo cada uno de los padres su propia trayectoria edípica.

Cabezas (11) indica que la maternidad supone una crisis vital en la que entran en juego todas las experiencias previas y proceso vital anterior, resignificando conflictos no elaborados que interfieren o entran en juego en el rol materno; la madre deberá resolver tales conflictos para evitar la transmisión intergeneracional de los traumas no resueltos. El periodo adolescente con sus vicisitudes, tema abordado anteriormente, comparte algunos aspectos con la maternidad. En ambos casos se producen cambios y transformaciones en el cuerpo, cambios hormonales, cambios en el lugar que se ocupa socialmente, duelos, caídas de ideales, disolución y reconstrucción de identificaciones, cambios en la imagen corporal y la autoimagen y reactivación de los conflictos infantiles. Tales aspectos serán cuestiones a tener en consideración en relación a la clínica y la técnica. Tomando el concepto de holding propuesto por Winnicott, se puede pensar que, si éste es bueno y ofrece el apoyo yoico

suficiente, el niño podrá empezar a existir conforme el yo se pueda ir conformándose. En ocasiones, la madre no logrará ofrecerlo debido a preocupaciones o a la reactivación de conflictos no elaborados, en aquellas madres que fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia, que puede conllevar la presencia en la madre de fantasías o temores que dificulten el desarrollo de sostén y contención para el bebé. La madre, portadora de sus objetos malos introyectados por la experiencia de ASI, teme transmitírselos al bebé. Puede vivir el acercamiento al bebé con horror; temiendo que, en sus funciones maternas de cuidado y afecto, pueda resultar intrusiva y/o violenta, repitiéndose de nuevo la confusión de lenguas en el mundo afectivo de la madre.

Lebovici (12), plantea que para la madre existirían tres bebés: el imaginario, el fantasmático y el real. El bebé imaginario sería el que le acompaña durante el embarazo representado, pensado y fantaseado dentro de su psiquismo; será pensado en base a los recuerdos y vivencias de los cuidados maternos que la madre haya incorporado transgeneracionalmente, en tanto madre, como en tanto al lugar que ha ocupado como hija para sus padres. El bebé fantasmático abarca los deseos y fantasías inconscientes, que se remontan a la infancia de la madre. El bebé real es el resultado del vínculo y relación materno-filial. La reactivación del ASI en tanto conflicto infantil no resuelto en la madre se extenderá en los tres bebés, puesto que, si el bebé imaginario es pensado desde los cuidados maternos que la propia madre recibió transgeneracionalmente, en ésta se irá conformando y transmitiendo la idea (influida inconscientemente por su propio ASI) de un bebé no protegido, para quien sus padres no lograron estar accesibles para ofrecer seguridad y defensa frente al abuso, situando al bebé en la indefensión, sin posibilidad de control de la situación, generando sentimientos egodistónicos que no se elaboran ni se tramitan precisamente por su carga traumática.

Kimelman (13) apunta que, dependiendo de la edad en la que se haya producido el abuso sexual, las huellas mnémicas serán distintas y cabe la posibilidad de reactualizar la situación traumática que, en el caso de no haberse elaborado, se pueden poner en juego en el hijo o en la madre a través de la identificación proyectiva. Las conductas de maternaje y de vinculación con el bebé moldearán el yo de éste. Si «el retorno de lo reprimido» o la resignificación de la experiencia abusiva entra en juego en esta vinculación diádica madre-hijo, se puede caer en riesgo de generar sintomatología en el yo emergente del bebé. Además de la familia, los profesionales (e incluso la propia administración de justicia) pueden responder de un modo disociado por varias circunstancias: actuando motivados por intereses de los adultos o los propios profesionales, dejando de lado el tan nombrado «interés superior del menor» manteniendo distancia respecto a las vivencias sufridas por el menor en el contexto de unas relaciones familiares con un apego desorganizado. Personalidades narcisistas que anteponen el desempeño «implacable» de sus funciones laborales sin contar con los efectos que el modo de llevar a cabo una intervención, una exploración psicológica o un informe pueda tener para

la víctima. La disociación y fragmentación, en contraposición a la integración, puede quedar también facilitada por la fragmentación y separación de funciones en distintos recursos asistenciales donde, en cada uno de ellos se ocupan de una parte del mundo afectivo o de la historia personal del menor. En ocasiones las víctimas recuerdan y conocen lo que pasó, aunque a través de la negación del afecto intentan evitar el dolor que ello causa. Así nos encontramos con lo siniestro sin atadura afectiva. Algunos niños, ya en la vida adulta, a través de la desmentida intentan convencerse de que la situación abusiva no se produjo. Ello sería distinto a la represión, en cuyo caso un pensamiento, recuerdo o imagen ha caído bajo el inconsciente; se produce una lucha en contra de aquello que proviene de uno mismo. En el caso de la desmentida, lo que se entiende como inexistente proviene de la realidad externa: algo que existió, no existió, algo que sucedió, no sucedió o algo que se denunció, no pasó. En ocasiones nos encontramos con menores que relatan los hechos acontecidos en el momento de denunciar y, tiempo después, la desmentida actúa ante la angustia que suscita el desvelamiento de lo traumático y hacerlo público, retractándose entonces de sus propias declaraciones. Fruto del uso «abusivo» del mecanismo de la desmentida se puede producir amnesia traumática o disociativa, por la que algo que aconteció no es recordado por el sujeto, produciéndose un borramiento en lugar de una caída o sepultamiento al inconsciente.

De cara al tratamiento, si bien ya se han abordado algunas reflexiones al respecto se pueden sumar algunas puntualizaciones. Nos indica Tamaryn (14), que habrá que guiar al niño o adolescente a construir su novela infantil no para que perdone o justifique a quienes le maltrataron, sino para que no se quede fijado en una posición de víctima. El cambio de posición será el único modo en el que podrá evitar caer en la repetición, puesto que el reencuentro con la propia historia abre la posibilidad al cambio. Por otro lado, Laverde-Rubio (15) nos apunta que a lo largo del tratamiento nos encontraremos con una coexistencia del trauma (fruto del proceso de victimización sufrido por el niño) junto a los fantasmas y fantasías inconscientes relacionadas, no debiendo renunciar a la teoría traumática sobre la seducción que planteó Freud. No se trataría de acogernos a uno u otro trauma, sino que deben aceptarse ambas dimensiones, puesto que ambas coexisten, se intrincan y se retroalimentan una de la otra. A nivel de técnica psicoanalítica, habría que tratar de diferenciar ambos planos dando validez a la reconstrucción que hace el analizado y resignificando las fantasías en su reaparición en el espacio transferencial.

Lo traumático produce desligaduras en el psiquismo, por lo que el objetivo principal del tratamiento será llevar a cabo un proceso de ligazón, de construcción de lo deconstruido y de simbolización. En un primer periodo resulta clave poder dedicar un tiempo no solo a garantizar las condiciones adecuadas en cuanto al establecimiento del encuadre y la instauración de la transferencia, sino también a preparar y tejer un aparato psíquico que tenga capacidad pensante, dándose el tiempo para crear una estructura y espacio

mental simbolizante. Por otro lado, dado que el ASI conlleva tratar al sujeto como objeto, ocasionando una desinvestidura o deslibidinización de la víctima, sería importante llevar a cabo un proceso de reinvestidura y libidinización, acogiendo al paciente internamente para poder pensarlo, ser pensado y que, así, pueda recuperar la capacidad de pensamiento y el fantaseo. Debido a lo anteriormente comentado, resulta importante que en el tratamiento se pueda establecer un dispositivo paraexcitatorio, contenedor y libre de intrusiones. Por ello, resultará de gran valor poder afinar en la demanda y el pedido terapéutico, tratando de diferenciar aquello que provenga de los padres o entorno familiar de la demanda del propio paciente.

Álvarez (16), incorporando distintos aspectos hasta aquí comentados, propone que en el tratamiento con las víctimas se requiere, en primer lugar, que el menor pueda pensar y recordar, uniendo pensamientos y sentimientos; que tal proceso de recordar se pueda llevar a cabo desde un espacio seguro, protegido y optimista que implique desplazamientos y proyecciones, reemplazamientos y perspectivas. Además, se requiere del encuentro por parte del paciente de un objeto capaz de mantener límites firmes entre el acto y la fantasía, la acción y la metáfora. En paralelo a todo ello, habrá que respetar los tiempos del paciente, lo que conlleva que el terapeuta pueda sostener el tempo en el que el paciente presente la necesidad de mantener fuera el pasado, el recuperar ciertos recuerdos del abuso.

Por otra parte, las aportaciones del psiquiatra Ronald Summit (17) en relación a lo que él denomina «síndrome de acomodación al abuso sexual» nos invitan a pensar en ciertos procesos por los que atraviesan los niños victimizados. Según esta propuesta, en un primer momento se produciría en la víctima una situación regulada por el secreto dada la incitación por parte del agresor, así como la estigmatización, aislamiento, vulnerabilidad y la culpa que siente el menor. Posteriormente se pasaría a una fase de desprotección, en la que el niño, dada la subordinación básica y la indefensión en que se encuentra dentro de un vínculo autoritario, es difícil que se pueda proteger a sí mismo y revele el abuso de inmediato. Tras ello viene el atrapamiento y la acomodación a la situación por parte del menor; se toma una solución de compromiso aceptando la situación en pro a la supervivencia ante tal escenario. Al tiempo llegará una revelación tardía y poco convincente; tal revelación se dará de forma accidental o bien, entrando en la adolescencia, en la que el menor ante un conflicto familiar o en un acto de rebeldía (a favor de salvaguardar a su yo) ante el exceso control del agresor, revelará los hechos acontecidos. Posteriormente, se dará una retractación de la revelación de abuso dada la ambivalencia de sentimientos, la culpa, la percepción de escaso apoyo por parte de su entorno o por considerar ser responsable de la disolución de la unidad familiar. Si bien no todas las victimas pasan por todas las fases indicadas anteriormente así como tampoco tiene porque producirse en ese orden, tener estos aspectos presentes en el tratamiento puede ser de utilidad para comprender la situación emocional del menor, el momento vital en el

que se encuentra y efectuar intervenciones acorde a ello sin, por ejemplo, desmentir el posible abuso sexual debido a que se encuentra en un momento en el que priman defensas negadoras, por ejemplo, con intentos por «retirar la denuncia» y «desmintiéndose» acerca de lo que dijo, acerca de su realidad.

3. CONCLUSIONES

Quizás el presente trabajo ha aportado más interrogantes que respuestas. Aún así, se espera que sea útil para poder seguir afinando y pensando en el abordaje de pacientes víctimas de victimización sexual y las implicaciones que pueden llegar a tener las intervenciones efectuadas por los profesionales de la salud. Freud puso al niño en un lugar controvertido para su época, y es que le reconoció una sexualidad y una subjetividad propia a la que atendía y tenía en consideración. Este posicionamiento, además de ser respetuoso con el mundo emocional e íntimo del paciente, resulta enriquecedor para alcanzar una comprensión del caso por caso en el trabajo con los pacientes.

Para finalizar, se podría decir que el más valioso y destacable logro al que puede llevarnos el trabajo psicoanalítico con el paciente es abrir la posibilidad de quebrar lo intergeneracional para poder terminar con la repetición del abuso en las distintas modalidades que puedan tomar por desplazamiento. Será interesante no solo atender a la historia del abuso sexual que fue motivo de consulta, sino también poder escuchar y atender la prehistoria del abuso o abusos que el paciente traiga a consulta.

Referencias

1. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A. y Hamby, S.L. The lifetime prevalence of child sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of adolescent health* 2014, 55 (3), pp. 329-333.
2. Freud, S. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En: Freud, S. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899), Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, Tomo I, 1887-1904; pp. 211-322.
3. Freud, S. Tres ensayos de teoría sexual. En: Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora). Tes ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905), Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores; Tomo VII, 1905; pp. 109-224.
4. Laplanche, J y Pontalis, J. Diccionario de psicoanálisis. Madrid: Paidos, 1996.
5. Ferenczi, S. Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En: Dr. José Germain, editor. Sandor Ferenczi Psicoanálisis Tomo IV. Colección Monografías de psicología normal y patológica 18. Madrid: Espasa-Calpe, 1933; pp. 139-152.
6. Szwec, G. Los galeotes voluntarios. Madrid: Ed Ediciones, 2014.
7. Bollas, C. Fuerzas del destino: Psicoanálisis e idioma humano. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989.

8. Blos, P. El segundo proceso de individuación de la adolescencia. Revista de Psicoanálisis de la APM. 1967, 84, pp. 685-710.

9. Janin, B. Patologías graves en la adolescencia. Los que desertan. Revista SEPYPNA 2010, 50, 241-257.

10. Racamier, P.C. L'inceste et l'incestuel. Paris: Les Éditions du Collège, 1995.

11. Cabezas, A. La reactivación del abuso sexual infantil en la maternidad. Psicoanálisis 2011, 23 (2), 59-67.

12. Lebovici, S. El lactante, su madre y el Psicoanalista. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.

13. Kimelman, M. Psicopatología del bebé. En: Almonte María, C y Montt, S. Editors. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo, 2003; pp. x.

14. Tamaryn, N. Problemas particulares. En: Tamaryn, N, Y de mi sufrimiento, ¿qué? Un recorrido por la psicopatología infantil. Madrid: Autor-Editor, 2013; pp. 418-449.

15. Laverde-Rubio, E. Trauma y Fantasía, su efecto ulterior (Après- coup). Psicoanálisis 2011, 23 (2), 69-82.

16. Álvarez, A. Abuso sexual infantil. La necesidad de recordar y la necesidad de olvidar. En: Una presencia que da vida. Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual. Madrid: Biblioteca Nueva, 1992; pp.199-212.

17. Summit, R.C. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse and neglect*. 1983, 7 (2), 177-193.

DEPRESIÓN Y EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA ADOLESCENCIA. PENSANDO EN MODELOS CONTEXTUALIZADOS A LA ATENCIÓN AMBULATORIA PÚBLICA

DEPRESSION AND TRAUMATIC EXPERIENCES IN ADOLESCENCE.CONSIDERING MODELS CONTEXTUALIZED TO PUBLIC OUTPATIENT CARE

María Cristina Pérez Espartero
Doctora en Medicina, Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia. CSM Puerta de Madrid, Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)
cpereze@salud.madrid.org

Alberto Fernández Liria
Doctor en Medicina. Psiquiatra jubilado
afliria@gmail.com

Resumen: El abordaje de la depresión adolescente es relevante, tanto por la creciente incidencia, como por la relación con la depresión adulta. Se exponen modelos de comprensión, teniendo en cuenta, tanto aspectos del desarrollo como la integración de dominios que, siendo sistemas básicos del comportamiento biológico, han evolucionado en respuesta a la necesidad continua de adaptarse a circunstancias cambiantes, y a la complejidad de las relaciones interpersonales. Se realizaron dos intervenciones grupales, cognitivo-conductual e interpersonal, con una valoración cuantitativa y cualitativa. Se constató la identificación de experiencias traumáticas, en el 80% de los participantes, a lo largo del proceso, con integración variable. Sería deseable implementar prácticas que favorecieran la integración de experiencias traumáticas en las intervenciones psicoterapéuticas grupales con adolescentes con depresión en el ámbito clínico, dada la repercusión en el desarrollo de psicopatología.

Palabras clave: Desarrollo adolescente; depresión, emocional; apego, objeto; trastorno depresivo, terapia.

Abstract: The approach to adolescent depression is relevant, both because of the increasing incidence and because of the relationship with adult depression. Models of understanding are presented, taking into account both aspects of development and the integration of domains that, being basic systems of biological behavior, have evolved in response to the continuous need to adapt to changing circumstances, and to the complexity of interpersonal relationships. Two group interventions were carried out, cognitive-behavioral and interpersonal, with a quantitative and qualitative assessment. The identification of traumatic experiences was confirmed in 80% of the

participants, throughout the process, with variable integration. It would be desirable to implement practices that favor the integration of traumatic experiences in group psychotherapeutic interventions with adolescents with depression in the clinical setting, given the impact on the development of psychopathology.

Key words: Adolescent development; depression, emotional; Attachment, Object; depressive disorders, therapy

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años están presentes en los medios de comunicación, tanto nacionales como internacionales, múltiples situaciones de intenso sufrimiento de personas en la etapa adolescente, y también de inicio más precoz. Sobre todo, han alarmado los intentos de suicidio y las actuaciones autolesivas, que se han relacionado con la presentación de cuadros depresivos en este sector de la población. En la actualidad es una cuestión controvertida cómo se atiende en los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil, y cuáles son los objetivos de los mismos. Y es así, porque la tarea es múltiple y compleja, y quizás el enfoque de la misma precisa de una evaluación no sólo de aspectos cuantitativos, sino también de aspectos cualitativos sobre la experiencia de los adolescentes en primera persona. También se apunta en la bibliografía que, desde una perspectiva de prevención y tratamiento, hay varias consideraciones contextuales que pueden ser relevantes a la hora de ampliar el análisis de la depresión adolescente más allá del paradigma medicalizado (1). Estos incluyen el estrés percibido, la adversidad en la vida temprana, el apego subóptimo, el mayor uso de la tecnología y la exposición a los medios, y el impacto psicológico directo e indirecto del cambio climático en la salud mental de los adolescentes. Todos estos factores contextuales tienen un denominador común, en la creación de una situación de amenaza sostenida para el individuo, lo que predispone a los adolescentes a desarrollar depresión. En el momento actual, contextualizado en la pandemia por COVID-19 (2), sin duda el constructo de amenaza sostenida se ha visto reforzado intensamente, y es por ello que tenemos que tener en cuenta que la vulnerabilidad de este sector de la población, se ha intensificado.

2. MODELOS DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En relación a la presentación de sintomatología depresiva en la etapa adolescente, en las revisiones históricas se plantea que siempre ha habido controversia, tanto respecto a la forma de la misma como a su abordaje (3).

En la segunda mitad del siglo XIX, en general se pensaba que, los trastornos de los niños mayores de 12 años diferían poco de las manifestaciones de los adultos. A principios del siglo XX, sin embargo, notables autores pediátricos comenzaron a prestar atención a las enfermedades nerviosas funcionales de la infancia, lo que refleja una mayor conciencia de los efectos de la salud emocional, y las posibles consecuencias en la edad adulta. Las décadas de 1940 y 1950 reflejaron la búsqueda de formas juveniles específicas de trastornos del estado de ánimo, sin embargo, es significativo que estos trastornos no se incluyeran de manera rutinaria en los libros de texto generales de psiquiatría o psiquiatría infantil. Aunque la posibilidad de depresión en adolescentes siempre fue menos dudosa que en los niños más pequeños, a menudo se argumentó que planteaba problemas de diagnóstico y tratamiento, que no están presentes en pacientes adultos, debido a la supuesta mezcla de características atípicas relacionadas con la edad.

Un aporte muy interesante en la comprensión actual del desarrollo de la depresión en niños y adolescentes la realizan Cicchetti y colaboradores (4, 5), quienes plantean que existen diferentes vías para el trastorno depresivo, y que los posibles factores de riesgo para la depresión pueden dar lugar a una multitud de resultados, de los cuales la depresión puede ser uno. Así, desde la psicopatología del desarrollo, se busca unificar las diferentes perspectivas disciplinarias para proporcionar una comprensión de los múltiples niveles de adaptación y desarrollo individual, las interrelaciones e integraciones de estos sistemas variados a lo largo del ciclo de vida, el espectro de vías de desarrollo, y los procesos causales que contribuyen a estas variadas trayectorias (6). En individuos que funcionan adaptativamente, hay una organización coherente entre estos dominios. En contraste, en individuos deprimidos, hay una organización incoherente entre estos sistemas o una organización de estructuras patológicas o depresotípicas. Éstas evolucionan en el desarrollo, y pueden derivar en trastornos depresivos a lo largo del curso de la vida. Para poder explicar las diversas influencias en la aparición de la depresión, se establece un modelo transaccional que aborda las interrelaciones entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales dinámicos (4,7). En este sentido, contempla las múltiples transacciones entre las fuerzas ambientales, las características del cuidador y las características de los niños, como contribuciones dinámicas y recíprocas que pueden exacerbar o disminuir la probabilidad de una organización depresotípica y la aparición de una enfermedad depresiva (8, 9).

En este modelo se resaltan cuatro problemas de desarrollo sobresalientes (4), que tienen relevancia teórica para diversos componentes de organizaciones depresotípicas en evolución y para la presentación de los trastornos depresivos: el desarrollo de la regulación homeostática y fisiológica; la diferenciación y la modulación de la atención y la excitación; el desarrollo de una relación de apego segura; y el desarrollo de la autoestima. A medida que avanza el desarrollo, cada uno de estos problemas alcanza un predominio secuencial y se convierte en un escenario principal para el cual los recursos internos

deben elaborarse y ampliarse, para integrar jerárquicamente los desafíos del desarrollo impuestos para fomentar la adaptación positiva. El desarrollo de una relación de apego con el cuidador principal, durante la segunda mitad del primer año, es un logro fundamental que organiza el afecto, la cognición y el comportamiento, en evolución en relación con la calidad de la disponibilidad física y emocional del cuidador. Sobre la base de las necesidades evolutivas para mantener la seguridad frente a las amenazas ambientales, el cuidador proporciona una base segura que ayuda al niño a modular la excitación y mantener la seguridad interna (10). Las diferencias en los tipos de apego son importantes para comprender las formas tempranas de organización divergente de sistemas socioemocionales, cognitivos, representativos y biológicos que pueden relacionarse con una organización depresotípica emergente (11-13). A medida que el desarrollo avanza más allá de la infancia, la experiencia de la relación de apego se vuelve cada vez más representada internamente. De esta forma, los modelos representativos sirven para canalizar la manera en que se perciben y negocian las relaciones interpersonales, así como los afectos y cogniciones que se acompañan. En esta línea hay que destacar que, durante la adolescencia, individuos clínicamente deprimidos, en comparación con los controles psiquiátricos normales o no deprimidos, se ha encontrado que expresan vínculos menos seguros con sus padres (14). De manera similar, Kandel y Davies (15) encontraron que la depresión en la adolescencia estaba relacionada con problemas en la relación emocional con los padres y dificultades conyugales en la adultez temprana. En la adolescencia tardía, una organización de apego inseguro se ha relacionado con niveles más altos de sintomatología depresiva (16) y con más dificultades interpersonales durante la transición a la universidad (17). En el caso de individuos con organizaciones de apego inseguras, es probable que sus modelos representativos internos contribuyan a una organización depresotípica de sistemas psicológicos y biológicos. La regulación y la expresión afectiva son menos óptimas, y se considera que otras personas significativas no están disponibles o que rechazan, mientras que el yo se considera como desagradable. Estos aspectos relacionados con el apego de una organización depresotípica pueden contribuir a una propensión a los procesos personales que se han vinculado a la depresión (por ejemplo, baja autoestima, impotencia, desesperanza, sesgos atribucionales negativos). En concreto, en aportes posteriores de la literatura, se señala que el uso de estrategias del apego tipo preocupado, se ha vinculado estrechamente con problemas de internalización (depresión y ansiedad) (16, 18-22).

En la última década también se ha realizado una nueva clasificación de los datos de la investigación a través de un modelo dimensional transdiagnóstico, basado en el enfoque RDoC, plan estratégico del Natural Institute of Mental Health, para crear un marco de investigación sobre la idea de identificar dimensiones patofisiológicas que pudieran estar implicadas en distintos trastornos. RDoC utiliza diferentes unidades de análisis para definir los dominios en estudio: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y

auto-informes. Los dominios inicialmente propuestos son cinco: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación (23-25). Con respecto a la depresión adolescente (26), desde este enfoque se plantea que, si bien la expresión sintomática de la depresión en niños y adolescentes se parece en muchos aspectos a la de los adultos, también existen algunas diferencias importantes. Primero, los niños y adolescentes generalmente muestran más ansiedad y enfado, menos síntomas vegetativos y menos verbalización de la desesperanza que los adultos (27). En segundo lugar, existe una alta correlación entre la depresión y otros síntomas y trastornos de internalización y externalización en la infancia y la adolescencia (28). Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, estos hallazgos cuestionan si se puede hacer una distinción clara entre depresión y otros trastornos y problemas de conducta, particularmente en la infancia y la adolescencia (29), una especulación que es congruente con el enfoque RDoC, según los autores. Así, el enfoque dimensional, centrado en los circuitos neuronales que atraviesan los diagnósticos descriptivos, es probable que conduzca a límites «difusos» entre diferentes «trastornos» y, por lo tanto, entre los factores implicados en la vulnerabilidad para la depresión y otros trastornos. Luyten y Fonagy (26) exponen que las teorías existentes han relacionado la depresión con las deficiencias en el afrontamiento del estrés, la sensibilidad a la recompensa y la mentalización, y plantean que, si bien existe un respetable cuerpo de investigación en relación con cada uno de estos dominios, la investigación en estas áreas se ha desarrollado de forma relativamente independiente. Como otros autores (30–33), proponen un modelo de integración en cascada de la depresión adolescente, basándose en el enfoque RDoC. Argumentan que tres sistemas básicos de comportamiento biológico han evolucionado en respuesta a la necesidad continua de adaptarse a las circunstancias siempre cambiantes, y a la creciente complejidad de las relaciones interpersonales humanas en particular: un sistema que se ocupa de la angustia después de la amenaza; un sistema que produce características gratificantes asociadas con características ambientales positivas, incluida la formación de relaciones interpersonales involucradas en relaciones parentales/cuidados, vínculos de pareja y otras relaciones de apego, y experiencias de agencia y autonomía (el sistema de recompensas); un sistema mentalizador o de cognición social, que sirve para comprenderse a uno mismo y a los demás en términos de estados mentales intencionales tales como sentimientos, deseos, actitudes y valores, y que ofrece el poder computacional necesario para navegar en el complejo mundo interpersonal, y para adquirir un sentido de agencia y autonomía. Si bien estos sistemas son adaptativos desde una perspectiva evolutiva, las amenazas internas y contextuales pueden interrumpir sus funciones altamente interrelacionadas y coordinadas, y dichas interrupciones pueden reflejar lo que hemos llegado a ver como diferentes formas de depresión. Exponer la complejidad de ambos modelos tiene la función de plantear la necesidad de modelos de intervención que puedan

generar cambios a diferentes niveles y con objetivos que comprendan, no solo el cambio a nivel sintomático, si no también en los factores de riesgo o precipitantes de esa cascada /organización depresotípica.

3. ESTUDIO SOBRE DEPRESIÓN EN ETAPA ADOLESCENTE Y APEGO

Se recogen en la literatura científica los esfuerzos que se llevan realizando desde los años ochenta para implementar modalidades terapéuticas que resulten eficaces en el abordaje de los trastornos depresivos en la población adolescente. No obstante, se han presentado dificultades, desde el punto de vista metodológico, para evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones (34, 35). Los tipos de intervenciones psicosociales que han estado presentes, como de posible eficacia para el tratamiento de la depresión en población adolescente, son el programa de terapia cognitivo-conductual de grupo (TCC) y la terapia interpersonal, en su versión adaptada para adolescentes (IPT-A) (36). No obstante, se señala la necesidad de continuar validando su eficacia, en el formato grupal (IPT-AG), tanto en el contexto clínico como escolar. Y también se plantea la necesidad de valorar la eficacia, no sólo post-tratamiento, sino en seguimientos posteriores, y qué elementos del proceso terapéutico son facilitadores del cambio y protectores en relación a las recidivas. Así, para valorar estas últimas cuestiones habría que ampliar la óptica sobre objetivos y aspectos del proceso terapéutico, que se habían contemplado parcialmente con en el proceso de evaluación de los modelos citados (35, 37).

Por este motivo en el año 2014, se plantea la realización de un proyecto de investigación (38) que consiste en un ensayo clínico abierto, prospectivo, aleatorizado, comparativo de 12 meses de duración en pacientes adolescentes que presentan trastornos depresivos (incluyendo a todos los pacientes que presentan dicha sintomatología en el momento de inicio de la intervención en un Servicio de Salud Mental). Así, inicialmente, los objetivos del proyecto estaban centrados en la comparación del efecto de dos intervenciones psicosociales en relación a: posible reducción de la sintomatología depresiva; cambios en el funcionamiento global; posibles modificaciones en la organización del apego; otras posibles variables del proceso de intervención que afecten a resultados y a la aceptabilidad del proceso. En dicho momento se valoró como necesaria y esclarecedora, la posibilidad de investigar sobre cambios en la organización del apego en las personas que iban a participar en las intervenciones. En este sentido hay que señalar que los estados de la mente en relación con el apego (las formas en que los individuos conceptualizan experiencias de apego y las relaciones), se desarrollan de manera significativa durante la adolescencia debido a las crecientes capacidades de los adolescentes para el pensamiento operacional formal, incluyendo la capacidad de razonamiento lógico y abstracto. Este

aumento de capacidades permite a los adolescentes empezar a construir, a partir de experiencias con múltiples figuras, una posición más integrada y generalizada hacia experiencias de apego. Los aumentos en la diferenciación cognitiva del yo y el otro, que caracterizan este período, permiten que el adolescente comience a establecer una visión más coherente del yo como existente fuera de las interacciones con los cuidadores (39). Es por ello, que esta etapa parece especialmente idónea para realizar la tarea de revisar aquellos estilos de comunicación que son especialmente disfuncionales o que generan angustia o malestar al adolescente, como se señala tanto en el modelo cognitivo-conductual como en el interpersonal. Y también, puede que sea una ocasión única para reflexionar sobre su propio estado mental en dicho proceso, pudiendo el mismo facilitar que se flexibilice la posición respecto a diferentes experiencias de apego.

Y por ello se planteó que dicho estudio valorase, no solo la eficacia respecto a las intervenciones en la reducción de síntomas depresivos (CDI, como autoinforme para los adolescentes; CBCL, como autoinforme para los padres) y mejora respecto al funcionamiento global (C-GAS, puntuado por el equipo de investigación), sino también la valoración de posibles cambios en la posición respecto al apego a través de la Entrevista del Apego Adulto (AAI, registrada y evaluada por el equipo de investigación). Este instrumento (40) consiste en una serie de preguntas que se hacen al sujeto a través de un diálogo centrado en el tema y que se relacionan con su historia vincular personal y lo que piensa sobre la misma. Durante la entrevista se solicitan recuerdos y evaluaciones de la experiencia de dos formas diferentes: evaluaciones generales de la experiencia y episodios biográficos específicos, siendo uno de los ítems por los que se pregunta, las experiencias de trauma (maltrato, abuso sexual, pérdida, otros). Esto genera una riqueza de datos que, aunque se analizan con una sistemática precisa, da la posibilidad de observar, no solo cambios en la organización del apego, si no, de otros elementos en el nivel de organización del discurso y la observación del efecto de experiencias traumáticas en el desarrollo, lo cual nos puede aproximar, de forma más concreta, a posibles itinerarios de cambio en relación al proceso terapéutico, así como a la vivencia en primera persona de los elementos que son valorados por los adolescentes en el proceso de intervención.

4. ESTUDIO EN RELACIÓN A EFICACIA, FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y POSICIÓN RESPECTO AL APEGO

Los resultados del estudio, desde el punto de vista cuantitativo, tienen un alcance reducido, sobre todo debido a un alto número de pérdidas (39%, similar a otros estudios con muestras de esta población), quedando una muestra muy reducida como se refleja en la *Tabla 1*.

Tabla 1

Tamaños muestrales a lo largo del estudio por edad, sexo y rama de intervención (38)

Tamaño muestral							
Edad	**Sexo**	**Ramas de las intervenciones grupales**	Inicial (Distribución aleatoria de participantes)	Tras la distribución aleatoria de participantes	Durante el proceso de evaluación	Posterior a la evaluación (Se dispone de información clínica)	Post-tratamiento
De 12-14 años	Hombre	Cognitivo-conductual	6	6	5	5	5
		Interpersonal	8	8	7	7	6
	Mujer	Cognitivo-conductual	2	3	3	3	3
		Interpersonal	1	1	0	0	0
De 15-17 años	Hombre	Cognitivo-conductual	3	3	1	1	1
		Interpersonal	3	3	2	1	1
	Mujer	Cognitivo-conductual	4	4	4	2	2
		Interpersonal	5	5	3	3	2
Número total de participantes	**32**	**33**	**25**	**22**	**20**		

No obstante, se valoran cambios respecto a la sintomatología depresiva (CDI) (*Figura 1*) y en el funcionamiento global de los participantes (C-GAS) (*Figura 2*). Se produce disminución de la puntuación CDI de forma estadísticamente significativa (factor tratamiento significativo: P=0.0408), independientemente del tipo de tratamiento. En la evaluación post-tratamiento (de cualquiera de los dos tipos) aumentó significativamente el funcionamiento global, medido con C-GAS.

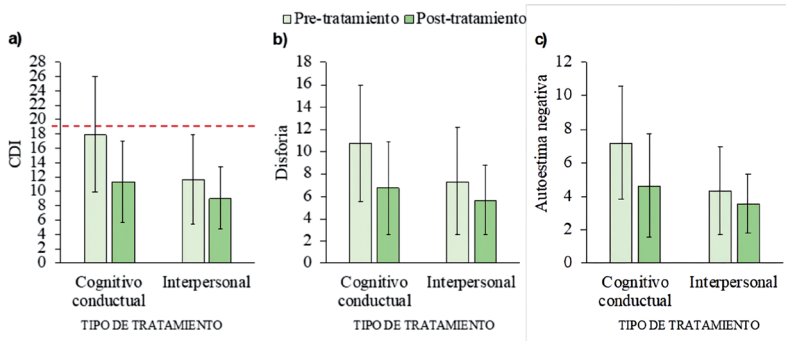


Figura 1. *Media (± Desviación típica) de CDI (Children's Depression Inventory) (a) y de las escalas derivadas de CDI, disforia (b) y autoestima negativa (c), en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual n = 11 pacientes y para el tratamiento interpersonal n = 9 pacientes (38).*

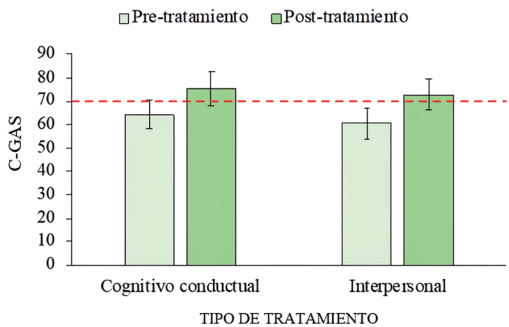


Figura 2. *Media (± Desviación típica) de C-GAS (Children's Global Assessment Scale) en pacientes antes y después (pre-tratamiento y post-tratamiento) de la aplicación de dos tipos de tratamiento (cognitivo conductual e interpersonal). Para el tratamiento cognitivo conductual n = 11 pacientes y para el tratamiento interpersonal n = 9 pacientes. La línea discontinua de color rojo representa el valor de C-GAS por debajo de la cual comienzan a valorarse dificultades en el funcionamiento global (C-GAS = 70) (38).*

Son más interesantes los hallazgos respecto a las medidas cualitativas, ya que la organización del apego, en el 25 % de los participantes del estudio, cambia de la categoría insegura o desorganizada a segura. Se puede observar que el porcentaje de apego seguro aumentó después del tratamiento cognitivo conductual, de 9 % a 27 %. (*Figura 3*). Después del tratamiento interpersonal los participantes en categoría de apego desorganizado, pasan a otras categorías (del 23 % al 0 %) y aumenta el porcentaje de apego seguro, del 11 % al 22 % *(Figura 4)*.

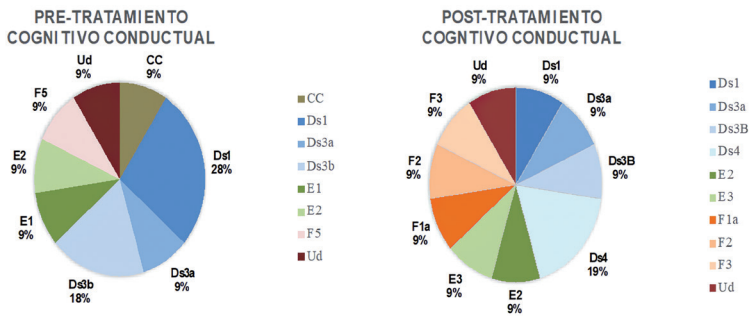


Figura 3. *Porcentaje de cada tipo de apego tras realizar la entrevista de apego adulto (AAI, Adult Attachment Interview) antes y después del tratamiento cognitivo conductual (panel de arriba y de abajo respectivamente) realizado a un total de 11 pacientes. La clasificación de los tipos de apego se corresponde con: seguros (F1a, F1b, F2, F3, F4a, F4b, F5), inseguros evitativos (Ds1, Ds2, Ds3a, Ds3b, Ds4), inseguros preocupados/ambivalentes (E1, E2, E3a, E3b), desorganización del discurso (Ud) y no se puede clasificar (CC) (38).*

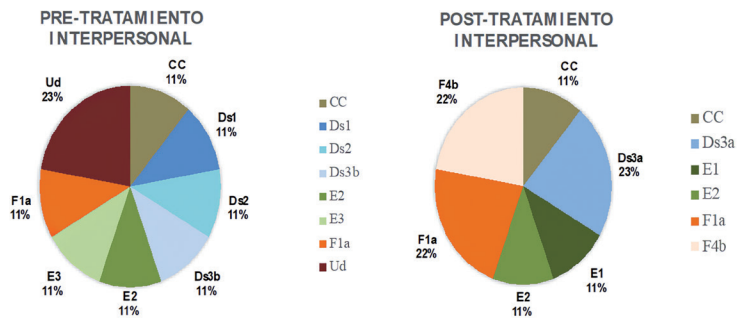


Figura 4. *Porcentaje de cada tipo de apego tras realizar la entrevista de apego adulto (AAI, Adult Attachment Interview) antes y después del tratamiento interpersonal (panel de arriba y de abajo respectivamente) a un total de 9 pacientes. La clasificación de los tipos de apego se corresponde con: seguros (F1a, F1b, F2, F3, F4a, F4b, F5), inseguros evitativos (Ds1, Ds2, Ds3a, Ds3b, Ds4), inseguros preocupados/ambivalentes (E1, E2, E3a, E3b), desorganización del discurso (Ud) y no se puede clasificar (CC) (38).*

Hay que aclarar que en la bibliografía ya se ha planteado el debate entorno a si la organización del apego está influenciada por variables culturales (41), sobre todo de índole económica, y si dicha organización se mantiene o no estable a lo largo del tiempo (42). Pinquart y colaboradores presentan un amplio meta-análisis en el que se integran los resultados de 127 artículos sobre la estabilidad del apego hacia las madres y los padres, respectivamente, desde la infancia hasta la edad adulta temprana, en el que no se encontró estabilidad significativa en intervalos mayores de 15 años. No obstante, se hallaron coeficientes más altos de estabilidad para intervalos de tiempo de menos de dos años, en comparación con períodos de tiempo de más de cinco años. También hubo más estabilidad si los apegos se evaluaron más allá de la infancia, con la valoración a través de medidas representativas (como es la AAI) en lugar de conductuales, y si se involucraron muestras de clase media «normal» en lugar de procedentes de poblaciones de riesgo. Además, los niños con apego seguro en riesgo tenían menos probabilidades de mantener la seguridad del apego, mientras que los niños con apego inseguro en riesgo muy probablemente mantenían la inseguridad. Parece interesante reflexionar sobre estos datos, ya que la población que se atiende en los Servicios de Salud Mental es población de riesgo, no sólo porque presente sintomatología depresiva y otras posibles comorbilidades, sino porque, como hemos visto en las valoraciones pre-tratamiento, presentan una organización respecto al apego mayoritariamente insegura o desorganizada. De manera que, dados los hallazgos de cambios en la organización del apego en ambos tipos de intervención, aunque en un bajo porcentaje (25%), de categoría insegura o desorganizada a segura, dichos hallazgos son prometedores en el sentido de generar un importante factor de protección frente a recidivas o al desarrollo de psicopatología en la edad adulta. La posibilidad de intentar generar encuadres de intervención que puedan favorecer la evolución hacia una posición respecto al apego más segura, es un propósito imprescindible desde el punto de vista de la Teoría del Apego, pero también desde el punto de vista clínico y social, ya que intervenciones de estas características pueden evitar la aparición de recidivas y favorecer un cambio transgeneracional en la trasmisión de organizaciones de apego inseguras.

También hay que destacar, coincidiendo con la visión de Cicchetti y col. (4), la presentación de diferentes itinerarios en la evolución de los trastornos depresivos, de los diferentes participantes de este estudio, valorándose diferentes componentes, desde el punto de vista de la Teoría del Apego, de manera que:

1. En aquellos que han mostrado una mayor intensificación de la expresión de síntomas depresivos (un aumento del CDI), no siempre significa un empeoramiento clínicamente significativo, ya que en algunos adolescentes esto significa que «echan menos de lado» su malestar

al evolucionar desde posiciones respecto al apego más descartantes/evitativas a posiciones más seguras. O también, que lo expresan con más intensidad al pasar de un discurso preocupado/ambivalente a un discurso invadido por una/s experiencias traumática/s que generan intenso malestar. Este paso de la experiencia traumática a primer plano es muy desestabilizador (desde el punto de vista de la construcción del discurso y de la presentación clínica), pero también es una oportunidad para la integración de la experiencia traumática. Esto puede marcar una diferencia significativa en el desarrollo emocional y en la experiencia de los adolescentes a lo largo de toda su vida. En este sentido, en el estudio realizado por Walter y colaboradores (43), en relación a la evaluación de los resultados de la Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con trastornos depresivos, en el ámbito naturalístico (aunque no siempre en el ámbito clínico), nos plantea que hay un grupo de adolescentes que tienden a «disimular» la intensidad de la sintomatología, y que tienden a abandonar antes los abordajes, valorándose un peor funcionamiento general pre y post intervención (lo cual también podría entenderse como una escasa eficacia, que puede estar relacionada con la dificultad para adherirse/vincularse con el abordaje psicoterapéutico).

2. Dicho avance en la comprensión de su malestar (sintomatología depresiva), puede o no estar acompañada por la comprensión de sus cuidadores sobre el mismo. En los resultados del estudio se plantea que hay algunos casos (con evolución opuesta en las puntuaciones CDI, realizadas por los participantes, respecto a las realizadas por sus cuidadores a través del CBCL) en los que claramente no hay conexión, estando las vivencias de los adolescentes completamente alejadas de las de sus cuidadores, pero en el resto de los casos, aunque haya coincidencia en el sentido de la mejoría, ésta oscila de manera menos clara en cuanto a su intensidad. Es posible que, en algunos casos, entrenar específicamente en conocer la naturaleza de la sintomatología y en la valoración de su intensidad, haya ayudado al acompañamiento por parte de los cuidadores en el proceso de intervención, pero también parece que se presenta una desintonización (diferente vivencia de intensidad) y desincronización (diferente vivencia de la temporalidad) en la mayoría de los casos. Los datos procedentes del estudio de Walter y colaboradores, también apuntan en esta línea.

Estas dos cuestiones nos plantean si los parámetros de la evaluación de los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas, desde el punto de vista de la eficacia para disminuir la sintomatología depresiva, nos pueden dar una idea sesgada sobre la misma, ya que va a depender del estilo comunicativo del adolescente, así como del de sus cuidadores. En este sentido encontramos que:

– Evitativos: la comunicación es generalmente pobre y no hay un patrón consistente de síntomas por cualquiera de las partes (sea la fuente de información padres/adolescente). Esto implica que necesitarán ayuda para ponerse en contacto con las emociones, para elaborar sus narraciones, para indagar en su memoria en busca de detalles y de explicaciones menos radicales de sus vidas.
– Preocupados: informan de su angustia en un alto grado, pero no fueron escuchados (o totalmente creídos) por las personas más cercanas a ellos. Esto implica que necesitarán ayuda para alcanzar cierta distancia de sus emociones (44).

En la bibliografía ya se aborda ampliamente la importancia de incluir a la familia en el abordaje de los trastornos depresivos en esta etapa (45–48). Los estudios de investigación que evalúan características de la vida familiar (negligencia emocional; crianza en la que no hay responsividad o se rechaza; falta de disponibilidad, participación y supervisión de los padres en las actividades de los niños; falta de coherencia, calidez y apoyo dentro de la familia; experiencia de alienación, desapego o sentimientos de falta de aceptación por parte de los niños) informan asociaciones confiables entre ellas y una amplia gama de riesgos para la Salud Mental, incluida la internalización de síntomas como depresión, comportamiento suicida y trastornos de ansiedad (49–51). Con todo ello, parece necesario una mayor implicación de los cuidadores en el proceso de intervención, tanto para mejorar la comunicación y apoyo en el proceso de intervención, como para favorecer un conocimiento más amplio sobre el efecto de dinámicas carentes de coherencia, calidez y apoyo dentro de la dinámica familiar.

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO EN RELACIÓN A EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

Y finalmente, hay que señalar que la información más relevante de este estudio para este artículo, sin que fuera su objetivo principal, es la identificación de experiencias traumáticas en la infancia, que se plasma en el 80% de los participantes. En un 10% de los casos se ha identificado en la entrevista de apego pre-tratamiento, en un 35% en ambas entrevistas, y en un 30% únicamente en la entrevista post-tratamiento. También es importante destacar que el grado de integración de las mismas ha sido variable. Después del tratamiento cognitivo conductual se identifican dos experiencias traumáticas que no se habían identificado con anterioridad: abuso sexual extra-familiar (en un 9 % de los casos) y acoso escolar (en un 27 % de los casos) (*Figura 5*).

En el grupo de tratamiento interpersonal, el tipo de trauma más frecuente, tanto pre como post-tratamiento, fue el acoso escolar *(Figura 6)*. Se

identifica la agresión por iguales como experiencia traumática en un participante tras la intervención, otro de los participantes integra una situación de acoso escolar, nombrándola como «no traumática», tras la intervención y un tercero identifica una situación de acoso escolar como experiencia traumática en la segunda entrevista del apego.

A nivel global, se encontró que un 45% de los participantes abordaron situaciones de acoso escolar o intensa conflictiva con iguales (que va desde el rechazo, vejaciones a agresiones físicas continuadas), valorándolas como traumáticas, por el intenso efecto en su desarrollo, contexto y conducta (aislamiento social, dificultades para la comunicación, cambio de centro escolar, cambio de lugar de residencia). El 11%, sólo uno de ellos, estaba clasificado en la entrevista inicial como seguro, y el resto como inseguros evitativos/descartantes (33%), preocupados/ambivalentes (22%), desorganizados (22%) o no clasificable (11%).

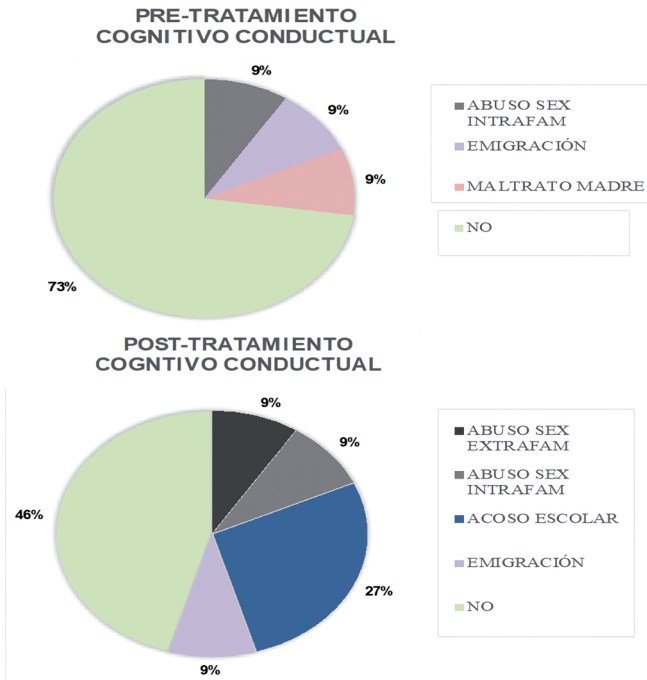


Figura 5. *Porcentaje de cada tipo de trauma identificado en 11 pacientes antes y después del tratamiento cognitivo conductual (panel de arriba y de abajo respectivamente). ABUSO SEX INTRAFAM- Abuso sexual intrafamiliar; ABUSO SEX EXTRAFAM- Abuso sexual extra-familiar; NO- Ningún trauma (38).*

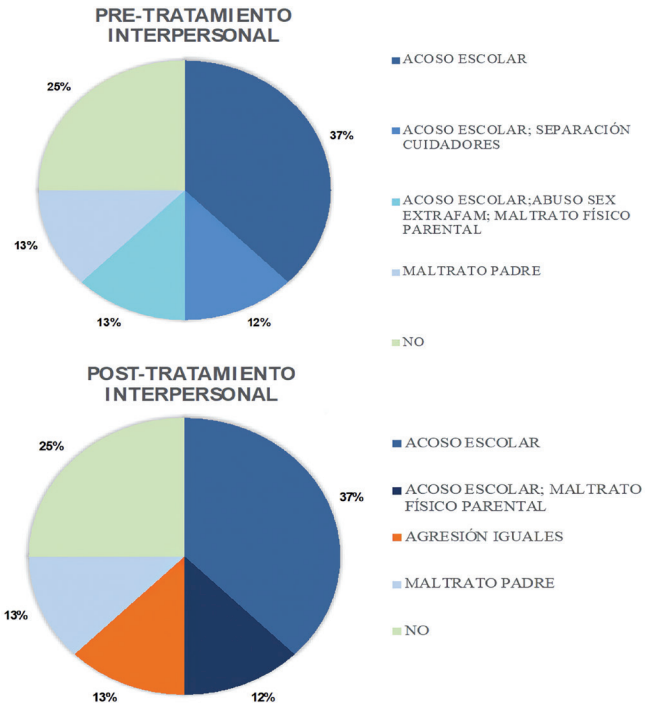


Figura 6. *Porcentaje de cada tipo de trauma identificado en 8 pacientes antes y después del tratamiento interpersonal (panel de arriba y de abajo respectivamente). ABUSO SEX EXTRAFAM- Abuso sexual extra-familiar; NO- Ningún trauma (38).*

Respecto a la presentación de experiencias traumáticas (con mayor o menor grado de efecto en la desorganización del discurso y a nivel conductual), en la muestra se presentan en un 45% en las entrevistas pre-tratamiento y en un 70% post-tratamiento, de manera que suelen estar más identificadas en las entrevistas post-tratamiento. No obstante, se producen varios tipos de itinerarios:

1. Aquellos que identifican en la primera entrevista la experiencia traumática, y que posteriormente no tiene el impacto emocional, cognitivo y conductual con que se plantea inicialmente, un 10%. Esto a su vez, puede suceder:
   a) porque se integra la experiencia, como un aprendizaje de vida o como una experiencia negativa de crianza a no repetir, o intentar no repetir.

b) Porque se «echa a un lado», o se disocia de la propia experiencia, creando lo que se denomina «islas de trauma y disociación» (52) cuyo impacto y significado son inicialmente imposibles de expresar con palabras. Bromberg anima a los terapeutas a encontrar maneras de integrar tales experiencias de trauma con el objetivo de que sus efectos destructivos alguna vez se mitiguen.

2. Los que identifican la experiencia como traumática en ambas entrevistas, y valoran el impacto que dichas experiencias siguen teniendo en la actualidad, bien a nivel emocional, como conductual, cognitivo o en la personalidad o a nivel interpersonal, que son el 35%. Dentro de este grupo, hay otros 4 itinerarios:
   a) Aquellos en los que supone un nivel de desorganización intenso de su discurso inicial, entrando en la categoría desorganizado, y que el proceso de intervención genera la posibilidad de disminuir este impacto en su vivencia y en su narrativa, saliendo de dicha categoría. En uno de los casos pasa a categoría segura y en el otro a insegura preocupada/ambivalente.
   b) En los que la experiencia se identifica de forma parcial en la entrevista pre-tratamiento, y en el proceso de intervención dicha experiencia pasa a abordarse con más detalle, con efecto desorganizador en el discurso y con intensa repercusión a nivel sintomático en ambos momentos. Diríamos que, en este caso, aparentemente la intervención no ha mejorado la situación sintomática (ni respecto a la puntuación CDI, ni en el funcionamiento global), pero desde el punto de vista clínico, es una progresión hacia la integración de dicha experiencia, que precisará de un apoyo intensivo (en este caso, se ofrece intervención individual más frecuente).
   c) Aquellos en los que la experiencia traumática es identificada con detalle, llegando a impregnar el discurso en diferentes pasajes por dicha experiencia, con un claro efecto atemorizante, aunque sin desorganización del discurso. En este caso la intervención ha ayudado a la integración de dicha experiencia, de manera que posteriormente puede hablar de la misma de forma clara y a la vez conectado emocionalmente, diferenciando el efecto en el pasado, del efecto en el momento actual, pasando a una categoría segura.
   d) En este grupo serían los que han tenido experiencias traumáticas en su infancia, que han identificado en la entrevista pre-tratamiento y post-tratamiento, y que progresivamente han ido integrando, como experiencias de aprendizaje de vida, tanto a nivel interpersonal (sobre todo el acoso escolar) como de resilencia (emigración).

3. Los que identifican la experiencia en la entrevista post-tratamiento, que son el 30%. Dentro de este grupo hay participantes tanto de la

categoría segura, como insegura evitativa/descartante, como de la insegura ambivalente, como no clasificables. En este grupo los participantes hablan de dichas vivencias como de experiencias de aprendizaje interpersonal (acoso escolar) o experiencias difíciles que se afrontaron en el pasado (abuso sexual extrafamiliar, agresión por parte de iguales). De manera que compartir vivencias en grupo, posiblemente ha estimulado la evocación de experiencias propias, bien través del aprendizaje vicario, o dicho de otro modo, gracias a aquellos que han abordado experiencias traumáticas atemorizantes, o de alto impacto en su conducta.

De manera que las intervenciones grupales parece que aportan elementos que:

– Modulan el impacto de las experiencias traumáticas
– Favorecen la identificación de experiencias traumáticas y la integración en la experiencia de vida.

En relación a estos cambios se propone valorar los resultados de futuras intervenciones de forma mixta (cuantitativa y cualitativa), con la finalidad de valorar las necesidades en la continuidad asistencial. Y así se clasifican los resultados como:

- *Mejoría marcada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global y también un cambio en la organización del apego pasando de inseguridad o desorganización, a categoría de seguridad, el 35%.
- *Mejoría moderada*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, y un cambio parcial en la organización del apego hacia la seguridad, o integración de experiencias traumáticas en la infancia, el 30%.
- *Mejoría leve*: aquellos en los que ha habido un aumento del funcionamiento global, sin estar acompañados de otros cambios respecto a la integración de experiencias traumáticas o de organización de apego, el 25%.
- *No mejoría*: no mejoría de rango del funcionamiento global y aumento o mantenimiento de síntomas, el 10%.

6. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que, hasta un 80% de los participantes en el estudio han identificado experiencias traumáticas (y valorando que no todos los que no las han identificado, significa que no las hayan experimentado), son más la regla que la excepción en la población que se atiende en los Servicios de

Salud Mental Públicos. En un meta-análisis(53) para valorar la asociación de eventos traumáticos con desarrollo de depresión en la vida adulta, se ha hallado que la negligencia y el abuso emocional están asociados significativamente con la depresión. El abuso sexual / físico o la violencia en la familia pueden ser factores de riesgo inespecíficos en relación a la presentación de trastornos mentales. Señalan que otro tipo de trauma puede jugar un papel menos relevante en el riesgo de depresión en la edad adulta, aunque no deben subestimarse. De hecho, ha habido aportaciones (54) sobre cómo experimentar cualquier tipo de victimización por intimidación se corresponde con niveles más altos de depresión e ideación suicida (en ambos sexos). De manera que se hace necesario poner el foco en esta cuestión en futuras intervenciones psicoterapéuticas grupales con adolescentes.

Por otra parte, tenemos que, la búsqueda del espacio grupal seguro por parte de los adolescentes, tiene que ver con la posibilidad, no solo de tener la experiencia, si no de aventurarse a reflexionar sobre la misma, con el anhelo de alcanzar una mayor flexibilidad y libertad en experiencias y elecciones futuras, así como una vivencia, con menor angustia, de lo que habían experimentado previamente. En este sentido, intensificar el foco hacia lo implícito de la relación, hacia lo «no dicho» pero encarnado o actuado, nos puede aproximar a una modificación/flexibilización de nuestro procesamiento procedimental, o dicho de otra forma, a cambios en el patrón con el que interaccionamos con el entorno relacional (y con nosotros/as mismos/as). Focalizar en cambios en el modelo operativo o respecto a estados mentales respecto al apego, desde esta perspectiva, es un objetivo necesario, tanto para minimizar las recidivas en la etapa, como para promover la prevención en la edad adulta.

Con todo ello tendríamos que, la función del equipo terapéutico en una intervención psicoterapéutica grupal con adolescentes, tendría que ser múltiple: no solo brindar seguridad y nutrición (metabolizando aspectos no verbales en la interacción) a través de un proceso de sintonía empática y apego, sino desafiar los viejos sistemas de creencias y los viejos patrones de visión y estar en el mundo (ese procesamiento autorreferencial negativo), cuando estos se activan en el contexto terapéutico. El énfasis en el desarrollo de estas funciones a lo largo del proceso, en lugar de plantear objetivos más específicos, tiene como finalidad, el desarrollo de objetivos intermedios de fomento de las capacidades de intimidad (evitativos) y autonomía (ambivalentes), y de la elaboración de una narración terapéutica auto-reflexiva, en la cual el dolor se contenga y se traslade a un sistema de memoria accesible (55). En relación a todas estas cuestiones, se ha valorado necesaria la realización de una propuesta de manual de intervención, ISBNS 978-84-18581-79-3, para su aplicación en el ámbito de la Salud Mental en el sector público (56).

Referencias

1. Henje Blom E, Ho TC, Connolly CG, LeWinn KZ, Sacchet MD, Tymofiyeva O, et al. The neuroscience and context of adolescent depression. Acta Paediatr [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 Oct 20];105(4):358–65. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26663379

2. Solmi M, Estradé A, Thompson T, Agorastos A, Radua J, Cortese S, et al. Physical and mental health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times - Children and Adolescents (COH-FIT-C&A). J Affect Disord [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 22];299:367–76. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34606810

3. Parry-Jones WLL. Historical aspects of mood and its disorders in young people. In: Goodyer IM, editor. The depressed child and adolescent [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2001 [cited 2018 Nov 18]. p. 1–23. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511543821A007/type/book_part

4. Cicchetti D, Toth S. The Development of Depression in Children and Adolescents. American Psychologist [Internet]. 1998 [cited 2019 Feb 6];53(2):221–41. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/b186/5bdddfdc0d56863e12731946b3668ea575c5.pdf

5. Cicchetti, D., & White J. Emotional development and the af- fective disorders. In: Damon W, editor. Child development: Today and tomorrow. San Francisco: Jossey-Bass.; 1988. p. 172–93.

6. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. Psychiatry [Internet]. 1993 Feb [cited 2019 May 17];56(1):96–118. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8488217

7. Sameroff, A. J., Seifer, R., & Zax M. Early development of children at risk for emotional disorder. Monogr Soc Res Child Dev. 1982;47(Serial No. 199).

8. Cicchetti, D., & Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. Dev Psychopathol. 1994;6:533–49.

9. Sroufe LA, Egeland B, Kreutzer T. The Fate of Early Experience Following Developmental Change: Longitudinal Approaches to Individual Adaptation in Childhood. Child Dev [Internet]. 1990 Oct [cited 2019 May 17];61(5):1363. Available from: https://www.jstor.org/stable/1130748?origin=crossref

10. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books; 1982.

11. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.

12. Crittenden P. Relationships at risk. In: Nezworski B& T, editor. Clinical implications of attachment theory. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988. p. 136–74.

13. Main M, Solomon. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M. Greenberg, D. Cicchetti & EMC, editor. Attachment during the preschool years. Chicago: University of Chicago Press; 1990. pp. 121–60.

14. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. J Abnorm Child Psychol. 1990;18(6):683–97.

15. Kandel DB. Adult Sequelae of Adolescent Depressive Symptoms. Arch Gen Psychiatry. 2011 Nov 29;43(3):255.

16. Kobak RR, Sudler N, Gamble W. Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. Dev Psychopathol. 1991;3(4):461–74.

17. Kobak RR, Sceery A. Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others. Child Dev [Internet]. 1988 Feb [cited 2019 May 18];59(1):135. Available from: https://www.jstor.org/stable/1130395?origin=crossref

18. Allen JP, Borman-Spurrell E, Hauser ST. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. J Consult Clin Psychol. 1996;

19. Bernier A, Larose S, Whipple N. Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. Attachment and Human Development. 2005.

20. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. J Consult Clin Psychol. 1996;

21. Larose S, Bernier A. Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. Attach Hum Dev. 2001;

22. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent Attachment and Psychopathology. Vol. 64, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996.

23. Pérez Álvarez M. Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. Boletín Psicoevidencias [Internet]. 2015 [cited 2019 May 2];42. Available from: https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/74-mas-alla-del-dsm-5/file

24. Garvey M, Avenevoli S, Anderson K, Dr, Anderson K, Dr. The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria and Clinical Research in Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2016 Feb [cited 2022 Mar 21];55(2):93–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26802775

25. National Institute of Mental Health. NIMH » About RDoC [Internet]. [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc

26. Luyten P, Fonagy P. The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. Clin Psychol Rev [Internet]. 2017; Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.008

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA US: American Psychiatric Press; 2013.

28. Lee EJ, Stone SI. Co-Occurring Internalizing and Externalizing Behavioral Problems: The Mediating Effect of Negative Self-Concept. J Youth Adolesc. 2012;41(6):717–31.

29. Blatt SJ, Luyten P. A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. Dev Psychopathol. 2009;21(3):793–814.

30. Auerbach RP, Admon R, Pizzagalli DA. Adolescent Depression: Stress and Reward Dysfunction. 2014 [cited 2019 Mar 16]; Available from: www.harvardreviewofpsychiatry.org

31. Davey CG, Yu¨cel Y, Allen NB. The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2008 [cited 2019 Mar 16];32:1–19. Available from: www.elsevier.com/locate/neubiorev

32. Dillon DG, Rosso IM, Pechtel P, Killgore WDS, Rauch SL, Pizzagalli DA. Peril and pleasure: an Rdoc-inspired examination of threat responses and reward processing in anxiety and depression. Depress Anxiety [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 16];31:233–49. Available from: www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-resea

33. Pizzagalli DA. Depression, Stress, and Anhedonia: Toward a Synthesis and Integrated Model. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 16];10:393–423. Available from: www.annualreviews.org

34. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política . Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). 2009 [cited 2020 Mar 4]. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

35. Kazdin AE. Psychotherapy in childs and adolescents. In: Garfield's LMJB and, editor. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th Ed. NY: Wiley; 2010. p. 543–89.

36. David-Ferdon C, Kaslow NJ. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. J Clin Child Adolesc Psychol [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Nov 1];37(1):62–104. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444054

37. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Stikkelbroek Y, et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2021 Oct 6 [cited 2022 Feb 22]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34611729

38. Pérez-Espartero M. Lecciones aprendidas y construcción de un manual desde el ámbito clínico para el abordaje de adolescentes con depresión en un Servicio de Salud Mental [Internet]. Tesis doctoral Universidad de Alcalá de Henares (Madrid); 2022 [cited 2024 Oct 12]. Available from: https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/56102

39. Allen JP. The attachment system in adolescence. In: Cassidy, J. & Shaver P, editor. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. NY: Guilford Press, 2008. p. 418-435.

40. Hesse E. The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In: J. Cassidy & P. R. Shaver, editor. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. NY: Guilford Press, 1999. p. 395–433.

41. Mesman J, IJzendoorn MH van, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural Patterns of attachment: universal and contextual dimensions. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application. Third. NY/London: Guilford Press; 2016. pp. 852–77.

42. Pinquart M, Feussner C, Ahnert L. Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. Attach Hum Dev [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 13];15(2):189–218. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23210665

43. Walter D, Buschsieweke J, Dachs L, Goletz H, Goertz-Dorten A, Kinnen C, et al. Effectiveness of usual-care cognitive-behavioral therapy for adolescents with depressive disorders rated by parents and patients - an observational study. BMC Psychiatry [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24];21(1):423. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34429098

44. Holmes J. Perspectiva integradora del cambio en psicoterapia. In: Teoría del Apego y Psicoterapia: en busca de la base segura. Desclée de Brouwer; 2009. p. 75–92.

45. Asarnow JR, Jaycox LH, Tompson MC. Depression in youth: psychosocial interventions. J Clin Child Psychol [Internet]. 2001 Mar [cited 2012 Nov 27];30(1):33–47. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11294076

46. Tompson MC, Boger KD, Asarnow JR. Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: integrating the family in treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2012 Apr [cited 2012 Nov 11];21(2):345–84. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22537731

47. Tompson MC, Sugar CA, Langer DA, Asarnow JR. A Randomized Clinical Trial Comparing Family-Focused Treatment and Individual Supportive Therapy for Depression in Childhood and Early Adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;

48. Tompson MC, Pierre CB, Haber FM, Fogler JM, Groff AR, Asarnow JR. Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: results of an open trial. Clin Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2007 Jul [cited 2012 Nov 20];12(3):403–20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17953128

49. Chorpita B, Barlow D. The development of anxiety: the role of control in the early environment. Psychol Bull [Internet]. 1998 [cited 2021 Dec 18];124(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9670819/

50. Kaslow M, Deering C, Racusia G. Depressed children and their families. Clinical Psychological Review 1994;14:39–59.

51. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. 2002 [cited 2019 Jun 2]; Available from: http://repetti.bol.ucla.edu/repetti taylor seeman 2002.pdf

52. Bromberg PM. Standing in the spaces : essays on clinical process, trauma, and dissociation [Internet]. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1998 [cited 2020 Nov 22]. 365 p. Available from: https://trove.nla.gov.au/work/8765571

53. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. Eur Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 19];30(6). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26078093/

54. Turner MG, Exum ML, Brame R, Holt TJ. Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. J Crim Justice [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2018 Oct 20];41(1):53–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235212001468?via%3Dihub

55. Wallin DJ. Deepening the Clinical Dimension of Attachment Theory. Intersubjectivity and the Relational Perspective. In: Attachment in Psychotherapy. NY: Guilford Press; 2007. pp. 167–89.

56. Pérez-Espartero MC. Abordaje psicoterapéutico grupal para adolescentes desde la perspectiva del Apego. Diego Marín Librero, editor. Murcia: DM, 2021.

LOS HIJOS NOS DUELEN. TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA. EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO

OUR CHILDREN HURT US. TRANSGENERATIONAL TRANSMISSION OF TRAUMA. WORKING WITH FAMILIES IN AN INTENSIVE TREATMENT PROGRAM

Nerea Vela Soriano
Psicóloga clínica infanto-juvenil. Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para adolescentes, Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)
nerea.vela@salud.madrid.org

Resumen: Este trabajo nace de la necesidad de incluir a los cuidadores principales en programas específicos e intensivos de atención a la adolescencia. Se ha observado, en concreto, en el programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de Alcalá de Henares, un importante número de cuidadores de pacientes atendidos, con historias personales de trauma y, en concreto, con historias de trauma relacional temprano. El objetivo del trabajo sería, por tanto, doble. Por un lado, reflexionar sobre cómo el trauma no resuelto del adulto se pone en juego en la relación con el niño, y cómo para este niño, los vínculos tempranos pueden convertirse, además de protectores, en fuente de amenaza o desamparo. Y, por otro lado, dedicar un espacio a pensar cómo se puede ayudar y acompañar a estos cuidadores a crear historias familiares reparadoras, más sanas y basadas en la seguridad. Estas intervenciones se focalizarían en ayudar a los padres dañados a recuperar cierta sensación de seguridad, para poder así convertirse en padres más sensibles, más capaces de ver y entender a su hijo, y siendo capaces de reflexionar sobre cómo su propia historia de cuidados influye sobre su experiencia de paternidad.

Palabras clave: Apego, trauma relacional temprano, transmisión transgeneracional del trauma.

Abstract: This article arises from the need to include primary caregivers in specific and intensive adolescent care programs. It has been observed, specifically, in a Intensive Treatment Program in Alcalá de Henares, that a significant number of caregivers have personal stories of trauma, particularly early relational trauma. The present article aims to: on the one hand, reflect on how the unresolved adult trauma influences the relationship with the child, and how, for this child, early attachments can become, in addition to being protective, a source of threat or abandonment. On the other hand,

it seeks to explore how we can support and accompany these caregivers in creating restorative, healthier and security-based family narratives. These interventions will focus on helping damaged parents regain some sense of security, enabling them to become more sensitive parents who are better able to understand their child and reflect on how their own care stories influence their parenting experience.

Key words: Attachment, early relational trauma, transgenerational transmission of trauma.

1. INTRODUCCIÓN

La investigación evolutiva indica que los seres humanos somos, desde los primeros momentos de nuestra vida, seres sociales (1). Nuestra supervivencia depende, en gran medida, de la presencia constante y sensible de uno o varios adultos que nos protejan (2). Por esto, los seres humanos, por naturaleza, buscamos establecer y mantener experiencias de encuentro y de proximidad con los demás. Lo que somos responde, en gran medida, a cómo fueron nuestras relaciones durante los primeros años de vida (3). El bebé humano está orientado hacia las relaciones afectivas, preparado para establecerlas, y su desarrollo está fuertemente influido por la calidad de estas primeras relaciones. Por tanto, el nivel de seguridad en la relación padres-hijos, al principio de la vida, es un pilar fundamental para nuestro desarrollo y nuestra salud mental (2).

La teoría del apego señala la existencia de dos sistemas motivacionales diferentes, que requieren del cuidador respuestas específicas: el sistema de apego y el sistema de exploración (4). Por un lado, *el sistema de apego*, se activa en momentos de malestar, miedo, dolor, y reclama que el adulto ofrezca respuestas de consuelo, protección y cuidados, o que ayude a organizar la experiencia afectiva cuando ésta es difícil de manejar. Por otro lado, *el sistema de exploración* se encuentra ligado a la curiosidad, al deseo de probar habilidades nuevas, a la disposición al juego, y requiere del adulto respuestas de estimulación y apoyo. Hablamos, por tanto, del adulto como *refugio seguro*, que el niño puede «usar» para regularse cuando siente miedo, dolor o disregulación; y como *base segura* desde la que poder salir a explorar (2).

Para poder adaptarnos, necesitamos reducir nuestro mundo relacional, esencialmente complejo y lleno de matices y cambios, a un modelo mental comprensible (2). Los modelos internos del mundo social funcionan como «mapas» que empleamos desde edades tempranas para orientarnos en dicho mundo de relaciones. Estos mapas son lo que Bowlby definió, en 1980, como «modelos operativos internos» (5). Se suele pensar en el bebé como un organismo pasivo que se limita a recibir estimulación externa y a emitir conductas reflejas; sin embargo parece que, desde las primeras semanas de vida, nuestro

cerebro registra lo que se repite en las interacciones y usa este registro para predecir lo que sucederá (5). Se produce un proceso de generalización, es decir, se van almacenando los aspectos más representativos de una interacción repetida y, así se crea un representación mental. Cabe señalar que los modelos operativos internos no son copias idénticas de las interacciones, sino que esa imagen mental que el niño se hace de las relaciones, está teñida por la emoción y por los significados que tanto el niño como los cuidadores otorgan a la interacción (2).

Estos modelos operativos internos, construidos tempranamente, tienen dos efectos esenciales (5). En primer lugar, a lo largo del desarrollo adulto, estos modelos servirán como prototipo para enfrentarse a situaciones relacionales nuevas e influye en la forma de percibir y dar significado a lo que ocurre en ellas (2). Este prototipo es un filtro que dirige nuestra atención, nos hace especialmente sensibles a determinadas claves sociales, y condiciona las interpretaciones que hacemos de la conducta del otro. En segundo lugar, los modelos operativos internos incluyen reglas procedimentales que dictan cómo actuar para reducir el malestar y aumentar la seguridad, es decir, para regular la proximidad, ser aceptado o reducir la agresión por parte de las figuras de apego (2).

En la década de los 70, Mary Ainsworth desarrolló un método de observación, que denominó la Situación Extraña (6), mediante el cual determinaba cómo eran los estilos de relación que los niños desplegaban al relacionarse con sus madres y determinó que se hallaban cristalizadas alrededor del primer año de vida. Parece que estos estilos serían la expresión externa de un modelo operativo interno, es decir, de la representación mental que sería el resultado de interacciones repetidas con los cuidadores e incluirían las expectativas del niño acerca de la interacción y, sobre todo, acerca del trato que recibirá de su cuidador frente a sus necesidades de apego y exploración (5). Cuando prevalece la sensibilidad del cuidador y la coordinación de las interacciones cuidador-niño, el niño tiende a desarrollar un estilo de *apego seguro*, es decir, el niño predice la disponibilidad del cuidador y la eficacia de las respuestas de éstos frente a las necesidades del niño. Estos niños «usarán» a sus padres como base segura, pudiendo separarse para explorar, sabiendo que van a estar disponibles si los necesitan (2). De igual forma, podrán expresar su malestar abiertamente, dada la confianza que tienen en que sus cuidadores podrán empatizar y podrán ofrecerles una respuesta reguladora. Podrán así recuperar rápidamente los estados de serenidad cuando los cuidadores les ofrezcan consuelo. Los niños que se crían en relaciones afectivamente seguras, con adultos disponibles y sensibles, mostrarán un buen desarrollo en diferentes áreas, como las habilidades sociales, las académicas, la empatía, la salud o la capacidad de reponerse ante situaciones adversas (2). Además del estilo seguro, existen dos patrones de apego inseguros, ambos caracterizados por la ausencia de confianza: ambivalente-resistente y evitativo (6).

En el caso del *ambivalente-resistente*, el niño no logra separarse de la figura de apego para explorar, se intensifican sus señales de malestar cuando se produce la separación y no se calma cuando el cuidador regresa y trata de reparar y regular su emoción. Se caracterizaría por una representación del cuidador como inestable o impredecible en su disponibilidad. Así, el niño actuaría intensificando sus señales como método para asegurarse que el cuidador atenderá las necesidades, se mantendrá disponible y no se alejará (2).

Por otro lado, en el estilo *evitativo*, se incluyen niños que no se apoyan en el cuidador para la exploración, no buscan consuelo e incluso pueden llegar a mostrar rechazo de la intimidad con el cuidador, mostrando una tendencia a guardar una distancia afectiva y a disminuir el «volumen» de su malestar. Se caracterizaría por la representación de un cuidador poco disponible, rechazante o auto-absorbido. También parece que se puede dar ante cuidadores invasivos o sobreestimulantes. El niño, por tanto, aprendería a «bajar el volumen» de las señales afectivas, mostrándose socialmente invisible, gestionando su malestar a través de una aparente pseudo-autonomía, mostrando una actitud de «falsa» indiferencia (2).

Años después, en 1990, Main y Solomon (7) reexaminaron los videos de algunos niños que no encajaban en las otras categorías y que mostraban un comportamiento temeroso o intenciones contradictorias con respecto a la figura de apego, y dieron nombre a uno de los fenómenos que ha suscitado mayor interés y controversia entre los teóricos del apego y los expertos en trauma y psicopatología: el a*pego desorganizado*, es decir, un patrón de interacción consistente en la imposibilidad para organizar una estrategia sistemática de relación con el cuidador (el niño no sabe cómo hacer en la interacción con su figura de apego para recibir cuidado y recuperar un estado de activación tolerable). En este estilo de apego no hay un modelo estable acerca de lo que cabe esperar del otro, ni por tanto, existen estrategias congruentes para actuar en consecuencia (7).

Existen cuatro «ingredientes» que se relacionan con la seguridad en las relaciones afectivas tempranas (2). En primer lugar, se puede hablar de un *sistema dinámico de regulación mutua* entre niño y cuidador, en el que se produce una influencia mutua y una co-construcción que lleva a estados de bienestar compartidos. Se produce en la díada una sincronización de las señales e intenciones. Así, el niño podrá ir ganando sentimiento de competencia y de conexión interpersonal que serán importantes para un desarrollo saludable.

En segundo lugar, se habla de un *margen óptimo de activación* (2). Esto es, que el cuidador tiene la función de detectar y regular los estados del niño y, así, podrá ajustarse a las necesidades de apego o de exploración de éste (necesidades comentadas anteriormente). El cuidador, por tanto, tendría que estar disponible para modular los estados de activación fisiológica y emocional del niño, lo que le ayuda a mantenerse dentro de un margen óptimo de activación. Sobre la regulación externa, el niño construye sus capacidades de auto-regulación, así como un sentimiento de confianza básica. Así, en la

relación de apego, se pasaría de una hetero-regulación, es decir, los cuidadores se encargan de nombrar y regular la emoción del niño, a una auto-regulación, en la que el niño va adquiriendo capacidad para regularse a sí mismo emocionalmente de una forma cada vez más autónoma.

En tercer lugar, parece que la seguridad en el vínculo se consigue con *ciclos de ruptura-reparación* (8). Las diadas niño-cuidador pasan buena parte del tiempo de interacción involucrados en dinámicas de incertidumbre, desencuentro o conflictos, que son reparadas, es decir, el cuidador detecta las rupturas en la sintonía y se produce un ajuste en las respuestas para recuperar dicha sintonía (9). Las secuencias ruptura-reparación tienen como efecto el fortalecimiento de la confianza básica e impulsan al niño a desarrollar formas más maduras de comunicación. Así, Solomon y George (10) ponen el acento, no tanto en la gravedad de la conducta desorganizadora, sino en la capacidad del cuidador para regular dicha conducta, es decir, que el fallo estaría en la capacidad o incapacidad del cuidador para reparar y recuperar la homeostasis vincular. En familias en las que esa reparación ha sido infrecuente, el niño puede desconfiar de sus capacidades para comunicarse eficazmente o de las capacidades del entorno para reparar el malestar (9). Además, el niño puede aprender que, lejos de regularse, los afectos negativos pueden escalar y hacerse insoportables. Estos aprendizajes pueden llevar de la mano consecuencias como retraimiento, la renuncia del niño a comunicar socialmente sus estados internos o al uso creciente de los comportamientos regulatorios auto-dirigidos (como por ejemplo las autolesiones) (11).

Por último, el cuarto ingrediente de la seguridad temprana consiste en la capacidad del cuidador para reflejar los estados subjetivos del niño de forma sintónica, congruente y marcada (*especularización* o *mirroring*) (2). Estos reflejos ejercen un efecto regulador sobre el estado emocional del niño y también le permiten discriminar sus estados internos. Además, el contar con una expresión afectiva congruente con su estado, provee una sensación de ser reconocido y un sentimiento de agencia, es decir, de ser alguien competente y capaz de provocar cambios en el mundo, por lo que tiene para el niño un efecto calmante y regulador. Gracias a esta función, el niño aprende a diferenciar los contenidos específicos de su mente (hambre, sueño, enfado, dolor) (2). El reconocimiento y la discriminación de los propios estados subjetivos, con ayuda de las figuras de apego, sientan las bases para que se cree una capacidad nuclear en el niño: la *mentalización* (reconocer los estados subjetivos, tanto propios como ajenos, que subyacen a la conducta) (12). Se trata de una facultad esencial para entender a los otros, comunicarnos con ellos y realizar ajustes de una forma flexible con el objetivo de tener relaciones seguras con nuestro entorno. A largo plazo, esta capacidad adquirida tempranamente a través de la especularización, tendrá un efecto importante sobre la capacidad de esos adultos de criar a sus propios hijos «la mentalización funciona como una poderosa correa de transmisión de la seguridad o inseguridad entre generaciones» (2). Además de ir adquiriendo progresivamente la capacidad de

mentalizar, el niño adquiere de estas interacciones de especularización, lo que se conoce como *confianza epistémica* (confianza en el conocimiento), es decir, la creencia de que la información social es fiable y la sensación de que se puede emplear dicha información para actualizar la información sobre nosotros mismos y los otros, y así, adaptarnos (13). Por tanto, se trata de una capacidad básica para sobrevivir en un entorno social y comunicacionalmente complejo (14). A largo plazo, por tanto, las dinámicas de especularización ejercidas por el cuidador resultan en una capacidad del niño para mentalizar y en un sentido de confianza epistémica. El conocimiento de estas cuatro dimensiones que configuran la seguridad en las relaciones tempranas, nos puede hacer pensar en lo que puede fallar cuando las relaciones de apego están marcadas por la inseguridad y el trauma.

Los estilos ambivalente-resistente y evitativo, a pesar de asociarse con una fuerte inseguridad relacional, constituyen modos sistemáticos de operar en el mundo de las relaciones: hay un modelo relativamente estable acerca de lo que espero del otro y unas estrategias congruentes con ese conocimiento. El niño con apego desorganizado parece incapaz de lograr esa sistematicidad (7). Se ha llegado a la conclusión de que el apego desorganizado no necesariamente se debe a que el cuidador sea una fuente de agresión directa, sino que puede ser consecuencia de una variedad de respuestas afectivas anómalas o distorsionadas que tienen en sí un efecto desorganizante, como se expondrá más adelante (15). El trauma también incluye situaciones en las que el niño ha sido dañado y el cuidador no es capaz de mostrarse disponible, de ofrecerle una respuesta protectora o una adecuada especularización. Así, se entiende el trauma como una experiencia de dolor que se combina con la ausencia de una respuesta empática y reguladora por parte del entorno (16). El niño, ante vivencias dolorosas, necesita que el entorno le proporcione consuelo, le ayude a comprender lo que ha pasado y a construir recursos para poder enfrentarse a situaciones semejantes en el futuro. También puede aparecer con figuras de cuidado que han sufrido a su vez traumas o pérdidas no resueltas (2).

Uno de los hallazgos que se realizó en relación al apego desorganizado, es que las figuras de apego de estos niños mostraban comportamientos atemorizados o atemorizantes durante la interacción (15). Esto se traduce en comportamientos como: comportamientos amenazantes (postura, expresiones faciales agresivas), comportamientos temerosos (posturas o expresiones faciales que transmiten temor), estados disociativos (inmovilidad, embotamiento afectivo, inexpresividad…), comportamientos tímidos o deferenciales (el cuidador adopta una posición de sumisión o inferioridad frente al niño), comportamientos conyugales o románticos (contacto erotizado o excesivamente íntimo), o un comportamiento desorganizado (conductas incongruentes, incoherentes) (15).

Estas respuestas atemorizantes o atemorizadas por parte del cuidador, generan intenso miedo o malestar en el niño. Al mismo tiempo, los padres constituyen la única fuente de regulación o protección para el niño, por lo que el niño parecer verse envuelto en una paradoja relacional: quien me provoca

inseguridad es el mismo al que debo acudir para obtener consuelo. Main y Hesse (17) hablaron de «miedo sin solución» para referirse a esta paradoja. El resultado de esta paradoja sería, como se ha comentado más arriba, una ruptura en la capacidad del niño para adaptarse mediante estrategias de interacción estables y organizadas. Existiría un conflicto entre las estrategias de apego y proximidad y estrategias de defensa y alejamiento, quedando el niño atrapado entre dos formas de funcionar relacionalmente contradictorias.

En estas dinámicas de comunicación incongruentes, se están produciendo, desde que el niño es pequeño, importantes daños en algunas de las dimensiones de seguridad que han sido descritas más arriba. En primer lugar, el niño pierde la capacidad de agencia, es decir, siente que no puede cambiar o controlar aquello que sucede, por lo que existe un fallo en la regulación mutua (9). Además, las dificultades de la figura de cuidado para reflejar congruentemente los estados subjetivos del niño, hacen que, para éste, sea muy complicado entender lo que ocurre dentro de sí mismo, así como entender las expresiones faciales del otro o la interacción con el otro. Este daño en la especularización, puede comprometer seriamente el desarrollo de la mentalización: la mente (propia y ajena) es algo inaccesible para el niño (18). No entender que tiene uno mismo o qué tiene el otro en mente es una de las experiencias más aterradoras con las que nos podemos encontrar en el área de lo social. De hecho, buena parte de la patología adulta derivada del trauma, tiene relación con alteraciones en la capacidad de mentalizar. Estas personas suelen encontrarse desorientadas cuando se trata de observar su mundo subjetivo de sentimientos, necesidades o intenciones. Esto ayuda a entender cómo la instrumentalización del cuerpo (consumo de sustancias, violencia) se pueden encontrar como estrategia para modular sus propios estados mentales (18). Estos fallos en la especularización también atentan contra la construcción de lo que anteriormente llamábamos la confianza epistémica. Es decir, cuando se producen intercambios afectivos distorsionados repetidos, el niño va mostrando una incapacidad para confiar en las claves sociales y en la comunicación como fuentes útiles y fiables de conocimiento para predecir las intenciones de los otros (19).

Beebe y Lachman (11) aportan una evidencia importante en la comprensión del trauma relacional temprano, y es que, señalan que los progenitores de estos bebés desorganizados ponen en marcha respuestas incongruentes solo ante expresiones de malestar del niño, es decir, que el sistema se descompensa en el momento que hay sufrimiento, dolor, miedo o inquietud, cuando les toca funcionar como refugio seguro frente al malestar. Este hallazgo nos lleva a preguntarnos ¿qué ocurre para que los sentimientos negativos del niño provoquen que se desactiven las capacidades de cuidado de estos padres?

La investigación ha puesto de manifiesto que el apego desorganizado en niños suele asociarse con lo que se conoce como *estados mentales irresueltos respecto al apego* en el cuidador (17). Un adulto con un estado mental irresuelto con respecto al apego, tiene una visión fragmentaria tanto de los otros como

de sí mismo, padece una gran dificultad para controlar el efecto que las experiencias emocionales pasadas tienen sobre su estado presente, y se muestra incapaz de resolver experiencias tempranas de dolor o pérdida que fueron traumáticas (2). Main y Hesse (17), hipotetizaron que, cuando la interacción con el niño conecta al progenitor con ideas o recuerdos vinculados al trauma, se producen cambios abruptos en su estado mental, lo cual provocaría las respuestas atemorizadas o atemorizantes que se comentaban anteriormente y que desorganizan el apego del niño, dejando al niño en el ya mencionado estado de *miedo sin solución*. Es por esto que, cuando decíamos que los progenitores responden de forma perturbada cuando sus bebés muestran señales de malestar, parece que las señales del niño funcionan como disparador de las ideas o recuerdos vinculados al trauma (20).

La crianza, el cuidar de una criatura frágil y completamente dependiente, es un escenario de rememoración para los padres, implica ponerse en contacto con la propia dependencia y con la fragilidad de la propia infancia (21). En la comunicación con el bebé y el manejo de sus necesidades, el cuidador revive parte de sus experiencias ligadas a su propia historia de cuidados, las expresiones de llanto o rabia del bebé, reactivan en esos padres la huella preverbal de esas mismas experiencias en ellos mismos. Para un adulto cuya historia de apego fue traumática, convertirse en padre supone verse expuesto de nuevo a emociones negativas, frecuentemente irresueltas, difíciles de articular. Es decir, la forma en que tenemos integrados nuestros estados de vulnerabilidad, dependiendo de nuestra crianza, repercutirá en cómo podamos tolerar la aparición de los mismos en nosotros mismos y en los hijos, así como, en la posibilidad de ayudarles a regularlos (20).

El niño no se comunica con códigos organizados como el lenguaje, sino que presenta sus estados afectivos en un estado crudo, sin procesar, y, por lo tanto, potencialmente invasivo para un adulto fatigado, inexperto o emocionalmente frágil. Esto exige un grado de tolerancia afectiva relativamente alto, por lo que, para los padres con traumas no resueltos, supone una vuelta a estados afectivos que resultaron intolerables y que debieron ser bloqueados. Para este cuidador, actos como dormir al niño, alimentarlo o lavarlo, pueden funcionar como reactivados de una experiencia temprana aversiva (2). Estos padres se sienten especialmente defendidos cuando las situaciones se ligan a las áreas de la experiencia de los propios padres que, durante su desarrollo temprano, fueron maltratados o se hicieron especialmente frágiles (20). Así, para algunos padres las necesidades de apego o las necesidades de exploración de sus hijos tienen un carácter amenazante porque, cuando eran niños, alguna de estas necesidades fue sometida a castigos, negligencia o importantes distorsiones. Por esto, los padres que han tenido experiencias dolorosas no resueltas entorno al apego (sus intentos de estar cerca, obtener consuelo o protección fueron evitados o castigados), la búsqueda de proximidad de sus hijos, sus signos de vulnerabilidad o dependencia o sus necesidades de cuidado pueden provocar sentimientos de vulnerabilidad insoportables (2).

Las formas que emplean los padres para recuperar la sensación de control y protegerse del peligro que anticipan ante la relación con sus hijos, son diversas, apoyándose algunas de ellas en el repertorio de estrategias de protección que van marcadas en nuestro cerebro a través de la evolución de nuestra especie (2). Entre estas estrategias se incluye la agresión (atacamos ante la fuente de peligro), la evitación o el alejamiento (huimos ante la fuente de peligro), el embotamiento afectivo, el bloqueo o la disociación (nos paralizamos frente a la fuente de peligro) o la inversión de rol, en la que el progenitor se coloca «por debajo» del niño y demanda que éste se haga cargo de su malestar (pedimos auxilio a otros que consideramos más fuertes cuando nos sentimos en peligro) (2).

En resumen, parece que, tal y como se ha comentado, una habilidad esencial del sistema de cuidados parental es la de empatizar con el niño y poder «leer» los estados mentales que subyacen a su conducta (mentalizarles) (18). Para los padres con una historia marcada por profundas heridas en el área del apego, será difícil ver e interpretar las conductas de sus hijos desde una perspectiva adulta y segura, si no que, más bien, *el organismo del cuidador se prepara para defenderse, y no para pensar* (2), es decir, la mentalización se inhibe y aparecen lecturas distorsionadas sobre el niño, más congruentes con el trauma del padre que con el «niño real». En esta situación de tensión creciente, la relación se convierte en peligrosa para el niño, lo que puede generar en él respuestas ansiosas o de rabia, o una tendencia a la sobredemanda, lo cual vendría a confirmar esa visión que tiene el cuidador sobre él (se genera una profecía autocumplida). Estas dinámicas relacionales tienden a cristalizarse en forma de patrones recurrentes de tensión e inseguridad que, con cada nueva repetición, aumentan el dolor y el miedo del niño hasta niveles traumáticos (2). El estado mental irresuelto en padres, por tanto, se asocia a apego desorganizado en el niño. El apego desorganizado, a su vez, se asocia a una mayor prevalencia de trastornos externalizantes e internalizantes durante la infancia y la adolescencia, así como se han observado puntuaciones más elevadas en disociación (15). Los traumas relacionales tempranos de los cuidadores comprometen su capacidad de autorregulación, por lo que estos individuos, en la interacción con sus hijos, se ven fácilmente desbordados por los estados emocionales de éstos, llevando a que, su propia desregulación le impide ofrecer respuestas que regulen eficazmente al niño (22). Estos cuidadores suelen describirse, al hablar de las relaciones con sus hijos, como indefensos e incapaces de proteger al niño, inundados por sentimientos negativos muy poderosos (2). A medida que las señales de malestar del niño ganan en intensidad, el cuidador puede sentirse cada vez más ineficaz, desesperado o víctima del rechazo del bebé, pudiendo llegar a crearse un «bloqueo en los cuidados» (24).

2. VIÑETAS CLÍNICAS

Se propone a continuación, la presentación de algunas viñetas clínicas de adolescentes atendidos en el Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) de Alcalá de Henares y sus familias, para luego reflexionar sobre los puntos claves en los que se podría incidir. Cabe señalar que las viñetas serán solo eso, breves resúmenes de la sintomatología clínica y de la historia del adolescente y sus cuidadores, sin entrar en detalles y sin llegar a realizarse una formulación del caso.

Caso 1

V. es un varón de 15 años que comienza tratamiento en el programa TAI derivado de su centro de referencia por entrar en escalada conductual (agresividad verbal y física dentro y fuera del domicilio), dificultad en la regulación emocional y abandono de actividades académico-formativas que hasta ese momento le mantenían con un nivel adecuado de funcionalidad. Los padres de V. se divorciaron cuando él tenía 3 años de edad, con una denuncia interpuesta por violencia de género. Desde ese momento pasa a ser cuidado mayoritariamente por su madre, con visitas puntuales con el padre. La madre de V. viene de una historia relacional impregnada también de violencia, presenció maltrato físico de su padre hacia su madre, consumos de alcohol por parte de éste, y arrebatos también de ira importantes hacia ella y su hermana. Cuando ella era adolescente, sus padres finalmente se separan y ella pierde la relación con su padre, formando su hermana, ella y su madre, una relación fusional casi fraternal, en la que «todo lo hacían juntas».

Tal y como se ve, la historia de la madre termina repitiéndose y repercutiendo en V. Su hijo, además, lleva el mismo nombre que su padre, por lo que la madre tiene tendencia a hacer comentarios del tipo «eres igual que tu padre» o «todos los hombres sois iguales», con lo que V. ha tenido que cargar con el peso de la expectativa de que iba a terminar siendo alguien violento. Como se mencionaba anteriormente, la distorsión de la madre termina funcionando como profecía autocumplida, ya que, efectivamente, V. ha tenido comportamientos violentos tanto verbales como físicos y ha terminado adquiriendo una estrategia de «huir» de los problemas, tendiendo a abandonar el domicilio cuando hay cualquier discusión «como hacen los hombres». Para la madre no es que V. le recuerde sus vivencias traumáticas, sino que las emociones y expresiones de V. le empujan a sentir que lo revive, que está de nuevo ahí, por lo que parece que termina teniendo una reexperimentación tan dolorosa, que termina necesitando protegerse, habiendo llegado en muchas ocasiones a agredir físicamente a V. en su infancia.

Esta madre, que ha tenido con V. en la infancia una relación fusional casi conyugal (como tuvo ella con su madre), llegando a dormir juntos hasta los

12 años del paciente, ha tenido muchas dificultades para soportar la entrada de su hijo en la adolescencia, con la separación y la aparición de su propias ideas y opiniones, que ésta supone. Así, esta madre se ha visto con grandes dificultades para mentalizar y reconocer aspectos de la experiencia dolorosa de su hijo. Todo esto unido a una ausencia parcial de la figura paterna, quien prioriza su vida laboral y su nueva familia, creada posteriormente, antes que pasar tiempo con V.

Caso 2

N. es una mujer de 13 años derivada al programa TAI, por ánimo bajo, ideas de muerte y autolesiones frecuentes, desde el servicio de interconsulta y enlace infanto-juvenil, donde fue derivada por enuresis nocturna secundaria. Durante el seguimiento la paciente relata historia de abuso sexual a la edad de 5 años, por el hijo de unos amigos de los padres, que contaba con 15 años de edad. El abuso se produjo repetidamente durante una semana en la que se fueron de vacaciones las dos familias juntas. A pesar de que los padres fueron conocedores de lo que había ocurrido en el mismo viaje, decidieron continuar con las vacaciones y con la relación con esta familia, aunque sin dejar a los niños solos, alegando que «si ha sido algo entre niños, no creo que haya sido para tanto». Se trata, por tanto, de unos cuidadores que no pudieron proteger, dar nombre ni ayudar a regular la experiencia, por lo que la paciente sufrió una desconexión emocional importante. En este momento, reaparece la incontinencia urinaria.

Esta paciente tiene la vivencia de miedo a expresar, la sensación de que sus padres no van a poder responder. Es por esto que, la paciente, ante cualquier situación estresante de su día a día, tiende a disociar los afectos, no pide ayuda ni comparte lo que le sucede y, finalmente, tiende a conductas o ideas autolesivas o autolíticas.

Los padres de la paciente, se explora durante el seguimiento, que ambos tienen historia relacional traumática. El padre por su parte, menor de 5 hermanos, un hermano que falleció a consecuencia de una sobredosis a la edad de 17 años, dos hermanas que fueron abusadas sexualmente en la infancia por un tío materno, una madre consumidora frecuente de alcohol y un padre que abandonó a la familia cuando él era pequeño. Tuvieron que cambiar de domicilio en muchas ocasiones (siendo él pequeño), ya que no contaban con ingresos suficientes y eran desahuciados de las casas en las que vivían. La madre de la paciente, por otro lado, tuvo también varias experiencias de abuso sexual en la adolescencia. Vivía en un piso en el que su madre alquilaba habitaciones y, en ellas, se ejercía la prostitución. Ella pasaba mucho tiempo fuera de casa. Tiene un hermano consumidor de alcohol y otras sustancias, que «se rumorea» que ha abusado sexualmente de alguna de las primas de esta madre. Las propias experiencias vitales de los padres ejercen un poderoso impacto

en ellos y generan que, inconscientemente, prohiban de alguna forma la expresión de emociones en su hija, normalmente, invalidando su experiencia o su emoción. En un grupo de cuidadores, el padre pudo decir que le costaba darle importancia a las cosas «normales de adolescente» que contaba su hija, cuando él había tenido que vivir experiencias muy dolorosas.

Caso 3

Se trata de una paciente de 13 años derivada al programa TAI tras dar en el IES la voz de alarma por ideas de muerte y autolesiones. Ha realizado algún gesto autolesivo y autolítico sin previsión de rescate y sin contarle a nadie lo sucedido, con una gran tendencia a la minimización. En consulta se muestra muy desconectada, con una actitud regresiva, hablando reiteradamente de cosas que le gustan (sobre todo grupos de música) y con una actitud siempre muy positiva «no hay que hablar de lo malo, hay que ser feliz y yo sé que con mi actitud hago felices a los demás».

La madre de S. es una mujer que cuenta que ella «no tuvo adolescencia». Es la mayor de 3 hermanos, uno de ellos con una discapacidad intelectual severa y refiere haberse hecho cargo tanto de las tareas del hogar como del cuidado de sus hermanos, desde muy pequeña. Además de esto, cuenta que es víctima de los atentados terroristas del 11M que dieron lugar en Madrid. Ella refiere que esto tuvo gran repercusión en su vida y en su funcionalidad posterior, dado que comenzó con episodios de ansiedad muy frecuentes, aparecieron muchos miedos y ella tendía a evitar todo aquello que pudiera producirle una reexperimentación del miedo vivido en aquel episodio traumático. Comienza con «manías», es decir, conductas compulsivas y rituales, sobre todo en el domicilio, que reducen su sensación de angustia y peligro. Por su parte, el padre de S. refiere, de igual modo, que «no ha tenido adolescencia». A los 12 años le diagnosticaron una Diabetes Mellitus Tipo1 y él refiere una reacción de desbordamiento emocional importante por parte de su madre «se deprimió y se metió en la cama.. decía que me iba a morir». Él recuerda tener que hacerse cargo de la emoción de su madre e impresiona de haber adquirido una forma de evitar o minimizar el malestar, seguramente con el objetivo de «no preocupar" a su madre. Ha tenido una dependencia al alcohol, con importante repercusión para su salud, si bien está abstinente desde hace 7 años. En ese momento le diagnostican de Trastorno Bipolar, tras un periodo de unos 7 meses de depresión severa seguido de un episodio maníaco de descontrol, gastos, impulsividad e irritabilidad. En el momento actual se encuentra estable psicopatológicamente, aunque continúa siendo un padre más bien frío, irritable, agresivo en las formas y tendente a evitar y minimizar las emociones tanto suyas como de su familia.

Estos padres tuvieron a S. y su hermana gemela por un embarazo por FIV tras unos 9 años de luchar por el embarazo, con todos los miedos que

esto también supone y añade. Así, parece que estos cuidadores han externalizado de alguna forma sus miedos no resueltos y se lo han impuesto a sus hijas, las hijas tratan de minimizar sus emociones para no preocupar o alarmar a sus padres, las emociones de las hijas, por tanto, pasan a ser poco reconocidas y, por tanto, contenidas. Estas niñas, parece que han terminado por minimizar sus emociones y tomar un comportamiento regresivo con el objetivo inconsciente de cuidar a sus padres temerosos y traumatizados.

Caso 4

Mujer de 16 años que es derivada a programa TAI desde su terapeuta de referencia por ánimo bajo mantenido durante mucho tiempo y pérdida importante de funcionalidad (abandono de actividades lúdicas y de ocio y absentismo escolar), dificultades interpersonales, autolesiones frecuentes e ideas de muerte.

Desde el inicio del seguimiento se recoge historia de trauma de la madre, de hecho, en consulta, la madre tiende a hablar sobre sí misma y se desborda más que la paciente. La madre es una mujer que vivió en la infancia episodios muy dolorosos de violencia de su padre hacia su madre, teniendo en diversas ocasiones que cambiar de vivienda e ir acudiendo a centros de acogida de emergencia, por el acoso y la persecución que sufrían por parte del padre. La madre sentía que tenía que cuidar de sus hermanos pequeños y de su madre, que en esas circunstancias, se encontraba desbordada, «bastante tenía ella». La madre de la paciente, en su propia adolescencia, también se autolesionaba y tuvo varios intentos de suicidio. No tiene ni ha tenido círculo social ni pareja estable y la persona en la que siempre se ha refugiado es su propia madre. Tuvo una primera pareja con la que tuvo a su primera hija (hermana mayor de la paciente), con quien fue víctima de violencia. La abuela materna tuvo que «rescatarla» de esa relación y acogerla en su casa para que pudiera criar a su hija. Cuando ésta primera tenía solo un año, la madre de la paciente se volvió a quedar embarazada, tras una relación sexual puntual y mantuvo el embarazo en secreto, teniendo en todo momento intención de dar en adopción a esta nueva hija (la paciente). Al final, su madre la convenció para no darla en adopción y criar juntas (madre e hija) a las dos hijas pequeñas que tenía. Esta abuela materna también sufrió episodios importantes de depresión, uno de ellos por el suicidio de su hermano y, el otro, el ya mencionado tras la relación con el abuelo materno.

La madre de la paciente, por tanto, se desborda fácilmente, está centrada en su propia historia traumática y pierde el control de su propio estado emocional, siendo incapaz de ver y servir «de espejo» de la emoción de su hija, dejando sola a la paciente con su propia expresión de la emoción. La emoción de la hija desborda emocionalmente a la madre. Así, su capacidad para mantener a su hija dentro del margen óptimo de activación está comprometida, por

lo que se produce una falla en las funciones heteroreguladoras del cuidador. Esta madre termina sintiéndose muy insegura y muy incapaz en su función como madre, por lo que recurre a la abuela materna, quien termina ejerciendo un rol materno de todas ellas.

En todas las viñetas que se han descrito, se observan historias relacionales traumáticas en los cuidadores que repercuten en los cuidados y en la relación con los hijos. En todos los casos, se observan dificultades en los menores para adquirir una buena capacidad de mentalización, por la dificultad para entender y reconocer los estados subjetivos propios y ajenos, así como dificultades para crear un *self* continuo y aceptable. Esto es así porque los padres con un estado mental irresuelto no han podido ver y entender sus estados subjetivos, no han podido ayudarles a mantenerse en un estado óptimo de activación (heteroregulación) y al proyectar sentimientos intolerables no resueltos sobre sus hijos, se compromete la capacidad de éstos para captar y comprender las necesidades reales del niño y, en consecuencia, ofrecer respuestas adecuadas frente a las mismas.

3. CONCLUSIONES

Se ha expuesto a lo largo de este artículo cómo las conductas o señales del niño producen una reexperimentación de la vivencia traumática del cuidador y activa los miedos nucleares, produciéndose fallos en la mentalización de este cuidador y una visión distorsionada del menor. De es modo, se activan las defensas del cuidador e impiden que se produzca una adecuada regulación de los afectos, aumentando, por último y cerrando el círculo vicioso, el malestar del niño. Cabría preguntarse ¿tiene sentido poder trabajar con los cuidadores de los menores de una forma específica e intensiva?, ¿y de qué modo hacerlo?

Las terapias padres-hijos, por tanto, se desarrollan sobre la premisa, ya mencionada, de que algunos padres proyectan sentimientos intolerables vinculados a sus experiencias relacionales traumáticas no resueltas sobre sus hijos (20). La investigación ha demostrado que robustecer las relaciones afectivas padres-hijos es la primera de las medidas que tenemos a nuestra disposición y, muy posiblemente, la más poderosa para proteger el desarrollo del niño (2). Ayudar a los padres a ejercer cuidados sensibles, seguros y sistemáticos es una forma de prevenir los daños que un contexto o una historia familiar difícil pueden tener sobre el niño (21).

Además, la investigación apunta a que, cuando los padres traumatizados son capaces de mantener una actitud mentalizadora más o menos robusta, el efecto de los riesgos sobre la crianza se ve muy reducido (2). La capacidad de mentalización de los padres se asocia a la seguridad en el apego del niño, esto es, ponerse en el lugar del niño, reconocer los estados mentales que subyacen a su conducta, son habilidades muy estrechamente ligadas con la

capacidad de los padres para frenar la transmisión transgeneracional del trauma. La capacidad auto-mentalizadora de los padres, centrada en el efecto que sus traumas tempranos pueden tener sobre su relación actual con el hijo, ha demostrado tener un efecto protector especial (18). Por todo esto, la mentalización ocupa un puesto nuclear en las intervenciones centradas en el vínculo.

Este tipo de intervención requiere por parte de los profesionales un abordaje que no se reduzca a la enseñanza teórica o al entrenamiento conductual de los padres, sino que busque cambiar las relaciones padres-hijos «desde dentro» (21). Esto implica un trabajo centrado en las imágenes que los cuidadores tienen del niño y de sí mismos, el sentido que dan a su experiencia de ser padres, o el efecto de sus daños relacionales sobre la relación actual con sus hijos (3). Lo primero y seguramente más importante para el tratamiento sería crear un marco de seguridad dentro de la terapia (3). La idea sería que el terapeuta pudiese funcionar como «figura de apego transicional» (23) para los padres, y así que la seguridad vivida por el cuidador en la terapia pueda ser trasladada a la relación con el hijo. Dicho de otra forma, en palabras de Pitillas (2), *no seremos capaces de convertir a los padres en figuras de apego más seguras si antes no hemos logrado reconstruir (al menos en parte) una experiencia de seguridad en ellos*. Por tanto, las áreas de trabajo que se consideran importantes en el tratamiento con cuidadores serían: mejorar la capacidad de mentalización de los cuidadores, modificar la imagen que los padres tienen de sí mismos como cuidadores y trabajar para que sean algo más conscientes de los procesos que hay detrás de las prácticas de crianza disfuncionales.

En el Programa TAI para adolescentes de Alcalá de Henares, se trabaja desde el inicio del seguimiento con las figuras de cuidado, dado que los padres serían el eslabón «más fuerte» de la relación de apego que estamos tratando de mejorar (2). Al inicio el objetivo principal sería que los cuidadores principales vayan sintiéndose seguros y confiados en el espacio. El equipo, con un trabajo importante de coordinación, adapta el encuadre a las necesidades de cada familia, pudiendo, en ocasiones hacer citas familiares con todo el núcleo de convivencia o individualizando cada caso y apoyando a las figuras por separado. En las citas familiares se tiende a trabajar la capacidad de mentalización de los padres, invitándoles a captar los estados internos que subyacen a la conducta de sus hijos. Por otro lado, se trabaja con los adolescentes que puedan volver a confiar en sus figuras de cuidado y puedan, poco a poco, mejorar la comunicación y puedan llegar a pedirles ayuda. En las propias sesiones familiares se observa, se analiza y se señalan las interacciones padres-hijos y se trabaja sobre las estados subjetivos de cada uno de ellos, para favorecer el cambio e ir aumentando la seguridad en el vínculo. Además, los padres o figuras a cargo acuden quincenalmente a un grupo de cuidadores, en los que se trabaja la cohesión y el apoyo entre ellos, la visión que tienen de ellos mismos como cuidadores, empoderándoles en su tarea y pudiendo ayudarles en las dificultades, y ellos mismos, realizan un trabajo introspectivo para localizar cómo fue el modelo de crianza con el que ellos crecieron. Es

importante poder mantener alguna cita individual con ellos previa al grupo, dado que en ese espacio se remueven y se pone voz a muchas de las experiencias traumáticas vividas por los padres en su niñez, por lo que antes de poder acceder a ese espacio, se trabaja con ellos individualmente para que puedan regularse mejor emocionalmente y puedan pedir ayuda si lo necesitan en el espacio compartido con otros cuidadores.

El objetivo último sería, por tanto, proveer de mayor esperanza, mayor bienestar en la relación con el hijo y un mayor sentido de seguridad global. Por todo lo mencionado anteriormente, parece acertado concluir que solo sobre la base de una experiencia de reconocimiento, comprensión, regulación afectiva y seguridad vividas en el marco de la relación terapéutica, el cuidador podrá aumentar su confianza epistémica, adquirir capacidades de auto-regulación, modificar sus prácticas de crianza o revisar su pasado y la influencia que éste tiene en su manera de ser padre (2). Y solo así, se podrán producir cambios en la relación padres-hijos y podrán los menores sentirse más apoyados, comprendidos, mentalizados, mejorando su propia capacidad de mentalización, su propia capacidad de auto-regulación y pudiendo reforzar una imagen del *self* más robusta.

Referencias

1. Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2001; 42(1): 3-48.
2. Pitillas C. El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma. Descléee De Brouwer, 2021.
3. Pitillas C. Trabajar con los padres para proteger al niño: algunos elementos comunes de las intervenciones terapéuticas centradas en el vínculo. Revista Aperturas Psicoanalíticas [Internet]. Aperturas.org. 2018. Available from: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0001000&a=Trabajar-conlos-padres-para-proteger-al-nino-algunos-elementos-comunes-de-las-intervenciones-terapeuticas-centradas-en-el-vinculo
4. Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin B. The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press, 2013.
5. Bowlby J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós, 1980.
6. Ainsworth MS. Infant–mother attachment. Am Psychol [Internet]. 1979; 34(10): 932-7. Available from: http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.932
7. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Attachment in the preschool years. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention 1990; 1: 121-60.
8. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy (Chic) [Internet]. 2014; 51(3): 372-80.
Available from: http://dx.doi.org/10.1037/a0036505

9. Beebe B, Lachmann FM. Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Abingdon, Reino Unido: Routledge, 2013.

10. Solomon J, George C. The measurement of attachment security in infancy and childhood. In: En J, Cassidy PR, editors. Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. New York: The Guilford Press, 1999, pp. 287-318.

11. Beebe B, Lachmann FM. The origins of attachment: Infant research and adult treatment, 2014.

12. Fonagy PG, Gergerly G, Jurist G, Target EM. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the self. Other Press, 2002.

13. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. Psychopathology [Internet]. 2019; 52(2): 1-10. Available from: http://dx.doi.org/10.1159/000501526

14. Erickson E. Infancia y Sociedad. Horme; 1993.

15. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In: Cassidy E, Shaver J, editors. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Guilford Press, 2016; pp. 667-95.

16. Stolorow RD, Atwood GE. Contexts of being: Thee intersubjective foundations of psychological life. Stolorow R (en C, D. y Atwood R, editors. New York: Herder, 1992.

17. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg E, Cicchetti MT, Cummings D, editors. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. University of Chicago Press, 1990.

18. Bateman A, Fonagy P. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Bilbao: Descléee De Brouwer, 2016.

19. Fonagy PG, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychological treatment. Journal of personality disorders 2015; 29(5): 575-609.

20. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant–mother relationships 1. In: Parent-Infant Psychodynamics. Routledge, 2018; pp. 87-117.

21. Stern DN. The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. Karnac Books, 1995.

22. Werba A. Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires Psicoanálisis 2002; 24: 295-313.

23. Crittenden PM. Raising parents: Attachment, representation, and treatment. 2nd ed. London, England: Routledge, 2015.

24. Hughes D. Construir los vínculos del apego: cómo despertar el amor en niños profundamente traumatizados, 2019.

IMPLEMENTACIÓN DE UN GRUPO PSICOTERAPÉUTICO ABIERTO DE REPARACIÓN DEL TRAUMA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

IMPLEMENTATION OF AN OPEN PSYCHOTHERAPEUTIC GROUP FOR TRAUMA REPAIR IN THE SHORT-TERM HOSPITALIZATION UNIT FOR ADOLESCENTS AT THE HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

María José Ortega Cabrera
Psicóloga Clínica Unidad de Hospitalización Breve Adolescentes
Hospital 12 de Octubre, Madrid.
mariajortega@gmail.com

Laura Seseña Niño
Psicóloga Clínica Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
laura.sesena@ssib.es

Resumen: El artículo aborda una temática crucial en la psicología clínica contemporánea: la intervención en trauma psicológico con adolescentes en Unidades de Hospitalización Breve. El estudio, de carácter cualitativo, describe la implementación de un grupo psicoterapéutico abierto dirigido a adolescentes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Las autoras parten de la premisa de la alta prevalencia de experiencias traumáticas en la historia de vida de los adolescentes que requieren hospitalización, lo que justifica la necesidad de intervenciones especializadas. El grupo terapéutico se plantea como un espacio seguro y estructurado donde los adolescentes pueden procesar dichas experiencias, elaborar una narrativa coherente de las mismas y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas. Si bien el artículo no presenta resultados cuantitativos que permitan determinar la eficacia del grupo, sí describe las técnicas terapéuticas empleadas y la participación de los pacientes, apuntando a la potencialidad de este tipo de intervención. En este sentido, el estudio aporta información valiosa sobre la implementación de intervenciones grupales para el trauma en contextos hospitalarios, un área donde la investigación aún es limitada. Se sugiere la realización de futuras investigaciones con diseños metodológicos que permitan evaluar de forma más precisa la eficacia de este tipo de intervenciones, así como la comparación con otras modalidades terapéuticas.

Palabras claves: trauma, adolescentes, grupo psicoterapéutico, hospitalización breve.

Abstract: The article addresses a crucial issue in contemporary clinical psychology: intervention in psychological trauma with adolescents in short-stay hospitalization units. This qualitative study describes the implementation of an open psychotherapy group for adolescents admitted to the Short-Stay Unit for Adolescents at the Hospital 12 de Octubre in Madrid. The authors start from the premise of the high prevalence of traumatic experiences in the life history of adolescents who require hospitalization, which justifies the need for specialized interventions. The therapy group is proposed as a safe and structured space where young people can process these experiences, develop a coherent narrative of them, and develop adaptive coping strategies. Although the article does not present quantitative results that allow determining the effectiveness of the group, it does describe the therapeutic techniques used and the participation of the adolescents, pointing to the potential of this type of intervention. In this sense, the study (Seseña Niño, 2024) is of great interest to the scientific community, as it provides valuable information on the implementation of group interventions for trauma in hospital settings, an area where research is still limited. Further research with methodological designs that allow a more precise evaluation of the effectiveness of this type of intervention, as well as comparison with other therapeutic modalities, is suggested.

Keywords: trauma, adolescents, psichotherapy gropupe, short-stay hospitalization

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Hospitalización Breve para Adolescentes (UHB-A) son dispositivos especializados dentro de los hospitales que proporcionan atención intensiva y a corto plazo a adolescentes con problemas psicológicos agudos. Estas unidades están diseñadas para abordar situaciones críticas que requieren un entorno seguro y estructurado, donde los adolescentes pueden recibir evaluación, estabilización y tratamiento intensivo. La UHB-A del Hospital Universitario 12 de Octubre forma parte de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), unidad funcional de carácter transversal integrada en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid, que se encarga de la atención integral y específica de los trastornos mentales y del comportamiento de los niños/as y adolescentes (NNA) hasta los 17 años de edad, desarrollando actividades asistenciales, docentes y de investigación. La prevalencia de trauma entre adolescentes ingresados en estas unidades es considerablemente alta. Los estudios recientes sugieren que entre el 60% y el 90% de los adolescentes ingresados en unidades psiquiátricas breves reportan experiencias traumáticas previas (1, 2). Además, se ha documentado una alta prevalencia

de comorbilidades psicopatológicas, particularmente trastornos como depresión, ansiedad, conductas autolesivas y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (3-6). Dicho trauma afecta significativamente al proceso psicoterapéutico y a los resultados en los dispositivos señalados (7).

Las intervenciones grupales son una modalidad eficaz debido a la naturaleza de apoyo entre iguales, lo que facilita la identificación con otros que atraviesan experiencias similares. Estas intervenciones permiten a los adolescentes desarrollar estrategias de regulación emocional, mejorar las habilidades de resolución de problemas y construir redes sociales de apoyo dentro del grupo, lo cual es fundamental para su estabilización y posterior reintegración. El contexto grupal aporta una dinámica relacional que permite a los menores compartir sus experiencias en un entorno de apoyo, lo que facilita la normalización de los síntomas y el desarrollo de estrategias de afrontamiento colectivas. El grupo actúa como un espejo social, promoviendo el autoaprendizaje y la identificación entre los miembros. Estas intervenciones grupales no solo son efectivas a corto plazo, sino que también contribuyen a reducir reingresos hospitalarios y tratamientos prolongados, apoyando una transición más estable de regreso a la comunidad. Según un estudio de Yalom (8), la cohesión grupal y el sentido de pertenencia en estos grupos son factores clave que contribuyen a la mejora clínica. Destaca que estos factores permiten que los adolescentes se sientan seguros y apoyados, promoviendo la apertura y la autoexploración. Así, la identificación con experiencias compartidas en un entorno grupal no solo ayuda a normalizar los síntomas, sino que también refuerza la conexión emocional y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento colectivas. De forma similar, Behr (9) enfatiza la importancia de crear un entorno seguro y acogedor que permita a los adolescentes explorar su identidad y relaciones interpersonales. También aborda cómo los procesos grupales pueden facilitar la comunicación y la cohesión entre los miembros, así como la necesidad de comprender las dinámicas específicas que emergen en estos grupos. Su enfoque se centra en la adaptación de técnicas de análisis grupal para abordar las necesidades únicas de esta población, reconociendo la vulnerabilidad inherente de los adolescentes en un contexto terapéutico. Se ha señalado el riesgo de revictimización en intervenciones grupales que no tengan en cuenta la singularidad del abordaje en trauma complejo (10), La especificidad de la intervención grupal con adolescentes que han vivido experiencias como el abuso sexual o el maltrato intrafamiliar, en el que está prescrito el secreto ha sido abordada desde el modelo sistémico. Se destaca la oportunidad del apoyo de los pares, que me brinden apoyo mutuo, reconociendo la complejidad de dicha intervención. Se han realizado aportaciones sobre el manejo técnico del grupo terapéutico con adolescentes que han experimentado experiencias traumáticas, tales como el uso de equipo reflexivo con pacientes adolescentes(11), modificaciones del protocolo EMDR desde el modelo sistémico en niños(12) y la adecuación de estrategias desde terapia breve (13).

En España, se han realizado intervenciones psicoterapéuticas grupales basadas en modelos conductuales-contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional, en UHBA. Díaz de Neira Hernando, Marín Vila y Martínez González (14) destacan la importancia de crear un ambiente seguro y de apoyo donde los adolescentes puedan expresar sus emociones y experiencias, facilitando su autoconocimiento y la comprensión de su situación actual en relación con su historia personal. Además, mencionan las dinámicas grupales y las dificultades que pueden surgir durante la terapia, subrayando la necesidad de adaptarse a las características particulares de la población adolescente. Recurren a una colaboración multidisciplinaria en el tratamiento, integrando la psicoterapia con actividades de terapia ocupacional y apoyo educativo para promover una experiencia hospitalaria menos traumática y más efectiva en la recuperación de los adolescentes. Desde un enfoque integrador Pau Pérez (10) explora las ventajas del trabajo grupal el situaciones traumáticas. Parte de que estas vienen definidas por una ruptura de algunos de los elementos estructurantes básicos del ser humano: la confianza en uno mismo, la creencia en la bondad de los otros, en la posibilidad de establecer vínculos afectivos significativos, de seguridad y predictibilidad etc. Describe las potencialidades terapéuticas de un modelo que se basa, precisamente, en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar.

Este trabajo presenta un análisis cualitativo del grupo psicoterapéutico de reparación del trauma realizado en la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UHB-A) del Hospital 12 de Octubre en Madrid. El objetivo de este grupo es proporcionar un entorno seguro y estructurado donde los adolescentes puedan procesar y construir una narrativa coherente de sus experiencias traumáticas y desarrollar habilidades de afrontamiento.

2. OBJETIVOS

El análisis se centra en la dinámica y las experiencias del grupo durante los meses de mayo y junio de 2024. A través del análisis cualitativo de las transcripciones de las sesiones del grupo, se busca comprender las categorías emergentes relacionadas con la interacción grupal, las experiencias individuales, y las metodologías terapéuticas empleadas. La metodología cualitativa permite explorar la experiencia subjetiva desde la vivencia del paciente en un contexto psicoterapéutico grupal, así mismo recoge la peculiaridad de las técnicas terapéuticas de abordaje de lo traumático y la valoración de su impacto en el proceso de recuperación.

3. MÉTODO

El análisis involucra a 19 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años que participaron en las distintas sesiones, a medida que iban pasando por la Unidad y el equipo multiprofesional valoraba como indicación que el menor participase en el grupo en ese momento, teniendo en cuenta su situación clínica. Las sesiones son dirigidas por una Psicóloga Clínica especializada en abordaje de trauma y tienen una duración de 90 minutos, en coterapia con Psicóloga Clínica Residente (PIR). La periodicidad es de dos dias a la semana (lunes y jueves), siendo un espacio de intervención terapéutica estable en el programa de intervención del dispositivo (incorporado al Programa de Detección e Intervención de trauma y trauma complejo en UHB-A). Los grupos son de tipo abierto, por lo que los participantes pueden entrar o salir del grupo en diferentes momentos a lo largo del proceso terapéutico, dependiendo de su plan individual de tratamiento. Nuevos participantes se unen en cualquier momento y otros puedan dejar el grupo cuando el equipo clínico lo valore indicado. Este tipo de encuadre implican desafíos, como la fluctuación de la cohesión grupal y la dificultad para los nuevos miembros de integrarse. Siendo las principales características: la rotación de participantes, una mayor flexibilidad, la continuidad temática y la diversidad de experiencias. Los datos fueron recogidos mediante transcripciones de 11 sesiones grupales realizadas entre los meses de mayo y junio de 2024, recogidas por 7 residentes especialistas en salud mental (MIR, PIR, EIR) que tenían un rol de observador participante. Se utilizó metodología de equipo reflexivo con pre-grupo, post-grupo y pausa previa a la devolución, según el modelo de terapia grupal sistémica (11).

La recogida de datos se prestableció atendiendo a variables identificadas como favorecedoras de los procesos terapéuticos en la intervención con trauma (10, 15):

- Elementos facilitadores de la seguridad epistémica.
- Experiencias emocionales correctoras de cuidado mutuo.
- Exploración de la Identidad.
- Construcción de narrativas del evento traumático.
- Encuadre y estrategias terapéuticas.

El procedimiento siguió un análisis cualitativo de las transcripciones realizadas por los observadores de las sesiones grupales y las sesiones pre y post grupo. Con especial atención a la recogida de las experiencias subjetivas, los significados que las pacientes atribuyen a sus vivencias, y los procesos psicológicos subyacentes desde una perspectiva interpretativa y fenomenológica.

4. ANÁLISIS DE DATOS

Realizar un análisis cualitativo a partir de transcripciones de grupos terapéuticos implica un proceso sistemático y riguroso que busca identificar patrones, temas y significados. En primer lugar, se realizó una primera lectura profunda y repetida de las transcripciones para familiarizarse con los datos y buscar un sentido general, así como las referencias cruzadas. De esta forma, se comenzó a identificar temas recurrentes y patrones en las dinámicas del grupo. Seguidamente se etiquetaron los datos, fragmentando los textos en categorías descriptivas en relación con las variables preestablecidas. Se realizó revisión de textos y categorías asignadas por observadores independientes. Por último, se realizó una integración e interpretación final de los datos.

5. RESULTADOS

A continuación, se describen las categorías obtenidas en relación con las variables prestablecidas.

- ELEMENTOS FACILITADORES DE LA SEGURIDAD EPISTÉMICA. Entendidos como la disposición del paciente a considerar la información del terapeuta, la relación terapéutica o el contexto terapéutico como personalmente pertinente y generalizable. Incluye elementos de construcción del espacio psicoterapéutico como lugar seguro.

  Subcategoría 1: Proporcionar desde el equipo terapéutico *Estrategias de Regulación Emocional* en el contexto grupal, desde la recreación en imaginación de lugar seguro.

  En una sesión, el grupo es dirigido a hablar de experiencias relacionadas con el fin de semana y las vacaciones, el uso de la autorrevelación como modelado para mejorar la comprensión emocional facilitó un clima de positividad y relajación. Esta estrategia puede servir como una técnica de regulación emocional, y ayuda a los participantes a empezar la sesión desde un espacio seguro en el que la intervención del equipo terapéutico será valorada como fiable.

  Subcategoría 2: *Co-construcción de la Conciencia Emocional Colectiva*. Pensada como la capacidad del grupo para reconocer, entender y gestionar las emociones de sus miembros en conjunto a partir de la interacción grupal. Esta conciencia compartida implica una sintonía emocional que permite a los participantes no solo identificar sus propias emociones, sino también las de los demás, facilitando así un ambiente de apoyo y empatía.

  En varias transcripciones las calificaciones subjetivas de seguridad y de utilidad reflejan un nivel alto de satisfacción y beneficio percibido por

los adolescentes. Esto sugiere que el grupo ha logrado crear un ambiente en el que se sienten lo suficientemente seguros como para compartir experiencias difíciles y recibir feedback de manera constructiva. Se registran observaciones que hacen referencia al proceso de co-construcción y responsabilidad compartida y la importancia de la elaboración colectiva de narraciones desde la escucha y el respeto incondicional.

- Experiencias emocionales correctoras de cuidado mutuo. Describe la dinámica social y emocional correctora que se desarrolla entre los adolescentes dentro del contexto del grupo psicoterapéutico encuadrado como grupo de apoyo.

  Las interacciones dentro del grupo muestran la importancia de las relaciones interpersonales en el proceso terapéutico. Las respuestas de los compañeros, aunque varían en contenido y profundidad, refuerzan el sentido de cohesión grupal. En general los pacientes responden positivamente a las propuestas del terapeuta de focalizar la tarea grupal desde el cuidado mutuo, lo que fortalece el sentido de seguridad.

  Subcategoría.1: *Validación Emociona*l en el entorno de apoyo entre pares. Se refiere al proceso mediante el cual los adolescentes reciben reconocimiento y aceptación de sus emociones por parte de sus compañeros y del equipo terapéutico en el contexto grupal.

  En varias ocasiones se comparte el relato del suceso traumático conectado con la emoción, las cogniciones y conductas revictimizantes. Desde el grupo se facilita la con respuestas y actitudes de validación emocional, preocupación y apoyo.

  Subcategoría 2: *Apoyo Entre Pares*. Entendido como interacciones en las que se manifiesta explícita o implícitamente la comprensión empática de emociones, la validación de experiencias y el refuerzo de actitudes resilientes.

  Un aspecto importante observado en la dinámica grupal es la de potenciar la capacidad de los participantes para identificarse y mentalizar desde la escucha del relato de sus compañeros. «Alba e Irene se identificaron con una de las cartas Dixit (utilizadas como mediador terapéutico) de Bea, que representaba los problemas de la infancia y los recuerdos bloqueados, lo que permitió a Julia hablar sobre su amnesia disociativa.» Este tipo de intercambio permite una construcción compartida del significado y fortalece el apoyo emocional dentro del grupo.

  El análisis sugiere que la utilización de técnicas terapéuticas que fomenten la empatía y el apoyo mutuo contribuye a un entorno seguro y de apoyo para la reparación del trauma.

  Subcategoría 3: *Construcción de Confianza Mutua*. Generación de un espacio seguro que permita a los miembros del grupo expresarse sin miedo a ser

juzgados. Se relaciona con la importancia de la cohesión grupal en el proceso terapéutico. En este sentido la capacidad del grupo para abordar inquietudes y ajustar las tareas según sea necesario contribuye a un mayor sentido de seguridad y bienestar entre los participantes.

En una de las sesiones, la terapeuta propone una descripción detallada de los lugares seguros de cada uno: construcción grupal compartida del «lugar de seguridad». Esto permite a los miembros del grupo conocer mejor a sus compañeros y fortalecer la conexión emocional. Aquí, la validación y atención a cada participante, con especial atención a los distintos recursos sensorio motrices de regulación emocional, es esencial para el desarrollo de un ambiente de apoyo mutuo.

- Exploración de la Identidad. El proceso por el cual los adolescentes reflexionan sobre quiénes son, sus valores, creencias y la forma en que sus experiencias traumáticas han influido en su sentido de sí mismos.

Subcategoría 1: *Autoimagen y Autoestima*. La percepción que los adolescentes tienen de sí mismos y cómo esta percepción influye en su bienestar emocional. Por ejemplo, con la exploración de la autoimagen en función de sus experiencias traumáticas; presentación mediante la descripción del «outfit» (conjunto de vestimenta y accesorios que traerían al grupo si pudiesen prescindir del pijama.

Son recurrentes los relatos en los que los adolescentes abordan temas de autoimagen y la percepción de su cuerpo. La actividad de elegir un atuendo y describirlo fomenta la autoexpresión y el compartir de experiencias personales. De igual manera, la creatividad en el ejercicio ayuda a los menores a reflexionar sobre su autoimagen de una manera menos directa pero reveladora. Esta dinámica refleja la conexión entre la identidad corporal y la seguridad psicológica, dos aspectos cruciales en un proceso de reparación del trauma. «Alba elige una camisa de cuadros holgada para ocultar su cuerpo de los comentarios, indicando una preocupación por la imagen corporal y el juicio externo. La terapeuta pregunta sobre experiencias de incomodidad debido a comentarios sobre el cuerpo y todas las participantes levantan la mano, mostrando que estas preocupaciones son compartidas y comunes.» El grupo explora profundamente las percepciones sobre la apariencia y el impacto de los comentarios externos. Esto revela la importancia de la autoimagen en el bienestar emocional y cómo los comentarios negativos pueden afectar la percepción personal. «Rocío propone abordar las inseguridades y la autoimagen, tema que resuena en las experiencias de varias participantes». La autoimagen aquí no se refiere solo al aspecto físico, sino a la percepción que tienen de sí mismas en relación con sus familias, expectativas y roles sociales.

El miedo al fracaso emerge como un tema central, elegido de forma consensuada. Los adolescentes lo relacionan con varias dimensiones de

sus vidas. «Paula expresa su arrepentimiento por cómo ha gastado su tiempo y cómo se ve a sí misma en comparación con lo que esperaba de su vida. Por otra parte, Clara se ve atrapada en los roles familiares que le imponen una "máscara", alejándola de su verdadero yo. Rocío expresa su temor a perder el tiempo y a no recuperar lo que considera perdido, lo cual conecta con su experiencia de abandono paterno y la sensación de no avanzar en su vida. Blanca relaciona el miedo al fracaso con las expectativas familiares, describiendo cómo se ha visto forzada a cumplir con ciertos roles que no reflejan su verdadero yo. Sergio ve el fracaso como una posibilidad de quedar atrapado en sí mismo, con el miedo de no poder crecer emocionalmente debido a la presión familiar y la mirada externa constante. Por último, Marta verbaliza la desesperanza frente a la vida en general, expresando que el fracaso para ella es algo secundario, al no tener ganas de mejorar ni avanzar». Este tema revela cómo el fracaso es percibido no solo en términos de logros externos, sino como una amenaza a la identidad personal, al desarrollo emocional y a la autonomía. Asimismo, refleja la lucha interna de los participantes por reconciliar su identidad personal con las presiones externas y las narrativas familiares. Las valoraciones de percepción de beneficio tras la sesión reflejan el impacto de las interacciones grupales en el desarrollo de la autoestima.

Subcategoría 2: *Sentido de Pertenencia.* Aborda la necesidad fundamental de los adolescentes de sentirse parte de un grupo, lo cual es crucial para su desarrollo emocional y social. El sentido de pertenencia se manifiesta en la conexión emocional que los participantes establecen con los demás, así como en la aceptación y el apoyo que experimentan dentro del entorno grupal. Se devuelve la importancia de la inclusión de todos los participantes en la actividad grupal, utilizando el reconocimiento mutuo como un pilar en la formación de la identidad. En una de las sesiones, la dinámica inicial de presentarse en parejas y luego presentar a la otra persona permite establecer, desde la horizontalidad, una primera conexión entre los participantes, facilitando la creación de un espacio de seguridad y apertura. Este ejercicio de empatía también contribuye a que los pacientes comiencen a conocerse mejor y a identificarse con las experiencias ajenas, lo que es fundamental en la terapia de grupo. Las presentaciones, aunque aparentemente ligeras, incluyen detalles personales significativos, como los gustos y aficiones de los participantes, lo que ayuda a romper el hielo y a fomentar la cohesión grupal. Esta dinámica inicial de presentarse en parejas ayuda a que los participantes practiquen la escucha activa y la empatía, lo que es crucial para generar un ambiente seguro en el que los menores se sientan escuchados y respetados. De igual manera, esto fomenta la creación de lazos entre los miembros del grupo, que luego son fundamentales para la cohesión y el apoyo mutuo.

- Construcción de narrativas del evento traumático. Hace referencia a la construcción de relatos de experiencias traumáticas. Incluye la exploración de narrativas personales y la integración de los recuerdos dolorosos en su identidad.

  Subcategoría 1: *Reprocesamiento del Trauma*. La reexperimentación de recuerdos traumáticos y emociones asociadas las sesiones del grupo acompañados de relato en situación de seguridad. En el reprocesamiento los participantes reviven sus experiencias pasadas, lo que puede incluir sensaciones físicas y emocionales intensas. A través de esta reexperimentación, los pacientes pueden confrontar y procesar sus traumas en un entorno seguro y de apoyo, lo que les permite empezar a integrar estos recuerdos en su narrativa personal. El grupo se presenta como un espacio para compartir y reprocesar experiencias traumáticas. Como principal herramienta, se utiliza la narrativa compartida.

  Subcategoría 2: *Reparación del Trauma*. Se centra en el proceso de sanación y restauración emocional que los adolescentes experimentan al abordar sus traumas en el contexto del grupo psicoterapéutico. Se utilizan técnicas de reparación emocional a través de la co-construcción grupal de nuevas interpretaciones. El grupo, resulta ser un espacio de co-construcción. Al corresponsabilizar a los participantes, se promueve la autonomía y la autorregulación emocional, lo que es crucial para fortalecer la seguridad grupal y el sentido de agencia personal en el proceso terapéutico.

  Subcategoría 3: *Resignificación del Trauma*. Proceso mediante el cual se reinterpreta y se da un nuevo significado a las experiencias traumáticas. La resignificación implica identificar aprendizajes y recursos adquiridos a partir de la experiencia traumática, así como la capacidad de integrar el trauma en una narrativa personal de manera que contribuya al desarrollo emocional y psicológico. Al escuchar cómo otros manejan experiencias similares, se construyen recursos internos para enfrentar futuras adversidades. A su vez, la posibilidad de compartir relatos y reflexionar sobre ellos en un ambiente seguro contribuye a reconstruir experiencias negativas de manera positiva.

  «Clara cuenta una experiencia dolorosa donde se sintió fea y sola debido a comentarios críticos sobre su cuerpo. Alba la valida y la alienta, resaltando la oportunidad de poder cambiar la percepción de una misma. Irene describe una experiencia en el instituto donde se sintió ridiculizada por su vestimenta, pero ahora se siente orgullosa y fuerte con su atuendo. Esto refleja un proceso de autoaceptación y empoderamiento. Manu relata un evento de su infancia que le hizo sentir desconfianza, pero que le empujó a enfrentar situaciones difíciles. Entre todos, se comparten ideas sobre cómo lidiar con cada situación.»

❖ Encuadre y estrategias terapéuticas. Hace referencia las condiciones y normas en las que se encuadra la intervención terapéutica grupal, así como a la metodología especifica utilizada.

Subcategoría 1: *Papel de la Terapeuta*. Se centra en la función y las responsabilidades de la terapeuta dentro del grupo psicoterapéutico. En general se describe como de como facilitadora del espacio seguro y guía en el proceso de autorreflexión. Su papel incluye promover la cohesión grupal, fomentar la comunicación efectiva y manejar las dinámicas interpersonales, así como intervenir cuando sea necesario para dirigir la conversación o abordar conflictos.

«La terapeuta proporciona apoyo emocional y validación, ayudando a los participantes a desarrollar habilidades de regulación emocional. A mismo tiempo desde la escucha activa y la disponibilidad, apoyada en mediadores terapéuticos, facilita la función reflexiva y la mentalización».

«La terapeuta desempeña un papel clave en la construcción de las experiencias compartidas. Relaciona las vivencias actuales de las participantes con su historia pasada, la influencia de las figuras parentales y el uso de mecanismos de defensa como la disociación. Además, reformula las intervenciones de los participantes, de manera que les permite entender sus experiencias desde una perspectiva más reflexiva y amable, brindando contención emocional.»

Subcategoría 2: *Técnicas específicas*. Estrategias y métodos diseñados para facilitar la intervención terapéutica, mejorar la dinámica grupal y promover el bienestar emocional de los pacientes. En las sesiones, se utilizan principalmente técnicas proyectivas, herramientas simbólicas y ejercicios experienciales (cartas Dixit, cartas EMDR, muñecos playmovil, dramatización, silla vacía, percepción de seguridad, percepción de satisfacción y beneficio (escala numérica 1-10), uso del humor, autorrevelaciones, descripción de lugar seguro…entre otras).

La utilización de cartas de Dixit es un recurso terapéutico que facilita la proyección simbólica de pensamientos y emociones, permitiendo a los participantes expresar aspectos internos que podrían ser difíciles de comunicar de manera directa. A través de estas cartas, se introduce una forma más indirecta y lúdica de trabajar emociones profundas, lo que es especialmente valioso en grupos de reparación del trauma, donde las barreras defensivas suelen ser fuertes. Cada uno selecciona cartas que simbolizan diferentes aspectos de sus experiencias y emociones, lo que revela información clave sobre sus mundos internos y cómo están procesando sus vivencias, además de estimular procesos de mentalización. «En una ocasión, Clara elige una carta que simboliza el frío en una habitación y una persona sola, reflejando sentimientos de soledad o aislamiento, algo que es común en personas que han vivido traumas, especialmente cuando experimentan dificultades para conectar con los demás.»

En la reparación del trauma, un aspecto central del grupo es el trabajo sobre la percepción de seguridad de los participantes, con una escala numérica para evaluar cuán seguros se sienten. Estas puntuaciones revelan diferencias importantes en la manera en que los individuos experimentan el grupo y su relación con los demás. «En una sesión, Julia y Bea reportan niveles moderados de seguridad en el grupo, lo que sugiere que, aunque perciben el grupo como un espacio relativamente seguro, todavía sienten cierto nivel de amenaza o incomodidad. Ambas, sin embargo, participan activamente con propuestas para mejorar la seguridad grupal, lo que refuerza la idea de que están dispuestas a trabajar en la consolidación de la confianza dentro del grupo. Sergio, que reporta un 7 en la escala de seguridad, también parece relativamente confortable en el grupo, aunque no tan involucrado en las dinámicas emocionales sus compañeras. El caso de Manu, con su puntaje de seguridad en 0, es el más extremo. Su inhibición inicial, la necesidad de asistencia de otros para calmarse (le proponen buscar un hielo como estrategia de regulación) y su distanciamiento emocional sugieren que está experimentando altos niveles de angustia. Esto podría ser indicativo de una disociación emocional común en personas con trauma.»

Una estrategia para mejorar la seguridad del grupo es reforzar algo positivo en cada uno de los miembros. La terapeuta sugiere esta tarea proponiendo un ejercicio específico con modelado. Este tipo de intervención está diseñada para aumentar la confianza, tanto individual como colectiva, y para combatir las actitudes de auto-rechazo o aislamiento que son comunes en personas con antecedentes traumáticos. En los grupos terapéuticos de reparación del trauma, es común que algunos participantes tengan dificultades para sentirse seguros en un espacio donde se promueve la apertura emocional. «Esto sugiere que, para Manu, el grupo aún no es un espacio de confianza suficiente, lo que requiere una atención particular por parte de la terapeuta. El hecho de que se proponga trabajar acerca de las dificultades tanto en el grupo de trauma como en los entornos externos sugiere que las mismas barreras emocionales que se experimentan en el grupo (desconfianza, miedo a la vulnerabilidad) están presentes en la vida cotidiana de los pacientes.»

Subcategoría 3: Dinámicas Grupal. Las interacciones y relaciones que se generan entre los miembros del grupo durante las sesiones de terapia. Esto incluye las dinámicas de presentación y conexión inicial, pero también procesos de resistencia y defensa, incomodidad e inseguridad, exploración, ambivalencia y desconexión emocional. La gestión de la dinámica grupal desde el equipo terapéutico permite que se focalice en la tarea desde la base segura de un grupo de apoyo. «En el grupo, se observa que algunos participantes, como Manu y Sergio, mostraron una resistencia significativa hacia la participación en las actividades grupales. Esta resistencia

se manifestó en comportamientos como la evitación de la tarea o la falta de interacción. Estos comportamientos indican una defensa emocional frente a la vulnerabilidad que implica la participación en el grupo, lo cual es común en contextos de trauma y hospitalización. En este caso, la comodidad en el grupo varía entre los participantes. Blanca e Irene, por ejemplo, mostraron una alta disposición a participar y trabajar en sus temas, mientras que Bea y Alba expresaron incomodidad y ambivalencia. La percepción de seguridad dentro del grupo es crucial, ya que afecta directamente la disposición de los adolescentes a participar y compartir experiencias. Finalmente, la interacción entre los participantes y las intervenciones de la terapeuta señalan la importancia de una comunicación abierta y un apoyo mutuo. La interacción entre Irene y Alba, donde Irene ofrece una percepción sobre Alba, subraya el valor de la retroalimentación constructiva en la construcción de la autoimagen y el apoyo grupal.»

6. DISCUSIÓN

La integración de emergentes recogidos en el análisis cualitativo es compatible con la categorización de la intervención terapéutica grupal en UHBA del 12 de Octubre como Grupo de Apoyo Mutuo Post-trauma, con las especificidades correspondientes a dicha intervención en población diana (11). Se evidencia como *objetivo* la creación de un espacio para compartir problemas y necesidades, realizar un aprendizaje y fortalecimiento mutuo y buscar formas de afrontamiento. La categoría *Experiencias Emocionales Correctoras de Cuidado Mutuo*, describe la dinámica social y emocional reparadora que se desarrolla entre los adolescentes dentro del contexto del grupo psicoterapéutico encuadrado como grupo de apoyo. Con especial incidencia en la «Validación Emocional», el «Apoyo entre Pares» y la «Construcción de Confianza Mutua». A diferencia de las otras formas de trabajo, aquí no se focaliza en el trauma sino en las formas de reparación individuales y grupales y en las formas de afrontamiento.

La *estructura* se caracteriza por responder a la demanda en un contexto en el que el trauma es detectado de forma recurrente, ajustándose las sesiones y el encuadre a las mismas, priorizando las expectativas del grupo y las necesidades percibidas de regulación y apoyo. En la categoría *Elementos Facilitadores de la Seguridad Epistémica*, se describen formas de construcción del espacio terapéutico en la que se prioriza la construcción de este *lugar seguro*, señalado como elemento fundamental en la intervención con trauma (9, 14). Las subcategorías *Estrategias de Regulación Emocional* y *Co-construcción de la Conciencia Emocional Colectiva* recogen la organización del grupo en torno a potenciar la capacidad individual y grupal para reconocer, entender y gestionar las emociones. El equipo terapéutico funciona como *facilitador* orientado a pensar el problema, ayudar con su reflexión a planificar el trabajo en torno al mismo;

animar, moderar, estimular, proponer dinámicas. En Encuadre y Estrategias Terapéuticas se describe el *Papel de la Terapeuta* como de como *facilitadora* del espacio seguro y guía en el proceso de autorreflexión. Lo que incluye promover la cohesión grupal, fomentar la comunicación efectiva y manejar las dinámicas interpersonales, así como intervenir cuando sea necesario para dirigir la conversación o abordar conflictos.

En *Exploración de la Identidad* se recogen dinámicas grupales en las que la autoimagen y la autopercepción en el grupo juegan roles cruciales en el proceso terapéutico para los adolescentes ingresados. El contexto grupal actúa como un espejo social que les permite analizar y redefinir su identidad. Reflexionan sobre quiénes son, sus valores, creencias y la forma en que sus experiencias traumáticas han influido en su sentido de sí mismos. La empatía y la flexibilidad de la terapeuta son fundamentales para adaptar el enfoque terapéutico a las necesidades individuales y fomentar un ambiente de apoyo y crecimiento (9, 14). En las subcategorías *Autoimagen, Autoestima* y *Sentido de Pertenencia* se recoge la importancia de crear un entorno terapéutico inclusivo y adaptado en el que la terapeuta facilita la exploración de la autoimagen, la exposición emocional y al relato del trauma en relación a la construcción identitaria. La búsqueda de validación y el miedo al rechazo son temas recurrentes en las sesiones, lo cual señala la necesidad de abordar estos aspectos de manera especialmente sensible por parte del equipo terapéutico; con técnicas como uso del equipo reflexivo si se precisa (11). El abordaje creativo de temas en como autoimagen y percepción del cuerpo se incorpora como dinámica que potencia la conexión entre la identidad corporal y la seguridad psicológica, dos aspectos cruciales en un proceso de reparación del trauma.

En lo referente a la *metodología*, recogida en fundamentalmente en la categoría Encuadre y Estrategias Terapéuticas se incluyen: intercambio verbal ordenado, discusión en subgrupos, representaciones y role-playing del problema, técnicas proyectivas, exploración colectiva de narraciones, modelado… como se corresponde a un abordaje específico orientado a la *Construcción de Narrativas del Evento Traumático*.

Priorizando la creación de un espacio terapéutico se posibilita un entorno en el que los pacientes pueden explorar sus experiencias traumáticas sin sentirse vulnerables o juzgados. Esta sensación de seguridad permite que la focalización en la tarea se lleve a cabo de manera efectiva, facilitando el abordaje del impacto del trauma. En consecuencia, la seguridad subjetiva tanto emocional como física resulta clave para que estos adolescentes, muchos de los cuales han experimentado vulnerabilidades extremas, puedan comenzar a compartir y conectarse con el grupo. A lo largo del proceso, la variabilidad en la comodidad referida por los pacientes advierte de la importancia de construir un espacio seguro antes de los procesos de *Reprocesamiento, Reparación y Reconstrucción del Trauma*. Las técnicas utilizadas para fomentar la seguridad y la flexibilidad en la participación parecen ser cruciales para facilitar la apertura y la disposición a compartir. Durante las sesiones, se observa que la realización

de tareas permite a los adolescentes trabajar sobre sus propias capacidades, lo que les proporciona una mayor sensación de agencia. Un ejemplo de ello es la elección de cartas en el juego Dixit, que permite a los adolescentes externalizar sus experiencias y trabajar sobre ellas de manera indirecta. Esto, a su vez, ayuda a regular la participación, mientras que la flexibilidad en el permitir a los participantes ausentarse o retomar el control sobre el ritmo, es elemental para mantener su implicación en el grupo.

En este punto del proceso grupal, la reparación del trauma se potencia al integrar el trabajo corporal y la expresión emocional, lo que permite a los pacientes reconectar con sus cuerpos y procesar las emociones. A través de esta combinación, los adolescentes pueden no solo verbalizar sus sentimientos, sino también experimentarlos de manera física y emocional, promoviendo así una recuperación más integral.

7. CONCLUSIONES

El análisis realizado no solo refleja, sino que también complementa la evidencia actual sobre las intervenciones psicoterapéuticas grupales para adolescentes con antecedentes traumáticos. Las técnicas empleadas se ajustan a las prácticas recomendadas y demuestran ser efectivas para apoyar a los pacientes en su proceso de recuperación. En este contexto, se sugiere la necesidad de tratamientos psicológicos grupales especializados en trauma en unidades de hospitalización breve para pacientes que presentan mayores dificultades de apertura emocional. La estructura orientada desde las dinámicas de apoyo mutuo, dirigidas por un terapeuta experto permiten crear un entorno grupal reparador. La regulación emocional dentro del grupo se ve potenciada por la cohesión social y el apoyo de los iguales, lo que refuerza la seguridad emocional y facilita la confianza epistémica. Finalmente recomendar la profundización en el estudio de como la combinación de trabajo corporal y expresión emocional, especialmente en la adolescencia, facilita que los adolescentes recuperen la percepción de agencia y autocontrol, permitiendo un avance significativo en la reparación del trauma.

Referencias

1. Stewart RA. Assessing and treating trauma in adolescent psychiatric inpatients. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2021 50(4): 480-94.
2. Green JG, McLaughlin KA. Childhood adversities and adolescent psychiatric disorders. Journal of Adolescent Health 2020; 66(1): 20-30.
3. Dvir Y. Trauma exposure and psychiatric comorbidity in inpatient adolescents. Child Abuse & Neglect 2018 82: 210-20.

4. Stewart R, Hiller L. Brief Inpatient Group Therapy and Adolescent Mental Health: Reducing Risk Behaviors. . Clinical Child Psychology and Psychiatry 2019; 24(3): 484-98.

5. Kerig PK. Trauma and resilience among adolescents in psychiatric inpatient settings. Journal of Child & Adolescent Trauma 2020; 13: 3-12.

6. Kornør H, Kleppe LC, Uthus LH. Effectiveness of Group-based Psychosocial Interventions for Adolescents in Short-term Psychiatric Hospitalization: A Review. Research on Social Work Practice. 2020; 30(2): 213-26.

7. Ford JD, Courtois CA. Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents. NY: The Guilford Press, 2020.

8. Yalom ID, Molyn L. The theory and practice of group psychotherapy: Basic books, 2020.

9. Behr HL. Group analysis with early adolescents: Some clinical issues. Applications of Group Analysis for the Twenty-First Century Routledge 2018: 63-75.

10. Perez-Sales P. Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora program a de autoformacion en psicoterapia de respuestas traumaticas. Desclée De Brouwer, 2006.

11. Ortega MJ. Group therapy in adolescents with ADHD: experience in a CAMHS clinic in Spain'. 2012.

12. Silvestre M, Morris-Smith J. L'EMDR avec l'enfant et sa famille: Contextualisation et travail intégratif 2015.

13. Garcia F, Beyebach M. Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la terapia sistémica breve. Barcelona, 2022.

14. Díaz-Hernando M, Marín M, Martínez M. Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2021;41.139 67-87.

15. Kolk B. El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma: ELEFTHERIA SL, 2020.

ABORDAJE FAMILIAR EN EL DOMICILIO DEL IMPACTO DEL TRAUMA RELACIONAL: EXPERIENCIA DESDE EL MODELO ÁMBIT

HOME-BASED FAMILY APPROACH TO RELATIONAL TRAUMA IMPACT: EXPERIENCE FROM THE ÁMBIT MODEL

Valentina Bruno
Psiquiatra; vbruno@fvb.cat

Manuel Gil Eliche Moreno
Psiquiatra; meliche@fvb.cat

Anna Oriol Sánchez
Trabajadora Social; aoriol@fvb.cat

Marta Montaner Ventosa
Enfermera; mmontaner@fvb.cat
Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID)- Fundació Vidal i Barraquer
Carrer del Temple 15-19, 08911 Badalona; vbruno@fvb.cat

Resumen: Este artículo presenta la experiencia del Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID) en Badalona, basada en el modelo ÁMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) para el abordaje del trauma relacional en adolescentes. El estudio examina cómo las experiencias relacionales adversas (ERA) en la infancia afectan la capacidad de mentalización y la confianza epistémica, dificultando la vinculación con servicios asistenciales tradicionales. Se describe la implementación de un modelo de intervención domiciliaria que atiende a jóvenes de 12 a 18 años y sus familias, enfocándose en la restauración de la confianza epistémica como paso fundamental para el tratamiento del trauma. A través de casos clínicos, se demuestra cómo la intervención en el entorno familiar permite abordar patrones transgeneracionales de trauma y mejorar las dinámicas familiares. Los resultados sugieren que este enfoque facilita el establecimiento de vínculos terapéuticos con adolescentes tradicionalmente resistentes al tratamiento, ofreciendo una alternativa efectiva a los modelos convencionales de atención en salud mental.

Palabras clave: tratamiento familiar, mentalización, confianza epistémica, intervención domiciliaria, trauma, AMBIT.

Abstract: This article presents the experience of the Clinical Home Intervention Team (ECID) in Badalona, based on the AMBIT model (Adaptive Mentalization

Based Integrative Treatment) for addressing relational trauma in adolescents. The study examines how adverse relational experiences in childhood affect mentalization capacity and epistemic trust, making it difficult to engage with traditional healthcare services. It describes the implementation of a home-based intervention model serving young people aged 12 to 18 and their families, focusing on restoring epistemic trust as a fundamental step in trauma treatment. Through clinical cases, it demonstrates how intervention in the family environment allows addressing transgenerational patterns of trauma and improving family dynamics. The results suggest that this approach facilitates the establishment of therapeutic bonds with adolescents traditionally resistant to treatment, offering an effective alternative to conventional mental health care models.

Keywords: family treatment, mentalization, epistemic trust, home intervention, trauma, AMBIT.

1. INTRODUCCIÓN

En los servicios de salud mental infanto-juvenil se asisten a menudo adolescentes que han sufrido experiencias relacionales adversas (ERA) en la infancia y que han desarrollado trastornos mentales graves. La red de salud mental y los servicios de protección a la infancia no siempre consiguen detectar abusos por falta de recursos y de tiempo, que impiden generar una confianza con el adolescente e implementar medidas protectoras hacia estos infantes; esto resulta en una relación asistencial traumática y no cuidadosa. Cuando hablamos de ERA nos referimos a los eventos traumáticos relacionales que ocurren en la infancia y adolescencia, como pueden ser, por ejemplo, abusos sexuales, violencias intrafamiliares, problemas de salud mental en los padres, consumo de tóxicos en los progenitores, así como suicidios en la familia (1). Los adolescentes que atendemos muestran cómo el hecho de sufrir ERA en la infancia acarrea un mayor riesgo psicopatológico. También hemos podido observar que, a su vez, los padres de los pacientes han sufrido ERA en su infancia. En la literatura hay estudios que demuestran una correlación entre ERA y trastorno mental; destacamos, por ejemplo, el estudio de Teicher de 2016 (2).

Un ejemplo son Elsa y su madre, Carla. Carla es una madre de 32 años, nació en El Salvador y vino a España cuando tenía 25 años, dejando a su hija Elsa a cargo del cuidado de la abuela. Con 12 años, Carla se fue de casa y empezó a trabajar en el campo. A los 16 años se quedó embarazada. Sufrió maltratos físicos y psicológicos por parte del padre de su hija Elsa. Elsa es ahora una adolescente de 16 años, que nos derivan del Hospital de Día de Badalona porque no asiste ni a las visitas ni a los talleres. No acude al colegio desde hace tres años. Es una chica con un perfil externalizante donde se perfila un

trastorno de conducta con abuso de tóxicos y varias fugas del domicilio. Elsa no quiere ayuda. No sabe que necesita ayuda y no piensa que alguien la pueda ayudar. Conoció a su madre cuando tenía diez años al dejar El Salvador para mudarse a España; hasta ese momento solo se habían visto por videollamada. En El Salvador, un tío abusaba de ella de forma regular y la abuela no había podido o querido protegerla. Al llegar a Cataluña, Elsa se encontró sola, con muchas dificultades de adaptación y problemas de relación con una madre desconocida y un padrastro violento. Elsa tiene delirios y alucinaciones auditivas. No acepta medicación. Disminuye la ansiedad con el consumo de THC.

Elsa no es una adolescente real: es una mezcla de adolescentes que hemos atendido en estos años en el Equipo clínico de intervención a domicilio (ECID), un dispositivo de atención domiciliaria para adolescentes de 12 a 18 años que se creó en 2017 en la ciudad de Badalona. Su impulsor, Mark Dangerfield, trabajó en el Hospital de Día de Badalona, donde conoció a muchos adolescentes como Elsa que no podían ser atendidos porque no asistían o se desvinculaban con facilidad. En su tesis doctoral, Dangerfield profundizó en la necesidad de crear un equipo con un modelo asistencial diferente. Este recurso está pensado para adolescentes de alto riesgo psicopatológico y alto riesgo de exclusión social, que tienen en común una importante dificultad de vinculación con los servicios asistenciales.

2. ECID Y EL MODELO AMBIT

El ECID de Badalona, fundado en 2017, se basa en el modelo AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment), un proyecto del Anna Freud Centre de Londres (3) enfocado en la mentalización para equipos que trabajan con adolescentes de alta complejidad. En la actualidad ECID atiende jóvenes de entre 12 y 18 años de las ciudades de Badalona y, desde 2019, Santa Coloma de Gramenet. Ambos equipos están formados por trabajadores sociales, enfermeros, psiquiatras, psicólogos y una administrativa. Se atienden un máximo de 25 pacientes, que pueden ser derivados por cualquier profesional de alguno de los diferentes servicios de la red asistencial, desde la escuela hasta los equipos de atención psicopedagógica, pasando por centros de salud mental infanto-juvenil, servicios sociales, equipos de atención a la infancia y la adolescencia, unidades de hospitalización infanto-juvenil, hospitales de día de adolescentes, médicos de familia, pediatras, servicios de justicia juvenil, etcétera. Se trata, como explicamos anteriormente, de adolescentes con graves dificultades de vinculación. Su situación familiar, en la mayoría de los casos, es muy compleja, con dificultades muy graves en múltiples ámbitos de su vida, que pueden ir desde el consumo de tóxicos a dificultades con la estabilidad de la vivienda, desde la violencia dentro de la familia hasta la pobreza extrema. Algunos adolescentes se aíslan en el domicilio, a menudo en su propia habitación: no pueden salir de casa o salen muy poco, abandonando el

instituto y las relaciones con los iguales. En algunos casos se da una sintomatología depresiva o fóbica, mientras en otros aparecen síntomas psicóticos o estados mentales con alto riesgo de desarrollo de psicosis. Otros adolescentes presentan absentismo escolar, pero con frecuentes fugas del domicilio. Estos jóvenes tienen a menudo problemas con la justicia, así como adicciones y dificultades para establecer vínculos seguros con los pares. Cabe subrayar que, como apunta Bessel van der Kolk (4), el 82% de los menores que han sufrido ERA no cumplen con criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático y muestran una sintomatología caracterizada por disociación, desconfianza y agresividad. Esta sintomatología poco específica lleva a estos menores a tener diferentes diagnósticos según el tipo de servicio donde acuden. Con respecto a la tipología de traumas padecidos en nuestra población (N=99), la negligencia parental estaba presente en el 58% de los pacientes. Muy frecuentes son también los casos de abandono (22%) en los que uno de los progenitores está ausente en la vida del adolescente. Hemos observado también la presencia de maltrato físico en la infancia (20%). En el 7% de los pacientes hemos detectado signos de abuso sexual infantil.

3. EFECTOS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (ERA) EN EL DESARROLLO DE LA MENTALIZACIÓN

De acuerdo con las teorías de apego, las relaciones que se establecen en los primeros años de vida con las figuras de cuidado principales, de apego, son fundamentales para establecer nuestra comprensión, tanto a nivel emocional como cognitivo, de nosotros mismos y nuestro contexto. Estos modelos mentales que construimos se van enriqueciendo y haciendo más complejos para poder organizar la experiencia subjetiva y orientarla hacia una conducta adaptativa. Se estructuran a través de la repetición en el reconocimiento de las respuestas de los cuidadores, su anticipación y su regulación al respecto. Por lo tanto, las habilidades mentalizadoras se desarrollan en las interacciones con figuras de apego mediante interacciones especulares y marcadas por los cuidadores primarios (5). Como resultado de lo anterior, las experiencias relacionales seguras con los cuidadores que mentalicen adecuadamente es un factor de protección y de desarrollo exitoso (6). Estas experiencias iniciales también pueden verse truncadas en su desarrollo por experiencias de pérdida o de inseguridad (7). Situaciones adversas, como la violencia o la negligencia, aumentan la vulnerabilidad y un peor desarrollo mentalizador y, entre otras consecuencias, empeoran la autorregulación (8). Así, apego seguro y mentalización se desarrollan de forma interdependiente (9, 10). Se ha demostrado que la capacidad del cuidador de mentalizar el trauma determina la seguridad del apego del niño (11). La presencia de una persona que mentalice es un factor protector del trauma (12), ya que mengua el impacto de una experiencia

abrumadora y permite que el sistema de apego y la función mentalizadora sufran un menor impacto en el desarrollo (13).

Las experiencias adversas en la infancia pueden tener consecuencias crónicas y sistémicas en el desarrollo del self. Así, una acumulación de estas experiencias tiene un impacto de naturaleza relacional y desarrolla un trauma complejo del desarrollo (14, 15). Además, tras la investigación epidemiológica Adverse Childhood Experiences (ACE) (16), se confirma que el impacto de la acumulación de estas experiencias es negativo y duradero en la salud física y psíquica. La afectación ocurre en distintas áreas como el apego, con dificultad para establecer relaciones íntimas como conductas evitativas del apego (17) o un déficit en la expresión y captación de los sentimientos de intimidad y ternura (18); los sistemas neuroendocrinos, las funciones ejecutivas, la regulación emocional, las creencias sobre el mundo, y la identidad entre otras dimensiones (19-21); en general, hay una alta relación con dificultades de salud mental y estresores psicosociales (22, 23). Por lo tanto, al verse afectado de forma tan generalizada el desarrollo de la función mentalizadora, se verá igualmente en el contexto de estas experiencias traumáticas (9). Muchas de estas personas con dificultades sistémicas crean una familia y se convierten en padres, confiando en experimentarse como competentes a través de la parentalidad y también lograr una buena vida para sus hijos (24).

4. CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN

Tras recoger las evidencias de las consecuencias de las ERA en la infancia en el desarrollo posterior, el modelo de la mentalización señala como núcleo de alteración la capacidad de mentalización (25), un daño en la capacidad necesaria para entender la información del mundo. El impacto de estas adversidades inhibe el adecuado desarrollo de las habilidades mentalizadoras, impidiendo así que la confianza epistémica (26) se desarrolle y permita el aprendizaje, resultando en una autosuficiencia relacional y el desinterés por la mente del otro (27) como medida de protección al no percibir el exterior como confiable y seguro. Se dificulta así el conocimiento social (28), y la capacidad para relacionarse y aprender.

En el correlato neuropsicológico de todas las alteraciones clínicas que se observan, Teicher (29) aportó evidencias de alteraciones en distintas zonas cerebrales con pacientes que habían sufrido maltrato infantil: alteraciones en el córtex prefrontal, marcadores de respuesta aumentada por parte de la amígdala ante estímulos amenazantes, respuesta disminuida en relación a la anticipación o la recepción de recompensa por parte del ventrículo ventral, son todos ellos indicios de que la psicopatología es una consecuencia esperable ante una exposición a estrés prolongaba y temprana. Existen múltiples investigaciones de alteraciones en las habilidades sociocognitivas por haber sufrido ERA:

– Aquellas personas que experimentaron agresiones sexuales presentan mayores mermas en su capacidad de mentalizar (11).
– Las víctimas de maltrato físico muestran dificultades para atribuir la ira y leer rostros humanos (30) y desarrollan tardíamente la capacidad de desarrollar la teoria de la miente (31).
– Niños que han sufrido malos tratos muestran deficiencias al participar en juegos diádicos menos simbólicos, y cierta incapacidad de iniciar interacciones lúdicas con un otro (32, 33).
– Menor empatía cuando ven a otros niños en apuros (34).
– Expresan menos referencias a sus estados internos (35) y pueden tener dificultades para comprender expresiones emocionales, en particular expresiones faciales (36), sin perjuicio de su coeficiente intelectual verbal (37, 38).
– Se observa también en ellos, un retraso en la comprensión de la teoría de la mente (39-,40).

A raíz de toda la investigación presentada, se confirma que las experiencias adversas en la infancia suponen un importante factor de vulnerabilidad (14, 41).

5. CONFIANZA EPISTÉMICA, ALIEN SELF Y TRAUMA

Los pacientes que atendemos en ECID cargan con múltiples eventos relacionales adversos durante la infancia y la adolescencia. Es el caso de Roberto, un adolescente de 13 años que había dejado de ir a clase. Descubrimos un abuso sexual por parte del padre cuando tenía 3 años. Roberto sufrió un abuso por parte de la persona que tenía que cuidarlo, protegerlo y ofrecerle una relación de amor y confianza. Rota esta relación temprana, Roberto tampoco podía confiar en la otra parte de la familia, que no lo protegía del abusador. Estas dinámicas familiares perversas llevan a niños como Roberto a una construcción dañada de los procesos del pensamiento y de la organización de la personalidad (42). Estas experiencias no les permiten mantener relaciones de confianza y aumentan el riesgo de reeditar, en su futuro relacional, experiencias de negligencia. Los adolescentes que visitamos no han podido encontrar alguien que los escuchara, con quien compartir el drama del trauma que han sufrido, ni han tenido la experiencia de sentirse entendidos con mucha frecuencia. Como también afirma Fonagy (43), la desconfianza epistémica y el trauma están íntimamente relacionados, ya que las experiencias traumáticas pueden afectar profundamente nuestra capacidad para confiar en nuestras propias percepciones y en la información que recibimos del mundo exterior (43). Por confianza epistémica nos referimos a nuestra disposición a considerar nueva información proveniente de los otros como creíble y relevante. Durante el desarrollo, las personas aprenden a confiar en fuentes de

conocimiento confiables, lo que les permite adquirir nueva información y adaptarse a su entorno (44). Pensemos, por ejemplo, en el vínculo que podemos crear con nuestros maestros de referencia.

Las experiencias traumáticas, especialmente en la infancia, pueden socavar la confianza básica en el mundo y en los demás (45). Esto puede llevar a una hipervigilancia constante, dificultades para confiar en la información nueva y una tendencia a interpretar situaciones ambiguas como amenazantes (21). Las personas que han sufrido ERA pueden desarrollar lo que se conoce como «epistemología del trauma» (46). Esto implica una forma de procesar la información basada en la expectativa de peligro y traición, lo que puede llevar a distorsiones cognitivas y dificultades en las relaciones interpersonales. La recuperación del trauma implica reconstruir la confianza epistémica (47). Esto puede incluir aprender a confiar nuevamente en las propias percepciones, desarrollar relaciones seguras y aprender a evaluar la información de manera más equilibrada (48). Ir recuperando esta confianza hacia los demás es la primera piedra para construir relaciones estables y poder sanar lo que el trauma había destruido.

El concepto de «alien self», o self ajeno, por otro lado, está íntimamente ligado a la capacidad de mentalización (49). Cuando hay fallos en el desarrollo de la mentalización, puede surgir el alien self como una parte no integrada de la personalidad (6). Cuando el proceso de mentalización falla, es decir, los cuidadores responden de manera no congruente o malinterpretando los estados mentales del niño, este puede internalizar representaciones distorsionadas de sus estados mentales, dando lugar al self ajeno (50). El alien self puede manifestarse como una sensación de vacío o inautenticidad, y está asociado con dificultades en la regulación emocional y las relaciones interpersonales (49). En el trastorno límite de la personalidad, por ejemplo, el alien self y los déficits de mentalización son características centrales (51). Los individuos con este trastorno a menudo experimentan una sensación de difusión de la identidad y tienen dificultades para entender sus propios estados mentales y los de los demás. El tratamiento basado en la mentalización busca mejorar la capacidad de mentalización y, en consecuencia, ayudar a integrar el alien self (52). Este enfoque terapéutico se centra en desarrollar la capacidad del individuo para reflexionar sobre sus propios estados mentales y los de los demás, lo que puede ayudar a reducir la sensación de alienación y mejorar la integración del self. El desarrollo de relaciones seguras juega un papel fundamental en la recuperación del trauma y la restauración de la confianza epistémica. Estas relaciones pueden ser terapéuticas, personales o una combinación de ambas. Dadas las características de las dificultades en la vinculación, en ECID la relación con el adolescente se construye con mucho cuidado, día a día, sesión tras sesión.

6. TRAUMA Y FUNCIONES PARENTALES

Como hemos visto, la afectación del trauma del desarrollo afecta la capacidad mentalizadora no solo en el momento del daño relacional, sino también a largo plazo en el self adulto. De acuerdo con Schmid (53), hay varios efectos en distintas áreas de las funciones parentales que se puede ver afectadas, donde cuatro de estas áreas tienen relación con la mentalización:

- Dificultades para planificar y respetar las estructuras y rutinas diarias
- Dificultades para percibir sus propias necesidades
- Dificultades para distinguir entre uno mismo y los demás
- Dificultades para regular los sentimientos negativos
- Dificultades para percibir las necesidades de los niños

Este daño en distintas áreas funcionales mentalizadoras afecta a las tareas más básicas de los cuidadores, el ser sensibles y reflejar adecuadamente los estados emocionales del niño. Schechter y colaboradores (54, 55) investigaron el impacto relacional entre madres y sus hijos, en el contexto de haber sufrido violencia interpersonal en la infancia, con el resultado de una merma en la capacidad de mentalización. Es decir, los progenitores interpretan y reaccionan al comportamiento del menor de acuerdo con el esquema traumático, una reacción automática, guiada por estados mentales poco mentalizados. Mentalizar adecuadamente al menor es un predictor para un desarrollo positivo del niño (56); así, la herida traumática dificulta la percepción del mundo interno del menor, y en general en sus competencias parentales.

7. TRAUMA TRANSGENERACIONAL

Para intentar ilustrar la intervención del ECID en familias donde está muy presente el Trauma transgeneracional, vamos a mostrar una visita domiciliaria familiar. Hemos explicado el perfil de familias y jóvenes con los que trabajamos, pero es importante también describir de manera breve cual es el contexto en el que intervenimos y con qué tipo de encuadre. ECID es un equipo que hace la intervención a domicilio. Esto quiere decir que atendemos a las personas en su casa, en la calle o allí dónde se sientan confortables para recibirnos. Trabajamos con personas y familias que ni buscan ni aceptan la ayuda: la desconfianza epistémica se ha constituido como un método de supervivencia ante un mundo que es sentido como no confiable, hostil y dañino. Por lo tanto, es muy difícil establecer con ellas un encuadre de trabajo rígido o muy normativo. En este sentido AMBIT es un modelo de intervención, no un modelo de psicoterapia, pensado para intervenir con este tipo de familia y jóvenes.

El foco de la intervención está puesto en poder generar relaciones de confianza con ellos, y así mejorar la capacidad de mentalización. A través de la postura mentalizadora, los profesionales intentan generar una relación en que el adolescente y su familia puedan tener la experiencia de sentirse entendidos. La experiencia continuada de que alguien haga un esfuerzo genuino para intentar entender quiénes somos y cuales son nuestros estados mentales, promueve una apertura a la confianza epistémica que es después extensible a otras relaciones tanto con otros profesionales como con la red social más general. Así pues, no podemos decir que desde ECID hagamos intervención psicoterapéutica específica para el trauma. Ahora bien, al intervenir con familias y jóvenes en los que el trauma relacional está presente y hacerlo en sus lugares de vida, lo traumático se manifiesta en las relaciones que observamos o se desarrolla mientras intervenimos.

Sheila es derivada al ECID desde distintos servicios de la red donde asistió y se desvinculó, y la conocemos estando ingresada en la Unidad de Agudos de psiquiatría, en el contexto de conductas de riesgo, consumo de cannabis, autoreferencialidad y una orientación diagnóstica de EMAR (estado mental de alto riesgo), con riesgo de no vinculación a servicios comunitarios, ni servicios educativos y difícil acceso a trabajo familiar. Tiene 16 años, siendo la mayor de dos hermanos. El padre presenta antecedentes de consumo de cocaína y problemas graves de conducta. Por parte de padre hay un tío con Diagnostico de Trastorno Mental Grave que vive con la abuela paterna de Sheila, y otro tío paterno murió de forma violenta en el contexto de adicción a tóxicos. La abuela paterna que conocemos en el hospital se presenta como la experta en los riesgos y situaciones en las que Sheila puede estar implicada actualmente. Por parte de madre, esta ha sido tratada por episodios depresivos. Su hermana, tía-materna de Sheila, es una persona dependiente a causa de una enfermedad somática, y vive con la abuela materna. El plan de visitas en este caso era atención domiciliaria individual con la chica semanalmente por parte de la terapeuta referente, y atención domiciliaria familiar en co-terapia cada dos semanas que todos aceptaron.

Pasamos a describir la cuarta visita familiar en el contexto del domicilio. La atención familiar se realiza en co-terapia: En la transcripción los terapeutas se identifican de la siguiente manera: Terapeuta M (referente de Sheila) TM, Terapeuta A (referente de la familia) TA. Al llegar al domicilio, aunque estén todos convocados para la visita, solo nos espera la abuela paterna. Llega después la madre; el padre no está. Nos dicen que Sheila está durmiendo y no hacen amago de despertarla. Captamos alta emoción expresada de enfado. TM va a buscar a Sheila, que se incorpora en el comedor. Entre gritos, y mucha hostilidad, nos transmiten que la situación en casa es insoportable. La abuela afirma que el trato de Sheila hacia los padres no se puede permitir: hablan de agresividad verbal y faltas de respeto graves). Junto a la madre, afirman querer denunciar a Sheila: «llevamos 3 años de psicólogos y no sirve de nada, no hay solución...».

Nuestras intervenciones van dirigidas a restablecer dinámicas relacionales más mentalizadoras y con menos emoción expresada, y en este momento lo que podemos hacer es notar y nombrar el malestar, validar el sufrimiento, parar la dinámica proyectiva como contención de la alta emoción expresada e interesarnos por entender detalladamente lo que ha generado en esta ocasión el malestar.

De manera muy desorganizada, nos cuentan que Sheila no cumple los pactos: sacar el perro, ir al curso que realiza (sí ha ido, pero ha vuelto más temprano), se va por las noches y vuelve por la mañana, le regalaron dinero y sigue pidiendo cada día, no toma la medicación, están seguros de que consume cannabis, etcétera: *Siguiendo las técnicas de la terapia Basada en la Mentalización, por un lado, vamos intentando parar a la madre y la abuela para que nos pueda explicar con detalle los acontecimientos, intentando poner más el foco en lo cognitivo para ayudar a regular la emoción intensa, y por el otro, generar espacios para facilitar que Sheila se pueda incorporar en la conversación.*

Llega el padre, que se queda totalmente en silencio. El griterío y la hostilidad no disminuyen, y Sheila se va desbordando y amenazando que será ella quien los denunciará, y cuando el padre finalmente dice que a ella no les importa nadie, finalmente se va a su habitación cerrando con violencia la puerta del comedor: *A menudo en las visitas familiares domiciliarias se producen conflictos que se desarrollan de manera muy parecida a lo que debe pasar cuando nosotros no estamos presentes, y nos parece que eso es facilitado por el hecho de estar en el escenario habitual de desarrollo de la vida familiar. En esta ocasión, las terapeutas decidimos dividirnos para atender el impacto emocional de ambos lados.*

Intervención de TA con la familia

TA se queda en el comedor atendiendo a la familia. Propone pensar con ellos de qué serviría una denuncia, que podría implicar una orden de alojamiento, y pensar si eso sería sostenible. *Pensar en lo concreto permite que se observen dificultades en el establecimiento de normas y poder notar y nombrar las mismas con curiosidad por entenderlas.* En esta conversación observamos que entre los tres no pueden poner una norma y cumplirla, por ejemplo, el padre cede al límite económico, le da 5 euros, la abuela le compra regalos... La madre expresa sentirse sola, siendo la única que mantiene el límite. La abuela puede aceptar que esa situación se produce: explica que ella denunció al padre de Sheila de joven, porque debido a los problemas de consumo de alcohol la maltrataba, y que la intervención del juez fue bien.

Validar a madre y abuela a nivel emocional, y poder tomar en serio la propuesta de denunciar, como una opción que proponen para pensar, permite que la abuela pueda luego explicar con más tranquilidad por que piensa que esa opción puede ayudar desde su experiencia con su propio hijo. Haber entendido que la gran preocupación por el consumo de Sheila puede tener que ver con la historia familiar, permite a TA explicitar su sorpresa ante la incongruencia entre esa preocupación y que a Sheila le regalen doscientos euros por su aniversario, sin que la familia se sienta atacada por ello.

Pueden hablar de cómo ven que Sheila lo pasa mal y tiene dificultades, que cuestan de aceptar. El padre explicita que se siente derrotado, y la madre desesperada. *TA desde un clima emocional más conectado con la propia emoción vuelve al planteamiento inicial de la visita por parte de la familia, la denuncia. El clima emocional es distinto y permite abrir otras perspectivas.*

Plantean como alternativa a la denuncia, poder no ceder a las presiones de Sheila (cuando, por ejemplo, pide dinero, sostener un límite que la familia ha acordado previamente y no dárselo) y si se pone muy nerviosa y amenazante poder llamar al 112 como medida de contención. *Desde el ECID valoramos como una capacidad de las familias, la búsqueda de ayuda externa en situaciones de desregulación emocional grave. Por eso, validamos la idea de la necesidad de la «denuncia» como la posibilidad de que un profesional ayude a contener. Lo que solemos proponer es que se pueda llamar a servicios sanitarios si lo que está pasando no es tanto un delito sino un momento de desbordamiento emocional de toda la familia.*

Vuelve Sheila con TM visiblemente más tranquila.

Intervención de TM con Sheila en la habitación

TM llama a la puerta de la habitación de Sheila y ésta la deja entrar amablemente, disculpándose por el desorden, aunque en realidad es solo la cama la que esta desordenada. Está nerviosa, llorando. Enciende un cigarro y rápidamente indica que se trata de tabaco y no marihuana. TM se disculpa por si la intervención de las terapeutas le ha hecho daño. *Desde la mentalización, la actitud del terapeuta es humilde y se hace cargo del impacto de las intervenciones, siendo explícitos al respecto.*

Sheila ante la disculpa dice que ha entendido que las terapeutas queríamos saber que piensa ella de todo lo que comenta la familia. Explica, «lo que me hace enfadar es que me quieren denunciar. Denunciar. Eso no se le hace a una hija que quieres». Enseña a la terapeuta una fotografía del padre que tiene colgada en la puerta de su armario rodeado de pegatinas de corazones. «¡Cómo puede decir que no le importo! Lo de mi madre es otra cosa.». Entonces explica que en realidad no le dan nunca dinero, asegurando que ella se gestionaría bien si lo hicieran. Que sabe que sus padres no tienen mucho dinero, pero que el límite es excesivo. Le dan quince euros que se le terminan en una salida.

TM recoge el malestar expresado, validando la emoción de Sheila, donde ella siente que su familia no la valora y lo duro de ese sentimiento. Le comenta que piensa que debajo del dinero, quizás hay otros malestares. Sheila explica que fue el día de la madre, y ella le regaló un ramo de chucherías. «nadie lo valoró. Me quedé sin dinero por eso, y nada». En la medida que se siente validada se va tranquilizando y aparecen otras reflexiones que ha estado pensando. Dice qué ha pensado en ir a un centro. TM se muestra muy interesada en que ha pensado, que tipo de centro se imagina y por qué. Habla con dificultad de

la idea de otro ingreso en la unidad de agudos de psiquiatría, al mismo tiempo dice no verlo claro, no sentir que está tan mal. Explica su deseo de tener algo propio, de tener su propio dinero, para poder permitirse las quedadas con sus amigos. Refiere querer volver al comedor dado que se siente más tranquila.

TM valora los esfuerzos de Sheila para tranquilizarse, y cómo le ha ayudado a poderla entender mejor. Le propone pensar si algunas de las cosas habladas le pueden ser de ayuda para volver al comedor. Le cuesta concretar. Refiere «intentaré mantenerme tranquila para poder escuchar a mi familia». Antes de volver al comedor acordamos visita a solas para la semana que viene, y elige venir al despacho.

Vuelta al comedor

Al volver al comedor observamos cómo Sheila puede estar algo más tranquila, aunque la dificultad de quedarse atrapada en lo concreto del dinero y la proyección masiva familiar está gravemente presente. Al estar todos más regulados, hablan de como nadie entre Sheila y los padres puede recibir afecto: Sheila explica que siente que no se le reconoce nada de lo que hace, igual que la madre habla de que siente que Sheila la odia. Se trata de una conversación no amenazante, pero sí dura. La abuela se muestra conciliadora y afectuosa, sobre todo en relación con Sheila, siendo algo que pueda ser confuso para los padres ya que al inicio de la entrevista ella fue quien propuso denunciar a la chica como solución. Acabamos la visita recogiendo el cambio de tono, siendo igualmente la situación de riesgo de actuaciones graves por parte de todos. En este caso, la propia Sheila durante el proceso de alta del tratamiento nos dio una de las claves para entender mejor que la ayudó a confiar en nosotras, nos dijo «cómo no voy a confiar en vosotras si habéis visto nuestra mierda».

En la atención domiciliaria fuimos partícipes del impacto de los círculos de inhibición de la mentalización, que nos permitió entender los grados de confusión y desorganización en la que vivían a través del impacto emocional que experimentamos nosotras mismas en medio de las dinámicas. A medida que avanzaron las visitas familiares, pusimos el foco en la relación entre los padres y Sheila e invitamos a la abuela a no sustituir las funciones parentales y ésta dejó de asistir y liderar cada una de ellas. Esto permitió generar un mayor espacio a las dificultades parentales y de relación de pareja. En la medida que aparecían las dificultades de los distintos miembros de la familia, pudimos trabajar la proyección masiva hacia Sheila, que a través del trabajo individual fue construyendo un camino propio.

8. RESTAURAR LA CONFIANZA EPISTÉMICA PARA TRATAR EL TRAUMA

En ECID, la relación entre el terapeuta y el paciente sirve como un microcosmos seguro donde el individuo puede experimentar la confianza. El terapeuta proporciona un ambiente predecible y consistente, modelando así una fuente confiable de información y apoyo. A través de interacciones positivas y seguras, ya sea en terapia o en relaciones personales, el individuo puede tener experiencias que contradigan sus expectativas negativas formadas por el trauma. Las relaciones seguras permiten practicar y mejorar la capacidad de mentalización, es decir, la habilidad de entender los estados mentales propios y ajenos. Esto es crucial para restaurar la confianza en las propias percepciones y en la información proporcionada por otros. Gradualmente, a través de interacciones consistentes y predecibles, se puede comenzar a restaurar la confianza básica en el mundo y en los demás que a menudo se ve severamente dañada por el trauma. Es importante destacar que este proceso lleva tiempo y puede implicar retrocesos. La construcción de relaciones seguras después del trauma es un proceso delicado que requiere paciencia, consistencia y, a menudo, el apoyo de profesionales de la salud mental.

En los adolescentes con ERA que vemos en ECID pensamos que el primer paso para tratar el trauma es restablecer la confianza epistémica. Si proporcionamos un vínculo seguro, damos a nuestros pacientes la posibilidad de cambiar. Pero visitamos a pacientes que tienen una confianza epistémica hacia los demás dañada y en el momento de acercarse a un profesional de la salud, se expresan mecanismos de defensa para alejarnos de sus mundos interiores. Aquí está el importante cambio de perspectiva, yendo a su domicilio o adaptándonos a donde se sientan más cómodos. Así mismo, vamos trabajando sobre el contenido que los mismos adolescentes traen y respetando la gama de intervenciones según el grado de activación emocional. Si nos adaptamos a sus necesidades, será más probable entrar en contacto con el adolescente e ir hilando una relación de confianza. Desde una modalidad «tú-yo», podremos pasar entonces a un «nosotros», donde tanto el terapeuta como el paciente se comprenden mutuamente y crean una alianza terapéutica que puede ir trabajando los aspectos patológicos del adolescente. Y si el adolescente puede aprender que puede confiar en el otro, podrá experimentar y aumentar su círculo seguro y desarrollar nuevas relaciones seguras. Por este motivo, insistimos en valorar como fundamental para poder tratar estos pacientes, basarnos en el modelo AMBIT que ofrece una estructura en la que estamos respaldados por un equipo que nos soporta, dejando nuestros mundos seguros de los despachos y yendo allá donde los adolescentes y sus familias se sientan seguros.

Referencias

1. Jones CM, Merrick MT, Houry DE. Identifying and preventing adverse childhood experiences: implications for clinical practice. Jama 2020, 323(1), 25-26.
2. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature reviews neuroscience 2016, 17(10), 652-666.
3. AMBIT Spain — Cuaderno de notas personal no-lineal en la web. https://manuals.annafreud.org/ambit-spain/.
4. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma, 2014.
5. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback model of parental affect-mirroring. The International journal of psycho-analysis 1996, 77(6), 1181.
6. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and psychopathology 1997, 9(4), 679-700.
7. Dangerfield M. Working with at-risk mental states in adolescence. Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide. London: Routledge, 2021.
8. Mosley-Johnson E, Campbell JA, Garacci E, Walker RJ, Egede LE. Stress that Endures: Influence of Adverse Childhood Experiences on Daily Life Stress and Physical Health in Adulthood. Journal of affective disorders 2021, 284, 38-43.
9. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. Journal of child psychology and psychiatry 2007, 48(3-4), 288-328.
10. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. Attachment & human development 2005, 7(3), 269-281.
11. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. British Journal of Developmental Psychology 2015, 33(2), 203-217.
12. Allen J G, Fonagy P. Mentalizing in psychotherapy, 2014.
13. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. Development and psychopathology 2010, 22(1), 87-108.
14. Mitchell S, Steele K. Mentalising in complex trauma and dissociative disorders. European Journal of Trauma & Dissociation 2021, 5(3), 100168.
15. Racine N, Cooke JE, Eirich R, Korczak DJ, McArthur B, Madigan S. Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. Psychiatry research 2020, 292, 113307.
16. Edwards D, Sakasa P, Van Wyk G. Trauma, resilience and vulnerability to PTSD: A review and clinical case analysis. Journal of psychology in Africa 2005, 15(2), 143-153.
17. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of general psychiatry 1991, 48(3), 216-222.

18. Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Mexico, Editorial Masson, SA (Primera Edición), 1995.

19. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercke, A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. European journal of psychotraumatology 2013, 4(1), 20706.

20. Pérez I, López-Soler C, Alcántara-López,M, Castro M, Fernández V, Martínez A. Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. Papeles del psicólogo 2020, 41(3), 219-227.

21. Van der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings for the DTD field trial. European Journal of Psychotraumatology 2019, 10(1).

22. Degli Esposti M, Pereira SMP. Humphreys DK, Sale RD, Bowes L. Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. Child abuse & neglect 2020, 99, 104281.

23. Hamilton JL, Shapero B G, Stange JP, Hamlat EJ, Abramson LY, Alloy LB. Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2013, 42(3), 332-347.

24. Van Ee E, Kleber RJ, Jongmans, MJ. Relational patterns between caregivers with PTSD and their nonexposed children: A review. Trauma, Violence, & Abuse 2016, 17(2), 186-203.

25. Lawson DM, Akay-Sullivan S. Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest. Journal of child sexual abuse 2020, 29(6), 677-696.

26. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. Psychopathology 2019, 52(2), 94-103.

27. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children. A time-limites approach. American Psychological Association, 2017.

28. Fonagy P, Luyten P, Campbell C, Allison L. Epistemic trust, psychopathology and the great psychotherapy debate. Society for the Advancement of Psychotherapy 2014.

29. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature reviews neuroscience 2016, 17(10), 652-666.

30. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth, SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. Development and psychopathology 2006, 18(3), 623-649.

31. Pears KC, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. Development and psychopathology 2005, 17(1), 47-65.

32. Alessandri SM. Play and social behavior in maltreated preschoolers. Development and Psychopathology 1991, 3(2), 191-206.

33. Pickreign Stronach E, Toth SL, Rogosch, Oshri A, Manly JT, Cicchetti D. Child maltreatment, attachment security, and internal representations of mother and mother-child relationships. Child maltreatment 2011, 16(2), 137-145.

34. Klimes-Dougan B, Kistner J. Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. Developmental psychology 1990, 26(4), 599.

35. Shipman KL, Zeman J. Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads. Journal of Clinical Child Psychology 1999, 28(3), 407-417.

36. During SM, McMahon RJ. Recognition of emotional facial expressions by abusive mothers and their children. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 1991, 20(2), 132-139.

37. Camras LA, Ribordy S, Hill J, Martino S, Sachs V, Spaccarelli S, Stefani R. Maternal facial behavior and the recognition and production of emotional expression by maltreated and nonmaltreated children. Developmental Psychology1990, 26(2), 304-312.

38. Shenk CE, Putnam FW, Noll JG. Predicting the accuracy of facial affect recognition: the interaction of child maltreatment and intellectual functioning. J Exp Child Psychol. 2013 Feb; 114(2): 229-42. doi: 10.1016/j.jecp.2012.08.007. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23036371; PMCID: PMC3576026.

39. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment: Past, present, and future perspectives. In RP. Weissberg, HJ. Walberg, MU. O'Brien, CB. Kuster (Eds.), Long-term trends in the well-being of children and youth: Issues in children's and families lives. Child Welfare League of America, 2003; pp. 181-205.

40. Pears KC, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. Development and Psychopathology 2005, 17(1), 47-65.

41. Bateman AW, Fonagy P. (Eds.). andbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Publishing, Inc, 2012.

42. Dangerfield M. Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un Hospital de Día. Temas de Psicoanálisis 2012, 4, Junio 2012.

43. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust inthe therapeutic relationship. Psychotherapy 2014, 51, 372-380.

44. Sperber D, Clément F, Heintz C, Mascaro O, Mercier H, Origgi G, Wilson D. Epistemic vigilance. Mind & language 2010, 25(4), 359-393.

45. Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. Journal of the American Psychoanalytic Association 2000, 48(4), 1097-1127.

46. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. Free Press, 1992.

47. Herman JL. Trauma and recovery. Basic Books/Hachette Book Group, 1992.

48. Camerer C, Hua Ho T. Experience-weighted attraction learning in normal form games. Econometrica 1999, 67(4), 827-874.

49. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York, NY: Other Press, 2002.

50. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.

51. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Development and psychopathology 2009, 21(4), 1355-1381.

52. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press, 2016.

53. Schmid M. Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem und Biographieerkundung. Traumapädagogische Weiterbildungsmodul Kinderdorf Lütisburg. Presentación no publicada, 2019.

54. Schechter DS, Coots T, Zeanah CH, Coates SW, Davies M, Myers MM, Trabka KA, Liebowitz, MR. Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. Attachment and Human Development 2005, 7(3), 313-331.

55. Schechter DS, Coates S, Kaminer T, Coots T, Zeanah CHJr, Davies M. Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. Journal of Trauma and Dissociation 2008, 9, 123-147.

56. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R. Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Maternal mind mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. Child Development 2022, 73(6), 1715-26.

II.
CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA (2021-2025)

LA VIOLENCIA DE LOS MENORES DE EDAD

VIOLENCE AGAINST MINORS

Jorge Fernández Caldevilla

Fiscal Decano Delegado de Menores de Asturias
jorge.fernandez@fiscal.es

Resumen: La Fiscalía tiene un rol esencial en la protección de los menores víctimas de violencia y la lucha contra la misma, pues, en nuestro papel tradicional, los fiscales nos ocupamos de la persecución y castigo de todos los delitos y entre ellos todos los que tienen como víctimas a los menores de edad, pidiendo la imposición de la condena que corresponda conforme a derecho, pero también exigiendo el resarcimiento de los perjuicios y la adopción de todas las medidas necesarias para la protección de las víctimas. La justicia de menores puede funcionar eficazmente, pero cuando actúa, en base a la comisión de algún delito por el menor, estamos en una fase que precisa su corrección, en algunos casos muy difícil al tener arraigados comportamientos disociales o violentos. Es esencial la prevención, basada en la educación y en la detección precoz de los factores que pueden incitar a la violencia.

Palabras clave: menores, violencia, legislación, legislation.

Abstract: The Public Prosecutor's Office has an essential role in the protection of minors who are victims of violence and in the fight against it. In our traditional role, prosecutors are responsible for the prosecution and punishment of all crimes, including all those in which minors are victims, requesting the imposition of the appropriate sentence in accordance with the law, but also demanding compensation for damages and the adoption of all necessary measures for the protection of victims. Juvenile justice can work effectively, but when it acts based on the commission of a crime by a minor, we are in a phase that requires correction, which in some cases is very difficult due to deep-rooted antisocial or violent behaviour. Prevention is essential, based on education and the early detection of factors that can incite violence.

Key words: Positive parenting, Family, Attention, Affection, Recognition, Childhood.

1. LA FISCALÍA Y LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA QUE AFECTA A LOS MENORES DE EDAD

La Fiscalía tiene un rol esencial en la protección de los menores víctimas de violencia y la lucha contra la misma, pues, en nuestro papel tradicional, los fiscales nos ocupamos de la persecución y castigo de todos los delitos y entre ellos todos los que tienen como víctimas a los menores de edad, pidiendo la imposición de la condena que corresponda conforme a derecho, pero también exigiendo el resarcimiento de los perjuicios y la adopción de todas las medidas necesarias para la protección de las víctimas. Nuestra Constitución, en su artículo 124, encomienda al Ministerio Fiscal promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los intereses de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley, así como procurar ante los Tribunales la satisfacción el interés social (1).

En esa protección del interés social y de los derechos de los ciudadanos se encomienda al Fiscal la representación, protección y defensa de los intereses de los menores de edad en todos los procesos civiles que les afecten, participando como informante siempre en defensa del interés de los menores, por ejemplo, en todos los procesos matrimoniales, el fiscal participa para que no se vean perjudicados los niños por las medidas que regulen la separación o el divorcio. Una parte esencial de las funciones en defensa del interés de los menores de edad se atribuyen a las Fiscalías de Menores, especialidad a la que pertenezco desde su creación hace ya veinticinco años, con competencias en dos ámbitos diferenciados, pero en ocasiones complementarios:

a) el enjuiciamiento y sanción a los menores de edad que comentan algún delito (Reforma de Menores).
b) las medidas para proteger a los menores en situación de riesgo o desamparo (Protección de Menores).

1a. Reforma de menores

Comprende la investigación y el enjuiciamiento de los delitos que cometen los menores de edades comprendidas entre los catorce años cumplidos hasta los dieciocho años, la imposición de medidas por tales delitos y su ejecución. La existencia de esta rama especializada del derecho penal se comprende si atendemos a su evolución y especialidades.

La Ley de responsabilidad Penal de los menores (La Ley Orgánica 5/00 reguladora de la responsabilidad penal de los menores de 12 de enero de 2000), permite el enjuiciamiento en un procedimiento penal, con todas las garantías reconocidas en nuestro ordenamiento jurídico, de los delitos que cometan los menores de edad a partir de los catorce años cumplidos hasta los dieciocho (2).

Esta ley es fruto de la evolución legislativa conforme a los principios de nuestra Constitución y a los tratados internacionales ratificados por España (fundamentalmente Las reglas mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores (Reglas de Beijing) de 1985 y la convención sobre derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989) (1, 3, 4). En esta evolución tuvo un papel esencial nuestro Tribunal Constitucional en una sentencia de 14 de febrero de 1991, declaró la inconstitucionalidad de la anterior Ley del Tribunal Tutelar de Menores, porque no garantizaba el derecho del menor a la defensa y vulneraba el principio acusatorio que debe regir en todo procedimiento penal y el derecho a un juez imparcial, al ser un mismo tribunal el que se encargaba de instruir la causa y de juzgarla (5). Se hizo precisa una reforma integral que pasó por la creación de los Juzgados de Menores cuya única función será juzgar y ejecutar las medidas que se impongan a los menores delincuentes, separando las funciones de investigar y juzgar, correspondiendo la investigación y acusación al Fiscal y el dictado de la sentencia al Juez de Menores, garantizando así su imparcialidad.

Al mismo tiempo se eliminó como competencia específica de los Juzgados de menores la adopción de medidas para los menores en situación de riesgo, abandono o desamparo, cuya competencia pasará en exclusiva a los Juzgados civiles de Familia.

Como características básicas de la Justicia de menores podemos destacar:

a) Es una *justicia muy personalizada*, pues se trata no solo de probar la comisión del delito por un menor, sino también de valorar sus circunstancias personales, sociales, educativas o familiares que hayan podido incidir en su conducta delictiva y para aplicar la medida que mejor puede contribuir a su corrección.
   Para poder valorar tales circunstancias, en la fase de instrucción, además de las pruebas ordinarias (declaraciones de los implicados, de testigos, peritos, atestados policiales, recogida de efectos del delito…) en todos los casos se elaborará un informe por el Equipo Técnico, (compuesto por un educador, un psicólogo y un trabajador social) el cual pondrá de relieve los factores citados personales, educativos, psicológicos etc. del autor del hecho y propondrá la medida más adecuada.

b) *Respeto de las garantías del procedimiento penal-Principio de legalidad*. No nos olvidamos que estamos en un proceso penal, por lo que, para imponer cualquier medida, debe acreditarse en juicio la comisión del delito del que se acusa al menor. El menor objeto del procedimiento tendrá además los mismos derechos que un mayor de edad (no declarar, no confesarse culpable, ser asistido de abogado, ser reconocido por el médico forense, derecho a un intérprete, ser informado de la acusación…) y algunos específicos como que uno de sus representantes

legales (padre o tutor) tendrá que estar presente a lo largo del procedimiento, además de que se elaborará el informe por el Equipo Técnico antes citado.
Solamente se podrá poner una medida de internamiento si para el delito por el que se le juzga, que son los mismos delitos previstos en el Código Penal de adultos, está prevista una pena de prisión.

c) *Principio de oportunidad y flexibilidad en la aplicación de las medidas*. A diferencia del Código Penal de adultos, no siempre deberá seguirse el procedimiento cuando se cometa un delito, sino que se deja en manos del Fiscal decidir en numerosos casos si ha de iniciarse o no el expediente, si se trata de delincuentes primarios por hechos que no sean graves. También son muy frecuentes medidas de «justicia restaurativa», facilitándose soluciones de conformidad sin llegar a juicio o que se dicte una sentencia de común acuerdo entre las partes, cuando el menor autor del delito reconoce los hechos. Hay también una gran flexibilidad a la hora de elegir la medida a aplicar, pues no existe como en los mayores, una relación fija entre el delito y su pena, sino que se puede elegir entre el catálogo de medidas aplicables la más adecuada, teniendo en cuenta las circunstancias y gravedad del caso y especialmente las circunstancias personales del menor.

Las medidas, por orden de su gravedad son:

- Internamiento en centro de menores (que puede ser cerrado, semiabierto o abierto).
- Internamiento terapéutico, para menores que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, dependencia de drogas o bebidas alcohólicas o alteraciones en la percepción.
- Tratamiento ambulatorio.
- Asistencia a un centro de día..
- Permanencia de fin de semana en un centro o en su domicilio.
- Libertad vigilada.
- Convivencia con una familia o grupo educativo.
- Prohibición de aproximarse o de comunicar por cualquier medio con la víctima.
- Prohibición de obtener el carnet de conducir o la licencia de ciclomotores.
- Realización de tareas socioeducativas.
- Amonestación.
- Inhabilitación absoluta (supone la prohibición de acceder a cualquier cargo público, aunque solamente está prevista para menores que cometen delitos de terrorismo).

Dentro de ciertos límites legales, que no puedo detenerme en exponer, por un mismo hecho delictivo se puede imponer cualquiera de estas medidas, incluso más de una (por ejemplo, en un delito de robo con fuerza, si es un delincuente primario, cuya situación personal y familiar está totalmente normalizada, puede simplemente ponérsele una medida de amonestación, o libertad vigilada, pero si ese hecho o comete un menor que está descontrolado, todo el día en la calle, consumiendo drogas, por ese mismo hecho puede imponérsele un internamiento en centro). Esa flexibilidad se da no solo para la elección de la medida, también en su ejecución, puede modificarse, sustituirse por otra o reducirse la duración de la medida, atendiendo a la evolución y la consecución o no de los objetivos propuestos. Sin embargo, para los delitos de especial gravedad (agresiones sexuales, homicidio o asesinato y todos los que en el código penal llevan aparejada una pena que para los adultos pueda superar los quince años de prisión) ya no existe tal flexibilidad, pues necesariamente el Juez deberá aplicar al menor un internamiento en régimen cerrado, que en los casos más graves puede llegar hasta los diez años de internamiento, seguidos de un período de libertad vigilada hasta cinco años más.
Las medidas habrán de cumplirse, aunque el delito se juzgue una vez que el autor ya alcanzó la mayor edad, y si se le impone un internamiento cerrado, al llegar a los 21 años deberá cumplirlo en el centro penitenciario, es decir, que se convierte en una auténtica pena de prisión.

d) *Protección de la víctima*. La ley no se olvida de la parte más perjudicada por el delito, la víctima tendrá también derecho a ser informada del curso del proceso, puede personarse en la causa como acusación particular y tendrá derecho a la indemnización de los daños y perjuicios y en su caso a las medidas de protección previstas en la ley. Se garantiza también el resarcimiento de los perjuicios causados, pues los padres, tutores o guardadores del menor que cometió el delito serán responsables solidarios del pago de las indemnizaciones que se fijen para el perjudicado.

En la opinión pública esta ley es criticada por ser excesivamente benigna con los delincuentes juveniles; sin embargo en mi experiencia de más de veinte años de especialista en la materia, puedo asegurar que la justicia de menores funciona y funciona bien, permite una respuesta rápida a los hechos y en la inmensa mayoría de los casos no se produce reincidencia delictiva; además una vez haya sentencia firme las medidas se cumplen inmediatamente (a diferencia de en la justicia de adultos, en que se generaliza la suspensión del cumplimiento si la pena es inferior a dos años); en menores, aunque sea un internamiento por unos meses, se cumple efectivamente y todo internamiento lleva además un período de libertad vigilada posterior, tendente a facilitar la

integración social del menor y evitar la comisión de nuevos delitos). Respecto a la supuesta levedad de las penas, téngase en cuanta que con la legislación anterior a un joven de 17 años que se le juzgaba como mayor, pero se le imponía una pena inferior en uno o dos grados a la del mayor de edad, lo cual suponía que, por ejemplo, por un delito de homicidio, castigado con 10 a 15 años de prisión, para el autor menor de edad la pena podría ser de dos años y medio a cinco y nadie decía que eran unas penas excesivamente leves.

En la ley del menor la pena por un homicidio puede ser de hasta ocho años de internamiento cerrado, o de diez si se cometió además algún otro delito. Además, ha de considerarse el cómputo subjetivo del tiempo, pues no es lo mismo en nuestra experiencia de vida dos años de internamiento entre los 17 y 19 años, cuando parecía que un año no acababa nunca, que cuando uno ya ha entrado en la treintena o en los cuarenta y no digo nada de edades más avanzadas, pues según transcurre la vida todos somos conscientes de que los años se acortan y ya están aquí las próximas navidades cuando parece que ayer acabamos las anteriores. Como todas las leyes es perfectible y por ejemplo sería deseable que alguno de los delitos más graves que puedan cometer menores de doce o trece años, puedan ser también juzgados penalmente y no se deje la respuesta únicamente a la adopción de medidas de protección por las entidades de bienestar social, para dar una respuesta adecuada y supervisada judicialmente, aunque no se trate de un internamiento, y también para proteger a la víctima y que no tenga que ir como demandante a un procedimiento civil para lograr la reparación o indemnización de los perjuicios.

1b. Protección de menores

Como exponía antes, la reforma que creó los Juzgados de Menores, separó totalmente las funciones de juzgar los delitos cometidos por menores, que pasa a ser su única competencia, de las de adoptar medidas de protección para menores en situación de riesgo social o desamparo, que en el actual sistema son competencia de las comunidades autónomas, a través de las consejerías de bienestar o servicios sociales y en caso de discrepancia con las mismas por los padres o tutores, intervendrá el juzgado de familia y no el de menores. Sin embargo, muchos de los jóvenes que a partir de los catorce años cometen delitos y aquellos con los que es más difícil obtener su rehabilitación, son los que parten de un historial de desprotección grave e incluso las medidas que se adoptan en la justicia de menores tienen en la mayoría de los casos una finalidad de protección del propio menor. La única institución que continúa trabajando en ambos ámbitos es la Fiscalía de Menores, pues además de las funciones antes citadas en relación a los menores delincuentes, tiene también atribuidas amplísimas funciones de protección de menores, que se han ido incrementando en las sucesivas reformas, asumiendo estas funciones también las secciones especializadas en menores de la Fiscalía. El principio básico que

informará la actuación del Fiscal en esta materia se basa en la consideración de la especial vulnerabilidad en que se encuentran los menores determina la necesidad de dispensarles una singular protección jurídica y administrativa.

Las actuaciones del Ministerio Fiscal deben estar guiadas por el superior interés del menor, orientado a la consecución del desarrollo armónico, pleno y equilibrado del mismo, así como a la adquisición de su autonomía personal y su integración familiar y social.

Funciones básicas del fiscal en materia de protección de menores

Dentro de la protección de los derechos de los ciudadanos tienen especial relevancia las atribuciones del Fiscal en relación a los menores de edad, donde le corresponde, entre otras:

- intervenir en todos los procesos civiles que puedan afectar a personas menores, discapacitadas o desvalidas, especialmente en los relativos al acogimiento, adopción o guarda de menores.
- la superior vigilancia de la tutela, acogimiento y guarda de los menores (art. 174 del C. Civil) (6).

Para poder cumplir esta función la Entidad Pública, que depende de la Comunidad Autónoma y es quien debe adoptar las medidas de protección de los menores en riesgo o desamparo, debe notificar al Fiscal todos los ingresos de menores en centros de protección, todas las resoluciones administrativas de formalización de la constitución, modificación y cese de las tutelas, guardas y acogimientos y darle cuenta de cualquier novedad de interés en las circunstancias del menor.

El Ministerio Fiscal en el ejercicio de tal función debe:

- comprobar, al menos semestralmente, la situación del menor.
- promover ante la Entidad Pública o el Juez, según proceda, las medidas de protección que estime necesarias.
- inspeccionar periódicamente los centros donde residan menores.

Todas estas funciones suponen una recepción continua de informaciones que puedan afectar a un menor de edad desde todos los ámbitos y así se remiten a la Fiscalía de menores cualquier atestado en que un menor aparezca como víctima o perjudicado, el Fiscal recibe denuncias o informes de entidades, de particulares, de centros de educación o asistencia o de servicios sanitarios en los que aparece un posible desamparo, desprotección o situación de riesgo, incluso cualquier intervención policial en la que se preste asistencia a un menor será comunicada a la Fiscalía, así como los ingresos y altas de menores en la unidad psiquiátrica de adolescentes del hospital de Asturias.

Atendiendo a las circunstancias de cada caso habrá de valorar si es preciso poner en marcha la acción protectora de la administración, dando traslado a la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, siendo informado y supervisando que las medidas adoptadas sean adecuadas al interés superior del menor o si se deben realizar otras actuaciones de comprobación, citar al menor y a sus padres para que expongan sus problemas, etc.

2. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA LEY ORGÁNICA 8/21 DE 4 DE JUNIO DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA (LOPIVI)

La LOPIVI pretende hacer una regulación integral análoga a la aprobada en el marco de la lucha contra la violencia de género (7). Parece que el legislador olvida que todos los sistemas de protección de la infancia frente a la violencia ya estaban previstos con antelación en nuestro ordenamiento jurídico, desde los principios constitucionales hasta los códigos civil y penal, las leyes de enjuiciamiento y las disposiciones específicas de protección de la infancia en la Ley Orgánica 1/96 de protección jurídica de la infancia y todas las disposiciones autonómicas en la materia y la Ley Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (2, 8).

Personalmente creo que su texto está imbuido de una clara ideología intervencionista y que parece en muchos casos considerar a los padres y la unidad familiar un enemigo a combatir, en vez de la institución básica para la protección y adecuado desarrollo de los menores de edad que es la familia. Así vemos por un lado la introducción del «lenguaje inclusivo» y «politiqués» en nuestras normas, que cada vez entorpece más la comprensión lectora de una norma, pues ya no hay menores, sino, «personas menores de edad» o «niños, niñas y adolescentes»; reiteradamente se habla como objetivo *de «superar los estereotipos de carácter sexista, racista, homofóbico, bifóbico, transfóbico, o por razones estéticas, de aporofobia, enfermedad…»*; deben *«incorporarse la perspectiva de género en el diseño e implementación de cualquier medida relacionada con la violencia contra la infancia y adolescencia»*, la formación específica para los profesionales que trabajan con menores deben tener especialmente en cuenta la perspectiva de género y las necesidades específicas… de las personas menores de edad pertenecientes al colectivo LGTBI; se formarán en *«el impacto de los roles y estereotipos de género en la violencia que sufren los menores»*, se elaborarán por la administración materiales formativos para el *«ejercicio positivo de las responsabilidades parentales con contenidos específicos referidos a combatir los roles y estereotipos de género, contenidos sobre la diversidad sexual y de género»*. Los términos padre o madre y patria potestad le producen al legislador repelús y han de sustituirse por «progenitores o responsabilidad parental». Se modifican artículos de los Código Penal y Civil y otras leyes, en ocasiones solo para cambiar el lenguaje, sustituyendo hijos

por hijos e hijas, el condenado por la persona condenada, el menor por la persona menor de edad, padres por progenitores o incluso el término Juez por Autoridad Judicial.

Se multiplican también los organismos destinados a la observación y estudio de la violencia contra la infancia, creando:

- La Conferencia Sectorial de infancia y adolescencia como órgano de cooperación en la materia de las diversas administraciones públicas.
- La Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes que debe crearse en por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- El Registro Central de información sobre la violencia contra la infancia y la adolescencia.
- La Comisión de Seguimiento para analizar la puesta en marcha de la ley y sus repercusiones, que ha de crearse por orden de los Ministerios de Justicia, interior, Derechos sociales y Agenda 2030.
- El Consejo Estatal de Participación de la Infancia y la Adolescencia.

La ley parte de un concepto de violencia contra la infancia excesivamente amplio, pues en su art. 1-2 la define como *«toda acción, omisión o trato negligente que priva al menor de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico psíquico o social»*. Este concepto tan amplio comprendería no solo la violencia física o psíquica, también las situaciones de desamparo del menor (la situación en que por el incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección de los menores por sus padres o tutores, quedan estos privados de la necesaria asistencia moral o material-art. 172 del Código Civil) o las situaciones de riesgo (cuando a causa de carencias, conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, social, familiar o educativo, en su bienestar o en sus derechos- art. 17 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del menor), solapándose con la regulación ya existente de estas situaciones en el Código Civil, la Ley Orgánica 1/96 de protección del Menor y las respectivas leyes autonómicas de protección de menores (6, 8).

La ley sin embargo, algo bueno habría de tener, pues persigue unos fines loables en cuanto hace hincapié en las medidas de sensibilización el problema, la prevención de la violencia contra los menores en todos los ámbitos, mediante su detención precoz, la promoción del buen trato, el derecho de los menores a ser oídos, las medidas para la restauración de las víctimas y la no discriminación por razón alguna, el derecho a la atención integral, a la defensa judicial de sus intereses, a la asistencia jurídica gratuita (aunque todas estas medidas ya estaban contempladas en la legislación anterior). Se especifican en la ley las medidas a adoptar en los ámbitos sanitario, educativo, en los servicios sociales, en el uso de las nuevas tecnologías, en el ámbito de deportivo y de ocio y en los centros de protección, con la obligación de que

se establezcan protocolos específicos en cada uno de tales ámbitos con la finalidad de prevención y detección precoz de cualquier violencia contra la infancia. Así, por ejemplo, en el ámbito sanitario se prevé que existan protocolos para la comunicación de las sospechas o evidencias de violencia a los servicios sociales y la colaboración y comunicación con el juzgado de guardia, las fuerzas y cuerpos de seguridad, las entidades públicas de protección y el Ministerio Fiscal.

En los centros educativos habrá un coordinador de bienestar y protección del alumnado y en todas las entidades deportivas un delegado de protección de los menores. Se hace también hincapié en la formación y especialización en la materia de todos los intervinientes con menores, especialmente en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la Fiscalía y Juzgados.

3. LA VIOLENCIA COMETIDA POR LOS MENORES DE EDAD

En mis casi veinticinco años como especialista en menores he sido testigo de una gran evolución de los delitos cometidos por los menores, de los que otros menores son en muchas ocasiones también las víctimas; al inicio de mi carrera predominaban los delitos cometidos por menores en situación de marginalidad social con algún colectivo relevante como los de etnia gitana, cometiendo delitos contra la propiedad, hurtos, robos con fuerza o robos con violencia o intimidación. La evolución en estas más de dos décadas de existencia de las fiscalías especializadas de menores ha sido muy importante, teniendo en cuenta diversos factores:

- La llegada de menores extranjeros no acompañados, generó problemas de integración que con la experiencia van siendo superados, con comisión de delitos de robo violentos, violencia en los centros donde residían, resistencia a la autoridad y algunas agresiones sexuales. Muchos de estos menores proceden de un ámbito cultural de desprecio y minusvaloración de las mujeres, con dificultades para acatar la autoridad de las educadoras de los centros.
- La irrupción de las nuevas tecnologías de comunicación y su uso y abuso por los adolescentes y preadolescentes. Sin dudar de los beneficios de las mismas, su uso inadecuado, excesivo sin supervisión ha llegado a generar en los niños y adolescentes problemas muy graves, que afectan a su educación, a su forma de relacionarse, de integrarse socialmente, incluso a su forma de ver el mundo, entre esos problemas podemos destacar:
  - La dependencia de las redes sociales como forma de integrarse en los grupos de adolescentes y preadolescentes.

– La multiplicación de los efectos del acoso personal o escolar, con efectos de posible chantaje a través de las redes, el ciberacoso o el acoso sexual.
– El abuso de la pornografía a edades muy tempranas, que lleva a comportamientos sexuales totalmente anómalos ya en menores a partir incluso de los diez u once años.
– La difusión de imágenes y videos íntimos.
– La grabación de agresiones o vejaciones que luego son colgadas en las redes sociales.
– La difusión de actividades de bandas o grupos delictivos en los que algunos menores desean integrarse o emular sus comportamientos.
– Adicción a los videojuegos o apuestas por internet.

  Con la consecuencia de que hoy en día cualquier contenido que se suba a la red es imposible de detener, pues cualquier teléfono puede enviar a todo el mundo cualquier contenido.
– La sobreprotección por la familia, que convierte a los niños en tiranos, acostumbrados a imponer su voluntad y si se les niega reaccionan violentamente.
– La cultura hedonista, de que hay que alcanzar el placer inmediato, en detrimento de valores como el esfuerzo personal, la honradez, la empatía y la solidaridad.
– La pérdida de referentes de autoridad claros, ya sean los padres o los maestros, que tratan de convertirse en colegas se sus hijos o de sus alumnos.
– La ruptura de la familia tradicional, que hace que muchos niños padezcan las relaciones disfuncionales de sus padres, en caso de divorcio o separación de la pareja, siendo testigos de conflictos, a veces de violencia, víctimas de las batallas legales por su custodia o a veces emplean esas desavenencias para conseguir una situación de poder y lograr hacer su voluntad.
– La falta de apoyos adecuados a los padres que tratan de educar a sus hijos, llegando estos a denunciar a sus padres por maltrato, y aunque la denuncia carezca de fundamento, no se ven amparados inicialmente por el sistema legal, al haberse suprimido del Código Civil el *«derecho a corregir de forma moderada y razonable a sus hijos»*.

Analizaremos ahora algunos de los casos de conductas violentas protagonizadas por los menores, que han venido incrementándose en los últimos años, su repercusión y las posibilidades de combatirlas.

3a. Acoso escolar

Un concepto amplio del acoso escolar desde el punto de vista de los psicólogos, psiquiatras y pedagogos que han abordado el tema lo considera como la *«exposición a un alumno de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas, que lleva a cabo otro u otros alumnos»*. El comité consultivo de la Unión europea sobre el acoso laboral lo define como la «forma negativa de comportamiento entre colegas en virtud de la cual una o más personas atacan y humillan repetidamente a la persona afectada con el propósito de alienarla». Los comportamientos de acoso pueden presentarse de muy diversas formas ya sean meramente gestuales, verbales, físicos, de exclusión y cada vez de forma más frecuente mediante la utilización de las nuevas formas de comunicación a través de las redes sociales, tuenti, Facebook, whatsapp, Instagram, etc. y pueden consistir en vejaciones de todo tipo o conductas de desprecio, coacciones para impedirle hacer lo que desea u obligarle a hacer lo que no quiere, amenazas, agresiones, aislamiento deliberado, impidiendo a un alumno participar en actividades de los demás o evitando hablarle o relacionarse con él. Se configura por conductas de hostigamiento, continuadas en el tiempo que persiguen amedrantar, intimidar o atemorizar a la víctima. Como decíamos las nuevas tecnologías pueden facilitar el acoso, dado el aparente anonimato que proporcionan al agresor, o multiplicar sus efectos y la sensación de indefensión de la víctima (cuando por ejemplo los actos de vejación son grabados y difundidos en tales medios).

Como elementos en general de la conducta de acoso suelen darse los siguientes:

- Desequilibrio de poder: ejercicio de la fuerza verbal, física o psicológica del acosador respecto del acosado.
- Intencionalidad: Un deseo consciente de herir, amenazar o asustar por parte de un alumno frente a otro.
- Reiteración: la acción agresiva se repite en el tiempo y genera en la víctima la expectativa de ser blanco de futuros ataques.

La gravedad del problema del acoso se pone de relieve por la especial vulnerabilidad de la víctima, menor de edad y sus trascendentales efectos, pues afecta:

- al desarrollo de la personalidad del acosado –puede producirle ansiedad, temor al propio centro, absentismo, fracaso escolar, procesos depresivos e incluso ideaciones suicidas.
- a los compañeros que lo presencian, sin capacidad de reaccionar ante el mismo les puede ocasionar temor a ser ellos las próximas víctimas o adoptar una actitud de pasividad o tolerancia ante la violencia y la injusticia.

– al propio menor que inflige el acoso que podrá llegar a asumir el mismo rol en la vida adulta o que ve la violencia recompensada con la superioridad y la popularidad entre iguales.
– al sistema educativo en general, impidiendo que exista un ambiente de paz y seguridad en los centros educativos y en su entorno, donde los menores puedan formarse y socializarse adecuadamente.

Se ha producido un incremento notable de las denuncias por acoso escolar, con dos supuestos extremadamente desgraciados en que dos chicas que, en Gijón, acabaron quitándose la vida, una de ellas con 14 años y otra joven de 21, teniendo como uno de los motivos de su ideación suicida las secuelas padecidas a raíz del acoso que habían sufrido en la infancia. La mayoría de los supuestos no llegan a tal gravedad, pero lo esencial para evitarlo es su detección temprana y la adopción de medidas eficaces en el ámbito escolar. Así la Ley Orgánica 8/21 de protección integral a la infancia frente a la violencia establece que las administraciones educativas regularán los protocolos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión, así como cualquier otra manifestación de violencia (7).

En Asturias ya en el año 2006 la Consejería de Educación elaboró la guía «Maltrato cero. Orientaciones sobre acoso escolar» (8). Son esenciales las medidas preventivas, mediante la información a los alumnos de las posibles conductas de acoso y de los medios que en el ámbito escolar pueden usarse cuando sean víctimas del mismo, la vigilancia en el centro para detectar los problemas de convivencia entre alumnos, la comunicación entre tutores, padres y alumnos, la mediación de conflictos, la formación en la utilización responsable de las nuevas tecnologías y la adopción de medidas disciplinarias contra los acosadores, que en los casos más graves pueden determinar su expulsión o cambio de centro.

Actuación penal

En los supuestos más graves será precisa la intervención de la Fiscalía mediante un proceso penal que persiga a los autores del acoso. A diferencia del acoso laboral y las conductas de violencia familiar y contra la mujer, no existe una tipificación específica de «acoso escolar», máxime cuando los sujetos activos escapan del ámbito del derecho penal ordinario, al ser cometidas por menores de dieciocho años e incluso del derecho penal de menores pues inciden específicamente entre menores de doce a catorce años de edad.

El presupuesto básico para la actuación de la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal de los Menores es que el menor haya cometido un hecho tipificado como delito o falta (2). Los instrumentos normativos vigentes son suficientes para enfrentarse penalmente al acoso escolar, aunque tal vez sería conveniente que se estableciese un tipo penal específico.

Los tipos penales aplicables a las concretas conductas en que se traduce el acoso pueden ser (9):

- Delitos de coacciones, vejaciones, amenazas, injurias, maltrato, lesiones, delitos contra el patrimonio (hurtos, robos o daños).
- Agresiones sexuales o embaucamiento con fines sexuales, a menores de 16 años.
- Delitos contra la intimidad (difusión de imágenes que afecten a la intimidad, incluso aunque hubieran sido captadas con consentimiento de la víctima).
- Delito de odio si el acoso tiene su motivación en la discriminación por razón racistas, antisemitas, antigitanos u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, aporofobia, enfermedad o discapacidad. (Art. 510 C.P).
- Homicidio doloso (art. 138 CP), homicidio imprudente (art. 142 CP) o, incluso asesinato (art. 138 CP).

Existe también un delito de acoso personal introducido en 2015 en el Código penal, en el art. 172 ter que castiga al que acose a una persona llevando a cabo de forma insistente y reiterada conductas que lleguen a alterar el normal desarrollo de su vida cotidiana como vigilarle, perseguirle o buscar su cercanía física, contactara través de cualquier medio de comunicación, o por medio de terceras personas, hacer uso indebido de sus datos personales para adquirir productos o servicios, o para hacer que terceras personas se pongan en contacto con ella (9).

En los casos graves será aplicable el delito contra la integridad moral.

El art. 173-1 del Código penal que *«el que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral será castigado con la pena de prisión».*

La conducta tipificada es un *«trato degradante»*, lo que implica someter a la víctima de forma intencionada a una situación de humillación e indignidad para la persona. Supone generalmente una cierta permanencia o al menos repetición del comportamiento degradante. Sin embargo, puede estimarse cometido también a partir de una conducta única y puntual, con intensidad lesiva suficiente por su carácter brutal, cruel o especialmente humillante.

En aquellos casos extremos en que el acosado llega al suicidio, cabe preguntarse si sería posible una responsabilidad por el delito de inducción al suicidio. El Código penal sanciona con las penas de prisión de cuatro a ocho años *«al que induzca al suicidio de otro».* Para aplicar este supuesto legal no basta con que haya una relación de causalidad entre el acoso y el suicidio. Para ser inductor se requiere la intención de hacer nacer en otro la decisión de quitarse la vida. Según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el inductor ha de

haber actuado con la doble intención de provocar la decisión del suicidio y que efectivamente se ejecute. *«la inducción al suicidio requiere una colaboración, una prestación coadyuvante que ofrezca una cierta significación y eficacia en la realización del proyecto que preside a un sujeto de acabar con su propia existencia, es decir, una conducta por parte del sujeto activo de colaboración prestada a la muerte querida por otra persona, en relación de causalidad con su producción y con pleno conocimiento y voluntad de cooperar a la misma (…)»* (sentencia del TS, entre otras, de 23 de noviembre de 1994).

Si sería posible un concurso entre el acoso y un homicidio por imprudencia grave del art. 142 o con un delito de lesiones psíquicas.

3b. Agresiones sexuales

El incremento de los delitos contra la libertad sexual cometidos por menores es muy preocupante. Según la última memoria de la Fiscalía General del Estado, en los últimos cinco años se han incrementado en más del 100% tanto las agresiones sexuales y los abusos sexuales –hechos en que no hubo violencia o intimidación- (aunque tras las últimas y discutidas reformas del código penal todos los delitos contra la libertad sexual se denominan agresiones sexuales).

Las causas de este auge son complejas, destacando la carencia de una adecuada formación en materia ético-sexual, dado que a edades muy tempranas la «educación» en materia sexual se produce por el visionado de material pornográfico, en el que abundan los comportamientos violentos y vejatorios contra las mujeres, lo que, acompañado de la ausencia de orientaciones educativas y una formación moral adecuada, conduce a una trivialización de su concepto de las relaciones sexuales normales. Además del real incremento de estos delitos, también se ha producido un importante aumento de las denuncias de hechos que anteriormente se ocultaban, por una mayor concienciación de las menores víctimas de estos hechos y la mejor información y apoyos para que se atrevan a denunciarlo (produciéndose también la paradoja de algunas denuncias que han llevado al archivo o la absolución del denunciado, al referirse a hechos en los que no podía acreditarse la existencia de una auténtica agresión sexual, casos como el inicio de una relación sexual consentida y luego refiere la víctima haberse «sentido bloqueada», pero no hizo nada ni tan siquiera para exteriorizar su negativa a que el acceso carnal continuase).

En la memoria de la Fiscalía de Asturias del pasado año destacábamos que en cinco casos, de los veinte iniciados, por estos delitos los hechos denunciados, partían de una relación sexual inicialmente consentida en los que la denunciante refiere que en un momento se quedó bloqueada o paralizada, no existiendo otras pruebas que permitan acreditar alguna violencia o intimidación o que la víctima estuviera privada de sentido, habiendo finalizando estos casos por sobreseimiento en tres ocasiones, en otro por sentencia absolutoria y en un caso en condena por abuso sexual.

Es preocupante la ligereza con la que, en sus comunicaciones por las redes sociales, las menores (y también los menores) envían a quien se lo pide (a veces se pareja, otras un compañero, otras un desconocido con quien han contactado por la red y del que en realidad desconocen su identidad y edad) una foto de sus partes íntimas o videos masturbándose, exponiéndose luego a posibles chantajes o a la humillación de que esas imágenes sean divulgadas. Debe recordarse que no sólo la difusión de esas imágenes íntimas es un delito, sino que su mera tenencia es constitutiva de un delito de pornografía infantil. Se han dado casos como que una menor de trece años pagaba cantidades de dinero a compañeros de colegio algo más mayores para que la besasen y pasando luego a relaciones sexuales completas a cambio de cantidades de 300 €, hechos que se realizaban en los servicios del colegio.

Entre menores de diez, once o doce años hay conversaciones en Instagram o WhatsApp propias de cualquier película pornográfica. Un grupo de cinco alumnos de un instituto, hace unos años, se dedicó a poner en común las fotos y videos íntimos que conseguían de las compañeras con las que se iban «enrollando», llegando a tener un archivo en la nube de unas cincuenta carpetas, cada una de una compañera; en cuanto uno de ellos facilitó a otro conocido el enlace para acceder a los archivos, se divulgó por todo el instituto, con el consiguiente daño para las alumnas afectadas. También se han producido casos de menores en situación de desamparo utilizadas para la prostitución por mayores de edad.

En estos casos menos graves las medidas a imponer a los autores son de carácter educativo, libertad vigilada o tareas socioeducativas orientadas a la formación afectivo sexual y la educación en el respeto a los demás, sin olvidar las medidas precisas de protección a las víctimas, como la prohibición de comunicarse o acercarse a las mimas, además de las indemnizaciones por los perjuicios morales causados, de las que responderán también los padres de los autores. También se prevé que se borren los contenidos delictivos que hayan sido difundidos por internet. El problema estriba en la imposibilidad de borrar tales contenidos, pues antiguamente, no sin dificultad, se podía ordenar que se eliminase un contenido de una página web (necesitando en ocasiones el auxilio judicial internacional, pues la página podía estar domiciliada en Malasia, Estados Unidos o Singapur), peor hoy es imposible, pues cualquier teléfono móvil permite el acceso a cualquier lugar del mundo; además de que se borre de los móviles u ordenadores de los autores todo contenido inadecuado, es imprescindible y así lo recomendamos en los centros escolares donde se producen estos hechos, que se informe a los alumnos de que la mera posesión de tales imágenes o videos es un delito y que se les eduque en saber proteger su propia intimidad y en la empatía precisa para no realizar a otros lo que no le gustaría que le hiciesen a uno. En las agresiones sexuales más graves debe tenerse en cuenta que al autor debe imponérsele necesariamente una medida de internamiento en régimen cerrado de más de un año, hasta cinco si el autor tenía 14 ó 15 años o hasta 8 años si tenía al cometer los hechos 16 o 17 años, seguido de unos años de libertad vigilada.

3c. Delitos contra la vida e integridad física. Las bandas de menores

El número total de infracciones de homicidio, asesinato y lesiones, en los últimos años en España ha experimentado un preocupante aumento. Es necesario hacer una reflexión profunda sobre la ausencia de importancia y banalización que los menores otorgan al empleo de medios y formas virulentas en su comportamiento social. Ello entronca, a su vez, con el auge de todo tipo de grupos y bandas juveniles violentas y de carácter identitario que están proliferando, no sólo en grandes urbes superpobladas, sino también en núcleos poblacionales medianos y pequeños. Resulta significativo, que existen grupos de adolescentes que utilizan redes sociales para concertar reuniones clandestinas en que se programan peleas ilegales que luego trascienden a gran número de jóvenes mediante internet, lo que evidencia una carencia total de estima y valoración de la integridad física propia y ajena, lo que ha de llevar reflexionar sobre la carencia de los mínimos valores éticos y de convivencia que se está implantando en ciertos sectores juveniles.

Los brotes violentos cada vez mayores e íntimamente relacionados con las bandas juveniles violentas que actúan, no sólo en las capitales, sino que se han extendido su radio a sus ciudades dormitorio aledañas. Los territorios más afectados por esta problemática nos indican que resulta imprescindible abordar esta situación mediante la adopción de medidas educativas para que los jóvenes alcancen un nivel mínimo de madurez y autogestión personal que les aleje de influencias marginales; ello hace necesaria la intervención temprana y multidisciplinar tendente a que no se perciba la violencia como una forma de vida normal en esos sectores juveniles y analizar sus causas.

Muchos integrantes de estas bandas juveniles se inician en ellas desde su infancia, ya que son reclutados por los cabecillas de aquellas e instigados a perpetrar determinados delitos, a modo de bautismo de fuego de acceso a la organización criminal. El grado de violencia es tan gratuito que propicia enfrentamientos callejeros entre bandas con el objetivo de dominar su barrio, en los que se usan medios peligrosos y armas en su intento de dominar el territorio. Por ello, muchas de las agresiones son premeditadas en venganza de actuaciones previas de otra banda rival. También es preocupante la facilidad con la que sus integrantes adquieren determinados instrumentos peligrosos, en especial machetes, cuchillos y todo tipo de armas blancas. Por ello se propone que se endurezcan los controles y normas administrativas sobre la venta de este tipo de elementos a personas menores de edad y, sobre todo, que se aumenten los efectivos policiales especializados ad hoc como medio de combatir más eficazmente esta explosión delictiva que, por otra parte, es objeto de prolijo tratamiento audiovisual en la prensa y la televisión, lo que agrava la lógica alarma entre la población vecinal afectada.

Afortunadamente en Asturias en todos los casos en los que se ha detectado la existencia de una banda organizada (ha habido grupos de Latin Kings, Trinitarios, Dominican Dont Play, algunos con contactos con dirigentes de

estos grupos a nivel nacional y otros grupos autóctonos que pretendían emular a las bandas latinas) la rápida actuación policial para su identificación ha permitido que se desarticulasen en un estado inicial y antes de que llegasen a cometer delitos de envergadura.

3d. Maltrato familiar

En los últimos años se ha registrado también un incremento notable de los malos tratos, violencia física o psíquica de los hijos contra los padres, que, consultando los datos de las memorias de menores, se han duplicado en los últimos diez años. Insultos, rotura de objetos, amenazas y agresiones de todo tipo contra los padres (la víctima suele ser en la mayoría de los casos la madre) pueden tener causas muy diversas, desde trastornos de comportamiento desde la infancia, familias disfuncionales, ausencia de criterios educativos o criterios divergentes entre los progenitores, consumo de drogas, violencia entre los padres, enfermedades mentales o simplemente, no aceptar la autoridad de los padres y que traten de imponerles límites y normas de comportamiento. Es un delito que se produce en todos los niveles sociales y en un número equivalente de adolescentes de sexo masculino o femenino. En muchísimos casos se advierte que una educación permisiva en exceso lleva a respuestas disruptivas cuando al llegar la adolescencia se tratan de poner límites a menores que nunca han tenido un no por respuesta. Pese a la disparidad de factores de estos casos, hay un desencadenante esencial de la mayoría de las reacciones de furia, cuando el padre o la madre le dicen, «pues entonces te quedas sin móvil». También en un número significativo de casos el inicio del consumo de hachís hace que se exacerben estos problemas de comportamiento.

Nuestra recomendación a los padres que acuden a fiscalía con estos problemas o que han pedido el auxilio policial por un hecho en concreto y dudan si denunciar a su hijo, es que formulen la denuncia, porque es la única forma de poder obligar al menor a que ponga de su parte para tratar de remediar los factores que le condujeron a la agresión y mejorar la convivencia familiar. En estos delitos la mayoría de los menores reconocen los hechos en su declaración, aunque sea parcialmente, lo que permite soluciones de conformidad, sin llegar a juicio, aplicando medidas de contenido educativo, como tareas socioeducativas o libertad vigilada, tendentes a enseñarles cómo llevar la convivencia de manera no conflictiva (por lo que en muchos casos se requiere la participación en la medida de los padres). En los casos más graves, si la convivencia se ha vuelto imposible, pueden aplicarse medidas de alejamiento, que obliguen al menor a salir del domicilio familiar, en cuyo caso pasará a un centro de protección, asumiendo la Consejería su guarda y también puede imponerse una medida de convivencia con un grupo educativo, para que el menor, estando fuera del domicilio y viviendo con unos educadores especializados aprenda a realizar su vida en familia de manera ordenada y normali-

zada; solamente en aquellos casos más graves, con causación de lesiones de entidad a los familiares o de reiteración delictiva se impondrá la medida de internamiento en el centro de menores. La flexibilidad en la aplicación de la medida permite que si el menor no cumple adecuadamente la medida educativa en medio abierto o comete nuevos delitos, tal medida pueda sustituirse por otra más restrictiva de derechos. Estas intervenciones permiten mejorar estos comportamientos de los adolescentes y evitar la reiteración delictiva en un porcentaje muy importante de los casos.

4. REFLEXIONES FINALES

La justicia de menores puede funcionar eficazmente, pero cuando actúa, en base a la comisión de algún delito por el menor, estamos en una fase que precisa su corrección, en algunos casos muy difícil al tener arraigados comportamientos disociales o violentos. Es esencial la prevención, basada en la educación y en la detección precoz de los factores que pueden incitar a la violencia.

La escuela debe transmitir los valores de defensa de la igualdad, respeto, tolerancia, evitación de la violencia, pero sin olvidar la cultura del esfuerzo personal necesario para conseguir progresar y mejorar en todos los aspectos. Esa educación no puede dejarse en manos exclusivamente de los profesores; los primeros responsables en la educación para un comportamiento adecuado e inculcar los valores morales básicos, la diferencia entre el bien y el mal, son los padres, que no deben hacer dejación de su responsabilidad, pero deben también contar con mecanismos de apoyo cuando se produce un conflicto con sus hijos, y no ser vistos, como a veces subyace en las nuevas leyes, como el enemigo a batir por los servicios sociales o el estado.

Debe reducirse la influencia de las nuevas tecnologías en la vida de nuestros hijos (y tal vez en la de los adultos) El uso del móvil, la tablet o el ordenador por los niños no debe hacerse sin la adecuada supervisión de un adulto. No podemos convertir a las pantallas en niñeras para que el menor no de la lata. Ningún menor debería tener acceso a redes sociales antes de los catorce años (ni tampoco es preciso que antes de su edad tenga un dispositivo de última generación, para su uso incontrolado) ¿No sería conveniente la prohibición total de los teléfonos móviles en los colegios? ¿para qué necesita el alumno tener a su disposición el móvil durante las clases?.

Deberían existir mayores controles de los contenidos de internet, pues el acceso a la pornografía de todo tipo se hace con total facilidad, se encuentra, aunque no se busque, lo mismo que las imágenes violentas, agresiones a menores, vejaciones etc. Además del control de los padres y educadores, que no pueden nadar siempre contracorriente si no hay una legislación que haga responsables a los servidores de contenidos por la divulgación y el acceso sin control de todos estos contenidos sensibles. También potenciar la educación

en el uso responsable de estos medios, que, junto a grandes ventajas tienen también sus peligros y la protección de la propia intimidad e imagen.

La irrupción de la inteligencia artificial, si no se ponen frenos adecuados, creo que multiplicará el problema. De hecho, en Asturias está registrada una denuncia por la utilización por un menor de un programa que le permitió crear una foto de una compañera desnuda, siendo prácticamente imposible al verla advertir que era un montaje.

También los medios de comunicación han renunciado, aparte de su función estrictamente informativa, a una importante función pedagógica, siendo fácil advertir que transmiten a los jóvenes la idea de que poco valen el trabajo y el esfuerzo cuando es más rentable y vende más la procacidad y el mal gusto, las técnicas u ocurrencias agresivas aunque sean poco ortodoxas, el codazo y la zancadilla, el enchufismo y el compadreo, y hasta un comportamiento delictivo y la banalización de la violencia con que nos machacan las series y películas. Hasta la música actual - el reguetón que los adolescentes (y niños) escuchan y ven sin descanso- contribuye a fomentar comportamientos machistas, con la imagen de la mujer sumisa al varón e hipersexualizada y con letras degradantes sobre comportamientos sexuales, borracheras.

Los menores extranjeros no acompañados (MENAS) que acceden a España, con quien deberían estar es en su país con sus padres, debiendo arbitrarse medidas para su efectiva repatriación, pues, aunque la legislación la contempla como primera opción, es imposible llevarla a cabo sin la cooperación del país del que han emigrado. Frente a muchos MENAS que vienen con intención de educarse y conseguir trabajo (algunos mandados por sus padres como quien desde aquí manda a sus hijos gastándose un dinero a que estudien inglés en Irlanda, Inglaterra o EE. UU., solo que a ellos les sale gratis total, pues pagamos su manutención con nuestros impuestos) otros de estos menores tienen serios problemas de integración, con comisión de delitos contra la propiedad, integración en bandas, venta de drogas o abusos sexuales o pueden pasar a formar parte de grupos radicalizados.

Pese a todos los problemas expuestos no debemos olvidar que vivimos en una sociedad aceptablemente segura, con uno de los índices de delincuencia de los más bajos del mundo occidental, que las medidas que se adoptan ya sean por los servicios sociales o judiciales son en la mayoría de los casos efectivas, que tenemos también una mayoría de jóvenes muy bien formados y responsables, cuyo principal problema es que no encuentran trabajo en España acorde a su formación, pero nuestros médicos, ingenieros, arquitectos, enfermeros son valorados en cualquier lugar del mundo.

El problema es que nos quedamos sin niños, nuestros índices de natalidad son los más bajos del mundo y los jóvenes en edad de formar una familia han tendido que buscarse la vida en el extranjero. Triste futuro para la próxima generación.

Referencias

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311 [consultado 29-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229.
2. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Boletín Oficial del Estado, 13 de enero de 2000, núm. 11 [consultado 29-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641.
3. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing) [consultado 29-09-2024]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-standard-minimum-rules-administration-juvenile.
4. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre, 1989 [consultado 29-09-2024].
   Disponible en: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf.
5. Pleno. Sentencia 36/1991, de 14 de febrero. Cuestiones de inconstitucionalidad 1.001/1988, 291/1990, 669/1990, 1.629/1990 y 2.151/1990 (acumuladas), en relación con el texto refundido de la Legislación sobre Tribunales Tutelares de Menores, Ley y Reglamento, aprobado por Decreto de 11 de junio de 1948. Boletín Oficial del Estado, 18 de marzo de 1991 [consultado 29-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1991-35000.
6. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, 25 de julio de 1889 [consultado 29-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763.
7. Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia. BOE núm.134, de 05/06/2021 [consultado 9-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con
8. Maltrato cero: Orientaciones sobre el acoso escolar. Dirección General de Ordenación Académica de la Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias. Asturias, 2006 [consultado 2-10-2024]. Disponible en: https://convivencia.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/06/maltrato_cerog-asturias-200646p.pdf
9. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24/11/1995 [consultado 2-10-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444.

DAÑOS Y TRAUMAS. LA PSICOLOGÍA EN LA ASISTENCIA A MENORES EN LOS PROCESOS JUDICIALES Y LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

DAMAGE AND TRAUMA. PSYCHOLOGY IN ASSISTING MINORS IN JUDICIAL PROCESSES AND THE COMPREHENSIVE PROTECTION OF CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

M.ª Yolanda Martín Higarza
Doctora en Ciencias de la Salud y Psicóloga Forense. Instituto de Medicina Legal de Asturias. Viceconsejería de Justicia del Principado de Asturias.

Yolanda Fontanil
Psicóloga clínica y profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo
yolandamhigarza@gmail.com

Resumen: La exposición a experiencias que producen daños psicológicos en los niños, niñas y adolescentes no queda resuelta cuando se visibilizan, a través de la notificación o la denuncia, las situaciones de maltrato en las que se encuentran inmersos. Comienza otra etapa en la que los y las menores y sus acompañantes adultos se enfrentan a una serie de circunstancias novedosas, a menudo confusas y lamentablemente, en muchas ocasiones reforzadoras de algunos de estos daños o generadoras de nuevos malestares. Estas dos últimas décadas han sido testigo de cómo los profesionales valoraban la participación de los y las menores en los procesos judiciales y señalan un lugar de mejora en el proceso de justicia. Transcurridos ya unos años desde la aprobación de la LOPIVI[1], ley centrada en proteger a los niños y niñas de todo tipo de violencia, podemos valorar positivamente que se visibilice que el paso por el sistema de justicia puede ser revictimizante y que se necesitan profesionales bien preparados para asistirles y metodologías consistentes.

Palabras clave: legislación, Psicología Forense, violencia, niño, adolescente.

Abstract: Exposure to experiences that cause psychological damage to children and adolescents is not resolved when the situations of abuse in which they are immersed

[1] Ley Orgánica, 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

are made visible through notification or complaint. Another stage begins in which minors and their adult companions face a series of new circumstances, often confusing and, unfortunately, often reinforcing some of these damages or generating new discomforts. These last two decades have witnessed how professionals value the participation of minors in judicial processes and point out a place for improvement in the justice process. A few years after the approval of LOPIVI[2], a law focused on protecting children from all types of violence, we can positively value the fact that it is made visible that going through the justice system can be re-victimizing and that well-trained professionals are needed to assist them and consistent methodologies.

Key words: legislation, Forensic Psychology, violence, child, adolescent.

INTRODUCCIÓN

La exposición a eventos que producen daños psicológicos en los niños, niñas y adolescentes no queda resuelta cuando se visibilizan, a través de la notificación o la denuncia, las situaciones de maltrato en las que se encuentran inmersos. Más bien comienza otra etapa en la que los y las menores y sus acompañantes adultos se enfrentan a una serie de circunstancias novedosas, a menudo confusas y lamentablemente, en muchas ocasiones reforzadoras de algunos de estos daños o generadoras de nuevos malestares.

La inclusión de los niños, niñas y adolescentes en los procesos judiciales implica su contacto con un sistema a menudo hostil, complejo y donde se da la paradoja de que las personas vulnerables o necesitadas de protección pueden ser situadas en una posición difícil. Aquí son susceptibles de ser cuestionados. Sus testimonios, motivaciones y decisiones se ponen en entredicho y a menudo son culpabilizados, de manera más o menos explícita, de los delitos que denuncian, cuando no acusados de mentir o falsear los hechos. El daño con el que llegan a la justicia se incrementa en un proceso que revictimiza. También algunos elementos del propio sistema como los espacios físicos, los tiempos en los procesos, las intervenciones profesionales poco apropiadas o los formatos y protocolos judiciales pueden formar parte de las prácticas y condiciones que producen un efecto revictimizante.

El sistema judicial, sin embargo, no ha sido ajeno a estas limitaciones ni a las necesidades de los menores de edad por lo que se han ido introduciendo progresivamente medidas para ajustar los requerimientos procesales a estas necesidades. Si bien las expectativas que se tienen sobre estos cambios distan aún de la realidad diaria en los tribunales, la tendencia en los últimos años

[2] Organic Law 8/2021, of June 4, on comprehensive protection of children and adolescents against violence.

empuja hacia una mayor consideración de los derechos de los menores y a un trato más digno y respetuoso. En este aspecto, la figura de profesionales especializados en el ámbito judicial y en la infancia ha cobrado especial relevancia como una pieza clave para articular el bienestar e interés superior del menor con su derecho a una participación plena en el proceso judicial y a ser considerados testigos competentes y confiables. El papel de los profesionales de la psicología ha sido muy relevante en esta cuestión. Por ello, vamos a delimitar brevemente cuáles son las necesidades de los niños, niñas y adolescentes en estos procesos y cómo se les ha dado respuesta desde la Psicología, especialmente desde el ámbito forense, teniendo en cuenta la aportación de las nuevas legislaciones a la mejora de las condiciones de los y las menores en los procesos judiciales.

Reducir el posible impacto dañino para la salud y, especialmente, para la salud mental del contacto de los niños, niñas y adolescentes con el sistema judicial es una tarea que las profesionales debemos asumir con rigor y optimizar en lo posibles nuestras prácticas, por lo que señalaremos también algunas posibilidades de mejora en este tema.

VICTIMIZACIÓN Y REVICTIMIZACIÓN. LA NECESIDAD BÁSICA DE LOS Y LAS MENORES DE NO SER REVICTIMIZADOS

El acceso de los menores de edad al sistema judicial, en términos generales, se produce por encontrarse estos en condición de víctimas o testigos de delitos y en menor medida, como infractores cuando tienen la edad para ser considerados como tales (Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores) (1). Nos centraremos en este artículo en los y las menores víctimas y/o testigos de algún tipo de delito y que puedan ser requeridos para comparecer, tanto en procesos penales como civiles, ya sea para ser explorados o para llevar a cabo una prueba pericial. Según los datos epidemiológicos de la victimización en la infancia y adolescencia, la violencia contra los menores es un fenómeno frecuente en todas las culturas, arrojando cifras muy elevadas incluso teniendo en cuenta que los diferentes tipos de maltrato suelen estar infrarrepresentados en los datos oficiales. Si ampliamos el análisis aplicando el marco teórico de la denominada victimología del desarrollo, que centra su interés en el mayor riesgo que supone para los niños y niñas la exposición a victimización dada su vulnerabilidad, incluiríamos en este conteo a las víctimas no solo de formas más reconocidas de maltrato sino también de otras categorías de violencia interpersonal que se experimentan en la infancia y adolescencia (2). Entre estas podemos considerar la exposición a delitos comunes contra la propiedad, como un robo, o contra su persona como son los delitos de odio, la victimización por parte de iguales como sucede en el acoso escolar o la violencia en los noviazgos, diferentes formas de victimización sexual o violencia a través de medios

electrónico o la exposición a violencia comunitaria. Así, se calculan tasas muy elevadas llegándose a estimar cifras según las que entre el 83 y el 91% de los menores españoles estarían afectados por algún tipo de violencia (3).

Además, la mayor parte de la victimización viene generada no por la acción de personas ajenas a los menores sino por sus cuidadores o personas más cercanas, alcanzando la cifra del 89% de perpetradores conocidos, según algunas investigaciones o en 8 de cada 10 casos, según datos de España más recientes (4, 5). Sigue pareciéndonos desalentador que esta realidad conviva con una capacidad de detección e intervención sobre la violencia contra los menores insuficiente para dar respuesta a la magnitud del fenómeno.

Históricamente, la atención a los efectos en los menores de las diversas formas de maltrato ha avanzado lentamente si lo comparamos con la conocida gravedad del impacto de las experiencias adversas en la infancia en la salud de las personas (6). Por ejemplo, no es hasta 1989 cuando sus derechos son reconocidos a nivel internacional en la Convención de los Derechos del Niño de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que fue ratificado por el estado español en 1990. Este tratado, es su artículo 19 se ocupa de la cuestión del necesario abordaje de los malos tratos, instando a los estados parte a adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los menores contra toda forma de maltrato o negligencia (Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 1989). Por tanto, las bases de la erradicación de la violencia están sentadas pero ¿nuestras prácticas profesionales en contextos como el judicial se ajustan a estas prescripciones?. Muchos de los niños, niñas y adolescentes que van a ser atendidos por profesionales de la psicología en un proceso judicial habrán estado expuestos a esta violencia directa o indirecta, limitada a un solo evento o crónica, pero en cualquier caso potencialmente dañina. Como sucede en muchos ámbitos como los de la educación, la intervención social o de la sanidad, algunas prácticas profesionales pueden potenciar los daños con que los menores llegan a sus espacios asistenciales. El de la justicia es uno de los marcos donde existen elementos con gran capacidad de producir este efecto.

El fenómeno de revictimización o victimización secundaria se asocia habitualmente al entorno judicial clásico, que puede intimidar a las víctimas y generar sentimientos de falta de control e indefensión similares a los de la experiencia de victimización primaria (7). Pero también se contempla que el vínculo entre víctimas menores y profesionales es una variable que reduce el impacto traumático que este contexto puede generar, hasta el punto de que la ayuda y la confianza que ofrecen los profesionales pueden anular este efecto. Y algunos de los factores que influyen en una mala práctica tienen que ver con subestimar la violencia experimentada por los menores, desconocer y desatender los efectos de la misma y sus necesidades de atención especializada (3).

Estas prácticas perjudiciales se presentan en diversas formas. Tradicionalmente la atención a los menores adolece de un adultocentrismo que su-

bordina las perspectivas infanto-juveniles a las de las personas adultas y asocia las características infantiles a la pasividad, la obediencia y la incapacidad quedando relegados a un segundo plano en la valoración social (8). Esto hace que a menudo, la guía de actuación con los menores sea «el sentido común», un saber guiado por lo convencional o lo *razonable* que permite que se cuelen prácticas que perjudican a los niños, niñas y adolescentes, aun no siendo ese el objetivo. Aunque se crea superada la noción desde el S XIX no es difícil encontrarnos en la actualidad con actuaciones que se apoyan en la idea de que los menores son como adultos en miniatura, que entienden como un adulto lo que sucede a su alrededor, que sus formas de ver la realidad y sus preferencias y orden de prioridades son similares a las de las personas de más edad, que su punto de vista es un complemento y no tan importante como otros, que entienden más de lo que se les explica, etc. También aparecen visiones de los y las menores que afirman que entienden muy poco, que no se enteran de los que sucede a su alrededor, que las cosas les afectan menos, que se les puede engañar fácilmente y que no es necesario que sepan mucho de lo que está pasando. Ver a los niños y niñas enfrentarse a la puesta en escena en algunas salas de justicia a menudo puede disuadir de estas ideas ya que su desconcierto y temor es evidente. Además, si la forma de manifestar estos sentimientos es el rechazo o la falta de colaboración se cumplirá la profecía y este pequeño o pequeña será incluido en el grupo de los «resistentes», de los no colaboradores o de los sospechosos de llegar al procedimiento judicial manipulados o dispuestos a manipular.

Estas atribuciones sobre los objetivos y preferencias de los menores se alejan considerablemente de lo que diversas áreas de conocimiento de la psicología, como la psicología del desarrollo, nos indican en lo relativo a lo que estos requieren para cubrir sus necesidades. Por esta y otras aportaciones científicas sabemos que las metas que guían a los niños y niñas no son las guardas y las custodias, las indemnizaciones o que se condene a alguien sino la seguridad, la disponibilidad de las figuras que la proporcionan, la predictibilidad en sus vidas o el logro de sus tareas vitales, entre otras. Perder esto de vista supone formar parte de la disfuncionalidad que contribuye a reforzar su exposición a eventos adversos. Numerosas investigaciones procedentes del ámbito forense nos muestran cuáles son las actuaciones donde debemos ser más cuidadosos. Vamos a examinar algunas de ellas a continuación. Así, es conocido que uno de los principales factores para la revictimización secundaria es la sobreexposición a evaluaciones o entrevistas que pueden producir una continua reexperimentación de emociones negativas asociadas a la vivencia traumática y también una sensación de descrédito al ser cuestionadas sus declaraciones, lo que puede afectar a la autoestima del niño o niña y favorecer o mantener sentimientos de culpa (9). Este es un ámbito en el que ya se están proponiendo e introduciendo cambios que sin duda redundarán en beneficio del menor, muchos de ellos asociados a novedades legislativas.

Existen múltiples factores que se suelen relacionar con la revictimización en el proceso judicial a raíz de los resultados de las investigaciones. Las actuaciones de los operadores jurídicos y profesionales implicados en los procedimientos (policía, jueces, fiscales, abogados, auxiliares de justicia) más enfocados en el cumplimiento de los procesos burocráticos y la búsqueda de prueba que en el trato a la víctima o profesionales con insuficiente capacitación es uno de esos factores. También son dañinas la escasez de la información que se da a la víctima sobre las características del proceso (p. ej., formato y tiempos) o la sobreestimación de la investigación pericial frente a la atención integral de la víctima. Tampoco hay duda de que la excesiva lentitud de los procesos interfiere con la readaptación de las víctimas o de que elementos propios del juicio oral como la narración del delito en presencia del victimario implican un crecimiento del sufrimiento de las y los menores víctimas de violencias. O la subjetividad de los profesionales y sus condiciones de trabajo y las intervenciones iatrogénicas como el cuestionamiento de la credibilidad de la víctima que generan un sentimiento de culpabilidad que produce a veces más daño a las víctimas por la intervención profesional que el propio hecho delictivo. Además, al igual que sucede en el campo de la atención sanitaria la falta de un entorno de intimidad y protección, el uso de excesivos tecnicismos y el desconocimiento de los roles profesionales por parte de la víctima son variables que incrementan los daños sufridos (9-12). Como ejemplo de estas prácticas en el ámbito de los menores podemos citar las que se recogen en el informe sobre abuso sexual infantil realizado con población española donde se estima que una vez denunciados los abusos los menores son llamados a testificar sobre los hechos hasta tres veces antes del juicio y en muy pocos casos (el 24,9% de las sentencias) se aceptó la prueba preconstituida, lo que supone una escasa mejora respecto a datos previos, tomando como referencia cifras de 2019-2020 donde se aplicó en el 13,8%. Incluso en algunos casos en que la prueba fue grabada el menor fue llamado a declarar en el juicio. Se añade a esto la duración de los procesos judiciales, entre dos y tres años, lo que supone un incremento respecto a los años anteriores y también se incrementaron (5). Por tanto, cualquier actuación profesional deberá prevenir estas prácticas o controlar sus efectos de modo que se pueda asegurar el mayor bienestar de la persona y salvaguardar también los elementos probatorios.

LOS CAMBIOS LEGISLATIVOS Y LA PROMOCIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Como señalamos anteriormente, para corregir estos factores de riesgo, progresivamente se han ido abriendo paso iniciativas coherentes con las necesidades infantiles y juveniles, con el trato adecuado a las víctimas y ajustadas a los requerimientos legales. Uno de los principios rectores de todas las

intervenciones con menores y que recoge el artículo 3 de la Convención de los Derechos del Niño de 1989 es que, en todas las medidas concernientes a los niños y niñas, la consideración primordial a la que se atenderá será su interés superior. Todas las actuaciones profesionales deben regirse por el principio del interés superior del menor como sujeto de derechos, lo que se complementa con el desarrollo de normas destinadas a prevenir o subsanar las posibles situaciones desfavorables a las que se pueden ver expuestos (13). Por ejemplo, el en la ratificación del Convenio de Lanzarote del Consejo de Europa en su artículo 35 o la Directiva 2011/93/UE en su artículo 20 recogen aspectos a tener en cuenta en las entrevistas del menor víctima, que deben celebrarse sin demoras injustificadas, en espacios adaptados, ser realizados por o mediante profesionales con formación adecuada, deben ser los menores posibles, solo cuando sea estrictamente necesario para los fines de las investigaciones y procesos penales y serán grabados para que los medios audiovisuales puedan ser admitidos como prueba en el proceso penal, entre otras medidas (14, 15). Otros reglamentos y leyes sistematizan la intervención de expertos como medio para garantizar la adecuada atención a los menores como la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito, en sus medidas de protección para menores y personas necesitadas de especial protección (16).

Más recientemente, y como compendio de derechos, la aprobación de la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia pretende dar respuesta a estas necesidades que se han expuesto. Esta ley integral es un marco que estructura el objetivo de poner fin a todas las formas de violencia contra los menores, regulando gran variedad de cuestiones relacionadas con la prevención de la violencia, la educación para una sociedad más concienciada, la reintegración de derechos y la reparación de los daños de las víctimas, entre otras finalidades (17). Entre las medidas de esta ley se atiende a diversas necesidades de los menores en el contexto judicial. Si bien están representados en otros de sus artículos como el derecho a ser oídos existen apartados específicos que regulan la forma en que deben ser escuchados. La propia ley señala la prueba preconstituida[3] como un instrumento adecuado para evitar la victimización secundaria, estableciendo su obligatoriedad cuando el testigo es una persona menor de catorce años o con discapacidad necesitadas de especial protección, convirtiendo es excepcional la declaración en juicio y evitando lapsos temporales entre la primera declaración y celebración del juicio oral que afecten a la calidad del relato y la revictimización (18).

En esta diligencia procesal, y en la recogida de otros testimonios de niños y adolescentes que también contempla la Ley Orgánica de protección

[3] Disposición final primera: Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1882.

integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia, es fundamental la asistencia de expertos. Por ejemplo, se prevé contar con su intervención cuando es precisa la comunicación con un menor de edad o persona especialmente vulnerable que afirma ser víctima o testigo de un comportamiento delictivo para evitar una victimización secundaria y garantizar, en lo posible, una justicia procedimental (19). Estos expertos deben estar adecuadamente preparados y se trata de cuidar todos los aspectos que rodean a la intervención profesional apelando a la «necesaria e*specialización de profesionales, metodologías y espacios para garantizar que la obtención del testimonio de las víctimas menores de edad sea realizada con rigor, tacto y respeto. Se prestará especial atención a la formación profesional, las metodologías y la adaptación del entorno para la escucha a las víctimas en edad temprana*» (18).

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES CON INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Como vemos, estos desarrollos de las leyes se centran en la víctima y sus necesidades. Y el papel de los profesionales será en muchos casos materializar estos propósitos en prácticas que eviten la revictimización. Este objetivo requiere que los y las profesionales de la psicología sean competentes no solo en la aplicación de los protocolos o guías indicados para estas tareas sino en otros conocimientos fundamentales cuando se trabaja con menores, víctimas o personas especialmente vulnerables. Así, será imprescindible conocer las características de cada fase del desarrollo humano, de las etapas del ciclo vital y también cómo los mecanismos de vulnerabilidad o protección que actúan a lo largo de su evolución pueden dar lugar a procesos psicopatológicos. Esto implica adaptarse también a los modos de expresión infanto-juvenil, manejarse con diferentes capacidades y niveles comunicativos y comprender y hacerse comprender. También respetar los tiempos y posibilidades del niño/a o adolescente. Este es un verdadero reto en un entorno tendente al adultismo, a priorizar los formalismos y al uso masivo de tecnicismos, independientemente de quien sea el receptor de la información.

La adaptación a la persona se hará también teniendo en cuenta el estado en que se encuentra en ese momento. En ocasiones debe asistirse a alguien cuyo estado no es el adecuado para afrontar semejante tarea, algo que para los operadores jurídicos puede ser un incordio ya que interfiere en el proceso. Para la víctima, sin embargo, supone un riesgo no estar en condiciones adecuadas ya que un estado de ansiedad, miedo o bloqueo pueden afectar a su desempeño, también a la imagen que proyecta y, además, a su credibilidad (7, 20). En ocasiones será necesario no solo visibilizar estas limitaciones sino proponer detener el proceso justificado por el estado del declarante ya que se puede incurrir incluso en un caso de indefensión (9).

En el polo opuesto está la víctima que es cuestionada por su aplomo y tranquilidad, sospechosa de no ser «auténtica». Es necesario recordar que la resiliencia es la respuesta mayoritaria ante la violencia (21, 22). Y otra cuestión muy importante es conocer el alcance de los eventos traumáticos. El modo en que afectan al funcionamiento de las personas es diverso y a veces puede chocar con ciertas presuposiciones sobre cómo actúan las víctimas. Conocemos cómo los eventos traumáticos afectan a los procesos de memoria (p. ej., alteraciones en la memoria episódica, recuerdos fragmentados, lagunas de memoria, dificultades o rechazo a acceder a los recuerdos…), producen dificultades en las habilidades cognitivas (p. ej. problemas atencionales por exposición continuada a estresores) y emocionales (p. ej., alexitimia asociada a la vivencia de experiencias adversas). También dan lugar a fenómenos como la retractación por temor a las consecuencias, a intentos de protección o sentimientos positivos hacia el perpetrador, reservas a la hora de contar por la evitación de estímulos que recuerdan al evento, producen procesos disociativos o manifestaciones de indefensión aprendida, etc. (22, 23).

Los mecanismos disociativos son un claro ejemplo de esta necesidad de distinguir los efectos traumáticos de entre el repertorio de procedimientos de afrontamiento de las personas. Precisamente, la disociación es uno de los síntomas más asociados a las experiencias traumáticas, sin embargo, influye en la producción de relatos fragmentados, menos exactos y distorsionados, lo que puede reforzar la impresión de ser una narrativa que no corresponde con una situación vivida y, por tanto, cuestionar que la persona haya sufrido esa experiencia (24, 25). También se observarán problemas en la construcción de la identidad y el autoconcepto que pueden trasladar una imagen de inseguridad, confusión o inestabilidad susceptibles de asociarse a trastornos que también pongan en duda la capacidad de la persona y la consistencia de lo que narra. De nuevo se plantea la paradoja de que aquello que se construye como una protección para la persona que trata de sobreponerse a algún tipo de amenaza se convierte en un arma arrojadiza en algunas ocasiones. Sabemos que sufrir alguna forma de disfunción psíquica es un factor de riesgo para la victimización violenta y también en contextos profesionales puede ser un elemento más para subestimar a la persona (26). Las manifestaciones de disfunción psíquica pueden ser efectos de la victimización pero también puede darse victimización sin psicopatología ya que el impacto de la violencia depende de muchos factores. Conocer esta realidad nos permite no encorsetarnos en nexos causales rígidos (p. ej., afirmar que las secuelas psíquicas son las que avalan la credibilidad de un testimonio) e informar adecuadamente a los operadores jurídicos sobre esta variabilidad (27). Por tanto, será también una tarea de los profesionales de la salud mental y especialmente del ámbito de la psicología forense hacer entender que algo que caracteriza al trauma es que las capacidades de la persona para hacer frente a los hechos que le dañaron se vieron superados tanto en el momento de la victimización como posteriormente y que el procedimiento judicial reactivará en muchos casos esta vulnerabilidad. Todas estas respuestas, que son en

muchos casos estrategias de adaptación para afrontar el sufrimiento psíquico, explican las actuaciones de las víctimas. Sin el conocimiento adecuado, estas reacciones pueden ser interpretadas de forma incorrecta y parcial, perjudicando en muchos casos a la persona.

Los sesgos de los profesionales también pueden ser un factor a controlar en estos casos. El uso de hipótesis es una herramienta útil para contrarrestar los efectos de los prejuicios o de las explicaciones lineales, al igual que un amplio conocimiento de las dinámicas relaciones y comunicacionales del maltrato y los abusos, donde se contempla que determinadas reacciones pueden caber en un contexto abusivo (p. ej, la defensa del agresor, la retractación o la emoción positiva). Es chocante y doloroso pensar que colaborar con la justicia puede tener unas implicaciones relacionales perjudiciales, como el rechazo de la familia o el estigma social, pero es la realidad a la que se enfrentan las víctimas. Todo esto es necesario complementarlo con una metodología basada en la evidencia, ajustada a los medios de expresión infantil y juvenil y que eviten perjuicios en las víctimas, como puede ser un testimonio inadecuadamente obtenido o los resultados de una evaluación de escasa calidad técnica (28). Y no debemos perder de vista que nuestro papel en estas tareas es el mismo que en otras situaciones de interacción en las que se presenta algún tipo de amenaza. En estos casos, el niño, niña o adolescente que tenemos enfrente requerirá de nosotros una respuesta sensible y ajustada. La objetividad que exige nuestro trabajo no es incompatible con ejercer una función de refugio o base segura cuando tenemos en frente a una persona abrumada por la situación. Calmar a la persona es fundamental para un buen desempeño ya que los estados de activación serán incompatibles con un buen desempeño cognitivo y una emoción adecuada. También en este marco es necesario recordar que ser adecuadamente compasivo no sólo es ético, sino que también puede mejorar la calidad de los datos (29).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los/as profesionales de la psicología suponen en estos procesos una herramienta útil para acercar al ámbito jurídico los conocimientos expertos que no son esperables en los operadores jurídicos. No obstante, la figura del psicólogo forense cumple, entre otras, la finalidad de informar mediante pruebas científicas a los tribunales (30).

La incorporación de los profesionales de la psicología ha permitido que áreas de conocimiento como la psicología evolutiva, la psicopatología del desarrollo, las relaciones interpersonales, los conocimientos sobre el daño psíquico, el trauma y también la psicología del testimonio o la victimología se hayan incorporado en estos procesos. Todo ello redunda en el beneficio de la salud mental de los menores especialmente aquellos que ya han estado expuestos a daños.

La pretensión de que los menores puedan pasar por el sistema judicial y que en el proceso se hagan valer sus derechos y no sufra efectos indeseados asociados a este periplo es viable si se tienen en cuenta sus necesidades como menores y víctimas. Muchas buenas prácticas psicológicas en el sistema judicial con menores ya han sido sistematizadas y puestas en funcionamiento incluso algunas elaboradas para los propios menores en lenguaje adaptado y formato ilustrado (10, 31-37). Y todas han de contribuir a cubrir los preceptos de la ley, yendo más allá al incorporar aportaciones de la psicología como la perspectiva longitudinal y del desarrollo humano, los conocimientos de la psicología jurídica y forense, el enfoque basado en el buen trato, los conocimientos sobre los efectos traumáticos y las metodologías basadas en la evidencia.

Todavía quedan muchos objetivos pendientes: una mayor especialización y formación de los operadores jurídicos en violencia contra la infancia y adolescencia, la disponibilidad de los medios materiales y técnicos necesarios, la generalización de espacios seguros, la mayor participación de los menores en los procesos que les incumben o ajustar los tiempos procesales a sus necesidades de reparación de los daños, que deberán ser subsanados en beneficio del interés superior del menor pero también de un mejor funcionamiento de la justicia.

Estas dos últimas décadas han sido testigo de cómo los profesionales valoraban la participación de los y las menores en los procesos judiciales y señalan un lugar de mejora en el proceso de justicia. La participación en los procesos jurídicos no significa tener derecho a tomar una decisión o determinar el resultado, pero sí significa ser escuchado y que sus opiniones se tomen en serio y se traten con respeto (38, 39).

En conclusión, transcurridos ya unos años desde la aprobación de la ley centrada en proteger a los niños y niñas de todo tipo de violencia, podemos valorar positivamente que se visibilice que el paso por el sistema de justicia puede ser revictimizante y que se necesitan profesionales bien preparados para asistirles y metodologías consistentes. Y la experiencia nos insta a un esfuerzo de adaptación guiado por las necesidades de la infancia y la adolescencia, por sus competencias y limitaciones, aún sin desdeñar la importancia de cumplir con los criterios legales. Los procedimientos deben ajustarse a ellos en la medida que lo requieran y no al revés. Los fracasos nos advierten de esta necesidad de equilibrar los mandatos de la justicia con el trato digno.

La movilización de recursos para erradicar la violencia y prevenirla, contribuir a una cultura del buen trato y permitir la participación infantil y adolescente debe realizarse también en contextos complejos y no siempre amables. La creación de espacios amigables y entornos protectores es la vía de entrada para generar confianza en un sistema que muchas víctimas evitan, no esperando encontrar en él protección o reparación de los daños sufridos. Todos los inicios plantean dificultades y necesidades de ajuste, pero esta tarea

urge; en lo relativo al bienestar de los menores los tiempos son valiosos. Como hemos dicho anteriormente acercarnos a las menores víctimas no sólo es ético, sino que también puede mejorar la calidad de los datos y la tan deseada llegada de decisiones justas.

Referencias

1. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Boletín Oficial del Estado, núm. 11, de 13 de enero de 2000.
2. Finkelhor D, Hashima PY. The victimization of children and youth: A comprehensive overview. In S. O. White (Ed.), *Handbook of youth and justice.* Kluwer Academic Publishers, 2001; pp. 49-78.
3. Pereda Beltrán N. ¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la polivictimización en la infancia y la adolescencia. Papeles del Psicólogo 2019, 40(2), 101-111.
4. David Finkelhor D, Ormrod R. Kidnaping of Juveniles: Patterns From NIBRS Kidnaping of Juveniles: Patterns From NIBRS U.S. Department of Justice. Juvenile Justice Bulletin [consultado 29-06-2024]. Disponible en: https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojjdp/181161.pdf
5. Save the Children. Por una Justicia a la altura de la infancia. Save the Children España, 2023.
6. Felitti V, Anda R F, Nordenberg D, Williamson D F, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine 1998, 14(4), 245–258.
7. Fontanil Y, Alcedo MA. Protocolo contra la violencia sexual. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, Principado de Asturias, 2018. ISBN: AS-4495-2018.
8. De la Jara Morales I. Adutocentrismo y género como formas negadoras de la cultura infantil. Revista Saberes Educativos 2018, 1, 47-67. https://doi.org/10.5354/2452-5014.2018.51604.
9. González JL, Muñoz JM., Sotoca A, Manzanero AL. Propuesta de protocolo para la conducción de la prueba preconstituida en víctimas especialmente vulnerables. Papeles del Psicólogo 2013, 34(3), 227-237.
10. Fontanil Y, Alcedo M Á, Solís P, Alonso Y, Fernández-Álvarez N, Fernández-Briz N. Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias, 2022.
11. Martín-Higarza Y, Fontanil Y. Aportaciones psicológicas desde las unidades de valoración forense integral: produciendo respuestas con valor para las mujeres víctimas de violencia de género. En Nuevas formas de prevención y respuesta jurídico-social frente a la violencia de género. J. G. Fernández Teruelo, P. Fernández-Rivera, J. García Amez (Directores). Ed. Thomson Reuter-Aranzadi, 2022.
12. Unger JL. Víctimas y revictimización. Reflexiones en torno a la finalidad del proceso penal. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires, 2015.
13. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de Noviembre, 1989. https//www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf.

14. Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo. Diario Oficial de la Unión Europea núm. 335, de 17 de diciembre de 2011, pp. 1 a 14.

15. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 12 de noviembre de 2010, pp. 18136 a 18152.

16. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito. Boletín Oficial del Estado, núm. 101, de 28 de abril de 2015.

17. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 134, de 5 de junio de 2021.

18. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Gaceta de Madrid núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.

19. Subijana IJ, Echeburúa E. El conflicto de roles con respecto a la prueba pericial psicológica en el proceso judicial. Anuario de Psicología Jurídica 2022, 32, 107-114.

20. Barto B, Bartlett JD, Von Ende A, Bodian R, Noroña CR, Griffin J, Fraser JG, Kinniburgh K, Spinazzola J, Montagna,C, Todd M. The impact of a statewide trauma-informed child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes. Child Abuse & Neglect 2018, 81, 149–160.

21. Galatzer-Levy IR, Huang SH, Bonanno GA. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. Clinical Psychology Review 2018, 63, 41-55.

22. Brooks M, Graham-Kevan N, Robinson SJ, Lowe M. Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts and social support. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2019, 11(2), 232–238.

23. Martín-Higarza Y, Fontanil Y, Méndez MD, Ezama E. The Direct and Indirect Influences of Adverse Childhood Experiences on Physical Health: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, 17(22), 8507.

24. Brand BL, Schielke HJ, Brams JS. Assisting the courts in understanding and connecting with experiences of disconnection: Addressing trauma-related dissociation as a forensic psychologist, part I. Psychological Injury and Law 2017, 10, 283-297.

25. Patihis L, Otgaar H, Merckelbach H. Expert witnesses: Dissociative amnesia, and extraordinary remembering: Response to Brand et al. Psychological Injury and Law 2019, 12, 281-285.

26. Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. Behavioral Psychology-Psicología Conductual 2011, 19(2), 421-438.

27. Read J, Fink PJ, Rudegeair T, Felitti V, Whitfield CL. Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated Bio-Psycho-Social Model. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses 2008, 2(3), 235-254.

28. Amaya Nassar S. La evaluación psicológica forense como un diseño paralelo convergente desde los métodos mixtos de investigación. Revista Iberoamericana de Psicología 2021, 14 (3), 39-46. Obtenido de: https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/193040.

29. Goldenson J., Brodsky SL., Perlin ML. Trauma-informed forensic mental health assessment: Practical implications, ethical tensions, and alignment with therapeutic jurisprudence principles. Psychology, Public Policy, and Law 2022, 28(2), 226.

30. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, núm. 7, de 8 de enero de 2000.

31. Juárez JR, Álvarez F. Evaluación Psicológica Forense de los abusos y maltratos a niños, niñas y adolescentes. Guía de buenas prácticas. Asociación de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia (APF), 2018.

32. Ministerio de Justicia. Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Gobierno de España, 2018.

33. Subijana IJ, Echeburúa E. Los menores víctimas de abuso sexual en el proceso judicial: El control de la victimización secundaria y las garantías jurídicas de los acusados. *Anuario de Psicología Jurídica 2018, 28*(1), 22–27.

34. Magnusson M, Ernberg E, Landström S, Akehurst L. Forensic interviewers' experiences of interviewing children of different ages. Psychology, Crime & Law 2020, 26(10), 967-989.

35. Ministerio de Justicia. Guía de buenas prácticas para la declaración en el proceso penal de menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección: intervención desde la psicología forense, en particular en la prueba preconstituida. Gobierno de España, 2022.

36. Pereda N. (Coord.). Alguien me ha hecho daño... y ahora ¿qué pasará? Guía de apoyo para niños y niñas ante el proceso penal. Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA), Universitat de Barcelona, 2022.

37. Bravo M, Guil C, Martín F, Rodríguez JA, Riva V, Tabarés MA. Puedo hacerlo ¿Me ayudas a explicarme? Buen trato en la exploración judicial a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Generalitat de Catalunya, 2023.

38. Cashmore J. Promoting the participation of children and young people in care. Child abuse & neglect 2002, 26(8), 837-847.

39. Katz C, Kosher H. «He's just a baby»: Forensic interviewers' experiences and perceptions of maltreated preschoolers' participation in the criminal justice system. Children and Youth Services Review 2020, 110, 104738.

LA PARENTALIDAD POSITIVA: UNA ALIADA PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

POSITIVE PARENTING: AN ALLY FOR THE PROTECTION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE FAMILY ENVIRONMENT

María José Martínez Díaz
Trabajadora Social Clínica de Infancia y Familia. Experta en gestión emocional.
info@janetmartinez.es

Resumen: La familia constituye la base de toda sociedad y conforma un núcleo social complejo. Es el medio natural donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes y debe por ello constituirse como el primer eslabón en la prevención de la violencia contra la infancia. Las importantes transformaciones experimentadas en la sociedad han conllevado cambios de comportamiento en las familias, con muchas mejoras y grandes avances, pero que también han generado variaciones que han afectado a las dinámicas de convivencia, así como a los patrones de funcionamiento familiar que requieren por parte de las figuras parentales de referencia de un reaprendizaje y un apoyo en el desempeño de las funciones inherentes a su rol, respecto a los patrones tradicionales de crianza. La entrada en vigor de la LOPIVI establece como objetivo prioritario de todas las administraciones públicas, articular apoyos desde el ámbito de las políticas públicas de familia, de cara a favorecer el buen trato en el entorno familiar y velar así por el interés superior del niño en su medio de crianza garantizando entornos familiares cálidos, seguros y protectores a través del ejercicio de la Parentalidad Positiva.

Palabras clave: Parentalidad positiva, Familia, Atención, Afecto, Reconocimiento, Infancia.

Abstract: The family is the base of each society and makes up a complex social core. It is the natural environment where children and adolescents grow and therefore it must constitute the most important link in the prevention of violence against childhood. The most significant changes in society have led to behavioural transformations in the family, with a number of improvements and great advances, but have also caused variations that have affected the dynamics of coexistence as well as the family functioning patterns which require a relearning from the reference parental figures. Furthermore, they also need support to carry out the functions inherent to their role as opposed to the traditional parenting patterns. The entry into force of LOPIVI establishes as a priority objective of

all public administrations to articulate supports from the scope of the public family policies so as to favour respect in the family environment and thus ensure the best interests of the child in his or her upbringing living conditions that can guarantee warm, safe and protective family environments through the practice of Positive Parenting.

Key words: Positive parenting, Family, Attention, Affection, Recognition, Childhood.

LA PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Las normas de protección a la infancia no existían a comienzos del siglo pasado. La Asamblea General de Naciones Unidas aprueba en 1959 la Declaración de los Derechos del Niño que es la primera que reconoce el derecho de los niños y niñas a la educación, al juego, a la atención a la salud y a tener un entorno que los proteja. La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas es el tratado internacional que de manera más amplia y rápida se ha ratificado de toda la historia y señala en su artículo 19 en relación a toda forma de violencia contra los niños, niñas y adolescentes que *«los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo»* (1).

La obligación de proteger a la familia y respetar la vida familiar y el principio de unidad familiar se consagra en numerosos instrumentos del Derecho Internacional de Derechos Humanos (artículos 12 y 16 de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948) (2). La Constitución Española en su artículo 39 establece que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia (3). En cada Comunidad Autónoma se han desarrollado legislaciones específicas, planes de actuación, programas marco o incluso protocolos específicos para atender la problemática del maltrato infantil y garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes. Con la entrada en vigor de la LOPIVI no solo se establece un marco de protección de la infancia de cara a erradicar la violencia, sino que se introduce la garantía de buen trato para los NNA desde un enfoque de derechos y protección integral, priorizando siempre el interés superior del menor. Desde este enfoque, el artículo 1.3 de la LOPIVI señala que *«Se entiende por buen trato a los efectos de la presente Ley aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley,*

igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes» (4). Los NNA necesitan de un fuerte apoyo emocional para el desarrollo de su personalidad precisando de un ambiente basado en el cariño donde se sientan protegidos, queridos y arropados; siendo por tanto la familia donde crecen el entorno idóneo para ello.

La LOPIVI en el ámbito familiar y con el objetivo de prevenir, actuar y erradicar la violencia contra los NNA y promover el buen trato, introduce cambios importantes en:

1. El enfoque de la parentalidad positiva como medida preventiva fundamental en el ámbito familiar, a través de las siguientes actuaciones:
   – Introducción de medidas de política familiar (artículo 27.1) (4).
   – Sensibilización y formación, para padres, madres y responsables legales y también para NNA (art. 27.2 LOPIVI) (4).

2. Situaciones de ruptura familiar (artículo 28 LOPIVI) (4). Prestando especial atención a la protección del interés superior del menor, adoptando medidas en:
   – Potenciar los servicios de apoyo a las familias, los PEF y en todos los recursos de las administraciones públicas de cara a proteger a la infancia y adolescencia.
   – Impulsando los gabinetes psicosociales del los juzgados y servicios de mediación y conciliación.

3. En materia de violencia de género e infancia, incluyendo la violencia de género como una de las formas de violencia a la que pueden ser sometidos los niños, niñas y adolescentes.
   En su artículo 1 señala «En cualquier caso, se entenderá por violencia /…/ La violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado» (4).
   – La LOPIVI establece en su artículo 29 que *«Las administraciones públicas deberán prestar especial atención a la protección de los NNA que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de género»* (4).
   – Partiendo de la consideración de víctimas de la violencia de género se contemplarán conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre, garantizando el apoyo, su protección, atención especializada y recuperación, siguiendo los protocolos de actuación y planes de intervención en supuestos de violencia de género, de los organismos sanitarios, policiales, educativos, judiciales y de igualdad (artículos 34 y 43) (4).
   – Reconoce específicamente la violencia vicaria, incluyéndola en la definición de violencia de género y modificando así la el artículo 4.4 de la Ley Orgánica 1/2004 (5).

– Modificaciones en el régimen de las relaciones familiares en los casos de violencia de género, con reformas del Código Civil como en el artículo 92.7 que niega la procedencia de la guarda conjunta en los procesos de ruptura de la unidad familiar cuando *«cualquiera de los progenitores esté incurso en un proceso penal iniciado por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual del otro cónyuge o de los hijos que convivan con ambos. Tampoco procederá cuando el Juez advierta, de las alegaciones de las partes y las pruebas practicada, la existencia de indicios fundados de violencia doméstica o de género»* (4). Y el artículo 158 del Código Civil que prevé medidas de protección del menor en los supuestos de violencia y que pueden proyectarse a los supuestos de violencia de género y que suponen una modificación de las facultades vinculadas a la patria potestad (4).

4. Reformas en el Código Penal.

5. Reformas en materia de medidas cautelares del procedimiento judicial.

LA IMPORTANCIA DE LA VIDA FAMILIAR EN LA INFANCIA

La Convención de los Derechos de Niño es clara en afirmar que la familia es «un grupo fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros y en particular de los niños», razón por la cual debe de recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir la importancia de la vida familiar en la infancia. Así mismo, La Convención otorga el Derecho a los niños a tener una vida y una familia, los NNA tienen derecho a una vida digna dentro del seno de una familia y los padres son el primer eslabón a la hora de garantizar este derecho, protegiendo al niño. Martínez González conceptualiza a la familia como *«un sistema de participación y exigencias entre personas unidas por vínculos afectivos y/o consanguíneos, un contexto donde se generan y expresa emociones, del que se esperan satisfacciones y donde se desempeñan funciones educativas y de cuidado de los hijos y de los adultos que lo integran»* (6).

La Recomendación 19/2006 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a las familias y al ejercicio positivo de la parentalidad (2006), expone entre otros los siguientes principios *«El ejercicio de la parentalidad se refiere a todas las funciones propias de los padres/madres relacionadas con el cuidado y la educación de sus hijos/as. El ejercicio de la parentalidad se centra en la interacción padres – hijos y comporta derechos y obligaciones para el desarrollo y realización del niño; igualmente se refiere al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades,*

no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño» (Recomendación 19, página 3) (7).

La edición 2021 del Informe Estado Mundial de la Infancia de UNICEF *«En Mi Mente – Promover, Proteger y cuidar la salud mental en la infancia» sobre la salud mental de los niños, niñas, los adolescentes y los cuidadores en el siglo XXI, aboga por llevar a cabo intervenciones que han demostrado su eficacia en diversos ámbitos y entre ellos los programas de protección social reseñando que la crianza de los hijos es crucial para sentar unas bases sólidas que protejan la salud mental de los NNA».* Considera que la crianza es fundamental para la salud mental de los niños y niñas y reseña que, para desempeñar esta función, muchos cuidadores precisan el apoyo de programas de crianza, que pueden incluir, información, orientación, apoyo financiero y psicosocial. Muchos cuidadores también necesitan apoyo para mantener estable su salud mental.

En la infancia los factores de riesgo más significativos son la mala alimentación y la disciplina violenta. En los países menos desarrollados del mundo, el 83% de los niños son víctimas de la disciplina violenta por parte de sus cuidadores. En infancia y la adolescencia, la crianza y el apoyo de los padres sigue siendo uno de los mayores protectores de la salud mental de los NNA (UNICEF) (8).

EL EJERCICIO DE LA PARENTALIDAD POSITIVA EN LA PROTECCIÓN DE MENORES

La denominada Parentalidad Positiva supone la recuperación y el impulso político y educativo de las tradicionales actividades de educación e intervención educativa dirigidas a habilitar a madres y padres como educadores de sus hijas e hijos. La Recomendación 19/2006 19/2006 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los estados miembros señala la importancia de contar con buenos profesionales y buenos servicios para poder llevar a cabo la importante labor de apoyar a los padres y madres en su labor educativa. A efectos de la LOPIVI, se entiende por «parentalidad positiva el comportamiento de los progenitores o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, fundamentado en el interés superior del niño, niña o adolescente y orientado a que la persona menor de edad crezca en un entorno afectivo y sin violencia que incluya el derecho a expresar su opinión, a participar y ser tomado en cuenta en todos los asuntos que le afecten, la educación en derechos y obligaciones, favorezca el desarrollo de sus capacidades, ofrezca reconocimiento y orientación y permita su pleno desarrollo en todos los órdenes (artículo 26.3 LOPIVI)» (4).

Los niños tienen derecho a ser protegidos directamente por su familia y los padres y madres han de ser protegidos también en su labor parental a través del aporte de recursos y servicios que faciliten, refuercen, complementen o sustituyan su labor educativa por parte de los poderes públicos, a través de:

– Los programas preventivos de capacitación parental de padres y madres enmarcados en la implementación del buen trato a la infancia y en el desarrollo del ejercicio de la parentalidad positiva para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de la infancia, así como un adecuado desarrollo integral de los NNA.
– El sistema de protección social a la infancia, familia y adolescencia, con el aporte de recursos, prestaciones y servicios específicos en las situaciones de desprotección infantil, que requieran la adopción de medidas protectoras, y cuyo fin es preservar a los menores en sus familias de origen.

La familia ha de ser el centro de las intervenciones de parentalidad positiva encaminadas a erradicar cualquier tipo de violencia sobre los menores y a garantizar el buen trato de los NNA, a través del del conocimiento de las necesidades de los NNA por parte de sus cuidadores y del conocimiento y reconocimiento de las propias competencias parentales por parte de las figuras responsables.

Dentro del desarrollo teórico para educar sobre las necesidades, una de las clasificaciones más reconocidas de Abraham Maslow parte de la jerarquía de las necesidades humanas (9). Feliz López a través de su teoría de las necesidades del niño se sitúa como referente obligado para una adecuado conocimiento y comprensión del bienestar de los NNA, que nos permite tanto detectar carencias e identificar situaciones de desprotección, como orientar las actuaciones familiares hacia el buen trato de la infancia (10). Cualquier situación que implique que un menor no tiene sus necesidades básicas cubiertas, aunque implique un mínimo riesgo debe de ser notificada para su intervención inmediata, tanto para ser subsanadas en el momento actual como por el riesgo significativo de que no sean satisfechas en el futuro. Conocer a nuestros hijos e hijas y sus necesidades nos facilitará garantizar su bienestar integral y su protección; como cuidadores, para dar cobertura a determinadas necesidades precisaremos de medios materiales, así como para satisfacer otras lo haremos a través de medios emocionales: amor, dedicación, respeto y esmero.

Para Barudy y Dantagnan las competencias parentales se definen como el saber y hacer o «las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano» (11). Es necesario también contar con una cierta plasticidad y apertura por parte de los cuidadores para modificar sus habilidades y adaptarse a modelos positivos de crianza. Con esta fórmula de la parentalidad positiva, el bienestar infantil es producto de la confluencia del buen trato que el niño recibe y que a su vez se encuentra determinado por la disposición de las competencias parentales de las que disponen los cuidadores y que les permiten responder y dar cobertura a las necesidades de los niños y niñas; para que esto ocurra debe estar amparado por los recursos comunitarios adecua-

dos que ayuden y colaboren a cubrir las necesidades de los NNA y también de los adultos.

Para ejercer una adecuada parentalidad positiva con los NNA los cuidadores han de basarse en unas estrategias básicas que, en unos casos, tendremos integradas por la historia de vida y, en otras, se precisará de ayuda y apoyos complementarios, pues tanto las personas, los contextos, los factores ambientales, familiares y sociales son cambiantes. Para un buen ejercicio de la parentalidad positiva responsable, Rodrigo, Máiquez, Martin y cols. «plantean un control parental autorizado basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas» (12). Para ello, como padres, madres o responsables legales es importante basar la parentalidad en:

- *Conocer las necesidades de los niños, niñas y adolescentes*, dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentran.
- *Conocernos como padres y madres*. Todo empieza por uno mismo. Como decía Daniel Goleman «La autoconciencia implica un conocimiento profundo de las emociones, los puntos fuertes, las debilidades, las capacidades, las necesidades, las limitaciones y los impulsos de uno mismo» (13).
- *Sentirnos seguros como padres y madres a través de la autorregulación emocional*. Como dice Ramiro A. Calle «Cuando algo no puedo controlarlo en el exterior, al menos sé, que puedo controlar mi actitud ante ello. ¡Hay tantas cosas que se nos escapan, que no podemos controlar! Pero siempre podemos controlar nuestra actitud ante todo ello y saber tomarlo con ecuanimidad y calma» (14).
- *Pasar de la autoridad a la responsabilidad*, a través de la disciplina positiva (te digo «no» porque te quiero).
- *Modelar el funcionamiento de los niños, niñas y adolescentes* a través de las propias actuaciones y comportamientos.
- *Compartir sentimientos y emociones con los hijos e hijas* e incorporarlos a la vida cotidiana y relacional.
- *Establecer dinámicas relacionales positivas basadas en el respeto, la empatía y la asertividad* (porque escuchar, a veces, también duele). Como decía Thích Nhất Hạnh monje budista zen, escritor, poeta y activista por la paz vietnamita «Lo más importante es que necesitamos ser entendidos. Necesitamos alguien que sea capaz de escucharnos y entendernos. Entonces, sufrimos menos».
  - Reconocer y aceptar también las ideas y opiniones de los NNA, haciéndoles partícipes en las dinámicas familiares como primer escalón en su derecho de participación.
  - Dedicar atención y tiempo en exclusiva para los NNA (medir por tiempo de calidad en lugar de cantidad de tiempo). Como dice el pediatra Carlos González «Los niños necesitan tiempo»

– Instaurar el respeto como base familiar de las dinámicas relacionales positivas garantiza la protección de los NNA. Autorrespetarse (respetarnos como personas empieza por nosotros mismos, porque a respetar también se aprende). Como decía el filósofo Pitágoras «Ante todo respetaos a vosotros mismos».

CONCLUSIONES

La Ley Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) aprobada en junio de 2021 ha supuesto la introducción de numerosos cambios para prevenir o actuar contra la violencia, a través de un abordaje integral en todos los ámbitos en los que interaccionan los niños, niñas y adolescentes. «Se considera maltrato la forma de violencia ejercida por padres, madres o cuidadores principales que provoca un daño en el bienestar físico, emocional y psicológico de niños, niñas y adolescentes, perjudicando su desarrollo evolutivo. Es un tipo de violencia asociada a quien la ejerce, justamente quienes deberían cuidar y proteger a los niños y niñas» (15).

La Convención de los Derechos del Niño parte, de la consideración de los padres como principales y primeros responsables de los hijos (artículo 18.1) (4). Ser padre o madre no siempre es fácil, para ello instaurar la parentalidad positiva en la familia como herramienta imprescindible para proteger a los NNA, parte de una protección a través de los poderes públicos hacia los cuidadores y cuidadoras sobre los que recae la labor parental de cara a que la ejerzan de la mejor manera posible.

La LOPIVI parte de este papel fundamental de la familia y del papel complementario del Estado, para erradicar la violencia y garantizar el buen trato de los NNA, fijándolo como uno de los primeros ámbitos de actuación. Sensibilizar y formar a los responsables de este primer eslabón de actuación será clave para alcanzar dicho objetivo.

Es importante tener presente que el deseo de la mayoría de padres y madres es ser unos padres ideales y es cierto que la mayoría lo son, pero…

«Nadie deja sus antiguas herramientas de crianza,
si no tiene unas nuevas por las que reemplazarlas»

Jane Nelssen

Y es responsabilidad de todos y todas proteger
a nuestros Niños, Niñas y Adolescentes.

Referencias

1. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre, 1989 [consultado 7-09-2024].
   Disponible en: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

2. Asamblea General de las Naciones Unidas. «Declaración Universal de los Derechos Humanos.» 217 (III) A. Paris, 1948 [consultado 7-09-2024]. Disponible en: http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

3. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311 - Cita en texto: (art. 39 CE) [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229#:~:text=Art%C3%ADculo%203&text=El%20castellano%20es%20la%20lengua,de%20acuerdo%20con%20sus%20Estatutos

4. Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia. BOE núm.134, de 05/06/2021. Ref: BOE-A-2021-9347 [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con

5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género. BOE núm. 313, de 29/12/2004. BOE-A-2004-21760 [consultado 7-09-2024].
   Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760

6. Martínez González RA, Rodríguez Ruiz B, Álvarez Blanco L, Becedoniz Vázquez C. Evidence in promoting positive parenting through the Program-Guide to Develop Emotional Competences. Psychosocial Intervention [online]. 2016, vol. 25, n.2, pp. 111-117. ISSN 2173-4712 [consultado 7-09-2024].
   Disponible en: https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.04.001

7. Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad (Adoptada por el Comité de Ministros el 13 de diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los delegados de los Ministros) [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/familias/Parentalidad_Positiva/docs/informeRecomendacion.pdf

8. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Publicado por la Oficina de Visión y Política Global de UNICEF [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021

9. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1954.

10. López Sánchez F. Necesidades en la infancia y adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social. Madrid: Editorial Pirámide, 2005.

11. Barudy J, Dantagnan M. Buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Editorial Gedisa, 2017.

12. Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias. [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_2015.pdf

13. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós, 2000.

14. Calle R. El Libro de la Felicidad. Barcelona: Editorial Martínez Roca, 1998.

15. Orden PCM/126/2023, de 10 de febrero, por la que se crea y regula la comisión de seguimiento de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia. [consultado 7-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-3845

16. Nelsen J, Gfroere K. Positive Discipline Tools for teachers: effective classroom management for teachers. New York: Harmony Rodale, 2017.

LA LEY ORGÁNICA 8/2021 (LOPIVI) EN EL ÁMBITO EDUCATIVO: ENTRE EL DESEO Y LA REALIDAD

ORGANIC LAW 8/2021 (LOPIVI) IN THE EDUCATIONAL FIELD: BETWEEN DESIRE AND REALITY

María José Villaverde Aguilera
Orientadora Educativa del IES Universidad Laboral (Gijón).
Doctora en Ciencias de la Educación.
Máster en Psicopatología y Salud (UNED).
Máster en Inmigración e Interculturalidad (UCLM)
mjoseva@educastur.org

Resumen: Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (en adelante LOMLOE) y de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (en adelante LOPIVI) obligan a las Administraciones Educativas y a las/los profesores que trabajan con la infancia y la adolescencia a realizar una reflexión profunda sobre el alcance de este nuevo marco normativo y de sus efectos. En la LOMLOE la educación inclusiva se convierte en un principio fundamental. El objetivo prioritario es atender a la diversidad de las necesidades de todo el alumnado, eliminando las barreras que les limiten el acceso, la presencia, la participación y el aprendizaje. La LOPIVI, por otra parte, supone un cambio de paradigma fundamental en la lucha contra la violencia en la infancia y la adolescencia, colocando el foco de atención en la titularidad de los derechos y en la prevención, creación de entornos seguros y el buen trato en el ámbito educativo y social.

Palabras clave: violencia, prevención, infancia, derechos humanos.

Abstract: The approval of Organic Law 3/2020, of December 29, which modifies Organic Law 2/2006, of May 3, on Education (hereinafter LOMLOE) and Organic Law 8/2021, of June 4, on comprehensive protection of children and adolescents against violence (hereinafter LOPIVI) forces Educational Administrations and teachers who work with children and adolescents to carry out a deep reflection on the scope of this new regulatory framework and its effects. In the LOMLOE, inclusive education becomes a fundamental principle. The priority objective is to address the diversity of needs of all students, eliminating the barriers that limit their access, presence, participation and learning. LOPIVI, on the other hand, represents a fundamental paradigm shift in the fight against violence in childhood

and adolescence, placing the focus on the ownership of rights and prevention, the creation of safe environments and good treatment in the educational and social spheres.

Key words: violence, prevention, childhood, human rights.

La lucha contra la violencia en la infancia es un imperativo de Derechos Humanos.
Preámbulo, LOPIVI 2021

INTRODUCCIÓN

La aprobación de Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (en adelante LOMLOE) y de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (en adelante LOPIVI) obligan a las Administraciones Educativas y a las/los profesionales que trabajan con la infancia y la adolescencia a realizar una reflexión profunda sobre el alcance de este nuevo marco normativo y sus efectos en sus prácticas (1, 2). En la LOMLOE la educación inclusiva se convierte en un principio fundamental. El objetivo final es atender a la diversidad de las necesidades educativas de todo el alumnado, eliminado las barreras que les limiten el acceso, presencia, participación y el aprendizaje (2).

La LOPIVI, por otra parte, supuso un cambio de paradigma fundamental en la lucha contra la violencia, al colocar el foco de atención en la prevención, en la creación de entornos seguros y en el buen trato (1). La infancia y adolescencia, por tanto, se convierten en titulares de derechos, en consonancia con el desarrollo del artículo 15 de la Constitución Española: «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes» (3). En relación con este precepto constitucional, en la LOPIVI se definen los conceptos de violencia (art 1.2), buen trato (art. 1.3) y entorno seguro (art. 3) (1). Se entiende por violencia en la LOPIVI «toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital». Respecto al buen trato, este se relaciona con el respeto a los derechos fundamentales en la infancia y adolescencia, promoviendo activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación.

En el marco de la citada Ley, se entiende como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital.

De estas prescripciones normativas, se derivan en el ámbito educativo algunas preguntas claves, a las que intentaremos dar respuesta en este manuscrito. Son las siguientes:

- ¿Existen acciones, u omisión de estas, o trato negligente que prive a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, y que amenace o interfiera en su adecuado desarrollo, físico o social, incluida la violencia digital?
- ¿Se promueven activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de la discriminación de los niños, niñas y adolescentes, cubriendo, de esta forma, todas sus necesidades?
- En el entorno, ¿se respetan los derechos de la infancia y se promueve un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital?

Las respuestas a estas preguntas estarán condicionadas por la adopción de un enfoque de trabajo de colaboración, cooperación y de coordinación entre Administraciones Públicas, así como por el diseño e implementación de una formación adecuada dirigida a las y los profesionales implicados, con la participación de estos, y desde metodologías de investigación en la acción. Sin olvidar, por otra parte, que es necesario diseñar e implementar una evaluación sistemática y participativa del impacto de las actuaciones y de las medidas adoptadas en las personas menores de edad y en los contextos donde se aplican.

LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE HOLÍSTICO Y SISTÉMICO

Nos encontramos en un momento histórico en donde los marcos normativos internacionales y nacionales, en materia de la infancia y protección, y los consiguientes desarrollos en investigación e innovación socioeducativa nos impela a la acción colectiva y colaborativa para la mejora de su bienestar y de su aprendizaje (UNESCO) (4). Los principios de procedimiento que se derivan de adoptar un enfoque holístico y sistémico, en la intervención socioeducativa y sanitaria, podemos sintetizarlos en los siguientes: sensibilización, prevención, detección precoz e intervención participativa; el interés superior de la infancia; el trabajo en red (coordinación interna y externa); entornos seguros, libres de violencia; la incorporación, con carácter transversal, de la ética del cuidado en educación y en otros espacios sociales y sanitarios.

Estos principios se desarrollan en tres ejes de actuación, el de las culturas, las políticas y las practicas, y persiguen constituir comunidades inclusivas. ¿De qué manera podemos desarrollarlos?; lo expresamos, a continuación, de forma resumida (5).

1. Creando culturas donde los valores de la escuela inclusiva de igualdad, derechos, diversidad y coeducación estén presentes para asegurar el respeto a la dignidad de todas las personas que integran la comunidad educativa (art. 30, LOPIVI). Para ello, podemos utilizar como instrumentos para la acción, los documentos institucionales que articulan la vida en los centros educativos: el Proyecto Educativo del Centro, en donde se establecen sus señas de identidad y el principio de respeto mutuo entre todos sus miembros, así como la concreción de este en programas institucionales, en donde destacamos el Plan Integral de convivencia, el Plan de Acción Tutorial y el Plan de Atención a la diversidad (6).

2. Establecer políticas inclusivas, con el apoyo de las estructuras en el centro, de órganos colegiados como el Claustro de Profesorado y el Consejo Escolar, con el necesario acompañamiento de la Consejería de Educación, en los aspectos de formación del profesorado, establecimiento de protocolos contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión o cualquier otra manifestación de violencia (art. 34, LOPIVI), y la constitución de la figura de coordinación de bienestar y protección (ar. 35, LOPIVI) (7-11).
   Según Tizio (2021), es fundamental tener en cuenta la perspectiva y experiencia de las/los profesionales designados para aplicar los diversos protocolos diseñados por las administraciones educativas y sanitarias, con el fin de no perder de vista que la relación educativa es una modalidad del vínculo social, siempre sintomática e influenciada por el momento histórico y por el devenir de una cultura determinada (12, 13). Conviene, siguiendo a esta autora, destacar que es importante diferenciar entre síntomas de la institución y síntomas de los sujetos, el denominado síntoma patológico (12). En todo caso, hay que reflexionar sobre los efectos de la implantación de los protocolos, en su vertiente de control, tanto del sujeto a quien se aplica, como del profesional que lo aplica, con efectos también en este último, ya que puede reducir su función a un imperativo general, con vaciamiento de sus funciones profesionales. Por poner un ejemplo relacionado con la Guía para centros educativos de promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida, esta guía solo tendría sentido en el marco de una estrategia de acción comunitaria salud-educación-servicios sociales; de lo contrario, también

podría tener como efecto no deseado la saturación de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y la cosificación de las y los menores en categorías simples de etiquetas codificadas (11).

3. Desarrollar prácticas en entornos seguros. Esto se consigue a través de procesos de formación dirigidos a la comunidad educativa en la temática de derechos, seguridad y responsabilidad digital (art. 33, LOPIVI[1]), con la supervisión de la seguridad a través de la apertura del centro a la comunidad y de los requisitos en la contratación (art. 32, LOPIVI), con la difusión y promoción de buenas prácticas y, sobre todo, con el diseño, ejecución y evaluación de planes estratégicos que pongan el foco en la prevención de la violencia y en el bienestar emocional. Esto supone poner en valor el derecho a la equidad, favoreciendo la accesibilidad universal a los aprendizajes y a los saberes vinculados a un buen vivir, que sirvan para dar respuesta crítica a los problemas sociales relevantes.

Las comunidades inclusivas implican, en todo caso, poner en valor la democracia en los centros, con la participación real del alumnado y de sus familias, junto con el profesorado, en una red comunitaria de servicios socioeducativos y sanitarios que acompañen a la infancia y a la adolescencia en su desarrollo integral (5).

LA FIGURA DE COORDINACIÓN DE BIENESTAR U PROTECCIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Con la entrada en vigor de la LOPIVI, se determina que todos los centros educativos, independientemente de su titularidad, deben contar con la figura de coordinación de bienestar y protección (en adelante CBP) (1, 14). Esta figura tiene funciones específicas que podemos organizar en los siguientes apartados (UNICEF, 2022) (15).

a) Planificación: coordinar con la dirección del centro el Plan de Convivencia; fomentar alimentación saludable y nutritiva.
b) Prevención: promover medidas que aseguren el máximo bienestar y la cultura del buen trato, fomentar entre el personal del centro y el alumnado la utilización de métodos alternativos de resolución de conflictos; fomentar el respeto al alumnado con discapacidad o cualquier otra circunstancia de especial vulnerabilidad.
c) Formación: promover planes de formación sobre prevención, detección precoz y protección; informar al personal del centro sobre los protocolos de prevención y protección de cualquier forma de violencia.

d) Detección: identificarse como referente para las comunicaciones relacionadas con posibles casos de violencia; promover la comunicación de casos.
e) Intervención: coordinar, de acuerdo con los protocolos, los casos que requieran intervención por parte de los servicios sociales competentes.

La función de la figura de CBP sería la de garantizar la coordinación en el centro educativo para lograr establecer una colaboración efectiva con los demás ámbitos, respetando los marcos competenciales asignados a cada uno de ellos (16). Diferenciamos, en este sentido, una red interna: alumnado, equipo directivo, orientación educativa, profesorado, personal de administración y servicios; y, una red externa: servicios sociales, seguridad, sanidad, justicia. En los diferentes niveles de intervención se trataría de evitar los factores de riesgo, promoviendo el buen trato y los hábitos de relación saludables; identificación temprana y gestión de situaciones de conflicto; intervención en casos de violencia con la consiguiente protección a las víctimas y restauración del daño.

En el artículo 34 de la LOPIVI se hace referencia a los protocolos de actuación, determinando sus características (17). Destacamos las siguientes: deben estar regulados por la Administración educativa, ser participativos, aplicables a todos los centros educativos, públicos o privados, evaluados periódicamente; en su contenido se deben recoger las actuaciones y la coordinación con todos los ámbitos, así como actuaciones de difusión y formación especializada a los profesionales; las direcciones de los centros son las responsables de que la comunidad educativa esté informada. La formación necesaria para desempeñar las funciones de la figura de CBP en los centros educativos, que la normativa le adjudica, así como disponer de las horas lectivas necesarias que le permitan el desempeño de estas, en condiciones de calidad, se convierten en dos factores claves para el éxito de este perfil, en un contexto de cambio de paradigma, en la lucha contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia (16).

Respecto a los contenidos que deberían tenerse en cuenta en el diseño de la formación de estos profesionales, destacamos los siguientes aspectos (15):

– Desde un *enfoque de buenos tratos*: Visión global del abordaje de la convivencia en los centros educativos. El diseño de ambientes inclusivos e igualitarios, donde el clima escolar sea amable y no violento. Importancia de las acciones formativas dirigidas a la comunidad educativa, con el fin de que adquieran claves y herramientas para la prevención e intervención ante situaciones de cualquier forma de violencia.
– Desde un *enfoque de protección*: legislación básica de menores, la situación del sistema de protección de menores en la Comunidad Autónoma (coordinación en situaciones de urgencia y ordinarias), la evaluación

de necesidades a lo largo del ciclo vital, la identificación de factores de riesgo y de protección, la promoción del trabajo con las familias cuyas criaturas se encuentren en situación de riesgo, así como manual de protección en el sistema educativo.

LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Educar implica generar las condiciones necesarias para que las personas puedan desarrollarse como ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho, con la adquisición de un pensamiento reflexivo y crítico, que les permita contribuir al bien común y a la construcción de una sociedad más justa, solidaria, coeducativa y sostenible. En este sentido, la ética del cuidado se convierte en un referente a seguir, tanto en las relaciones que establecemos con nosotros/as mismos/as, como con otras personas y con el entorno. Poner el foco del bienestar en los centros educativos supone, por tanto, desarrollar relaciones de cuidado y de pertenencia en los diferentes ámbitos de desarrollo y de aprendizaje, donde la comunidad educativa transita y los habita (18). Esto no es posible sin una intervención comunitaria con el entorno, constituyéndonos en comunidades que aprenden y enseñan, donde el alumnado puede desarrollar un sentido de pertenencia, que le permita crear vínculos sanos con las personas de referencia.

En este sentido, como ya hemos afirmado previamente, cualquier guía que se dirija a los centros educativos para la promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante conductas relacionadas con el afrontamiento del sufrimiento psíquico, en la población infanto-juvenil, solo alcanzará su verdadero sentido en el marco de una estrategia de acción comunitaria salud-educación-servicios sociales. Nos encontramos ante un problema social relevante, que es el malestar y el sufrimiento padecido por la población infantojuvenil, que requiere de soluciones integrales y comunitarias. Este malestar tiene conexión con la fragilidad de los vínculos en las relaciones personales, familiares y sociales, con la precariedad económica y, sobre todo, con la subjetivación, en modo de culpa, de problemas que tienen su causa en el modelo social y económico de vida imperante. Por otra parte, la ausencia de suficientes espacios de soporte y de acompañamiento emocional, dirigidos a los sujetos en situaciones de crisis, es determinante, como también lo es la aplicación de protocolos en donde se puede reducir el sufrimiento observado/escuchado a categorías simples de etiquetas codificadas, con efectos claros en la cosificación y la mistificación de los denominados problemas mentales derivados de la precariedad de la vida, de las violencias sufridas, así como de acontecimientos vitales traumáticos. Por ello, es muy importante desarrollar estrategias y programas de coordinación salud mental-educación-servicios sociales, en donde se ponga el foco en las

y los menores inmersos en una situación vital de sufrimiento y de malestar psíquico, ya que les genera una gran vulnerabilidad. Hay que profundizar, por tanto, en las actuaciones de los centros educativos que pongan el valor el derecho a la equidad y que sirvan para dar respuesta crítica a los problemas sociales relevantes.

En todo caso, la pregunta que emerge es la siguiente: ¿hay suficientes espacios de soporte sociocomunitario dirigidos a la población infantojuvenil que les permita desarrollarse como una ciudadanía con sentido de pertenencia y con capacidad para transformar el dolor o el sufrimiento en una posibilidad para el crecimiento, potenciando el desarrollo de la resiliencia personal y social, ante acontecimientos vitales traumáticos y procesos de duelo?

La respuesta a esta pregunta nos coloca en la senda del sentido de la educación, de la adquisición de un «ethos» democrático en los centros educativos, con la participación del alumnado y de sus familias, junto con el profesorado, formando parte de una red comunitaria de servicios socioeducativos y sanitarios que acompañe a la infancia y a la población adolescente en su desarrollo integral.

Entre las estrategias necesarias para favorecer el bienestar en los centros educativos destacamos:

- Formación y participación de la comunidad educativa en la creación de contextos que generen bienestar y que permitan desarrollar una escucha activa del sufrimiento vivido ante acontecimientos vitales traumáticos y la necesidad del trabajo del duelo. Según Horno (2023) la narrativa que se construye desde las vivencias pasadas determina la toma de decisiones futuras (19). Por ello, es importante crear expectativas y confianza en la resolución de problemas, aprender a expresar emociones y a gestionar la ansiedad ante situaciones de estrés, afrontar desafíos y desarrollar un sentido de pertenencia con apoyos disponibles, y sentimiento de sentirse valorado.
- Refuerzo de la acción tutorial coeducativa para el desarrollo del bienestar y la autoprotección, que potencie el acompañamiento socioemocional y educativo del alumnado y de las familias. Importancia de acceder a los recursos necesarios para concretar este acompañamiento, ajustado a la metodología del caso por caso. El bienestar emocional y el aprendizaje son necesarios para el desarrollo del sentimiento de confianza y de la resiliencia. No podemos olvidar que el aprendizaje requiere entusiasmo, la capacidad de concentrarse, resistencia para perseverar a través de las dificultades y recuperarse de la decepción, en definitiva, poder elaborar los duelos asociados a las pérdidas como una oportunidad para el crecimiento personal.
- Potenciar el rol de bienestar y protección en los centros educativos con propuestas de acciones comunitarias locales y con posibilidad real de coordinación con los agentes sociosanitarios y educativos que

intervengan en la zona. Según Hargreaves y Shirley (2023), la apuesta por un aprendizaje socioemocional supone el desarrollo de las competencias de autoconciencia, autogestión, responsabilidad en la toma de decisiones, habilidades y competencia sociales. El enfoque restaurativo en el aula y en la comunidad, el uso ético de las tecnologías de la información y la comunicación, así como los beneficios del compromiso con el aprendizaje y enseñanza en la Naturaleza, son oportunidades que nos pueden conducir a un mayor bienestar en los centros educativos (18).

– Favorecer el desarrollo de una verdadera educación integral que atienda a los derechos de la infancia, el interés superior de las personas menores de edad, priorizando una metodología de estudio de casos que permita la intervención de diferentes profesionales de la educación, de salud mental y de los servicios sociales comunitarios.

CONCLUSIONES

En el momento actual, con el nuevo marco legal de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia en España[20], en donde las y los menores alcanzan el estatuto de sujetos de derechos, podemos afirmar que nos encontramos ante una serie de retos que enumeramos a continuación:

– Educar para construir sociedades coeducadoras, más inclusivas y libres de cualquier forma de violencia.
– Establecer unos principios básicos de actuación consensuados entre servicios sociales, sanidad, educación, seguridad y justicia. Con sistemas de coordinación, de información y de evaluación basados en planes estratégicos de acción comunitaria, así como de promoción de la salud y del bienestar, tanto a nivel local como autonómico.
– Potenciación del modelo comunitario, que potencie el desarrollo de proyectos educativos de zona. Que permita generar condiciones protectoras en el entorno de las personas menores de edad. Estas condiciones son básicamente dos: el desarrollo de la capacidad de autocuidado y la existencia de una red afectiva protectora que pueda sostenerles y acompañarlos en situaciones futuras de miedo, sufrimiento, trauma o de adversidad.
– Desarrollo de unidades funcionales multidisciplinares que permitan el abordaje integral e integrado, centrado en la persona, del caso por caso, y promoviendo su participación. Un objetivo clave, en personas menores de edad con vivencias de trauma, es logar que la persona construya una narrativa integrada, resiliente y compasiva de la memoria del trauma (19).

En la medida en que demos respuesta a estos retos, y a otros que surjan en el proceso de acompañamiento socioemocional y educativo de las personas menores de edad, también lo haremos a las preguntas que habíamos formulado en la introducción de este texto, ya que los principios que orientarán nuestras actuaciones permitirán que las personas menores de edad ejerzan sus derechos, favoreciendo un adecuado desarrollo integral y cubriendo sus necesidades, en un ambiente protector físico, psicológico y social.

Referencias

1. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado; núm. 134, 5 junio 2021.
2. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado; núm. 340, 30 diciembre 2020. Ley Orgánica 2/2006, de 3 mayo, de Educación.
3. Constitución Española, Artículo 15. Boletín Oficial del Estado; 1978.
4. UNESCO. Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación [Internet]. París: UNESCO; 2017 París: UNESCO; 2017 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000248254.
5. Plena Inclusión. Termómetro de la educación inclusiva 2022 [Internet]. Madrid: Plena Inclusión; 2022 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2022/04/Termometro-Educacion-Inclusiva-2022.pdf
6. Consejería de Educación del Principado de Asturias. Circular de inicio de curso para centros públicos 2024-2025 [Internet]. Asturias: Consejería de Educación del Principado de Asturias; 2024 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://www.educastur.es/documents/34868/38433/20240619_CIC-centros-PUBLICOS.pdf/fe383fa1-f918-9c35-739a-db1fcc9717da?t=1718873690754
7. Consejería de Educación del Principado de Asturias. Instrucciones del protocolo de acoso escolar en Asturias [Internet]. Asturias: Consejería de Educación del Principado de Asturias; 2018 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://www.educastur.es/documents/34868/38433/2018_03-instrucciones_protocolo_acoso_escolar_Asturias.pdf/f0f-0c5ed-74a3-ad61-c1f5-f4a239e8bdaa?t=1621802005805.
8. Consejería de Educación del Principado de Asturias. Circular sobre el protocolo de acoso escolar [Internet]. Asturias: Consejería de Educación del Principado de Asturias; 2022 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://www.educastur.es/documents/34868/38433/2022-10-circulares-protocolo-acoso-escolar-mod.pdf/046de230-a69b-3bfb-b166-a30d8b155910?t=1664883752447
9. Consejería de Educación del Principado de Asturias. Circular sobre orientaciones en relación con la identidad sexual y el protocolo de acoso. [Internet]. Asturias: Consejería de Educación del Principado de Asturias; 2023 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://www.educastur.es/documents/34868/38433/2023-03-circulares-protocolo-acoso-orientaciones-identidad-sexual.pdf/20a134af-a2e0-e017-e3a1-49f2f1c21a21?t=1678872094536

10. Consejería de Educación del Principado de Asturias. Decreto 30/2023, de 28 de abril, por el que se regula la Coeducación en el Sistema educativo asturiano [Internet]. Asturias: Boletín Oficial del Principado de Asturias; 2023 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: https://sede.asturias.es/bopa/2023/05/12/2023-04021.pdf

11. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública. Guía para centros de promoción del bienestar emocional, prevención, detección e intervención ante la conducta suicida [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2023 [citado 2024 junio 29]. Disponible en: https://www.educastur.es/documents/34868/39646/2023-01-con-pub-guia-prevencion-conducta-suicida-centros-educativos.pdf/dd36a42d-0d55-621f-ef6a-b862b591b6d5?t=1675182893267

12. Tizio H. La posición de los profesionales y la salud mental [vídeo en Internet]. Ciclo Salud Mental y Educación; 2021 Oct 14 [citado 2024 junio29]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=Wl-EcmWpBDo

13. Tizio H (Coord.). Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la pedagogía social y del psicoanálisis. Barcelona: Editorial Gedisa, 2003.

14. Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI), Ley Orgánica 8/2021, Artículo 35. Boletín Oficial del Estado, 2021.

15. UNICEF. Protección de la infancia desde el entorno escolar. El coordinador/a de bienestar y protección. Recomendaciones para la aplicación de la LOPIVI en los centros educativos [Internet]. Madrid: UNICEF; octubre 2021 [citado 2024 junio 29]. Disponible en: https://www.unicef.es/educa/biblioteca/proteccion-infancia-entorno-escolar

16. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Coordinador o coordinadora de bienestar y protección en la comunidad escolar [Internet]. Madrid: Ministerio de Educación y formación Profesional; 2022 [citado 2024 junio 29]. Disponible en: Disponible en: https://www.educacionfpydeportes.gob.es/dam/jcr:4d9c4156-2369-4c7e-b8c2-cfa577ab0b05/coordinador-o-coordinadora-de-bienestar-y-proteccio-n-en-la-comunidad-escolar.pdf

17. Ley Orgánica de protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI), Ley Orgánica 8/2021, Artículo 34. Boletín Oficial del estado; 2021.

18. Hargreaves, A, Shirley D. Bienestar en la escuela. Madrid: Morata, 2023.

19. Horno P. Aprendiendo a habitarnos: un modelo de intervención psicoterapéutica de personas con trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer SA, 2023.

20. Martínez C. La protección administrativa de la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Niveles y ámbitos de actuación prioritarios. Ámbito educativo. La escuela como entorno seguro. En: Martínez C (coord.). El nuevo marco legal de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia en España. Navarra: Thomson Reuters Aranzadi, 2021; pp. 151-157.

LA LEY ORGÁNICA 8/2021 (LOPIVI): IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO (I)
ORGANIC LAW 8/2021 (LOPIVI): IMPLICATIONS IN THE HEALTH FIELD

Narcisa Palomino Urda
Médica especialista en Pediatría y sus Áreas específicas. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. Grupo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap[1].
narcisapalominourda@yahoo.es

José Ignacio Pérez Candás
Médico especialista en Pediatría y sus Áreas específicas. Principado de Asturias. Coordinador del Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria.

Ainhoa Zabaleta Rueda
Médica especialista en Pediatría y sus Áreas específicas. Centro de Salud. Pasaia San Pedro. Pasaia. Guipúzcoa. Grupo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.
j.i.p.c@telefonica.net

Resumen: La aprobación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia ha supuesto un gran avance en el marco legal de nuestro país para hacer frente a esta lacra social. Los poderes públicos tienen la obligación de desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, así como de establecer aquellos procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las administraciones públicas competentes y, en este orden, revisar en profundidad el funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva frente a la violencia. En el ámbito sanitario se creó una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes, encargada de la elaboración de un Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia y la adolescencia, de aplicación a todo el territorio nacional. En este artículo se desarrollan los aspectos recogidos en dicho protocolo que deben incorporarse al desempeño profesional de los y las profesionales del ámbito de la salud.

[1] Los integrantes del grupo son Ángel Carrasco Sanz (Pediatra), Antonio Gancedo Baranda (Pediatra), María de los Llanos Quirarte Torres (Pediatra), Ignacio Ledesma Benítez (Pediatra), María de los Ángeles Ordóñez Alonso (Pediatra), Narcisa Palomino Urda (Pediatra), Begoña López Pis (Enfermera Familiar y Comunitaria), Raquel Páez González (Pediatra), José Ignacio Pérez Candás (Pediatra) Coordinador, Manuela Sánchez Echenique (Pediatra), Aitor San Martin Sagarzazu (MIR Pediatría), Eva Suárez Vicent (Pediatra), Ignacio Valverde Benítez (Enfermero Pediátrico), Ainhoa Zabaleta Rueda (Pediatra).

Palabras clave: Violencia, niño, adolescente, legislación.

Abstract: The approval of Organic Law 8/2021, of June 4, on comprehensive protection of children and adolescents against violence has represented a major step forward in the legal framework of our country to address this social scourge. Public authorities have the obligation to develop actions to raise awareness, prevent, assist and protect against any form of child abuse, as well as to establish those procedures necessary to ensure coordination between the competent public administrations and, in this order, to thoroughly review the functioning of the institutions of the protection system for minors and thus constitute effective protection against violence. In the health field, a Commission against violence in children and adolescents was created, responsible for the development of a common protocol for health action against violence and adolescence, applicable to the entire national territory. This article develops the aspects included in said protocol that must be incorporated into the professional performance of health professionals.

Keywords: violence, child, adolescent, legislation.

INTRODUCCIÓN

Hace ya más de tres años que se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (1), en adelante LOPIVI, una ley ambiciosa y puntera en nuestro entorno. Una ley que empezó su andadura en 2014 y vio la luz siete años después con un consenso importante en su aprobación en el Congreso. Una iniciativa reclamada desde organismos internacionales, como el Consejo de Europa para adecuar el marco legal de nuestro país en materia de violencia contra la infancia al marco internacional. Tal como se expone en el preámbulo de la ley, *«la lucha contra la violencia en la infancia es un imperativo de derechos humanos. Para promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño es esencial asegurar y promover el respeto de su dignidad humana e integridad física y psicológica, mediante la prevención de toda forma de violencia. La protección de las personas menores de edad es una obligación prioritaria de los poderes públicos, reconocida en el artículo 39 de la Constitución Española y en diversos tratados internacionales, entre los que destaca la mencionada Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España en 1990».*

De acuerdo a esta ley, los poderes públicos tienen la obligación de desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, así como de establecer aquellos procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las administraciones públicas competentes y, en este orden, revisar en profundidad el

funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva ante las situaciones de riesgo y desamparo. Es preciso una implicación de toda la sociedad, en su conjunto, para la erradicación de esta lacra, reconocida como un problema de salud pública.

Las niñas, niños y adolescentes (NNA) son un colectivo vulnerable, dependiente de las personas responsables de sus cuidados, tanto más, cuanto menor es su edad. Aún hoy, a la sociedad no le preocupa lo suficiente la violencia que puedan sufrir, a manos fundamentalmente de agresores que pertenecen a su entorno más cercano, aquellas personas que deberían cuidarles y protegerles, No es suficiente la ley si no se acompaña de una apuesta política decidida y un compromiso serio para la lograr los objetivos señalados en este nuevo marco legal. Una ley, por sí sola, no cambia la realidad. Dado que el marco legal es imprescindible para erradicar dicha violencia, la aprobación hace tres años de la LOPIVI supuso una esperanza. Estamos expectantes ante la puesta en marcha de medidas que la implementen.

Esta ley tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral, que incluyan como ya se ha señalado, la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su vida. Estos ámbitos son el familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. En el ámbito nacional también ha supuesto un gran avance en la protección frente a la violencia la publicación recientemente de la Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual (2), así como la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (3).

Las profesiones sanitarias sabemos bien las consecuencias que acarrea la violencia en la etapa de la infancia en la salud de las personas. Organismos de distintos países occidentales, se han preocupado en las tres últimas décadas por las consecuencias de los acontecimientos adversos en la infancia (4, 5), por la morbimortalidad que genera en el resto de la vida de las víctimas, y los costes derivados de ello (6). Así que tenemos una mala noticia: la violencia contra la infancia y la adolescencia es una realidad espantosa en nuestra sociedad (7, 8), de la que conocemos sólo la punta del iceberg, los casos más graves y los de consecuencias fatales. Y tenemos una buena noticia: la violencia contra la infancia se puede prevenir (9). Y aplicando las medidas suficientes, una vez ocurrida, se puede mitigar su daño.

La ley pretende implicar a toda la sociedad, a través de la promoción del buen trato, de la creación de entornos seguros, de la prevención de la violencia, sensibilizando y estableciendo para toda la ciudadanía el deber de

comunicación de cualquier forma de violencia contra NNA, que en el caso de los y las profesionales que trabajan en contacto con la infancia y adolescencia es un deber de comunicación cualificado. Ante el conocimiento por parte de cualquier ciudadano o ciudadana de una sospecha o evidencia de violencia contra un NNA, se debe comunicar la situación a las autoridades competentes (servicios sociales, juzgado de guardia, fuerzas y cuerpos de seguridad), además de prestar la ayuda inmediata que precise.

La atención integral a las víctimas, tras la notificación de la violencia, independientemente de donde provenga, supone la preocupación real y sincera por la protección de la víctima y la recuperación de su proyecto de vida, alejada ya de la violencia, protegida y atendida por los servicios especializados que requiera. Ello implica un seguimiento y una coordinación, así como la cooperación entre distintos perfiles profesionales y distintos ámbitos de actuación. Sin esa atención integral y esa acción coordinada no es posible la recuperación y la reparación del daño. Estos aspectos se recogen detalladamente en la ley, con atención especial a la discapacidad, y desde una perspectiva de género. Otro pilar clave de la LOPIVI es la formación. Se garantiza una formación especializada, inicial y continua en materia de derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia a los y las profesionales que tengan un contacto habitual con las personas menores de edad. Formación en el buen trato a NNA, en la identificación de los factores de riesgo y circunstancias de mayor vulnerabilidad, en prevenir y detectar precozmente la violencia, y qué actuaciones llevar a cabo tras dicha detección, evitando la victimización secundaria. También se formará en el uso responsable y seguro de internet. Recibirán la formación adecuada a su colectivo el ámbito educativo y judicial. En cuanto al interés por la prevención, son indicadores de riesgo las circunstancias recogidas en la disposición final octava, que modifica la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Serán abordados en el artículo Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Implicaciones en el ámbito sanitario (II) (10).

En la LOPIVI también se quiere dar voz a las víctimas, de manera que sean oídas y escuchadas, sin límite de edad en todos los procesos administrativos, judiciales o de otra índole relacionados con la acreditación de la violencia y su reparación. En caso de separación o divorcio, si las personas menores de edad tienen madurez suficiente, deberán ser oídas siempre antes de adoptar decisiones que les afecten, tanto en procedimientos contenciosos como de mutuo acuerdo. Todo ello recogido en el artículo 11 donde se sientan las bases para la implantación de la prueba preconstituida, como instrumento adecuado para evitar la victimización secundaria. Es obligatoria en menores de catorce años o personas con discapacidad necesitada de especial protección. Y en este mismo artículo se prohíbe la alegación del Síndrome de Alienación Parental. Se garantiza el derecho a recibir información suficiente para identificar la violencia contra ellos mismos, o contra otros NNA, con cauces

accesibles y seguros para comunicar estas situaciones. Pretende disminuir la victimización secundaria derivada de la deficiente atención a la víctima, que, en ocasiones, es más dañina que la propia violencia que han vivido.

En línea con lo expuesto, se transcriben las definiciones recogidas en la ley:

*«A los efectos de esta ley se entiende por **violencia** toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente violencia digital».*

*«En cualquier caso, se entenderá por **violencia** el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar».*

Y en cuanto al término contrapuesto a la violencia:

*«Se entiende por **buen trato** a los efectos de la presente ley aquel que, respetando los derechos fundamentales de NNA, promueve activamente los principios de respeto mutuo, digno del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los NNA».*

Resultan de gran interés la consulta detallada de los fines de la ley recogidos en el artículo 3 (Anexo 1), los criterios generales, que se especifican en el artículo 4 (Anexo 2) y el derecho a la atención integral, concretada pormenorizadamente en el artículo 12 (Anexo 3).

La LOPIVI establece la elaboración de la Estrategia de erradicación de la violencia contra la infancia y adolescencia (11) que tiene por objeto la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño. La administración general del estado ha elaborado esa estrategia junto con las CCAA, Ceuta y Melilla y entidades locales, además de otras entidades, sociedad civil y la participación de niños, niñas y adolescentes mediante el Consejo Estatal de Participación de la Infancia y Adolescencia. En relacion a la cooperación de las administraciones públicas, el organismo encargado de ello y responsable en materia de protección y desarrollo de la infancia y la adolescencia es la Conferencia Sectorial de infancia y adolescencia. Contará con la colaboración del Consejo Estatal de Participación de la Infancia y de la Adolescencia (creado en 2021). En el artículo 56 se establece que el Gobierno establecerá mediante real decreto la creación del Registro Central de Información de la Violencia sobre la Infancia y Adolescencia, con la finalidad de compartir información que permita el conocimiento uniforme de la situación de violencia contra NNA, así como la información concreta y el procedimiento a través del cual el Consejo General del Poder Judicial y los Cuerpos de Seguridad, el Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia (RUSSVI) y las distintas administraciones públicas

deben suministrar los datos requeridos a dicho registro. En este real decreto se señalará la información que debe notificarse anonimizada al Registro que, como mínimo comprenderá los siguientes aspectos:

a) En relación a las víctimas: edad, sexo, tipo de violencia, gravedad, nacionalidad y, en su caso, discapacidad.
b) En relación a las personas agresoras: edad, sexo y relación con la víctima.
c) Información policial (denuncias, victimizaciones, etc.) y judicial.
d) Medidas puestas en marcha, frente a la violencia sobre la infancia y adolescencia.

En cuanto al seguimiento y registro de los casos de violencia sobre las personas menores de edad, el articulo 44 recoge que los servicios sociales de atención primaria deberán establecer, de conformidad con el procedimiento que se regule en cada comunidad autónoma, un sistema de seguimiento y registro de los casos de violencia sobre la infancia y la adolescencia en el que consten las notificaciones y comunicaciones recibidas, los casos confirmados y las distintas medidas puestas en marcha en relación con la intervención de dichos servicios sociales. Este conocimiento de la realidad de la violencia contra la infancia y adolescencia es necesario para desarrollar políticas basadas en las mejores evidencias, eficaces y ajustadas a dicha realidad.

SITUACIONES DE RUPTURA FAMILIAR

En caso de separación, divorcio o nulidad, se hace mención a la Prevención en el ámbito familiar en el Artículo 26: «*en ningún caso las actuaciones para promover la parentalidad positiva deben ser utilizadas con otros objetivos en caso de conflicto entre progenitores, separaciones o divorcios, ni para la imposición de la custodia compartida no acordada. Tampoco debe ser relacionada con situaciones sin aval científico como el síndrome de alienación parental*».

La disposición final segunda modifica el artículo 92 del Código Civil para reforzar el interés superior del menor en los procesos de separación, nulidad y divorcio. El juez o jueza cuando deba adoptar cualquier medida sobre la custodia, el cuidado y la educación de los hijos menores, velará por el cumplimiento de su derecho a ser oídos y emitirá una resolución motivada en el interés superior del menor sobre esta cuestión. En cuanto a las medidas civiles en situaciones de separación, nulidad o divorcio, se refuerza el interés superior del menor en el establecimiento y cumplimiento de dichas medidas. El juez o jueza podrán acordar la suspensión cautelar de la patria potestad y/o el ejercicio de guarda y custodia o del régimen de visitas y comunicaciones si el ejercicio de dichos derechos de los progenitores puede poner en riesgo a la persona menor de edad.

ENTORNOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La atención a NNA víctimas de violencia de género viene recogida en el artículo 29 de la LOPIVI con el título:

> «*SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR*
>
> 1. *Las administraciones públicas deberán prestar especial atención a la protección del interés superior de los niños, niñas y adolescentes que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de género, garantizando la detección de estos casos y su respuesta específica, que garantice la plena protección de sus derechos.*
>
> 2. *Las actuaciones de las administraciones públicas deben producirse de una forma integral, contemplando conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre, ambas víctimas de la violencia de género. Concretamente, se garantizará el apoyo necesario para que las niñas, niños y adolescentes, de cara a su protección, atención especializada y recuperación, permanezcan con la mujer, salvo si ello es contrario a su interés superior.*
>
> *Para ello, los servicios sociales y de protección de la infancia y adolescencia asegurarán:*
>
> a) *La detección y la respuesta específica a las situaciones de violencia de género.*
>
> b) *La derivación y la coordinación con los servicios de atención especializada a menores de edad víctimas de violencia de género.*
>
> *Asimismo, se seguirán las pautas de actuación establecidas en los protocolos que en materia de violencia de género tienen los diferentes organismos sanitarios, policiales, educativos, judiciales y de igualdad».*

En cuanto a la atención psicológica de NNA víctimas de violencia de género, se han sucedido diferentes avances legislativos de manera que, actualmente, no es preciso el consentimiento paterno para recibir dicha atención psicológica tras modificaciones en el artículo 156 del código civil en los siguientes supuestos (12, 13).

> «*Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de éste para la atención psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente. Lo anterior será igualmente aplicable, aunque no se haya interpuesto denuncia previa, cuando la mujer esté recibiendo asistencia en un servicio especializado de violencia de género, siempre que medie informe emitido por dicho servicio que acredite dicha situación*».

Sin embargo, no se contempla en nuestro marco normativo la situación de NNA víctimas de violencia de género, pero en situaciones en las que no existe denuncia, ni la madre ha acudido a servicios especializados. Los datos

nos dicen que esta situación se da en el 80 % de las ocasiones en que existe violencia de género. En estos casos hay que saber que, dentro de la atención psicológica, la evaluación no precisa el consentimiento de ambos progenitores. Y sí es preciso del consentimiento para la intervención psicológica. En caso de que tras una evaluación se considere necesario una intervención y el progenitor no consienta, será criterio del o de la profesional responsable velar por el interés superior de dicho NNA, pudiendo solicitar auxilio judicial para intervenir o tratar si considera que es lo mejor para la persona menor de edad (14).

La ley hace referencia a la violencia vicaria como una manifestación de la violencia de género, añadiendo un apartado al artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (15), con el siguiente texto:

> *«La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero.»*

En cuanto al régimen de visitas, el artículo 94 del código civil establece:

> *No procederá el establecimiento de un régimen de visita o estancia, y si existiera se suspenderá, respecto del progenitor que esté incurso en un proceso penal iniciado por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual del otro cónyuge o sus hijos. Tampoco procederá cuando la autoridad judicial advierta, de las alegaciones de las partes y las pruebas practicadas, la existencia de indicios fundados de violencia doméstica o de género. No obstante, la autoridad judicial podrá establecer un régimen de visita, comunicación o estancia en resolución motivada en el interés superior del menor o en la voluntad, deseos y preferencias del mayor con discapacidad necesitado de apoyos y previa evaluación de la situación de la relación paternofilial. No procederá en ningún caso el establecimiento de un régimen de visitas respecto del progenitor en situación de prisión, provisional o por sentencia firme, acordada en procedimiento penal por los delitos previstos en el párrafo anterior.*

En el caso de las adolescentes que sufren violencia de género por parte de sus parejas, se remite la actuación a los protocolos específicos de atención sanitaria ante la violencia de género (16).

INFANCIA Y ADOLESCENCIA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL

En el Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (17), se cita como un tipo de violencia, la ejercida por las instituciones, y más específicamente, en este texto, la ejercida en el ámbito sanitario: «*La disfunción de las instituciones y administraciones, así como el*

difícil acceso a los servicios de atención a las víctimas y las trabas burocráticas dificultan el ejercicio de los derechos del NNA. En el ámbito sanitario, la no adaptación de las instalaciones, procedimientos o de las actuaciones profesionales a los derechos, etapa del desarrollo, discapacidad, características personales y estado emocional del NNA víctima de cualquier forma de violencia, así como la falta de formación que puede conllevar a la dificultad en el diagnóstico (infradiagnóstico) y en el resto de actuaciones (notificación, intervención y seguimiento), pueden suponer trabas de acceso así como contribuir a la victimización secundaria, que finalmente acarrea la desprotección de las víctimas». También se nombra la violencia institucional en la Estrategia de Erradicación de la Violencia en la Infancia y Adolescencia como una forma más de violencia que pueden sufrir NNA (11). En el marco legal de la Comunidad Autónoma de Cataluña, la violencia institucional está regulada en la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, de la Comunidad Autónoma de Cataluña (18), señalándola como un ámbito dentro de la violencia machista. Y se recoge también dentro el ámbito internacional, en la Observación general N.º 13 Convención de los Derechos del Niño: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, apartado 32 (19).

LA LOPIVI Y EL PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (2023)

En el artículo 38 de la LOPIVI se establece la creación de una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) para apoyar y orientar la planificación de medidas con incidencia sanitaria contempladas en la ley (20), así como la emisión de un informe anual que incluya datos disponibles sobre la atención sanitaria de las personas menores de edad víctimas de violencia, así como información sobre la implementación de las medidas con incidencia sanitaria contempladas en la ley (21). Este informe será remitido al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Observatorio Estatal de la Infancia, y sus resultados serán incluidos en el informe anual de evaluación de la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia (11).

Dicha comisión encargó la elaboración de un Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia a un grupo de trabajo de más de 30 profesionales cualificados, y ha sido aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 30 de abril de 2024 (17). También se recoge en el mismo artículo que las autoridades sanitarias competentes facilitarán el acceso de NNA a la información, a los servicios de tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible a todos aquellos que se encuentren en las situaciones de desprotección, riesgo y violencia a los que se refiere la ley. Especialmente se garantizará una

atención a la salud mental integral reparadora y adecuada a su edad. Respecto a las actuaciones en los centros y servicios sanitarios ante posibles situaciones de violencia, se recoge en el artículo 40 que se deberá aplicar el citado Protocolo Común de actuación sanitaria. Y en cuanto a los registros relativos a la atención de las personas menores de edad víctimas de violencia, quedarán incorporados en su historia clínica, modificación que se incorpora a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (22). Esto permitirá hacer un mejor seguimiento de los casos, así como estimar la magnitud de este problema y facilitar su vigilancia.

En este Protocolo Común se establecen las pautas básicas de actuación, que como su denominación indica, pretenden ser comunes a todo el territorio del Estado. También se ha publicado una infografía para facilitar el acceso a los contenidos de una manera gráfica y resumida. Dicha infografía (20) consta de cinco documentos entre los que es de especial relevancia el Algoritmo de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (Anexo 4), que contiene las siguientes recomendaciones:

- Ubicar al NNA en un espacio amigable, con garantías de accesibilidad universal, y seguir las recomendaciones de buen trato.
- Es importante que el o la profesional que evalúe a la víctima sea la persona más experta en atención a la violencia contra la infancia y adolescencia, especialmente en situaciones de violencia sexual.
- La detección es el primero de los pasos en la atención, seguida del resto de procesos que deben conseguir una atención integral, respetuosa, segura, coordinada, que se continúe por el posterior seguimiento hasta la recuperación.
- La detección puede ser a través de la revelación de la víctima o su entorno, o por indicadores de sospecha de estar sufriendo violencia. Tras una anamnesis y exploración, y tras un proceso de diagnóstico diferencial que excluya otras posibles causas del daño, se procederá a la valoración del NNA con sospecha de haber sufrido violencia.
- Las violencias detectadas pueden ser: negligencia, violencia emocional o psicológica, violencia física, violencia sexual, trata y explotación infantil (incluyendo la explotación sexual), violencia de género, mutilación genital, violencia prenatal y perinatal, violencia entre personas menores de edad, trastorno facticio inducido por la persona cuidadora (antiguo Síndrome de Munchaüsen por poderes), violencia a través de Tecnologías de la Información y la Comunicación, violencia ejercida desde las instituciones (institucional, profesional, victimización secundaria), y otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad (ej. matrimonio forzado o precoz, violencia de odio y discriminación, etc.).

– Es necesario conocer el ámbito donde se produce la violencia (familiar o extrafamiliar) y el tipo de procedimiento sanitario que requiere el caso (urgente u ordinario).
– En la valoración de la víctima, el orden de las actuaciones dependerá de si hay riesgo vital o no y de la gravedad del daño y de las lesiones. Se valorará también la existencia de desprotección y la posibilidad de recurrencia de la agresión.

Se considerará el riesgo vital como riesgo de muerte, situaciones de gravedad extrema y riesgo de suicidio. En relación a la gravedad y a las lesiones, se valorará el efecto sobre la integridad física y psíquica, la localización y gravedad de las lesiones, la vulnerabilidad de la víctima, los signos de negligencia y la presencia de violencia sexual reciente. En la valoración de situación de desprotección se indagará en quienes tienen son responsables de la atención a la víctima, qué cuidados requiere, cuáles son las características de la prestación de dichos cuidados, y qué garantías de protección pueden asegurarse (apoyos efectivos). También ha de tenerse en cuenta la posibilidad de recurrencia de la violencia, mediante el conocimiento de la frecuencia y/o cronicidad de los episodios, características comportamentales de las personas responsables, del entorno y de los propios NNA, y finalmente la existencia o no de factores de desprotección en el entorno familiar y extrafamiliar. Después de haber realizado los pasos anteriores y teniendo claro si se trata de un procedimiento urgente u ordinario, si hay criterios de riesgo vital o no, si hay riesgo de desprotección o no, y si hay riesgo de recurrencia o no, se valorará si existen o no criterios de Urgencia.

Se valorarán como criterios de urgencia:

– un episodio reciente de violencia sexual (≤72 horas excepto penetración vaginal en púberes, donde se amplía a 7-10 días),
– sí existe, ha existido o podría existir una situación de riesgo vital como riesgo de muerte, grave impacto para la salud por la presencia de lesiones o enfermedades, lesiones o enfermedades requieren tratamiento hospitalario, lesiones o enfermedades pueden dejar secuelas, o si existe gran afectación psicológica o riesgo de suicidio.
– sí está en riesgo de desprotección frente a la violencia: no existe la adecuada actitud o capacidad familiar de protección para modificar o impedir la situación de maltrato o violencia, presencia de negligencia reiterada con daño o riesgo para la salud, las personas responsables del cuidado no ofrecen explicaciones lógicas sobre los posibles autores o sobre los mecanismos de producción de las lesiones, o cuando se sospecha que el familiar sea autor o autora de las lesiones, de la violencia sexual o de cualquier forma de maltrato.

Después de atender a la víctima, se notificará el episodio de violencia mediante la Hoja de Notificación. Respecto al deber de comunicación, como profesionales sanitarios tenemos lo que la ley denomina deber de comunicación cualificado, exigible a las profesiones o actividades relacionadas con la atención a la infancia y adolescencia. Se emitirá un parte de lesiones. Y se comunicará la situación a distintos organismos en función de la gravedad y urgencia de la situación. Los casos que cumplen criterios de urgencia se comunican, vía telefónica, a Juzgado de Guardia, y/o FFCCSS, y/o Entidad Pública de Protección a la Infancia, además de Servicios Sociales. Los casos que no revistan criterios de urgencia se remitirán a Servicios Sociales y/o Juzgado de Guardia, y/o FFCCSS si procede. Tras los pasos anteriores, se realizará un Plan de intervención consensuado entre los y las profesionales intervinientes, de los distintos ámbitos que participan en su atención, extremando las actuaciones con el fin de prevenir la victimización secundaria en cualquiera de los procesos, mediante una anamnesis y exploración coordinadas, atendiendo las lesiones físicas y emocionales, ofreciendo protección, apoyo y acompañamiento, así como información y petición de los consentimientos correspondientes, toma de muestras cuando esté indicado, y se hará seguimiento de la víctima hasta su recuperación. Se realizará informe clínico, informe social e informe forense, si procede.

Procederá el ingreso hospitalario en los casos en que exista:

- la necesidad de una valoración especializada, pruebas o estudios clínicos o tratamientos en un servicio hospitalario,
- en caso de necesidad de protección inmediata

El ingreso en ocasiones puede ser involuntario, vía judicial.

En este Protocolo Común se recomienda que sea él o la profesional de trabajo social sanitario quien coordine todo el proceso. Dicha coordinación será necesaria entre niveles y unidades asistenciales del sistema sanitario, en particular con el equipo de Atención Primaria responsable de la atención del niño, niña y adolescente, y salud mental si lo precisa, con los Servicios Sociales, con el Juzgado, Fiscalía, Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, con Educación, y con otras CCAA si procede (por cambio de domicilio).

En la Historia clínica quedará registrado el episodio de violencia, como se ha comentado anteriormente (22), si bien, hay que vigilar que en los informes entregados a la víctima no aparezcan datos que la puedan poner en un mayor riesgo.

OTROS ASPECTOS RECOGIDOS EN LA LOPIVI

En el artículo 57 se introduce una regulación específica en relación a la certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales y de Trata de Seres Humanos, desarrollando y ampliando la protección de las personas menores de edad a través del perfeccionamiento del sistema de exigencia del requisito de no haber cometido delitos contra la libertad o indemnidad sexuales o de trata de seres humanos para desarrollar actividades que supongan contacto habitual con personas menores de edad. A fin de ampliar la protección, se extiende la obligación de acreditar el requisito de no haber cometido delitos contra la libertad e indemnidad sexuales a todos los trabajadores y trabajadoras, por cuenta propia o ajena, tanto del sector público como del privado, así como a las personas voluntarias. El plazo de prescripción de los delitos aumenta el tiempo de prescripción de los más graves cometidos contra personas menores de edad, así que el plazo se contará a partir de que la víctima haya cumplido los treinta y cinco años. Con ello se evita la existencia de espacios de impunidad en delitos que estadísticamente se han probado de lenta asimilación en las víctimas en el plano psicológico y, muchas veces, de tardía detección.

La disposición final vigésima contempla un mandato al Gobierno para elaborar dos proyectos de ley y establecer la especialización de la jurisdicción penal y civil, y del Ministerio Fiscal. Igualmente, se establece que las administraciones competentes regularán en idéntico plazo la composición y funcionamiento de los Equipos Técnicos que presten asistencia especializada a los órganos judiciales especializados en infancia y adolescencia para la consecución de la mejora en la respuesta judicial, desde un enfoque multidisciplinar, y la protección igualitaria, adecuada y uniforme de los derechos de la infancia y de las personas con discapacidad. Actualmente hay un juzgado de instrucción especializado en violencia contra la infancia y la adolescencia en Las Palmas de Gran Canaria desde 2021, funcionando con muy buenos resultados.

Finalmente, la disposición adicional séptima recoge el compromiso para la creación de una Comisión de seguimiento encargada de analizar la puesta en marcha de la ley, sus repercusiones jurídicas y económicas y evaluación de su impacto.

Es de esperar que la implementación de la ley disminuya la violencia en la vida de niños, niñas y adolescentes. Como profesionales sanitarios en contacto directo con las víctimas, conocedores de su sufrimiento y su dolor, debemos eliminar la violencia institucional de nuestra actuación, a través de un buen desempeño profesional. Para ello es necesaria una formación obligatoria y recursos adecuados, así como una coordinación real entre profesionales y ámbitos. Las actividades preventivas, la detección precoz, la notificación, la atención integral y el seguimiento adecuado deben guiar la actuación de los y las profesionales del ámbito sanitario (23, 24). Es inexcusable la infranotificación en el ámbito sanitario. Ante situaciones de sospecha

o certeza de violencia contra los NNA atendidos en nuestro ámbito, el deber de comunicación, exigido como profesionales cualificados, es también una obligación moral, ética y legal. Además de esta responsabilidad personal, es preciso seguir reclamando incansablemente a las instituciones y organismos responsables de ello el cumplimiento de la ley, porque la negligencia en su implementación es una forma de violencia institucional.

«No me preocupa el grito de los violentos, de los corruptos, de los deshonestos, de los sin ética. Lo que sí me preocupa es el silencio de los buenos»

Martin Luther King

Referencias

1. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8.
2. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-14630-consolidado.pdf.
3. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica [consultado 1-06-2024]. https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9233-consolidado.pdf.
4. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14 (4):245-58 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/.
5. Bravo Queipo de Llano B, Sainz T, Díez Sáez C, Barrios Miras E, Bueno Barriocanal M, Cózar Olmo JA, et al. La violencia como problema de salud. Anales de Pediatría 2024; 100: 202-211.
6. Los costes de la violencia sobre la infancia. Impacto económico y social. Educo. 2018 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.educo.org/actualidad/nuestra-opinion/el-alcance-de-la-violencia-contra-la-infancia,-un.
7. Mas me duele a mí. La violencia que se ejerce en casa. Save the children, 2018 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275326824.
9. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. World Health Organization. 2016
10. Pérez Candas JI, Valverde Benítez I, San Martin Sagarzazu. Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Implicaciones en el ámbito sanitario

(II). En Pérez Espartero MC, Sanz de la Garza C, Escudero Nafas A. Violencias en infancia y adolescencia. Madrid: AEN, 2025 (siguiente capítulo).

11. Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/EstrategiaErradicacionViolenciaContraInfancia.pdf
12. Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-11135
13. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233
14. Pina-Camacho L, Vidal J, Picouto MD, Justo Ortiz E, De Montalvo Jääskeläinen F, Moreno C, et al. Atención a menores con progenitores en conflicto en materia de información y consentimiento relativos a la salud de los hijos. Protocolo asistencial en el contexto de la legislación vigente [artículo especial]. Anales de Pediatría 94 (2021) 338.e1-338.e7
15. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf
16. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioV G2012.pdf
17. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). [Internet]. Madrid; 2023 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf
18. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2021/01/13/pdfs/BOE-A-2021-464.pdf
19. Observación general Nº 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia [consultado 3-06-2024]. Disponible en https://www.refworld.org/es/leg/general/crc/2011/es/82269
20. Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes [Internet] [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/CoViNNA.htm
21. Informe anual de la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes. 2022-2023 [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/informes_CoViNNA.htm
22. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
23. Gil Tarragato S, Justo Gil S. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y en la adolescencia (2023): e202405038. Rev Esp Salud Pública; 98:3 páginas [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/587
24. Pérez Candás JI, Palomino Urda N. Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2021;14;140-1.

Anexo 1:

Artículo 3 de la LOPIVI (Fines)

Artículo 3 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Las disposiciones de esta ley persiguen los siguientes fines:

a) Garantizar la implementación de medidas de sensibilización para el rechazo y eliminación de todo tipo de violencia sobre la infancia y la adolescencia, dotando a los poderes públicos, a los niños, niñas y adolescentes y a las familias, de instrumentos eficaces en todos los ámbitos, de las redes sociales e Internet, especialmente en el familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, del ámbito judicial, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio, de la Administración de Justicia y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
b) Establecer medidas de prevención efectivas frente a la violencia sobre la infancia y la adolescencia, mediante una información adecuada a los niños, niñas y adolescentes, la especialización y la mejora de la práctica profesional en los distintos ámbitos de intervención, el acompañamiento de las familias, dotándolas de herramientas de parentalidad positiva, y el refuerzo de la participación de las personas menores de edad.
c) Impulsar la detección precoz de la violencia sobre la infancia y la adolescencia mediante la formación interdisciplinar, inicial y continua de los y las profesionales que tienen contacto habitual con los niños, niñas y adolescentes.
d) Reforzar los conocimientos y habilidades de los niños, niñas y adolescentes para que sean parte activa en la promoción del buen trato y puedan reconocer la violencia y reaccionar frente a la misma.
e) Reforzar el ejercicio del derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos, escuchados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta debidamente en contextos de violencia contra ellos, asegurando su protección y evitando su victimización secundaria.
f) Fortalecer el marco civil, penal y procesal para asegurar la tutela judicial efectiva de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
g) Fortalecer el marco administrativo para garantizar una mejor tutela administrativa de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
h) Garantizar la reparación y restauración de los derechos de las víctimas menores de edad.
i) Garantizar la especial atención a los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de especial vulnerabilidad.
j) Garantizar la erradicación y la protección frente a cualquier tipo de discriminación y la superación de los estereotipos de carácter sexista, racista, homofóbico, bifóbico, transfóbico o por razones estéticas, de discapacidad, de enfermedad, de aporofobia o exclusión social o por cualquier otra circunstancia o condición personal, familiar, social o cultural.
k) Garantizar una actuación coordinada y colaboración constante entre las distintas administraciones públicas y los y las profesionales de los diferentes sectores implicados en la sensibilización, prevención, detección precoz, protección y reparación.

l) Abordar y erradicar, desde una visión global, las causas estructurales que provocan que la violencia contra la infancia tenga cabida en nuestra sociedad.
m) Establecer los protocolos, mecanismos y cualquier otra medida necesaria para la creación de entornos seguros, de buen trato e inclusivos para toda la infancia en todos los ámbitos desarrollados en esta ley en los que la persona menor de edad desarrolla su vida. Se entenderá como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital.
n) Proteger la imagen del menor desde su nacimiento hasta después de su fallecimiento.

Anexo 2:

Artículo 4 de la LOPIVI (Criterios generales)

Artículo 4 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Criterios generales.

1. Serán de aplicación los principios y criterios generales de interpretación del interés superior del menor, recogidos en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, así como los siguientes:

a) Prohibición de toda forma de violencia sobre los niños, niñas y adolescentes.
b) Prioridad de las actuaciones de carácter preventivo.
c) Promoción del buen trato al niño, niña y adolescente como elemento central de todas las actuaciones.
d) Promover la integralidad de las actuaciones, desde la coordinación y cooperación interadministrativa e intradministrativa, así como de la cooperación internacional.
e) Protección de los niños, niñas y adolescentes frente a la victimización secundaria.
f) Especialización y capacitación de los y las profesionales que tienen contacto habitual con los niños, niñas y adolescentes para la detección precoz de posibles situaciones de violencia.
g) Reforzar la autonomía y capacitación de las personas menores de edad para la detección precoz y adecuada reacción ante posibles situaciones de violencia ejercida sobre ellos o sobre terceros. h) Individualización de las medidas teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada niño, niña o adolescente víctima de violencia.
i) Incorporación de la perspectiva de género en el diseño e implementación de cualquier medida relacionada con la violencia sobre la infancia y la adolescencia.
j) Incorporación del enfoque transversal de la discapacidad al diseño e implementación de cualquier medida relacionada con la violencia sobre la infancia y la adolescencia.

k) Promoción de la igualdad de trato de niños y niñas mediante la coeducación y el fomento de la enseñanza en equidad, y la deconstrucción de los roles y estereotipos de género.
l) Evaluación y determinación formal del interés superior del menor en todas las decisiones que afecten a una persona menor de edad.
m) Asegurar la supervivencia y el pleno desarrollo de las personas menores de edad.
n) Asegurar el ejercicio del derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes en toda toma de decisiones que les afecte.
ñ) Accesibilidad universal, como medida imprescindible, para hacer efectivos los mandatos de esa Ley a todos los niños, niñas y adolescentes, sin excepciones.

2. Adoptar todas las medidas necesarias para promover la recuperación física, psíquica, psicológica y emocional y la inclusión social de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia, así como su inclusión social.

3. Las personas menores de edad que hayan cometido actos de violencia deberán recibir apoyo especializado, especialmente educativo, orientado a la promoción del buen trato y la prevención de conductas violentas con el fin de evitar la reincidencia.

Anexo 3:

Artículo 12 de la LOPIVI (Derecho a la atención integral)

Artículo 12 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Derecho a la atención integral.

1. Los poderes públicos proporcionarán a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia una atención integral, que comprenderá medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación. 2. Entre otros aspectos, la atención integral, en aras del interés superior de la persona menor, comprenderá especialmente medidas de:

a) Información y acompañamiento psicosocial, social y educativo a las víctimas.
b) Seguimiento de las denuncias o reclamaciones.
c) Atención terapéutica de carácter sanitario, psiquiátrico y psicológico para la víctima y, en su caso, la unidad familiar.
d) Apoyo formativo, especialmente en materia de igualdad, solidaridad y diversidad.
e) Información y apoyo a las familias y, si fuera necesario y estuviese objetivamente fundada su necesidad, seguimiento psicosocial, social y educativo de la unidad familiar.
f) Facilitación de acceso a redes y servicios públicos.
g) Apoyo a la educación e inserción laboral.
h) Acompañamiento y asesoramiento en los procedimientos judiciales en los que deba intervenir, si fuera necesario.

i) Todas estas medidas deberán tener un enfoque inclusivo y accesible para que puedan atender a todos los niños, niñas y adolescentes sin excepción.

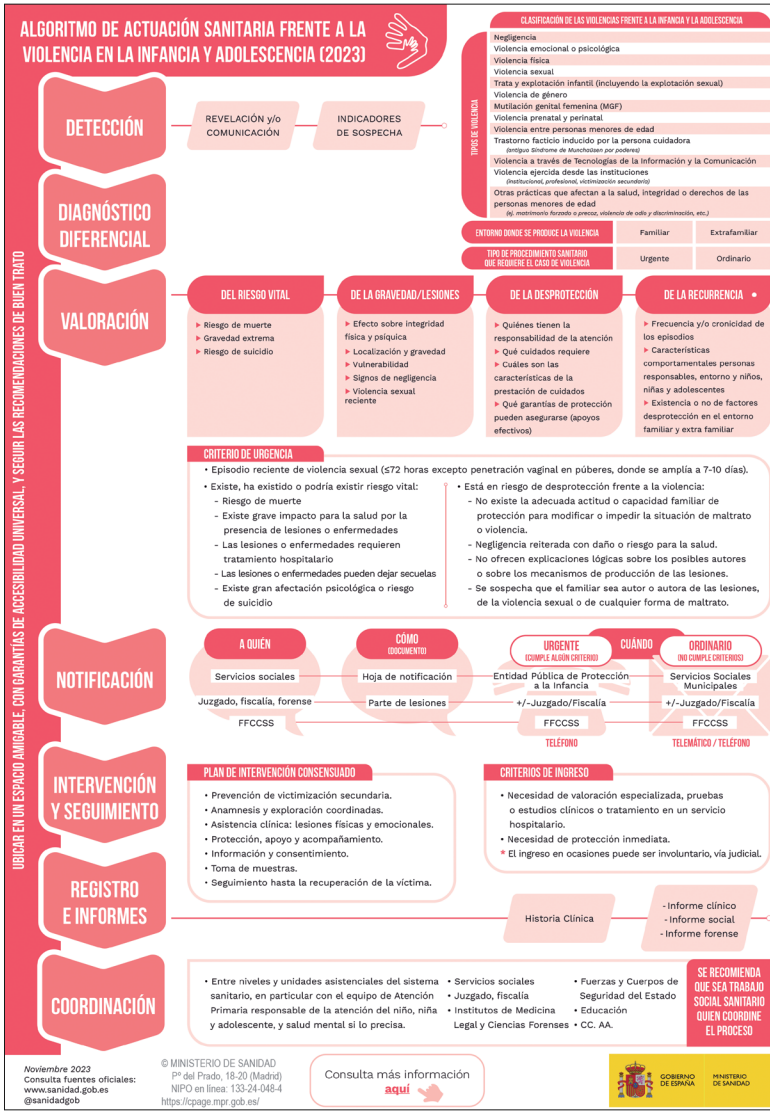
3. Las administraciones públicas deberán adoptar las medidas de coordinación necesarias entre todos los agentes implicados con el objetivo de evitar la victimización secundaria de los niños, niñas y adolescentes con los que en cada caso, deban intervenir.

4. Las administraciones públicas procurarán que la atención a las personas menores víctimas de violencia se realice en espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado al niño, niña o adolescente.

5. Las administraciones sanitarias, educativas y los servicios sociales competentes garantizarán de forma universal y con carácter integral la atención temprana desde el nacimiento hasta los seis años de edad de todo niño o niña con alteraciones o trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos en el ámbito de cobertura de la ley, así como el apoyo al desarrollo infantil.

Anexo 4:

INFOGRAFÍA COVINNA (ALGORITMO):



https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Infografia_CoViNNA_algoritmo.pdf

LA LEY ORGÁNICA 8/2021 (LOPIVI): IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO (II)

ORGANIC LAW 8/2021 (LOPIVI): IMPLICATIONS IN HEALTH FIELD (II)

Jose Ignacio Pérez Candás
Médico especialista en Pediatría y sus Áreas específicas. Principado de Asturias.
Coordinador del Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap[1]
j.i.p.c@telefonica.net

Ignacio Valverde Benítez
Enfermero especialista en Pediatría. Granada.
Grupo de trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

Aitor San Martín Sagarzazu
Médico Interno Residente en Pediatría
en el Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia.
Grupo de trabajo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap

Resumen: Las actividades preventivas conforman una de las partes básicas en la lucha contra la violencia contra la infancia y la adolescencia. Son relevantes en la Unidad Funcional Pediátrica de Atención Primaria, dada la intensa relación de los profesionales de estas unidades, con las familias a su cargo y por la proyección de aquellos en la comunidad, lo que los constituye en vehículos perfectos para las actividades comunitarias encaminadas a la lucha contra esta lacra social. Estas unidades también son primordiales para la identificación del riesgo psicosocial que en ocasiones puede ir ligado a la violencia, lo que permite anticiparse a la misma y prevenirla, por tanto.

Palabras clave: Violencia, niño, adolescente, riesgo, Psicología, factores sociales, factores biológicos, prestación de servicios de salud.

Abstract: Preventive activities are one of the basic parts of the fight against violence against children and adolescents. They are relevant in the Pediatric Primary Care

[1] El grupo esta compuesto por Ángel Carrasco Sanz (Pediatra, Antonio Gancedo Baranda (Pediatra), María de los Llanos Quirarte Torres (Pediatra), Ignacio Ledesma Benítez (Pediatra), María de los Ángeles Ordóñez Alonso (Pediatra), Narcisa Palomino Urda (Pediatra), Begoña López Pis (Enfermera Familiar y Comunitaria), Raquel Páez González (Pediatra), José Ignacio Pérez Candás (Pediatra), Aitor San Martin Sagarzazu (MIR Pediatría), Eva Suárez Vicent (Pediatra), Ignacio Valverde Benítez (Enfermero Pediátrico), Ainhoa Zabaleta Rueda (Pediatra).

Functional Unit, given the close relationship between the professionals of these units and the families in their care and the projection of these professionals in the community, which makes them perfect vehicles for community activities aimed at fighting this social scourge. These units are also essential for identifying the psychosocial risk that can sometimes be linked to violence, which allows anticipating it and therefore preventing it.

Key words: violence, child, adolescent, risk, Psychology, social factors, biological factors, delivery of health care.

INTRODUCCIÓN

La violencia es, desde tiempos remotos, un grave problema para la humanidad. Cuando se produce en la infancia y la adolescencia, dada su vulnerabilidad, las consecuencias para el presente y el futuro de las personas afectadas serán muchas de ellas irreversibles. Puede pasar desapercibida en muchas ocasiones por la intimidad de los ámbitos en los que ocurre, como en las esferas familiar y escolar, en las que suceden casi todos los incidentes, y que debieran ser marcos de seguridad y desarrollo personal para niños, niñas y adolescentes. Además, es frecuente que en estos escenarios de violencia confluyan variables sociológicas, educativas, culturales, sanitarias, económicas, administrativas y jurídicas, lo que obliga a que cualquier aproximación legislativa sobre la cuestión requiera un amplio enfoque multidisciplinar. En definitiva, la violencia sobre personas menores de edad es una realidad avergonzante que afecta a múltiples áreas de la sociedad. Con la LOPIVI, España se incorpora al grupo de naciones con legislaciones más avanzadas en la protección de las personas menores de edad contra esta lacra social. Pero la Ley, por sí misma, si no va dotada de las correspondientes partidas presupuestarias que permitan desarrollarla e implementarla estará condenada al fracaso (1).

No podemos obviar que el fracaso de la Ley por negligencia administrativa es una forma de violencia institucional. La Ley debiera permitir una mejor prevención, detección, notificación, registro, así como coordinación entre los diferentes organismos y personas que deben abordar la violencia contra la infancia y la adolescencia.

La LOPIVI (1), respecto de la Convención de los derechos del niño (2), establece como hechos especialmente relevantes:

- el derecho del niño y la niña o adolescente a no ser objeto de ninguna forma de violencia,
- que el interés superior del niño y de la niña sea considerado primordialmente,
- el derecho a ser escuchado.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Para la realización de estas actividades que deben constituir el corazón de la pediatría de atención primaria la Unidad Funcional Pediátrica de Atención Primaria, del centro de salud (UFPAP), para un desempeño que proporcione la mayor calidad y seguridad de las prestaciones, debiera estar constituida por médicos/as especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas y enfermeros/as especialistas en Pediatría en relación 1:1 en cada zona básica de salud y con el apoyo del trabajador/a social sanitario/a que debiera estar presente en todos los centros de salud del Estado. También es necesario actuar sobre las agendas de las personas que trabajan en el área funcional pediátrica para que estas prevean la realización de estas actividades preventivas y de promoción de la salud en los centros de salud y en la comunidad.

En este apartado, aparte de otras actividades preventivas como la promoción de la parentalidad positiva, se debe implementar el Programa para la Identificación del Riesgo Biopsicosocial (3) que explora la salud de los menores de edad en relación con los determinantes sociales de esta. Esta herramienta clínica está implantada en los Servicios de Salud de algunas CCAA, como es el caso de los Servicios de Salud del Principado de Asturias, Navarra y Castilla-León.

A partir de una anamnesis realizada por los profesionales sanitarios de la UFPAP se aplicará a las personas menores de edad –siempre que su edad y estado clínico lo permita–, a sus familias, o a ambos, mediante un cuestionario sobre factores relacionados con el riesgo psicosocial, sustentados en la evidencia científica y que abarcan tres dimensiones del riesgo:

- Personales propios del menor.
- De los progenitores.
- Socioculturales del menor y de su entorno familiar y comunitario.

Y tres grupos de edad para implementarla:

- Menores de 4 años.
- De 4 a 8 años.
- Mayores de 8 años.

La herramienta clínica permite identificar el riesgo psicosocial para iniciar los apoyos necesarios para corregir o atenuar las consecuencias de la situación detectada, realizar el seguimiento en consulta y valorar la derivación oportuna a la instancia adecuada si estuviera indicado. La identificación de los factores de riesgo también apoyaría la implementación de políticas basadas en la evidencia científica a partir de trabajos de investigación sobre los datos registrados en las historias clínicas. Pero la existencia de factores de riesgo no implica necesariamente que se vayan a producir, inexorablemente, acontecimientos adversos, entre otros, violencia contra la persona menor de edad. Muchos de ellos, por la resiliencia propia y la de sus familias, tendrán un desempeño normal.

Tabla 1.
CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL EN MENORES DE 4 AÑOS.

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad	Inmigración: adaptación deficitaria.	*Violencia de género (tabla 4)
Parto traumático: asfixia/hipoxia perinatal	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral, desempleo de larga duración.	Progenitores adolescentes y/o inmaduros.
Malformaciones congénitas	Riesgo de mutilación genital femenina.	Embarazo no controlado.
Adopción y/o acogimiento.	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad.	Hijo no deseado.
Retraso/déficit psicomotor.	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales.	Crisis familiares, especialmente las provocadas por la ruptura familiar.
Alteraciones de la conducta/psicológicas.	Evolución negativa de los programas de intervención.	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello.
Discapacidad.	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo.	Familia monoparental.
Carencia afectiva.	La hiperfrecuentación de los servicios sanitarios no justificados, y, sobre todo, los ingresos reiterados no justificados.	Hábitos tóxicos.
Conducta antisocial.	Aislamiento social, falta de redes de apoyo.	Antecedentes familiares de maltrato infantil.
Absentismo escolar. En familias de riesgo y con escolarización precoz por este motivo.		Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.		Enfermedad mental.
Historia de maltrato (según criterios de LOPIVI).		Madre víctima de trata.
		Falta de habilidades parentales.

Tabla 2.
CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DE 4-8 AÑOS.

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad	Inmigración: insuficiente adaptación.	*Violencia de género (tabla 4).
Parto traumático: asfixia/hipoxia perinatal	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral.	Progenitores adolescentes y/o inmaduros.
Malformaciones congénitas	Acoso entre iguales	Embarazo no controlado
Adopción y/o acogimiento	Riesgo de mutilación genital femenina.	Hijo no deseado.
Retraso psicomotor	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad.	Crisis familiares, especialmente, las provocadas por la ruptura familiar.
Alteraciones de la conducta/psicológicas	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales.	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello.
Discapacidad	Evolución negativa de los programas de intervención.	Familia monoparental.
Carencia afectiva	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo.	Hábitos tóxicos.
Conducta antisocial	La hiperfrecuentación de atención sanitaria pública o privada no justificada, y, especialmente los ingresos en instituciones sanitarias reiterados no justificados.	Antecedentes familiares de maltrato infantil.
Absentismo escolar en menores de 6 años, si es una familia de riesgo y se ha indicado la escolarización precoz.	Aislamiento social, falta de redes de apoyo.	Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.		Enfermedad mental.
Historia de maltrato. (según criterios de LOPIVI)		Madre víctima de trata.
		Falta de habilidades parentales.

Tabla 3.
Cuestionario de identificación del riesgo psicosocial para mayores de 8 años.

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad.	Inmigración: insuficiente adaptación.	*Violencia de género (tabla 4)
Parto traumático: asfixia/hipoxia perinatal.	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral, desempleo de larga duración.	Embarazo en adolescente.
Malformaciones congénitas.	Acoso entre iguales.	Embarazo no controlado.
Adopción y/o acogimiento	Ciberacoso.	Hijo no deseado.
Retraso psicomotor.	Riesgo de mutilación genital femenina.	Crisis familiares. especialmente las provocadas por la ruptura familiar.
Alteraciones de la conducta/psicológicas.	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad.	Progenitores adolescentes y/o inmaduros.
Discapacidad.	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales.	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello.
Carencia afectiva.	Evolución negativa de los programas de intervención.	Familia monoparental.
Conducta antisocial.	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo.	Hábitos tóxicos.
Absentismo escolar/ fracaso escolar/abandono escolar.	La hiperfrecuentación de atención sanitaria pública o privada no justificada, y, especialmente los ingresos en instituciones sanitarias reiterados no justificados.	Antecedentes familiares de maltrato infantil.
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.	Aislamiento social, falta de redes de apoyo.	Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida.
Historia de maltrato (según criterios de LOPIVI)		Enfermedad mental.

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
• Hábitos y rutinas tóxicos: consumo de tabaco, alcohol, otras drogas, ciberadicción. • Conductas cibernéticas inadecuadas. • Otros.		Madre víctima de trata.
Las niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en los términos establecidos en el artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.		Falta de habilidades parentales.

Tabla 4.
INDICADORES EN EL NIÑO O NIÑA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Ámbito	Indicadores en el niño víctima de violencia de genero
Desarrollo social	• Dificultades de interacción social. • Problemas de agresividad. • Problemas de inhibición. • Dificultades para interpretar las claves sociales. • Falta de habilidades de resolución de problemas sociales. • Tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los otros.
Desarrollo emocional	• Falta de empatía. • Dificultades para expresar y comprender emociones propias y ajenas. • Problemas de autocontrol de la propia conducta.
Desarrollo cognitivo	• Baja autoestima. • Indefensión aprendida. • Tendencia a no enfrentarse a nuevas tareas por miedo al fracaso y a la frustración. • Problemas de egocentrismo cognitivo y social. • Juicios morales heterónomos: más permisivos con sus transgresiones que con las de los demás.

Los hijos e hijas de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Fuente: Espinosa Baya (Modificada por el autor).

Para la recogida de los datos del cuestionario en consulta deberá proveerse un ambiente cálido y acogedor, informando a las familias que el cuestionario que se va a realizar tiene tanta importancia como la anamnesis sobre los antecedentes personales y familiares. Las familias deben ser informadas de

que el objetivo es evaluar las necesidades del menor y de su entorno en el ámbito psicosocial y de los determinantes sociales de la salud. Debemos hacer llegar a las familias la importancia de una valoración integral, biopsicosocial de la salud, y proporcionar la información necesaria para preservarla según las evidencias científicas disponibles. Todo ello en el contexto de prevenir, promocionar y educar en salud objetivos irrenunciables para la UFPAP.

Se deberá informar también a la persona menor de edad y a la familia que después de la valoración, si fuera necesario, procederíamos a movilizar los recursos a nuestro alcance para la resolución o la mejora de la problemática que se pudiera detectar. Siempre se deben respetar los deseos de la familia y el menor, que deberá escucharse siempre y tenida en cuenta su opinión si consideramos que cumple criterios de madurez para la decisión que desea tomar.

El cuestionario debe realizarse, preferiblemente, dentro de las visitas programadas del programa de salud infantil, pero también se podría realizar en cualquier otra situación que lo aconseje.

El programa permite identificar, y por tanto prevenir, situaciones de riesgo de violencia infantil porque están incluidos en él los indicadores de riesgo que establece la LOPIVI y debe ser complementario a un programa específico con identificadores de violencia infantil para detectar y notificar estos casos. Para el desarrollo de estas actividades preventivas, que deben constituir el corazón de la pediatría en atención primaria, creemos que es un buen modelo el Plan Personal Jerárquico de Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias (PPJ-ASIA) (4) , impulsado desde la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) en colaboración con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y en el que las actividades preventivas en pediatría de atención primaria se compendian en tres programas independientes, pero ligados en un proyecto conjunto de carácter preventivo (PPJ-ASIA):

- Programa de Salud Infantil.
- Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial.
- Programa de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.

ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD

La atención comunitaria es un elemento esencial para la mejora de la salud de la población y un factor determinante de la calidad y la seguridad de las prestaciones de la atención primaria (5). La atención individual a demanda en consulta no cubre las necesidades de salud de la población, sobre todo cuando se centra en lo biológico, e incluso puede conducir a una medicalización contraproducente de la comunidad, como está ampliamente constatado (6) con un incremento de la yatrogenia derivada de la polimedicación y pruebas diagnósticas innecesarias. Ni qué decir tiene que las actividades preventivas, de promoción de la salud y educación sanitaria basadas en las mejores eviden-

cias disponibles son mucho más eficaces cuando se realizan en la temprana infancia y la adolescencia que posteriormente (7).

Estas actividades en la comunidad tienen también un fuerte apoyo en la Teoría Ecológica de los Sistemas de Urie Bronfenbrenner (8) y su influencia en el desarrollo humano, especialmente en las personas menores de edad al ser la comunidad un determinante fundamental en su salud y el bienestar. Por ello, la capacidad de las familias y el sistema de apoyo comunitario son determinantes para un desarrollo físico y emocional positivo (8).

Algunas sugerencias de actividades que los profesionales de las UFPAP apoyados por el personal de trabajo social sanitario pueden llevar a cabo son las siguientes:

Educación y concienciación: Organizar charlas educativas en la comunidad sobre la importancia de criar a los niños en entornos seguros y saludables, y los efectos negativos de la violencia en su desarrollo físico, emocional y cognitivo.

- *Charlas y talleres educativos*: Organizar charlas y talleres en centros comunitarios, escuelas, consultorios médicos u otros lugares accesibles para los padres y cuidadores. Estas sesiones podrían cubrir temas como los efectos de la violencia en el desarrollo infantil, estrategias de crianza positiva, cómo reconocer signos de violencia, y recursos disponibles para ayudar a las familias.
- *Campañas de sensibilización*: Lanzar campañas de sensibilización en la comunidad utilizando medios de comunicación locales, redes sociales y materiales impresos. Estas campañas podrían incluir mensajes claros y accesibles sobre la importancia de criar a los niños en entornos seguros y amorosos, así como recursos para obtener ayuda en caso de necesidad.
- *Eventos comunitarios*: Organizar eventos comunitarios, como ferias de salud o días familiares, donde se puedan ofrecer información y recursos sobre la prevención de la violencia infantil. Estos eventos pueden incluir actividades interactivas, juegos educativos y sesiones informativas para involucrar a las familias y promover el diálogo sobre este tema.
- *Grupos de apoyo*: Facilitar grupos de apoyo para padres y cuidadores que puedan proporcionar un espacio seguro para compartir experiencias, obtener apoyo mutuo y aprender habilidades de crianza efectivas. Estos grupos pueden ser útiles para aquellos que enfrentan desafíos relacionados con la crianza de sus hijos.
- *Programas de capacitación para profesionales*: Ofrecer programas de capacitación para médicos/as especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas, enfermeras/os especialistas en Pediatría y otros profesionales de la salud que trabajan con niños y familias. Estos programas pueden centrarse en la identificación de signos de violencia, el manejo adecuado de casos sospechosos y la comunicación efectiva con las familias sobre temas sensibles.

– *Alianzas con escuelas y organizaciones*: Establecer alianzas con escuelas, organizaciones juveniles y otras entidades comunitarias para integrar la prevención de la violencia infantil en programas existentes. Esto podría incluir la incorporación de currículos educativos sobre resolución de conflictos, habilidades sociales y prevención del acoso escolar en el entorno.

Apoyo a padres y cuidadores: Ofrecer sesiones de capacitación para padres y cuidadores sobre técnicas de crianza positiva, resolución de conflictos y manejo del estrés. Proporcionar recursos y herramientas para ayudar a los padres a criar a sus hijos de manera segura y amorosa.

Proporcionar apoyos concretos a padres y cuidadores es fundamental para fortalecer sus habilidades y capacidades en la crianza de los niños y adolescentes.

– *Talleres de habilidades parentales*: Ofrecer talleres prácticos que enseñen técnicas de crianza positiva, comunicación efectiva, establecimiento de límites y resolución de conflictos.
– *Asesoramiento individualizado*: Proporcionar sesiones de asesoramiento individualizado para padres y cuidadores que enfrentan desafíos específicos en la crianza de sus hijos. Estas sesiones pueden brindar un espacio seguro para discutir preocupaciones, recibir orientación personalizada y desarrollar estrategias de afrontamiento.
– *Grupos de apoyo parental*: Facilitar grupos de apoyo donde los padres y cuidadores puedan conectarse con otros en situaciones similares, compartir experiencias, recibir apoyo emocional y aprender unos de otros. Estos grupos pueden beneficiar especialmente a quienes se sienten aislados o abrumados en su rol parental.
– *Recursos y herramientas prácticas*: Proporcionar materiales educativos, guías prácticas y recursos en línea sobre temas relacionados con la crianza, como el desarrollo infantil, la disciplina positiva, la nutrición y la salud mental. Estos recursos pueden ayudar a los padres a sentirse más seguros y capacitados en su papel como cuidadores.
– *Programas de apoyo financiero y social*: Conectar a los padres y cuidadores con programas de apoyo financiero y social que puedan ayudarles a satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, como alimentos, vivienda y atención médica. Esto puede incluir información sobre beneficios gubernamentales, servicios de asistencia social y organizaciones locales sin ánimo de lucro.
– *Servicios de referencia y remisión*: Ofrecer servicios de referencia y remisión a profesionales especializados en casos donde se necesite apoyo adicional, como asesoramiento psicológico, terapia familiar o servicios de intervención en crisis.

Al proporcionar estos apoyos concretos, es importante adoptar un enfoque centrado en la familia y respetuoso de la diversidad cultural y las circunstancias individuales de cada familia. Además, brindar seguimiento puede ser clave para garantizar que los padres y cuidadores reciban el apoyo necesario a lo largo del tiempo.

Identificación y remisión: Capacitar al personal de salud en la identificación de signos de violencia infantil y en el manejo adecuado de casos sospechosos.

Promoción de la Salud Mental: Organizar actividades para promover la salud mental y el bienestar emocional de los niños y adolescentes, como grupos de apoyo, talleres de manejo del estrés y sesiones de *mindfulness*.

Promover la salud mental en la comunidad es crucial para el bienestar general de sus miembros.

- *Charlas y talleres educativos*: Organizar charlas y talleres sobre temas relacionados con la salud mental, como manejo del estrés, resiliencia, autoestima, y técnicas de afrontamiento. Estas actividades pueden ofrecer información práctica y consejos para mejorar el bienestar emocional.
- *Grupos de apoyo*: Facilitar grupos de apoyo donde las personas puedan compartir sus experiencias, recibir apoyo emocional y aprender de los demás que están pasando por situaciones similares. Estos grupos pueden abordar una variedad de temas, como la depresión, la ansiedad, el duelo y la adicción.
- *Eventos recreativos y culturales*: Organizar eventos recreativos y culturales que promuevan el bienestar emocional y la conexión social. Esto podría incluir actividades como conciertos, obras de teatro, exhibiciones de arte, caminatas grupales y eventos deportivos.
- *Programas de ejercicio y actividad física*: Ofrecer programas de ejercicio y actividad física que se centren en mejorar la salud mental, como clases de yoga, thai chi, meditación y caminatas grupales. El ejercicio regular se ha demostrado que reduce el estrés, mejora el estado de ánimo y promueve el bienestar emocional.
- *Servicios de consejería y apoyo psicológico*: Facilitar el acceso a servicios de consejería y apoyo psicológico asequibles y accesibles en la comunidad. Esto podría implicar colaboraciones con profesionales de la salud mental, clínicas comunitarias o servicios de telemedicina.
- *Campañas de concienciación*: Lanzar campañas de concientización sobre la importancia de cuidar la salud mental y eliminar el estigma asociado con los trastornos mentales. Estas campañas pueden utilizar medios de comunicación, redes sociales y eventos comunitarios para difundir mensajes positivos y educativos.

- *Educación en escuelas y lugares de trabajo*: Incorporar la educación sobre salud mental en programas escolares y lugares de trabajo. Esto podría incluir currículos educativos sobre manejo del estrés, resolución de conflictos, habilidades para la vida y estrategias de autocuidado.
    - *Voluntariado y actividades solidarias*: Fomentar el voluntariado y las actividades solidarias que ayuden a las personas a sentirse conectadas con su comunidad y a encontrar un propósito significativo en sus vidas. El voluntariado se ha asociado con beneficios para la salud mental, como la reducción del estrés y la mejora del bienestar emocional.

Prevención de la violencia entre pares: Desarrollar programas en las escuelas y en la comunidad para prevenir el acoso escolar, la violencia entre pares y otras formas de violencia juvenil. Fomentar la empatía, el respeto y la resolución pacífica de conflictos.

Para prevenir la violencia entre pares, es fundamental implementar actividades que fomenten la empatía, promuevan la resolución pacífica de conflictos y creen un entorno escolar y comunitario seguro y respetuoso. Aquí hay algunas actividades que se pueden desarrollar para prevenir la violencia entre pares:

- *Programas de educación y sensibilización*: Desarrollar programas educativos que aborden temas como el respeto mutuo, la tolerancia, la empatía y la resolución pacífica de conflictos. Estos programas pueden incluir sesiones de concientización, charlas educativas, videos instructivos y actividades interactivas.
- *Entrenamiento en habilidades sociales*: Ofrecer entrenamiento en habilidades sociales para ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de comunicación efectiva, manejo del estrés, empatía y trabajo en equipo. Estas habilidades pueden ayudar a prevenir situaciones de conflicto y promover relaciones positivas entre los pares.
- *Grupos de discusión y apoyo*: Facilitar grupos de discusión y apoyo donde los estudiantes puedan hablar abierta y honestamente sobre sus experiencias, preocupaciones y desafíos relacionados con la violencia entre pares. Estos grupos pueden proporcionar un espacio seguro para compartir y recibir apoyo mutuo.
- *Mentoría y modelado de Rol*: Implementar programas de mentoría donde estudiantes mayores o adultos de la comunidad actúen como modelos de rol positivos y brinden orientación y apoyo a los estudiantes más jóvenes. La mentoría puede ayudar a fortalecer la autoestima, mejorar las habilidades sociales y reducir la probabilidad de participar en comportamientos violentos.
- *Campos de juego y recreación supervisados*: Ofrecer espacios de juego y recreación supervisados donde los estudiantes puedan participar en

actividades físicas y sociales de manera segura y estructurada. Esto puede ayudar a reducir las oportunidades para el acoso y la intimidación y fomentar interacciones positivas entre los pares.
- *Resolución de conflictos mediada*: Implementar programas de resolución de conflictos mediados por pares, donde los estudiantes sean capacitados para mediar en disputas entre sus compañeros de manera constructiva y no violenta. Estos programas pueden ayudar a resolver conflictos de manera efectiva y prevenir la escalada de la violencia.
- *Campañas anti-Bullying*: Organizar campañas de concienciación y prevención del acoso escolar que promuevan la tolerancia, la inclusión y el respeto mutuo. Estas campañas pueden incluir actividades como días temáticos, charlas motivacionales, carteles educativos y videos informativos.
- *Participación de padres y comunidad*: Involucrar activamente a los padres, tutores y miembros de la comunidad en los esfuerzos de prevención de la violencia entre pares. Esto puede incluir sesiones informativas para padres, comités de seguridad escolar y colaboraciones con organizaciones locales para abordar el problema de manera integral.

Al implementar estas actividades, es importante adaptarlas a las necesidades y características específicas de la comunidad escolar y asegurarse de que estén respaldadas por evidencia de su efectividad en la prevención de la violencia entre pares. Además, es esencial fomentar una cultura escolar y comunitaria basada en el respeto, la empatía y la inclusión para crear un entorno donde todos los estudiantes se sientan seguros y valorados.

Colaboración interdisciplinaria: Trabajar en colaboración con otros profesionales y organizaciones, como trabajadores sociales, psicólogos, fuerzas del orden público y organizaciones sin fines de lucro, para abordar de manera integral el problema de la violencia contra la infancia y la adolescencia.

Investigación y evaluación: Realizar estudios de investigación para evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas y mejorar continuamente las estrategias basadas en evidencia.

Las líneas de investigación en la comunidad para prevenir la violencia contra la infancia y la adolescencia son fundamentales para desarrollar intervenciones efectivas y basadas en evidencia. Algunas áreas de investigación que podrían ser pertinentes incluyen:

- *Factores de riesgo y protección*: Investigar los factores de riesgo y protección asociados con la violencia contra la infancia y la adolescencia, incluidos los factores individuales, familiares, escolares y comunitarios que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que un niño o adolescente sea víctima o perpetrador de violencia.

- *Evaluación de intervenciones*: Evaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas para prevenir la violencia en el ámbito comunitario, como programas educativos, entrenamiento en habilidades sociales, campañas de sensibilización y servicios de apoyo para familias en riesgo.
- *Desarrollo de herramientas y recursos*: Desarrollar herramientas y recursos para la prevención de la violencia, como guías prácticas, evaluaciones de riesgo, protocolos de intervención y programas de capacitación para profesionales y voluntarios que trabajan con niños y adolescentes.
- *Promoción de entornos seguros*: Investigar estrategias para promover entornos seguros y protectores en la comunidad, incluidas iniciativas para mejorar la seguridad en las escuelas, vecindarios y espacios recreativos, así como políticas para abordar la violencia estructural y sistémica.
- *Participación comunitaria*: Examinar el papel de la participación comunitaria en la prevención de la violencia, incluida la colaboración entre diferentes sectores (salud, educación, servicios sociales, justicia, etc.) y la participación de los miembros de la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones.
- *Tecnología y prevención*: Investigar el papel de la tecnología en la prevención de la violencia, incluyendo el uso de plataformas en línea, aplicaciones móviles y redes sociales para proporcionar información, apoyo y recursos a niños, adolescentes y familias en riesgo.
- *Impacto a largo plazo*: Estudiar el impacto a largo plazo de la violencia en la salud y el bienestar de los niños y adolescentes, así como las intervenciones tempranas y preventivas que pueden ayudar a mitigar estos efectos negativos y promover la resiliencia.
- *Equidad y justicia social*: Investigar las desigualdades sociales y estructurales que contribuyen a la violencia contra la infancia y la adolescencia, así como las estrategias para abordar estas disparidades y promover la equidad y la justicia social en la comunidad.

Es esencial que la investigación se traduzca en políticas y prácticas efectivas que puedan tener un impacto significativo en la prevención de la violencia contra la infancia y la adolescencia a nivel comunitario.

Es importante adaptar estas actividades a las necesidades específicas de la comunidad y asegurarse de que estén respaldadas por evidencia científica para garantizar su efectividad. Además, la sensibilización y la colaboración con la comunidad son fundamentales para el éxito de estas iniciativas de prevención.

«La forma de sanar la sociedad de la violencia y de la falta de amor es reemplazando la pirámide de dominación con el círculo de la igualdad y el respeto»

MANITONQUAT

Referencias

1. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE-A-2021-9347.
2. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño. Disponible en https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf visitado el 28 de marzo de 2024.
3. Pérez Candás JI, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap g. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (II). Form Act Pediatr Aten Prim. 2022;15;153-60.
4. Pérez Candás JI y cols. PPJ ASIA. Disponible en: https://www.aepap.org/federadas/asturias/biblioteca/plan-personal-jerarquico-de-la-atencion-sanitaria-la-infancia-y-la-adolescencia-del-principado-de Asturias
5. Núñez Jiménez C, Vázquez Fernández ME. La pediatría comunitaria. Anales de Pediatría. Vol. 98. Núm. 5.páginas 327-328 (mayo 2023): Disponible en https://www.analesdepediatria.org/es-la-pediatria-comunitaria-articulo-S1695403323000449 visitado el 1 de junio de 2024
6. Conrad P. The Medicalization of Society. Johns Hopkins University Press. 1ª ed. 11 de jun 2007.
7. PREVINFAD. Disponible en: https://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec#recomendadas visitado el 1 de junio de 2024
8. Urie Bronfenbrenner. La ecología del desarrollo humano. Paidos Ibérica- 9788475094441.

LA LOPIVI COMO HERRAMIENTA ANTE LA VIOLENCIA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

THE LOPIVI AS A TOOL TO PREVENT VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS TREATED IN THE CHILD AND YOUTH MENTAL HEALTH SERVICES

César Luis Sanz de la Garza
Médico especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Centro de Salud Mental Infantojuvenil de Gijón.
Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Fátima Valencia Agudo
Psicóloga especialista en Psicología Clínica, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Centro de Salud Mental Infantojuvenil de Oviedo.
Servicio de Salud del Principado de Asturias.
cesarluissanzdelagarza@gmail.com

Resumen: La aprobación de la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) ha supuesto un gran avance en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes en España, que se convierte en el primer país del mundo con una legislación de este calado. La aprobación de esta ley no es más que el principio de un cambio de paradigma que debemos realizar como sociedad para erradicar la violencia contra la infancia en nuestro país. Como profesionales de los Servicios de Salud Mental Infantojuvenil especialmente implicados en la atención a niños, niñas y adolescentes es de vital importancia que conozcamos y entendamos bien esta.

Palabras clave: legislación, violencia, niño, adolescente.

Abstract: The approval of the Organic Law on comprehensive protection of children and adolescents against violence (LOPIVI) has represented great progress in the protection of children and adolescents in Spain, which becomes the first country in the world with legislation of this magnitude. The approval of this law is nothing more than the beginning of a paradigm shift that we must make as a society to eradicate violence against children in our country. As professionals of Child and Adolescent Mental Health Services especially involved in the care of children and adolescents, it is vitally important that we know and understand this well.

Key words: legislation, violence, child, adolescent.

LA LOPIVI: MARCO DE PARTIDA

La aprobación de la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) ha supuesto un gran avance en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes en España, que se convierte en el primer país del mundo con una legislación de este calado. No es más que el principio de un cambio de paradigma que debemos realizar como sociedad para erradicar la violencia contra la infancia en nuestro país. La LOPIVI modifica más de 15 Leyes, Decretos y Reglamentos de orden inferior a la Constitución y Tratados Internacionales y atiende al Derecho de los niños, niñas y adolescentes de erradicar la violencia sobre la infancia y la adolescencia desde una aproximación integral y en una respuesta extensa a la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo. Asume con rigor los Tratados Internacionales ratificados por España y va un paso más allá con su carácter integral en las materias que asocia a su marco de efectividad, ya sea en su realidad estrictamente sustantiva como en su voluntad didáctica, divulgativa y cohesionadora.Tiene por objeto garantizar los Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, recogiendo la necesaria cooperación y colaboración entre las administraciones públicas y la colaboración público–privada.

La Ley establece un deber genérico de comunicación de las situaciones de violencia sobre los niños, niñas y adolescentes (NNA) que afecta a toda la ciudadanía y un deber de comunicación cualificado exigible a aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de NNA, garantizando la protección y seguridad para todas las personas que cumplan con su deber. Contiene medidas de protección integral frente a la violencia para los diferentes niveles de actuación (sensibilización, prevención y detección precoz) y en los distintos ámbitos (familiar, educativo, de intervención social, centros de protección, sanitario, deportivo, de ocio, digital y policial) y enmarca dos conceptos básicos: la violencia y el principio del buen trato.

Es de vital importancia conocer y entender bien esta ley, principalmente por parte de las personas, administraciones, instituciones y organizaciones que trabajamos por los derechos de la infancia.

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Cada año, 1.000 millones de niños, niñas y adolescentes, la mitad de la población infantil del mundo, son víctimas de la violencia. Las pruebas son cada vez más contundentes sobre la prevalencia de la violencia contra la infancia y sabemos que es una violación grave de los derechos de los NNA (1).

La violencia en cifras contra los niños, niñas y adolescentes arroja unos datos alarmantes:

- Cada siete minutos, un adolescente muere en el mundo a causa de un acto de violencia (2).
- La violencia sexual en la infancia oscila entre el 8-31 % en el caso de las niñas y entre el 3-17 % en el de los niños (3).
- Los niños con discapacidad tienen casi cuatro veces más probabilidades de sufrir violencia que otros niños (4).
- Los niños con discapacidades mentales o intelectuales se enfrentan a una mayor prevalencia y riesgo de violencia que los niños con otros tipos de discapacidad (5).
- Casi un tercio de los menores de 11-15 años de edad han sufrido el acoso de sus compañeros al menos una vez en el último mes (6).
- Cerca de 300 millones de menores de 2-4 años de edad en todo el mundo son habitualmente víctimas de algún tipo de disciplina violenta por parte de sus cuidadores (7).
- A nivel mundial el maltrato emocional afecta a más de uno de cada tres niños (8).

La violencia se da en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, la comunidad o el lugar de trabajo, dentro de instituciones así como en el mundo virtual. Las diferentes formas de violencia están interrelacionadas, ya que sus orígenes son comunes. Pueden darse juntas y una forma puede llevar a otra, creando un proceso continuo de violencia para los niños. La violencia interpersonal pasa de un entorno a otro. Un niño que sufre maltrato en casa o en la escuela tiene más probabilidades de ser víctima de la violencia en la comunidad en general. Las nuevas tecnologías y la difusión de la información a través de las redes sociales han añadido un entorno virtual en el que se produce y reproduce la violencia. Las investigaciones destacan que las interconexiones entre los distintos tipos de victimización y su impacto acumulativo pueden perjudicar gravemente el desarrollo del niño (9).

Los niños pueden ser testigos de la violencia entre otras personas, como en situaciones de violencia doméstica, acoso escolar o violencia de bandas en la comunidad. Por otro lado, los niños pueden estar expuestos a material violento a través de los medios de comunicación o de Internet. Todos los niños pueden ser víctimas de la violencia, pero algunos corren mayor riesgo, p.ej. aquellos que viven o trabajan en la calle, los niños con discapacidad, los niños en situación de pobreza, los que pertenecen a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, los niños y niñas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, y los niños que viven como migrantes, refugiados o desplazados internos (10).

Ser víctima de maltrato infantil puede aumentar el riesgo en el futuro de convertirse en víctima o autor de actos de violencia sexual, violencia juvenil, violencia autoinfligida y violencia de pareja. Los niños que son testigos de casos

de violencia intrafamiliar y de género tienen más probabilidades de sufrir este tipo de violencia en el futuro, como víctimas además de como agresores (11).

La pandemia del COVID-19 ha tenido importantes implicaciones para la salud mental de la infancia. Las medidas de confinamiento, el estrés adicional que sufrieron las familias y la interrupción de los ya limitados servicios de protección de la infancia agravaron la vulnerabilidad de los niños ante diversas formas de violencia, como la violencia y el abuso en sus entornos de confianza (cuidadores y familiares), la violencia de género y la explotación sexual, tanto en el entorno virtual como fuera de él. La situación se agravó por la falta de acceso de los niños a sus amigos de escuela, a los profesores, los trabajadores sociales y a otros espacios seguros. El impacto negativo de esta violencia en la salud mental de la infancia se suma a la ansiedad, el miedo, la inseguridad y el aislamiento provocados en general por la pandemia (12).

Consultas realizadas a niños, niñas y adolescentes entre 8-18 años de 13 países en la que les preguntó sobre sus conocimientos, experiencias y percepciones de la crisis de COVID-19 (13), concluyeron que:

- Casi tres cuartos de los niños, niñas y adolescentes dijeron que se sentían aislados y solos desde el cierre de las escuelas lo que afectó negativamente su aprendizaje y sus rutinas cotidianas aumentando su sensación de aislamiento y desesperación.
- Más del 90% de los encuestados dijeron que sentían angustia emocional y mencionaron su preocupación ante sentimientos de ansiedad, ira e inquietud debido a la incertidumbre sobre la duración de la crisis y la manera cómo afrontar el aislamiento.
- El 75 % de los niños, niñas y adolescentes reconocieron que lidiar con las restricciones de distanciamiento físico y social era un reto emocional.

VIOLENCIA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: HUELLAS PSICOPATOLÓGICAS

Las consecuencias de la violencia durante la infancia y la adolescencia a nivel psicopatológico son bien conocidas en la literatura científica.

Se han encontrado asociaciones entre el maltrato en la infancia y problemas vinculares y de socialización, retrasos en el desarrollo y en el lenguaje, y somatizaciones (14-16). Algunos estudios han relacionado los síntomas de trastorno por déficit de atención con la violencia y experiencias adversas en la infancia (17,18). Además, los niños con síntomas de este trastorno parecen tener más probabilidades de ser maltratados (19). Se ha encontrado que existe un peor pronóstico del cuadro cuando el cuidador se involucra en un comportamiento abusivo (19). En cuanto al trastorno oposicionista desafiante, se ha visto que existe un vínculo entre este diagnóstico y antecedentes de

violencia física y sexual (20). Respecto a la adolescencia, aquellos adolescentes que han experimentado violencia en el pasado parecen tener más problemas emocionales y de conducta que aquellos que no la han sufrido. Presentan más abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, comportamientos sexuales de riesgo, conductas delictivas, intentos de suicidio, autolesiones y otros trastornos mentales (21-23). Una revisión realizada por Kim y Leventhal (24) demostró la relación proporcional entre las experiencias de acoso escolar y el riesgo e ideación suicida. Además, la presencia y gravedad de síntomas psicóticos se asocian con la exposición a situaciones traumáticas (25).

La investigación demuestra que la psicopatología asociada a la historia de maltrato y abuso persiste en la vida adulta. Una revisión de revisiones reciente, que incluía 111 metaanálisis y revisiones sistemáticas, concluyó que diferentes formas de maltrato estaban significativamente asociadas con trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos, ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias, trastornos de alimentación, trastornos psicóticos, conducta disruptiva y trastornos de la personalidad (26).

El trastorno límite de la personalidad se ha asociado en la literatura con el abuso infantil, especialmente con abuso sexual (27). Se ha visto que los pacientes con síntomas psicóticos han sufrido con más frecuencia experiencias traumáticas en la infancia (28). Respecto al trastorno bipolar, se ha comprobado que las personas que han sido víctimas de violencia presentan síntomas más severos y un peor curso clínico (29). Los pacientes de salud mental que han sufrido violencia son hospitalizados antes, durante más tiempo y con mayor frecuencia, toman más medicamentos, tienen más probabilidades de autolesionarse y realizar más intentos de suicidio, y en general la severidad es mayor (30).

El abuso sexual y emocional parece estar más fuertemente asociado con los síntomas postraumáticos y la gravedad de los síntomas (31). No obstante, otros tipos de abuso, como la negligencia, pueden tener efectos muy nocivos a largo plazo (21).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: ESPACIOS DE DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Uno de los primeros estudios realizados en servicios especializados de Salud Mental Infantojuvenil fue realizado por Valencia Agudo (32), con una muestra de NNA atendidos en un Centro de Salud Mental Infantojuvenil de Asturias, que habían sufrido algún tipo de maltrato o abuso de acuerdo a los datos recogidos en la historia clínica. Los resultados de este estudio dieron lugar a sugerencias interesantes para la práctica clínica, y se resumen a continuación.

La violencia familiar fue el subtipo de maltrato a NNA más frecuente, por lo que debería prestarse atención a aquellas situaciones que, sin suponer un ataque directo al menor, influyen en su bienestar. El maltrato emocional fue el segundo tipo de abuso más frecuente, lo que pone el foco en la importancia de valorar los cuidados emocionales y el desarrollo de una relación de apego saludable.

La mitad de NNA de la muestra con historia de maltrato habían sufrido más de un tipo de abuso, y en un 27% de casos, por parte de más de una persona, lo que llevaba a pensar que en muchos casos los menores estaban expuestos a situaciones graves que afectaban a su vida de forma global.

El número de casos en los que se seguía produciendo el abuso era elevado, lo que hacía que la intervención no fuera destinada únicamente a superar las consecuencias del maltrato, sino que también implicase objetivos asociados a la disminución de situaciones de riesgo y al fomento de estrategias de autoprotección y de protección por parte de los adultos responsables. En este sentido, la coordinación estrecha con Servicios Sociales es indispensable, con el fin de poder establecer sistemas de protección al menor y también de proporcionar ayuda a las familias.

Respecto a los síntomas más prevalentes, los más frecuentes tenían que ver con dificultades relacionales, seguidos de síntomas ansioso-depresivos, problemas de conducta y dificultades de rendimiento escolar. También eran frecuentes las alteraciones de sueño, las autolesiones y los síntomas alimentarios. A pesar de ello, en el estudio se señalaba que todos estos síntomas no constituyen indicadores específicos de maltrato, dada su frecuencia en la infancia y adolescencia. Se consideraba fundamental valorar las circunstancias psicosociales y familiares en todos los casos, incluyendo las demandas relacionadas con dificultades de rendimiento escolar o síntomas de trastornos de la actividad y la atención. Esto es especialmente importante al considerar que las situaciones de desprotección con frecuencia no se explicitan por parte del cuidador o del niño o adolescente.

El diagnóstico más frecuente fue el de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. En estos casos, se detecta la presencia de un estresor que se asocia a la sintomatología. En situaciones en las que se desconoce que el niño, niña o adolescente está sufriendo algún tipo de maltrato, lo más probable es que se diagnostique otro tipo de patología, al no establecer una conexión con ningún acontecimiento.

A pesar de la imposibilidad de establecer indicadores sintomatológicos de maltrato, sí que se pudieron ver en los resultados diferencias en función de sexo y edad. Tomando ambas variables en conjunto, se observó que, en casos con antecedentes de maltrato, la ideación e intentos autolíticos eran más frecuentes en chicas adolescentes. Por tanto, en este escenario clínico es especialmente relevante prestar atención a la historia vital y la situación psicosocial.

Asimismo, se observó una asociación entre la gravedad de la situación de maltrato y la intensidad de la sintomatología. La conclusión lógica de este

resultado es que modificar las situaciones estresantes para el menor es el objetivo prioritario de la intervención. En este caso, el papel de los servicios de protección a la infancia va a ser fundamental. Por otro lado, la correlación entre persistencia del maltrato e intensidad de los síntomas fue significativa, pero baja, lo que induce a pensar en casos en los que ya ha cesado la situación de abuso y la intervención sobre las secuelas psicológicas es fundamental.

Finalmente, en el estudio se observó un amplio porcentaje de separaciones y divorcios en la muestra, lo que llevaba a pensar en dinámicas de maltrato en las que generalmente no se considera que hay una situación de desprotección o desamparo. Es el caso de los menores que viven experiencias negativas durante las visitas con alguno de los progenitores, o los graves conflictos entre los padres con instrumentalización del menor y por tanto maltrato psicológico. En estos casos, el menor está en un claro riesgo a nivel psicopatológico, y por tanto parece necesario revisar los criterios de lo que constituye una situación de desprotección.

LOPIVI EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La LOPIVI contiene medidas de sensibilización, prevención o detección precoz de la violencia a niños, niñas y adolescentes en el ámbito sanitario.

Es una ley eminentemente preventiva que pretende evitar que la violencia llegue a producirse, por ello incorpora la obligación de constituir entornos seguros para la infancia en el ámbito sanitario con obligaciones concretas para los diferentes profesionales, que deberán recibir formación específica. No se centra exclusivamente en habilitar un marco para la eliminación de la violencia contra la infancia y la adolescencia, sino que, además, impone el principio del buen trato, para garantizar su desarrollo holístico atendiendo al interés superior de cada niño o niña, garantizando su participación en su evaluación y determinación y sin discriminación alguna. Refuerza el derecho de los menores a ser escuchados, permitiendo que un niño, niña y adolescente pueda denunciar sin necesidad de estar acompañado por su tutor, lo cual es importante para aquellas situaciones en las que la violencia provenga de estos.

De acuerdo con las recomendaciones del Defensor del Pueblo, la ley ha prohibido las medidas de contención mecánica a punto fijo tanto en el ámbito del sistema de protección, como en el de los centros de reforma, así como la realización de desnudos integrales, exploraciones genitales u otras pruebas médicas especialmente invasivas en el procedimiento de determinación de la edad.

La protección integral de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia afecta directamente a los derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente

en el artículo 15 de la Constitución Española (33). En este sentido la LOPIVI señala que su objetivo es «Garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral» (34). Contiene una definición de violencia que va incluso más lejos que la Convención de Derechos del Niño (35). A los efectos de esta ley, se entiende por violencia «toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital».

Se entenderá por violencia:

- el maltrato físico, psicológico o emocional;
- los castigos físicos, humillantes o denigrantes;
- el descuido o trato negligente;
- las amenazas, injurias y calumnias;
- la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil y la prostitución;
- el acoso escolar, el acoso sexual y el ciberacoso;
- la violencia de género;
- la mutilación genital;
- la trata de seres humanos con cualquier fin;
- el matrimonio forzado, el matrimonio infantil;
- el acceso no solicitado a pornografía;
- la extorsión sexual;
- la difusión pública de datos privados;
- la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar.

Define el *buen trato* en el artículo 1.3 en los siguientes términos: «Se entiende por buen trato a los efectos de la presente ley aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes» (34).

La eliminación de la violencia y el buen trato deben garantizarse en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de niños, niñas y adolescentes. Estos ámbitos se conceptualizan en la LOPIVI como *entornos seguros* y se definen en su artículo 3.m en los siguientes términos: «Se entenderá como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital» (34). No se

hace esta mención de manera expresa en relación con los servicios sanitarios, pero pueden entenderse incluidos si atendemos a lo que dice el artículo 12 en relación con el derecho a la atención integral que dice «Las administraciones públicas procurarán que la atención a las personas menores víctimas de violencia se realice en espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado a la niña, niño o adolescente» (34). Con carácter general, se garantizan todos los derechos específicos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia, debiendo las administraciones públicas poner a su disposición los medios necesarios para su efectivo ejercicio (artículo 2 y 9.1 de la LOPIVI).

Alguno de estos derechos de especial relevancia en el ámbito sanitario es:

- Derecho a que su orientación sexual e identidad de género, sentida o expresada, sea respetada en todos los entornos de la vida, así como a recibir apoyo y asistencia precisos cuando sean víctimas de discriminación o violencia por tales motivos (artículo 9.3 de la LOPIVI).
- Derecho a la atención integral, que comprenderá entre otras las siguientes medidas:
  a) información y acompañamiento psicosocial a las víctimas,
  b) atención terapéutica de carácter sanitario, psiquiátrico y psicológico para la víctima y, en su caso, la unidad familiar;
  c) información y apoyo a las familias y, si fuera necesario y estuviese objetivamente fundada su necesidad, seguimiento psicosocial de la unidad familiar;
  d) facilitación de acceso a redes y servicios públicos.

Para que el sistema de protección pueda responder de la forma más eficaz a las situaciones de violencia es necesario articular mecanismos que permitan tener conocimiento del mayor número posible de casos. Para ello, es fundamental que todas las personas que tengan conocimiento de una posible situación de violencia lo denuncien a la autoridad competente. Una denuncia es una comunicación a la autoridad competente de unos hechos que pueden suponer violencia contra una persona menor de edad. Por sí sola no pone en marcha ningún procedimiento ni otorga al que la presenta la condición de parte en un procedimiento. Se opta por la expresión «comunicación» para reforzar la idea de que con ella se persigue por encima de todo contribuir a la protección del niño y solo en segunda instancia, perseguir y sancionar al agresor. La LOPIVI amplía la regulación del deber de comunicación que ya establecía la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, contemplando distintas actuaciones en función del sujeto que comunica y de la gravedad de la conducta, como el *deber de comunicación cualificado* (36). Todas aquellas personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de niños, niñas o adolescentes y, en ejercicio de las mismas, hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre los mismos tendrán el deber de

comunicarlo. Se consideran incluidos en este supuesto el personal cualificado de los centros sanitarios.

Posibles escenarios de deber de comunicación cualificado:

- Si como profesionales sanitarios tuviéramos conocimiento o advirtiéramos indicios de la existencia de una posible situación de violencia de una persona menor de edad deberemos comunicarlo de forma inmediata a los servicios sociales competentes.
- Cuando de dicha violencia pudiera resultar que la salud o la seguridad de la persona menor de edad se encontrase amenazada deberemos comunicarlo de forma inmediata a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y/o al Ministerio Fiscal.
- Cuando advirtiera una posible infracción de la normativa sobre protección de datos personales deberá comunicarlo de forma inmediata a la Agencia Española de Protección de Datos.
- Otros deberes como profesionales sanitarios:
- Prestar a la víctima la atención inmediata que necesite, facilitarle toda la información de que dispongan y prestar la máxima colaboración con las autoridades competentes.

La LOPIVI regula de manera más detallada la medida incorporada por la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia sobre la exigencia de una *certificación negativa del registro de delincuentes sexuales* para poder realizar trabajos que impliquen el contacto con niños, niñas y adolescentes (37). Queda prohibido que las empresas y entidades den ocupación en cualesquiera profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con personas menores de edad a quienes tengan antecedentes en el Registro Central de Delincuentes Sexuales y de Trata de Seres Humanos (artículo 57.3 de la LOPIVI). Hay que acreditar la inexistencia de sentencia firme condenatoria por cualquier delito contra la libertad e indemnidad sexuales tipificados en el Título VIII del Código Penal o por delito de trata de seres humanos para poder ejercer cualquier profesión, oficio o actividad que implique contacto habitual con personas menores de edad (38). Para ello se ha de obtener una certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales, que pasa a denominarse «Registro Central de Delincuentes Sexuales y de Trata de Seres Humanos» en la LOPIVI.

Los antecedentes que figuren como cancelados no se tomarán en consideración a los efectos de limitar el acceso y ejercicio de profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con personas menores de edad (artículo 60.1 de la LOPIVI).

¿Qué efectos tiene?:

- Si ya existe condena imposibilidad legal de contratación.

– Si la condena es sobrevenida, tras la contratación se producirá el cese inmediato de la relación laboral por cuenta ajena o de las prácticas no laborales, aunque en atención a las circunstancias, la empresa puede efectuar un cambio de puesto de trabajo siempre que la nueva ocupación impida el contacto habitual con personas menores de edad.
– ¿Qué responsabilidad tiene la persona trabajadora o voluntaria?:
– Es obligación del trabajador por cuenta ajena comunicar a su empleador cualquier cambio que se produzca en el Registro Central de Delincuentes Sexuales y Trata de Seres Humanos respecto de la existencia de antecedentes, incluso de los que deriven de hechos anteriores al inicio de su relación laboral.

Las medidas que se contemplan en el *ámbito sanitario* se orientan desde la necesaria colaboración entre las administraciones sanitarias en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de actuaciones específicas que deben llevar a cabo en ejercicio de sus respectivas competencias (39). Como ocurre con otros ámbitos, será necesario implementar en el sanitario las previsiones generales de la LOPIVI sobre capacitación y formación de los profesionales sanitarios en materia de derechos de la infancia y la adolescencia.

Las administraciones sanitarias deben llevar a cabo las siguientes actuaciones:

– Promover el buen trato, así como la prevención y detección precoz de la violencia contra la infancia y la adolescencia (artículo 38 de la LOPIVI).
– Elaborar protocolos y medidas de asistencia y recuperación de las víctimas (con especial atención a los niños y niñas con discapacidad, con problemas de neurodesarrollo, y problemas de salud mental) (artículos 38 y 40 de la LOPIVI).
– Facilitar el acceso de las niñas, niños y adolescentes a la información, tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible, así como atención a la salud mental integral reparadora y adecuada a la edad (artículo 38 de la LOPIVI).
– Incorporar en las historias clínicas los registros relativos a la atención de niños y niñas víctimas de violencia (artículo 40 de la LOPIVI).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La LOPIVI supone un hito en la protección de NNA frente al maltrato y abuso, estableciendo un marco legislativo que posibilita el trabajo coordinado de diferentes agentes y encaminado a la erradicación de la violencia contra la infancia y adolescencia.

En el ámbito de la Salud Mental Infantojuvenil, numerosos estudios han demostrado los demoledores efectos de la violencia a nivel psicológico y psiquiátrico en la infancia y la adolescencia. Efectos además que se mantienen y se cronifican con el paso a la edad adulta. Por ello, las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas en este ámbito no van a ser suficientes ni efectivas si las situaciones de violencia y abuso continúan produciéndose. Si bien los profesionales de Salud Mental Infantojuvenil debemos detectar situaciones de posible abuso y tenemos el deber de comunicación cualificado, no podemos ni debemos actuar como peritos a la hora de valorar una situación de desprotección. Por ello, resulta necesaria una mayor coordinación con Servicios Sociales y con el Equipo Psicosocial Judicial. Consideramos asimismo necesaria una mayor dotación de recursos en ambos servicios, de manera que se pueda agilizar la valoración de situaciones de desprotección, especialmente en aquellos casos de maltrato psicológico que no resultan tan evidentes pero cuyas huellas perduran durante años.

Por otro lado, la formación y sensibilización acerca de la violencia contra la infancia y la adolescencia es una cuestión fundamental para todos aquellos profesionales implicados en la protección de NNA. También será necesario formar a los profesionales en la LOPIVI, para asegurar su adecuado cumplimiento. Sin duda, la LOPIVI supone un gran avance en la lucha contra la violencia dirigida hacia la infancia y la adolescencia. La formación, coordinación entre profesionales y el seguimiento de la aplicación de la ley son indispensables para asegurar que cumpla con su función.

Referencias

1. Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los niños. Cicatrices ocultas: consecuencias de la violencia en la salud mental de la infancia [Internet]. Nueva York, 2020 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7613&tipo=documento.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 'Violent Deaths' [Internet]. Nueva York, noviembre de 2017 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths.
3. Ligiero D, Hart C, Fulu E, Thomas A, Radford L. What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review [Internet]. Washington DC, 2019 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://www.togetherforgirls.org/svsolutions.
4. Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños. Keeping the Promise: Ending violence against children by 2030 [Internet]. Nueva York, 2019 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https:// https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/keeping_the_promise.pdf.
5. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. The Lancet. 2012;380(9845):899-907.

6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Behind the Numbers: Ending school violence and bullying. París, 2019 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483.

7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Una situación habitual: violencia en las vidas de los niños y los adolescentes [Internet]. Nueva York, 2017 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face.

8. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van Ijzendoorn MH. The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma 2012;21(8):870-890.

9. Shiva Kumar AK, Stern V, Subrahmanian R, Sherr L, Burton P, Guerra N, et al. Ending Violence in Childhood: A global imperative. Psychology, Health & Medicine 2017,22;1-16.

10. Comité de los Derechos del Niño. Observación general número 13: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13 [Internet]. Ginebra, 18 de abril de 2011 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://bienestaryproteccioninfantil.es/observacion-general-no-13-2011-del-comite-de-los-derechos-del-nino-derecho-del-nino-a-no-ser-objeto-de-ninguna-forma-de-violencia-crc-c-gc-13/.

11. Organización Mundial de la Salud. INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas [Internet]. Ginebra, 2016. [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741.

12. Organización de Naciones Unidas. Violencia contra los niños: Una crisis oculta vinculada a la pandemia por COVID-19 [Internet]. Nueva York, 24 de abril de 2020 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://violenceagainstchildren.un.org/es/news/violencia-contra-los-niños-una-crisis-oculta-vinculada-la-pandemia-por-covid-19.

13. Cuevas-Parra P, Stephano M. Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges [Internet]. Ginebra, 2020 [consultado 24-03-2024]. Disponible en: https://www. wvi.org/publications/report/world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19.

14. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, Committee on Child Abuse and Neglect and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence Committee, Christian CW, et al. Psychological maltreatment. Pediatrics. 2012;130(2):372-378.

15. Conway LJ, Cook F, Cahir P, Brown S, Reilly S, Gartland D, et al. Children's language abilities at age 10 and exposure to intimate partner violence in early childhood: Results of an Australian prospective pregnancy cohort study. Child abuse & neglect 2021;111:104794.

16. Van Tilburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, et al. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. Ann Fam Med. 2010;8(2):134-140.

17. Brown NM, Brown SN, Briggs RD, Germán M, Belamarich PF, Oyeku SO, et al. Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. Academic pediatrics. 2017;17(4):349-355.

18. González, RA, Vélez-Pastrana MC, McCrory E, Kallis C, Aguila J, Canino G, Bird H. Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2019;54(6):671-682.

19. Prayez F, Wodon I, Van Hyfte S, Linkowski P. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment: a review. Rev Med Brux. 2012;33(2):75-86.

20. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. Child Maltreat 2000;5(3):205-217.

21. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009;373(9657): 68-81.

22. Shenk CE, Noll JG, Cassarly JA. A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. J Youth Adolesc. 2010;39(4):335-342.

23. Tanaka M, Wekerle C, Schmuck ML, Paglia-Boak A. The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. Child Abuse Negl. 2011;35(10):887-898.

24. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. Int J Adolesc Med Health. 2008;20(2):133-154.

25. Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, Wiersma D, van Os J. Auditory hallucinations in childhood: associations with adversity and delusional ideation. Psychological Medicine. 2012;42(3):583-593.

26. Carr A, Duff H, Craddock F. A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. Trauma, Violence & Abuse. 2020;21(4):828-843.

27. Balls JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. Curr Psychiatry Rep. 2009;11(1):63-68.

28. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse, R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 2012; 38(4):661-671.

29. Agnew-Blais J, Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2016;3(4):342-349.

30. Read J, Goodman L, Morrison AP, Ross CA, Aderhold V. Trauma infantil, pérdida y estrés. En Read J, Mosher LR, Bentall RP. (Eds). Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2006. 271-305.

31. Sullivan TP, Fehon DC, Andres-Hyman RC, Lipschitz DS, Grilo CM. Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. J Trauma Stress. 2006;19(2):229-239.

32. Valencia Agudo F. Maltrato en la infancia y la adolescencia: características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Rev. psicopatol salud ment niño adolesc. 2016;27(1):49-58.

33. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 29 de diciembre de 1978 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf

34. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. 2021 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347.

35. Organización de Naciones Unidas: Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Noviembre 1989; 1577:3-20 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.refworld.org/es/leg/multilateraltreaty/unga/1989/es/18815.

36. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil [Internet].1996 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347.

37. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. 2015 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347.

38. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet].1995 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347.

39. Guía sobre la Ley Orgánica de Protección a la Infancia y Adolescencia frente a la Violencia [Internet]. 2021 [consultado 5-05-2024]. Disponible en: https://www.plataformadeinfancia.org/documento/guia-ley-organica-proteccion-infancia-y-adolescencia-frente-a-violencia/.

PRINCIPALES APORTACIONES DE LA LOPIVI AL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

MAIN CONTRIBUTIONS FROM ORGANIC LAW 8/2021 (LOPIVI) TO THE CHILD PROTECTION SYSTEM OF THE PRINCIPALITY OF ASTURIAS

Marta del Arco Fernández
Consejera de Derechos Sociales y Bienestar.Gobierno del Principado de Asturias.
martadel.arcofernandez@asturias.org

Resumen: La entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la Infancia y Adolescencia frente a la violencia supuso para el entonces Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias, órgano que desarrollaba las funciones correspondientes a la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar en materia de protección de menores y atención a las familias, además de un marco legal, una gran oportunidad para elaborar y adaptar materiales y documentos de gran relevancia en lo que acogimiento residencial se refiere.

Palabras clave: Legislación, familia, infancia, adolescencia, Servicios de Protección de la Infancia y la Adolescencia.

Abstract: The entry into force of Organic Law 8/2021, of June 4, on comprehensive protection of children and adolescents against violence, represented, for the then Asturian Institute for Comprehensive Care for Children and Families, a body that carried out the functions corresponding to the Ministry of Social Rights and Welfare in matters of child protection and care for families, in addition to a legal framework, a great opportunity to develop and adapt materials and documents of great relevance as far as residential care is concerned.

Key words: Legislation, family, childhood, adolescence, Child and Adolescent Protection Services.

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la Infancia y Adolescencia frente a la violencia supuso, para el entonces Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias, órgano que desarrollaba las funciones correspondientes a

la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar en materia de protección de menores y atención a las familias (transformado en Dirección General de Infancia y Familias desde el año 2023), además de un marco legal, una gran oportunidad para elaborar y adaptar materiales y documentos de gran relevancia en lo que acogimiento residencial se refiere (1). En el Sistema de Protección del Principado de Asturias existen ocho centros de titularidad pública y centros concertados con seis entidades.

El trabajo de dirección técnica y coordinación que desde la consejería se realiza, incluye tanto a propios como a concertados, trabajando desde esa óptica para garantizar el mismo trato y las mismas oportunidades a los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial, llevando así, un seguimiento y coordinación del proyecto socioeducativo, del sistema de información, de los documentos técnicos, de la normativa y de todas aquellas cuestiones que afectan a la vida del centro. Con el anteproyecto de esta ley ya hubo una reflexión técnica que sirvió como punto de partida, el trazado de las líneas de lo que sería conveniente revisar y realizar. Y así, en febrero del 2021 por resolución de la consejería de Derechos Sociales y Bienestar se constituyó un grupo de trabajo para elaborar un *Protocolo de actuación en centros de menores ante agresiones* (2).

El grupo estaba formado por la Jefa de la Sección de Centros de Menores del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y las Familias, la directora de un centro de menores, dos educadoras de dos centros y una auxiliar educadora de otra centro; también participó una Técnica del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y experta en psicosociología aplicada al trabajo, una representante sindical en el Comité de Seguridad y Salud de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y como secretaria y asesora técnica una letrada adscrita a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Este Protocolo de actuación en centros de menores ante agresiones (2) parte de que la relación educadora, educadora –menor y familia debe estar basada en el respeto, cualquier plan de prevención y acción sobre la seguridad de los profesionales debe salvaguardar con garantías esta relación, además de amparar en todo momento los derechos de los menores, las menores y sus familias evitando en todo caso, que con las acciones propuestas, se puedan enfrentar o anteponer los derechos de los equipos profesionales sobre los de los menores y las menores o sus familiares.

El objetivo general del protocolo era establecer un modelo común de actuación, para evitar, dar respuesta o minimizar los efectos de una agresión. Y para ello y como objetivos específicos se establecieron:

- Identificar y reconocer posibles situaciones de agresión en los centros de menores.
- Recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones que se han de llevar a cabo ante un caso de agresión.
- Promover medidas preventivas y buenas prácticas.

– Proporcionar a los profesionales la información y la formación adecuadas para afrontar situaciones de conflicto con los y las menores y las familias.
– Proporcionar a los menores los medios y recursos necesarios para que comuniquen, de forma segura y fácil, situaciones de violencia que conozcan.
• Facilitar procesos de reparación del daño.

Definiendo para ello todas las posibles situaciones de agresión:

– Entre iguales menores de edad.
– Entre el personal.
– Acciones agresivas del personal dirigidas a los y a las menores.
– Acciones agresivas de las familias dirigidas al personal del centro.
– Acciones agresivas de las familias dirigidas a otros u otras menores del centro.
– Acciones agresivas de menores al personal del centro.

Un planteamiento valiente y que quiso recoger todas aquellas situaciones de violencia que se pueden dar en el contexto residencial.

Una de las partes más interesantes del protocolo en relación a las acciones agresivas de menores es aquella en la que se habla de estrategias preventivas y de contención emocional.

El Protocolo define la violencia y la agresión y da pautas claras de intervención , estableciendo medidas generales de reparación: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantía de no repetición.

Igualmente establece indicadores de valoración de la gravedad y procesos claros de actuación para cada una de las posibles situaciones y actores.

En este camino de adaptación a la ley y, por ende, avance en la atención a la infancia y a la adolescencia y dada la importancia de generar *entornos seguros*, nos pareció imprescindible reflexionar en torno a los contextos por los que los que niños, niñas y adolescentes circulan y la necesidad de realizar formación a los y las profesionales y por ello al amparo del entonces Consejo Rector del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y Adolescencia y de acuerdo con lo que establece el *artículo 6 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que »requiere de las distintas Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, cooperación y colaboración entre sí al objeto de lograr una actuación eficaz frente a la violencia sobre niños, niñas y adolescentes»,* y en aplicación de esta ley en el Principado de Asturias planteamos un importante esfuerzo de coordinación y cooperación interadministrativa e intradministrativa a través del *Grupo de Coordinación, Seguimiento y Evaluación de la aplicación en el Principado de Asturias de la Ley Orgánica 8/2021*, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia, mediante resolución de la consejería de Derechos Sociales y Bienestar, de 20 de enero de 2023.

El grupo se constituyó por representantes de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud, de la Dirección General de Ordenación, evaluación y equidad y de la Dirección General Planificación e Infraestructuras Educativas de la Consejería de Educación, de la Viceconsejería de Justicia, de la Dirección General de Deporte, de la Dirección General de Igualdad, del Instituto Asturiano de la Juventud, del Servicio Público de Empleo y de la Dirección General de Servicios Sociales y Mayores y de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social.

Actuando como secretaria una representante del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias y presidido por la persona que ostente su dirección.

Las *funciones* asignadas al del grupo son:

- Diseñar las acciones necesarias para implementar los sistemas de información y formación necesarios para que responsables y profesionales de los servicios y recursos públicos y privados que tienen encomendada la aplicación de la Ley Orgánica 8/2021 la conozcan y sepan cómo actuar en función de las competencias que tengan encomendadas.
- Implementar las acciones de la Estrategia de erradicación de la violencia contra la infancia y la adolescencia.
- Realizar la actualización de los protocolos de actuación, coordinación y cooperación de responsables y profesionales de los distintos ámbitos competentes en la aplicación de la citada Ley que incidan en todo lo relativo a la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en los casos de violencia contra la infancia y la adolescencia.
- Hacer propuestas de formación inicial, básica y especializada, así como propuestas de campañas de sensibilización frente a la violencia.
- Diseñar el sistema de evaluación de la intervención que se desarrolle en Asturias en aplicación de la Ley Orgánica 8/2021, para garantizar que se realiza de acuerdo con lo establecido la estrategia , comprobar su eficacia e identificar las posibilidades de mejora.
- Crear los grupos de trabajo que se consideran necesarios para asegurar la mayor eficacia en la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los casos de violencia contra la infancia y la adolescencia.

Así mismo el grupo aprueba su dinámica de organización interna y podrá para desarrollar las funciones que tiene encomendadas y en función de la temática que aborde, incorporar cuando así sea necesario a personas representantes de otros sistemas o entidades del tercer sector.

El grupo comenzó su andadura teniendo en cuenta la prioridad establecida por la dirección del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la

Infancia y a las Familias ,que era la formación de los y las profesionales y los niveles de la misma.

Para ello, cada sector, comenzó por identificar las diferentes categorías profesionales que en cada ámbito tienen contacto con niños, niñas y adolescentes y a determinar la intensidad del mismo en el desempeño de su actividad profesional.

De esta forma se hizo una propuesta general de formación por niveles: básico, inicial y especializado, por módulos y con horas de formación.

La FORMACIÓN BÁSICA: Común a todas las personas profesionales que trabajan en el ámbito de infancia y adolescencia exige contar con un acervo común mínimo que permita manejar un mismo lenguaje y unos conceptos y conocimientos mínimos sobre la materia, que abarque aspectos jurídicos y normativos, pero también de derechos de la infancia, desarrollo físico, psicológico, mental y social de la niña, niño o adolescente, así como de sus necesidades especiales (10 horas).

Módulos:

- Infancia y adolescencia.
- Los derechos de la infancia y la adolescencia.
- Violencia contra la infancia y la adolescencia.
- Cultura de los buenos tratos.
- Entornos seguros y protectores.

La FORMACIÓN INICIAL: curso básico de capacitación para la atención a la infancia y la adolescencia en el ámbito de la prevención, la protección, la ejecución de medidas de protección. Para profesionales que se inician en el trabajo con las personas menores de edad por primera vez (25 horas).

Módulos:

- Infancia y adolescencia.
- Los derechos de la infancia y la adolescencia.
- Aspectos jurídicos de la minoría de edad.
- Violencia contra la infancia y la adolescencia.
- Cultura de los buenos tratos.
- Entornos seguros y protectores.

La FORMACIÓN ESPECIALIZADA: cursos interdisciplinares, abiertos al conjunto de personas profesionales que intervienen con la infancia y la adolescencia. Esta formación continua se renovaría anualmente, siendo las

temáticas y contenidos actualizados conforme a las necesidades detectadas, propuestas realizadas por las personas profesionales, o novedades existentes. Se trataría de adquirir nociones básicas de aspectos psicológicos, jurídicos, pedagógicos o sociales por profesionales y a partir de profesionales procedentes de otros campos de especialización ajenos al que pudiera tener cada componente de los equipos, centros o servicios (50 horas).

Módulos:

- Sistema de protección a la infancia y adolescencia en Asturias.
- Infancia y adolescencia.
- Necesidades de protección y reducción de la vulnerabilidad en la infancia y adolescencia. Teoría del apego.
- Los derechos de la infancia y la adolescencia.
- Aspectos jurídicos de la minoría de edad.
- Desarrollo normativo e implicaciones profesionales.
- Cultura de los buenos tratos.
- Entornos seguros y protectores.
- Programa de acompañamiento social y psicológico para la recuperación integral para niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual.

Esta propuesta formativa reflexionada por cada sector de la administración y pensada de forma grupal teniendo en cuenta los y las profesionales que tienen contacto con menores dentro de cada uno de sus programas y servicios, es de una riqueza absoluta ya que responde al encargo explicito de la ley: buen trato a la Infancia en los entornos por los que se mueve o se puede mover. Un esfuerzo profesional de calidad. La propuesta se trasladó a la entidad , que en el Principado de Asturias tiene competencia en formación de sus empleados y empleadas públicas.

El ejercicio del derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes en esta comunidad autónoma, data del año 2004 porque ya en el *III Plan Integral de Infancia, Familia y Adolescencia del Principado de Asturias,* hace mención explícita a la participación infantil y adolescente además de plantear la elaboración de planes municipales de infancia (3).

En el año 2005, se celebró una jornada a la que se le denominó *Aula Municipal por los Derechos de la Infancia*, jornada dedicada a la promoción de políticas municipales de infancia tomando como modelo la iniciativa Ciudades Amigas de la Infancia, tomando como modelo la iniciativa de UNICEF desde 2001 de *Ciudades Amigas de la Infancia* que conlleva la elaboración de Planes de Infancia Municipales (4).

El trabajo de participación potencia el trabajo en red y así se crean el *Foro de Infancia y Adolescencia del Principado de Asturias* (2009) y el *Foro Municipal por los Derechos de la Infancia* (2009).

Anualmente se vienen realizando encuentros autonómicos de participación ; a estos encuentros, que se celebran en un municipio anfitrión, acuden niños, niñas y adolescentes de los diferentes municipios asturianos para compartir un fin de semana de encuentro y debate ya que cada año desde la consejería de Derechos Sociales y Bienestar se lanza un tema a debatir. En el año 2023 el tema fue »Los entornos por los que me muevo y las gentes que los habitan» haciendo un claro guiño a la LOPIVI. El encuentro es dinamizado por una entidad financiada por la consejería de Derechos Sociales y Bienestar y también se encarga de hacer llegar por escrito las conclusiones.

Recoger el *«desde ahí, hasta ahora»* ha sido el objetivo del *Modelo Asturias de Participación Infantil y Adolescente «Pa que nos escuchen»*, *una forma de vivir en comunidad en nuestros pueblos y ciudades, en los que los niños, las niñas y los y las adolescentes participan en la vida política, ejerciendo su derecho de participación e interviniendo activamente en la organización de la sociedad de la que forman parte* y que incorpora la participación de los niños, niñas y adolescentes que viven en centros de acogimiento residencial y por ello mediante resolución de la consejería de Derechos Sociales y Bienestar , se regula el *Comité de Participación Infantil y Adolescente de los Recursos de Acogimiento Residencial del Principado de Asturias* (5).

Su finalidad es:

- Crear un espacio de debate, reflexión, creatividad y encuentro entre niños, niñas y adolescentes de todos los centros residenciales de Menores.
- Constituir un instrumento de consulta que da voz a los y las menores en la organización de los centros y en la planificación regional.
- Acercar a la infancia y adolescencia de los Centros a los Foros de Participación Infantil Municipales y Autonómicos.
- Generar un espacio y un tiempo de participación en cada centro para el debate y la decisión de aquellos aspectos que afecten a la vida en el Centro.

Y sus funciones son:

- Recoger todas las propuestas e ideas de los comités de participación de cada centro para su análisis y debate.
- Elevar a la dirección del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias consultas, peticiones, propuestas propias y procedentes de los Comités de cada centro de acogimiento residencial del Principado de Asturias.
- Elaborar una memoria anual sobre su actividad que será remitida a la Dirección del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias dentro del primer trimestre del año siguiente.

El Comité de participación infantil y adolescente de los recursos de acogimiento residencial del Principado de Asturias estará compuesto por dos representantes de cada centro, elegidos anualmente por los compañeros y compañeras, de entre los candidatos y candidatas en un proceso coordinado por la dirección de cada centro y atendiendo a criterios de paridad (un chico y una chica) y de edad (un o una representante de Primaria y otro u otra de Secundaria, siempre que sea posible). Los centros tendrán un comité de participación por cada uno de ellos y para garantizar el ejercicio de este derecho a través de los comités se crean órganos de apoyo que son:

- Grupo de Referencia Educativa, que estará compuesto por dos educadores o educadoras de cada centro.
- Entidad que coordine y dinamice la participación en los centros y los conecte con el Comité.

El Comité desde su creación ha participado en encuentros autonómicos y estatales de participación y ha trasladado cuestiones de su interés:

- *Fomentar el cambio de imagen* que tiene la sociedad de los centros de acogimiento residencial, para lo que participaron en un programa de la televisión regional.
- *Normas en los centros*: todas las normas han de ser iguales en todos los centros, para ello se estableció todo un proceso de trabajo en el que los hicieron propuestas que se unificaron y se trabajaron en grupo; una vez hecha una propuesta unificada se llevó al debate con educadores, educadoras y dirección, hasta que se llegó al consenso final. Todo un ejercicio de consenso.
- *Participación* en aspectos concretos de la elaboración del *Anteproyecto de Infancia y Adolescencia del Principado de Asturias* y en la consulta general que se hizo con 1.500 niños, niñas y adolescentes de toda Asturias.

En febrero de 2023 se publicó el *Proyecto Marco de Acogimiento Residencial* que, con el apoyo de Unicef España y la coordinación de Pepa Horno Goicoechea, de Espirales Consultoría de Infancia, que coordinó al grupo de trabajo que lo elaboró y que estaba compuesto por directoras, educadoras, auxiliares educadoras de diferentes centros y personal técnico de los servicios centrales de la consejería, significa toda una apuesta por un modelo centrado en (6):

1. El enfoque de derechos de la infancia.
2. La psicología del vínculo.
3. La psicología del trauma y la intervención para potenciar la resiliencia.
4. La disciplina positiva.

El proyecto es el punto de partida que abarca todos los componentes clave necesarios para planificar, gestionar y dirigir los proyectos socioeducativos de los centros y tiene en cuenta de forma especializada aquellos aspectos recogidos en las leyes orgánicas en materia de infancia:

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (7).
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, como son los derechos, entornos seguros , protocolos , procedimientos y coordinación (1).

Recoge de forma sistemática la experiencia de trabajo de años de los centros y de sus profesionales, para que sean espacios protectores que proporcionen seguridad, calidez y cuidado.

Este proyecto marco es imprescindible porque centra la mirada en los niños, niñas y adolescentes:

- *El entorno*: el entorno físico con condiciones que permitan la intimidad, la individualidad y el entorno emocional para dotarlo de vida y calidez, de luz, de materiales que faciliten el juego simbólico, la creatividad y la cooperación.
- *El enfoque de derechos como marco*: todos los profesionales como garantes de derechos:
- El interés superior del menor debe ser priorizado sobre otro tipo de cuestiones organizativas o logísticas.
- Preservación de su identidad.
- La importancia de las relaciones familiares.
- Libertad de opinión en todo aquello que les atañe y afecta. Los procesos de participación en la toma de decisiones es una garantía de calidad y legitimidad. Recordar que está regulado el Comité de Participación de los NNA de los recursos de acogimiento residencial.
- Protección a la vida privada.
- *La psicología del vínculo*: en modelos educativos desfasados con las evidencias científicas actuales, el afecto quedaba relegado a la buena voluntad de los profesionales. En un modelo actualizado garantizar figuras afectivas positivas que puedan brindar experiencias de vínculo seguro y protector se convierte en una responsabilidad educativa y de las instituciones responsables de su tutela y su guarda.
  Algunos elementos claves para la intervención educativa desde esta teoría son: la creación de relaciones significativas positivas constituye una fuente de seguridad emocional *(la afectividad del profesional)*.
- *La intervención y la atención desde el enfoque de la psicología del trauma*: los profesionales intervienen en situaciones en las que los NNA pueden manifestar bloqueos o comportamientos propios del trauma.

– *La disciplina positiva*: técnicas, estrategias y decisiones educativas respetuosas y dignas.

A modo de pinceladas el Proyecto:

– Aborda estrategias organizacionales para el *cuidado de los profesionales*:
  – Formación continua y actualizada dentro de su jornada laboral
  – Políticas de recursos humanos que permitan el manejo de sus necesidades emocionales.
  – Supervisión externa de los equipos
  – Define f*unciones y responsabilidades* de cada profesional: dirección-personal de servicios generales y personal de atención directa.
  – Se habla de la *coordinación*:
  – Coordinación Interna: reuniones de equipo para trabajar con una visión compartida y respuestas coherentes y compartidas.
  – Coordinación externa: con otros profesionales, con el responsable del caso, con las familias , salud mental, profesores.
  – Se habla de los niños, niñas y adolescentes y de la historia personal que lleva a la desprotección ya que parten de unas experiencias previas con un alto potencial traumático y por ello se ven privados al derecho de vivir en familia y porque el trauma no es solo un acontecimiento que ocurre en un momento, sino, la huella que deja.
  – Se dan claves para trabajar la resiliencia a partir de los recursos internos de los que disponga el niño o la niña y de las habilidades que tiene.

– Se implementa el modelo de intervención teniendo en cuenta las *vivencias cotidianas* del centro:
  – La llegada a trabajar.
  – Levantar a los niños, niñas y adolescentes.
  – La comida.
  – Dinámicas de higiene y orden.
  – Acostar a los niños, niñas y adolescentes.

– Aborda las *transiciones* tan importantes para los niños, niñas y adolescentes:
  – La llegada al centro.
  – La salida del centro por diferentes motivos.
  – Cómo abordar el retorno de una fuga.
  – Detalla minuciosamente como comunicar acontecimientos importantes: fallecimiento de un familiar, cambio de centro…
  – Aborda el conflicto y como expresar la rabia dando claves de conexión, tiempo fuera positivo, escucha activa, enfocarse en soluciones, distraer y redirigir.

– Establece los mecanismos de participación y reuniones periódicas con los niños, niñas y adolescentes.
– La normativa del centro ha de plasmar los límites que delimitan un entorno seguro.
– Las consecuencias han de ser reparadoras.
– Se habla de elaborar el Proyecto Educativo Individualizado conjuntamente con los niños, niñas y adolescentes.

En definitiva, un documento que cambia la mirada.

Hasta aquí las actuaciones realizadas, hasta ahora, en el Principado de Asturias para aplicar una ley que por primera vez reconoce el derecho que tienen los niños, las niñas y los y las adolescentes a crecer libres de violencia.

Un reto, un desafío y la confianza en que debemos seguir trabajando para proteger el bienestar de la infancia y adolescencia.

Referencias

1. Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia. BOE núm.134, de 05/06/2021. Ref: BOE-A-2021-9347 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con
2. Protocolo de actuación en centros de menores ante agresiones. Publicado por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2021 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://observatoriodelainfanciadeasturias.es/documento/protocolo-de-actuacion-en-centros-de-menores-ante-agresiones/
3. III Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://bienestaryproteccioninfantil.es/iii-plan-integral-de-infancia-del-principado-de-asturias-2013-2016/
4. XVIII Aula Municipal por los Derechos de la Infancia [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://iaap.asturias.es/xviii-aula-municipal-por-los-derechos-de-la-infancia
5. Portal de actualidad. Web del Principado de Asturias, junio 2022 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://actualidad.asturias.es/-/el-principado-impulsa-el-primer-comité-de-participación-de-niños-niñas-y-adolescentes-en-situación-de-acogimiento-residencial
6. Proyecto Marco de Acogimiento Residencial. Observatorio de Infancia del Principado de Asturias [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://observatoriodelainfanciadeasturias.es/documento/proyecto-marco-de-acogimiento-residencial/
7. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17/01/1996 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-1996-1069.

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA LOPIVI EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES: PROMOCIÓN DE ENTORNOS SEGUROS

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF LOPIVI IN THE CHILD PROTECTION SYSTEM: PROMOTION OF SAFE ENVIRONMENTS

Antonia del Consuelo Fuentes Moreno
Letrada del Menor . Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias. ANTONIADELC.FUENTESMORENO@asturias.org

Resumen: En el presente trabajo se analiza la aplicación de la Ley Orgánica 8/21, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia y su relación con la protección de los niños como un imperativo de derechos humanos. Se aborda también el estudio de los cambios legislativos en materia de infancia derivados de la aplicación de convenios internacionales ratificados por España. Finalmente, se realiza un somero análisis sobre los entornos seguros en los que la persona menor de edad desarrolla su vida diaria: la familia, el centro educativo y los centros de deporte y ocio; entornos protectores desde la cuna hasta el entorno digital.

Palabras clave: legislación, menores, Bienestar Social.

Abstract: This paper analyses the application of Organic Law 8/21, of June 4, on the comprehensive protection of children and adolescents against violence and its relationship with the protection of children as a human rights imperative. It also addresses the study of legislative changes in matters of childhood derived from the application of international conventions ratified by Spain. Finally, a brief analysis is made of the safe environments in which minors develop their daily lives: the family, the educational center and sports and leisure centers; protective environments from the cradle to the digital environment.

Key words: legislation, minor, Social Welfare.

«La palabra progreso no tiene ningún sentido mientras siga habiendo niños infelices»

ALBERT EINSTEIN

INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), declara en su preámbulo que esta protección es un imperativo de derechos humanos (1). Cuando se ejerce violencia sobre un niño se están vulnerando sus derechos a la salud, la integridad física y psíquica, la igualdad y a no ser discriminado. Para promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por España en 1990, es esencial asegurar y promover el respeto a su dignidad humana e integridad física y psicológica, mediante la prevención de toda forma de violencia (2).

El sistema de protección actúa asistiendo al niño cuando ya ha sido víctima, a través de dos medidas: la declaración de riesgo y la declaración de desamparo, contempladas en los artículos 17 y 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de octubre, de Protección Jurídica del Menor (LOPJM) (3). Una situación de violencia contra un niño o niña requiere una intervención social y, a la vez, una intervención policial, penal, sanitaria, psiquiátrica y psicológica. Por ello, resulta esencial delimitar el alcance de la actuación de las diferentes Administraciones, así como los mecanismos para su correcta coordinación. En base a ello, la LOPIVI debe interpretarse en conjunto con LOPJM, e igualmente con la legislación autonómica, para prevenir la violencia infantil y evitar la revictimización de los niños. La LOPIVI incluye un nuevo artículo 14 bis en la LOPJM, referido a actuaciones de urgencia: *«Cuando la urgencia del caso lo requiera, sin perjuicio de la guarda provisional a la que se refiere el artículo anterior y el artículo 172.4 del Código Civil, la actuación de los servicios sociales será inmediata»* (apartado 4). Y añade: *«La atención en casos de urgencia a que se refiere este artículo no está sujeta a requisitos procedimentales ni de forma, y se entiende en todo caso sin perjuicio del deber de prestar a las personas menores de edad el auxilio inmediato que precisen»* (apartado 5). Este precepto concede a los servicios sociales un poder de intervención inmediata, el cual puede llegar a la retirada del niño de sus progenitores. Posteriormente deberá acordarse una medida de protección por resolución administrativa, impugnable ante la jurisdicción civil en el plazo de dos meses desde la notificación.

El artículo 10.1 de LOPJM reconoce el derecho del niño a «recibir de las Administraciones públicas, o a través de sus entidades colaboradoras, la información en formato accesible y asistencia adecuada para el efectivo ejercicio de sus derechos, así como a que se garantice su respeto».

La LOPIVI profundiza en los derechos de los niños víctimas de violencia y, si los niños tienen derechos, los adultos deben garantizar su ejercicio. Estos derechos aparecen claramente pormenorizados:

1. Asistencia jurídica gratuita (artículo 14), así como legitimación para su defensa en los procedimientos judiciales que traigan causa de una situación de violencia (artículo 13).
2. A recibir información sobre las medidas contempladas en la LOPIVI que les sean directamente aplicables, así como los mecanismos o canales de información o denuncia existentes.
3. A ser atendidos por las oficinas de asistencia a las víctimas, «que actuarán como mecanismo de coordinación del resto de recursos y servicios de protección de las personas menores de edad» (artículo 9.4). Es menester lograr una coordinación efectiva de los casos, ya que pueden recaer tanto sobre estas oficinas como en los servicios sociales, si la situación de violencia que se comunica no supone delito (artículo 16). La Ley dispone también que las Administraciones publicas deberán adoptar medidas de coordinación entre todos los profesionales o agentes implicados con el objeto de evitar la victimización secundaria (artículo 12.3). Una fórmula para lograr esta coordinación es la solución adoptada en los países nórdicos con la *Barnahus* o «Casa de los Niños».
4. Derecho de las victimas a ser escuchadas, sin límite de edad, en todos los procedimientos administrativos y judiciales. Para que este derecho pueda ser ejercido por los niños es necesaria la preparación y especialización de los profesionales (artículo 11). Por último, esta escucha debe producirse en *«espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado»* (artículo 12.4).
5. Derecho a recibir una atención integral, que comprenderá medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación; seguimiento de las denuncias; atención terapéutica de carácter sanitario, psiquiátrico y psicológico; información y apoyo a las familias; facilitación de acceso a redes y servicios públicos; apoyo a la educación e inserción laboral; y, finalmente, acompañamiento y asesoramiento en los procedimientos judiciales en los que deba intervenir.
6. Todas las medidas enunciadas han de adoptarse en aras del interés superior del niño y tener un enfoque inclusivo y accesible (artículo 12).

CONVENIOS INTERNACIONALES Y CAMBIOS LEGISLATIVOS

La LOPIVI considera que la protección de los menores de edad es una obligación prioritaria de los poderes públicos, reconocida en el artículo 39 de la Constitución española y en diversos tratados internacionales, entre los que

destaca la mencionada Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la ONU el 20 de noviembre de 1989 y –ya se dijo– ratificada por España en 1990. Los principales referentes normativos en el ámbito de Naciones Unidas son los tres protocolos facultativos de la Convención y las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño, que se encargan de conectar este marco de Derecho internacional con las realidades educativas, sanitarias, jurídicas y sociales que atañen a niños, niñas y adolescentes (4). Son especialmente relevantes la Observación General número 12, de 2009, sobre el derecho a ser escuchado; la número 13, de 2011, sobre el derecho del niño y la niña a no ser objeto de ninguna forma de violencia; y la número 14, de 2014, sobre que el interés superior del niño y de la niña sea considerado primordialmente.

La Unión Europea, por su parte, expresa la protección de los derechos del niño en el artículo 3 del Tratado de Lisboa, configurándose como un objetivo general de la política común, tanto en el espacio interno como en las relaciones exteriores. Por su parte, el Consejo de Europa también ha estipulado estándares internacionales de garantía, tales como el Convenio de Lanzarote, para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual; el Convenio de Estambul, sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica; el Convenio sobre la lucha contra la trata de seres humanos; o el Convenio sobre la ciberdelincuencia. Además de incluir en la Estrategia del Consejo de Europa para los derechos del niño (2016-2021) un llamamiento a los Estados miembros para erradicar el castigo físico sobre la infancia. Estos Convenios han sido ratificados por España, así que se encuentran incorporados al marco normativo estatal y resultan directamente aplicables. Por tanto ¿era necesaria una Ley integral de protección de la infancia y la adolescencia frente a la violencia? La respuesta ha de ser afirmativa. Hasta entonces, se protegía al niño cuando ya había sido víctima de violencia, pero se requería una norma que obligara a hacerlo antes: la prevención de la violencia en la crianza es la clave de la Ley. Además de este argumento, están las cifras de maltrato infantil, que –según los datos del Registro Unificado de Maltrato Infantil[1] (RUMI)– crecen cada año. En una misma notificación es posible señalar más de un tipo de maltrato. En el año 2022 se registraron 29.770 notificaciones y 48.187 tipos. Y esto solo es la punta del iceberg, ya que diversos estudios muestran que hay infra-notificación; esto es, no se denuncian todos (ocurre también a nivel internacional).

La forma más habitual de violencia fue la negligencia (41,44%), seguida de la violencia emocional (28,48%), la violencia física y la violencia sexual. El 61,56% de los casos registrados son de personas de nacionalidad española y más del 58% corresponden a adolescentes de 11 a 17 años, destacando que

[1] Boletín de Estadísticas de Medidas de Protección a la Infancia y la adolescencia, número 25 (2023). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

el 31% son chicos y chicas de 11 a 14 años. Ello no necesariamente significa que sean las franjas de edad donde más casos se den, ya que de 0 a 6 años la detección de víctimas de violencia es especialmente compleja. El 3,72% de las notificaciones están referidas a niños con discapacidad.

Por género, las situaciones de maltrato físico y violencia sexual infantil recaen mayoritariamente en niñas. Las mayores diferencias por sexo y tipología están en el abuso sexual, donde el 55,35% de las notificaciones de sospecha está referido al género femenino. Por excepción, los supuestos de negligencia afectan más a varones (56,4%). En cuanto a la gravedad, el mayor número de notificaciones corresponde a la negligencia leve moderada, y el menor es el registrado como abuso sexual grave. Para Lola Álvarez Romano, psicoterapeuta, sufrir abuso físico en la infancia, además del dolor que produce, provoca como secuela sentimientos de baja autoestima y humillación, nada favorables para su desarrollo. También en este caso se interiorizan figuras parentales que causan confusión y conflicto (4). El socorrido «lo hago por tu bien» contiene una ideología perversa que resulta incomprensible para una mente que se está formando. Esos padres, que no saben manejar sus emociones, difícilmente pueden enseñar a su hijo a gestionar las suyas. Los abusos lo convierten en un huérfano emocional.

El faro que guía toda la LOPIVI es la prevalencia del interés superior del niño y hacer efectivo el artículo 19 de la Convención, el derecho a la protección frente a la violencia. Además, la Ley encuentra fundamento en el artículo 15 de la Constitución española: *«Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes»*. La vida, así como la integridad física y moral de las personas, son derechos fundamentales que deben ser desarrollados en una Ley Orgánica, con el refuerzo constitucional que ello supone: tener un procedimiento judicial preferente para su defensa y ser susceptibles de tutela judicial mediante recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Es relevante señalar que la reciente reforma del artículo 49 de la Constitución, de 15 de febrero de 2024, establece la especial protección de los menores con discapacidad.

Antes de la publicación de la LOPIVI existían otros dos valiosos instrumentos legales. El primero, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, la cual introduce como principio rector de la actuación administrativa el amparo de las personas menores de edad contra todas las formas de violencia, incluidas las producidas en su entorno familiar, de género, la trata y el tráfico de seres humanos y la mutilación genital femenina, entre otras. Conforme a esta Ley, los poderes públicos están obligados a desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil; establecer los procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las Administraciones públicas competentes; revisar en profundidad el funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva ante las situaciones de riesgo y desamparo.

La otra norma es la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito, donde se establece el derecho de los niños a ser derivados a las oficinas de asistencia a las víctimas y la intervención de expertos para atenderles (6). Cuando hablamos de violencia infantil existen diferentes ramas científicas desde las que se puede abordar una definición, pero es primordial que la Ley fije el concepto para determinar el alcance del derecho del niño a no ser maltratado, así como las obligaciones que corresponden a sus progenitores, cuidadores y poderes públicos. ¿Contiene nuestro Derecho positivo esa definición legal, omnicomprensiva de las situaciones de violencia y maltrato[2]? Sí; la establece el artículo 1.2 de la LOPIVI, que es legislación básica y por tanto aplicable en toda España: «A los efectos de esta Ley, se entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital. En cualquier caso, se entenderá por violencia el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar».

En esta definición están contempladas todas las situaciones a las que deben dar respuesta las Administraciones públicas, las familias y la sociedad, en general. El objetivo último debe ser asegurar el libre desarrollo de la personalidad del niño y establecer medidas de protección integral que van desde la prevención a la reparación. Tanto el cachete ocasional como las palizas son agresiones y por lo tanto hay que evitarlas. Si hoy en día resulta socialmente inaceptable, y además es delito, la violencia de género ¿por qué en ocasiones nos parece admisible que un niño reciba una bofetada de sus padres?.

[2] El Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General 13, apartado 18, recomienda que los Estados *»deben establecer normas nacionales que garanticen el bienestar, la salud y el desarrollo del niño, ya que ello constituye el objetivo último de la atención y protección del niño. Para prohibir todas las formas de violencia en todos los contextos hacen falta definiciones jurídicas operacionales claras de las distintas formas de violencia mencionadas en el artículo 19. Esas definiciones deben tener en cuenta las orientaciones dadas en la presente Observación General, ser suficientemente claras para que puedan utilizarse y ser aplicables en diferentes sociedades y culturas. Deben alentarse los intentos de unificar las definiciones a nivel internacional para facilitar la recopilación de datos y el intercambio de experiencias entre países».*

MODIFICACIONES DE LA LOPIVI QUE INCIDEN EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES

¿Qué efectos tiene la violencia en niños, niñas y adolescentes? El Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General número 13, nos advierte de sus graves repercusiones. Estos actos pueden causar lesiones susceptibles de provocar discapacidad; problemas de salud física, como el retraso en el desarrollo físico y aparición de enfermedades; dificultades de aprendizaje, incluidos problemas de rendimiento; consecuencias psicológicas y emocionales. como trastornos afectivos, trauma, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima; problemas de salud mental, trastornos depresivos o intentos de suicidio, y comportamientos perjudiciales para la salud, como el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual.

La LOPIVI define (artículo 3) el entorno seguro como aquel en que se respetan los derechos de la infancia y promueve un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital. Los niños pasan la mayor parte de su tiempo en el domicilio familiar y en centros educativos y deportivos, y es en ellos donde se produce más violencia infantil. Por eso, la Ley hace hincapié en que deben ser entornos protectores (7).

LA FAMILIA, DESDE LA CUNA HASTA LA ADOLESCENCIA, DANDO SEGURIDAD AL NIÑO

La Convención de los Derechos del Niño establece que *«el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión»*. Así, los padres son los principales responsables de los hijos (artículo 18.1) y los poderes públicos tienen como obligación velar por que los padres atiendan su responsabilidad de crianza de la mejor manera posible y solo de forma subsidiaria deberán actuar cuando los niños estén en situación de riesgo o desamparo, activando el sistema de protección de menores. La crianza requiere de un difícil equilibrio para los padres, que deben moverse entre la firmeza y la disponibilidad en todo momento. Mantener una comunicación continua desde que son niños siempre será una ventaja cuando empiecen a aflorar problemas graves en la adolescencia.

El apego es un término, acuñado por el psiquiatra británico John Bowlby, que describe el vínculo que nace entre un bebé y sus progenitores, teniendo en cuenta sus necesidades y cómo se atienden estas durante la crianza. Pero criar no solo es alimentar al niño o atender su higiene. Es darle caricias, consolarle o enseñarle a jugar. Tener un vínculo de apego bien establecido con los padres es fundamental para un desarrollo sano y crear un entorno seguro. Ese vínculo es el pegamento que une a padres e hijos durante toda la vida (8, 9). Desde el seno materno ya se establece la protección del *nasciturus*. El

riesgo prenatal está definido en el artículo 17.9 de la LOPJM (modificado por la LOPIVI): *«A tales efectos, se entenderá por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. Los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal. Tras el nacimiento se mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección»*. Desde su concepción, el bebé ya está viviendo en un entorno intrauterino que irá afectando a su desarrollo. Abusar de sustancias tóxicas (drogas, alcohol) durante el embarazo modifica el desarrollo neuronal del feto.

El artículo 17 de la LOPJM es el que establece todas las situaciones en las que un niño o niña está en una situación de riesgo. Este precepto ha sido modificado por la disposición final octava de la LOPIVI, recogiendo un listado de situaciones de riesgo[3] que da seguridad jurídica en la intervención. El sistema de protección de menores es gradual, va desde la situación de riesgo hasta la medida de protección más rigurosa, que es la declaración de desamparo, donde los padres son privados de la patria potestad y se separa al niño de su familia de origen asumiendo la tutela la Entidad pública de protección de menores. El sistema de protección de menores también es integral, extendiéndose más allá de la mayoría de edad, cuando jóvenes tutelados que cumplen dieciocho años se integran en programas de preparación para la vida independiente, pero manteniéndose en el sistema de protección.

La LOPIVI parte de la idea de que las familias son las más indicadas para proteger a los niños y prevenir la violencia. En su artículo 26.1, dispone que: *«Las Administraciones públicas (…) deberán proporcionar a las familias en sus múltiples formas, y a aquellas personas que convivan habitualmente con niños, niñas y adolescentes, para crear un entorno seguro, el apoyo necesario para prevenir desde la primera infancia factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, así como apoyar la labor educativa y protectora de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, para que puedan desarrollar adecuadamente su rol parental o tutelar»*.

Para evitar la violencia contra la infancia en la familia, la primera medida debe ser capacitar a los progenitores para que la familia sea un entorno segu-

[3] El artículo 17 de la LOPJM considera situación de riesgo *«aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, la persona menor de edad se vea perjudicada en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar»*. A continuación, inserta hasta trece bloques de indicadores de riesgo, debidamente pormenorizados.

ro. Las medidas para prevenir la violencia en el ámbito familiar deben estar enfocadas a:

a) Promover el buen trato, la corresponsabilidad y el ejercicio de la parentalidad positiva. A los efectos de esta Ley, se entiende por parentalidad positiva el comportamiento de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, fundamentado en el interés superior del niño, niña o adolescente y orientado a que la persona menor de edad crezca en un entorno afectivo y sin violencia que incluya el derecho a expresar su opinión, a participar y ser tomado en cuenta en todos los asuntos que le afecten, la educación en derechos y obligaciones, favorezca el desarrollo de sus capacidades, ofrezca reconocimiento y orientación, y permita su pleno desarrollo en todos los órdenes.
b) En ningún caso las actuaciones para promover la parentalidad positiva deben ser utilizadas con otros objetivos en caso de conflicto entre progenitores, separaciones o divorcios, ni para la imposición de la custodia compartida no acordada. Tampoco debe ser relacionada con situaciones sin aval científico como el síndrome de alienación parental.
c) Promover la educación y el desarrollo de estrategias básicas y fundamentales para la adquisición de valores y competencias emocionales, tanto en los progenitores, o en quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, como en los niños y niñas, de acuerdo con el grado de madurez de los mismos. En particular, se promoverá la corresponsabilidad y el rechazo de la violencia contra las mujeres y niñas, la educación con enfoque inclusivo y el desarrollo de estrategias durante la primera infancia destinadas a la adquisición de habilidades para una crianza que permita el establecimiento de un lazo afectivo fuerte, recíproco y seguro con sus progenitores, o con quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento.
d) Promover la atención a las mujeres durante el periodo de gestación y facilitar el buen trato prenatal. Esta atención deberá incidir en la identificación de aquellas circunstancias que puedan influir negativamente en la gestación y en el bienestar de la mujer, así como en el desarrollo de estrategias para la detección precoz de situaciones de riesgo durante el embarazo y de preparación y apoyo.
e) Proporcionar un entorno obstétrico y perinatal seguro para la madre y el recién nacido e incorporar los protocolos, con evidencia científica demostrada, para la detección de enfermedades o alteraciones genéticas, destinados al diagnóstico precoz y, en su caso, al tratamiento y atención sanitaria temprana del o la recién nacida.
f) Desarrollar programas de formación a adultos y a niños, niñas y adolescentes en habilidades para la negociación y resolución de conflictos intrafamiliares.

g) Adoptar programas dirigidos a la promoción de formas positivas de aprendizaje, así como a erradicar el castigo con violencia física o psicológica en el ámbito familiar.
h) Crear los servicios necesarios de información y apoyo profesional a los niños, niñas y adolescentes a fin de que tengan la capacidad necesaria para detectar precozmente y rechazar cualquier forma de violencia, con especial atención a los problemas de las niñas y adolescentes que por género y edad sean víctimas de cualquier tipo de discriminación directa o indirecta.
i) Proporcionar la orientación, formación y apoyos que precisen las familias de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, a fin de permitir una atención adecuada de estos en su entorno familiar, al tiempo que se fomenta su grado de autonomía, su participación activa en la familia y su inclusión social en la comunidad.
j) Desarrollar programas de formación y sensibilización a adultos y a niños, niñas y adolescentes, encaminados a evitar la promoción intrafamiliar del matrimonio infantil, el abandono de los estudios y la asunción de compromisos laborales y familiares no acordes con la edad.

De este abanico de medidas, encaminadas a fortalecer la capacidad parental de los progenitores, merece destacarse el concepto de parentalidad positiva. En los Ayuntamientos se están impartiendo cursos sobre parentalidad positiva a los que asisten no solo padres que tienen dificultades con sus hijos sino también aquellos que quieren mejorar la relación con ellos y desean educarlos desde el enfoque de los derechos que tienen y su interés superior.

Marcos, de catorce años, vivía con su madre y veía a su padre de forma irregular, ya que la pareja estaba separada. Comenzó a tener un absentismo escolar superior al 20% y a participar en pequeños hurtos y actos vandálicos. El episodio más grave llegó con una grave pelea en compañía de otros menores, que acabó con el grupo en comisaría. El caso llegó a los servicios sociales municipales. Los padres eran protectores porque intentaban reconducir la conducta de su hijo, con poco éxito. La valoración de los técnicos fue que la conducta de Marcos se debía a una ausencia de límites, había crecido sin que nadie le enseñase a gestionar su agresividad ni a controlar sus impulsos. El objeto de la intervención fue doble: por un lado, fortalecer la autoridad parental, para que los padres pudieran mostrar firmeza frente a su hijo, estableciendo normas de conducta claras y definiendo líneas rojas; por otro lado, se trabajó con Marcos para estudiar los motivos de su conducta disruptiva. La actuación de los servicios sociales se completó con la asistencia de los padres a un curso de parentalidad positiva para fortalecer su capacidad. Casos como este son frecuentes. Siempre es difícil decir no a un hijo, pero la obligación de los progenitores es determinarle unas pautas de conducta que faciliten su integración social. Un niño que se cría sin límites en casa es muy difícil que acepte la autoridad del profesor en el centro educativo.

El artículo 154 del Código Civil establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos de acuerdo con su personalidad, y comprende los siguientes deberes y facultades: velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral. Educar es también poner límites.

EL CENTRO EDUCATIVO REFERENTE DE SOCIALIZACIÓN Y ENTORNO SEGURO PARA DENUNCIAR LA VIOLENCIA

Los niños reciben información de muchas fuentes diferentes y, hoy en día, una gran cantidad proviene de las redes sociales. No cabe duda de que es imprescindible capacitarlos para que puedan tener criterio propio y procesar esa avalancha continua de información. La LOPIVI (en su artículo 30) recoge la necesidad de formar a los propios niños en el ámbito escolar para mejorar la detección de la violencia infantil. La Ley pretende abarcar de manera integral todas las formas de violencia contra los niños, no solo la producida sino también la detectada en centros, siendo este aspecto esencial para su protección. El mayor número de notificaciones de sospecha de violencia intrafamiliar se produce en el ámbito educativo, con indicios tales como marcas de lesiones corporales (visibles en la clase de educación física) o tristeza a la hora de la salida del colegio porque el niño no quiere volver a casa. Los protocolos aquí deben funcionar para alertar al sistema de protección.

Los profesionales de los centros educativos[4] tienen un deber cualificado de comunicación, recogido en el artículo 16 de la LOPIVI. Si la violencia detectada puede suponer la comisión de un delito (lesiones, abuso sexual), deberá comunicarse a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o a la Fiscalía de Menores, evitando que el niño regrese a casa; y si es una situación de negligencia habrá de ponerse en conocimiento de los servicios sociales municipales o de la Entidad Pública de protección de menores. La LOPIVI entiende el contexto escolar como parte del sistema de protección y atribuye responsabilidades a los profesionales de la educación. El niño pasa muchas horas en el centro educativo y si para él es un entorno seguro se abrirá y contará lo que no puede contar en casa. No hay nada mejor que bajar a la realidad para comprender que todavía queda mucho recorrido en la lucha por la defensa de los derechos de niños y niñas. Véase el siguiente caso.

Marta es una niña de 14 años, de etnia gitana. Llega con moratones en brazos, piernas y cuello al instituto. Acude al despacho de la coordinadora de bienestar y explica que está sometida a maltrato habitual por parte de

[4] En este artículo no se explica la importante figura del coordinador de bienestar y protección que debe estar nombrado en todos los centros educativos, ya sean públicos, privados o concertados, puesto que se desarrolla en otro artículo de la monografía.

su padre y hermanos varones. La madre adopta una postura pasiva y no la defiende. Marta informa que la paliza de hoy, donde le han dado puñetazos y un hermano la ha agarrado del cuello en un intento de ahogarla, es porque su familia quiere casarla con un adulto, a lo que ella se niega. El padre advierte a la niña que hoy será su último día de clase. Este hecho es lo que le mueve a hablar. El director del instituto llama a la Policía Nacional, cuyos agentes recogen a Marta y la llevan, primero, a un centro de salud para que le examinen las lesiones y se documenten en un parte. Después, a la comisaría, donde presenta denuncia por maltrato habitual contra los varones de la familia. Se solicita letrado del turno VIT (Violencia Infantil y Trata) del Colegio de Abogados para que, desde el momento de la denuncia, ya tenga asistencia legal. A continuación, la Policía contacta con la Fiscalía de Menores, que ordena el ingreso de la niña en un centro de protección de atención inmediata. A la vista de la denuncia y el atestado, el juez de guardia dicta un auto, abriendo diligencias por un presunto delito de maltrato habitual con lesiones, suspendiendo la patria potestad de los progenitores. Acuerda que la menor está en situación de desamparo y da traslado a la Entidad pública para que preste atención inmediata y acuerde la medida de protección oportuna. El juez dicta una orden de alejamiento de padres y hermanos de la niña y prohíbe las comunicaciones, incluidas las redes sociales. Gracias a su educación, esta niña ha visibilizado su situación, sus profesores la orientaron y pudo denunciar. El instituto funcionó como entorno seguro para Marta. Como dijimos al principio, la LOPIVI considera la lucha contra la violencia infantil un imperativo de derechos humanos. En este caso se perciben nítidamente todos los derechos de Marta que han sido vulnerados: su derecho a la vida (el hermano intentó ahogarla), a su integridad física y psíquica (maltrato por acción de su padre y por omisión de su madre), su derecho a la libertad y a la salud (matrimonio infantil), su derecho a la igualdad y a no ser discriminada (se la discrimina doblemente por ser niña y gitana) y su derecho a la educación (el padre al casarla le dice que no volverá al instituto).

EL DEPORTE, DEJAR DE JUGAR CON EL MÓVIL PARA JUGAR EN EQUIPO

Los jóvenes establecen relaciones a través de las redes sociales, pero estos lazos suelen ser débiles y no se consolidan, un clic basta para romper una relación construida en precario. La filósofa Margot Rot explica que las redes no son solo espacios de ocio, sino también de desarrollo identitario. Lo que los menores ven, lo que leen, lo que hacen, lo que dicen, es tan parte de su desarrollo emocional, de su crecimiento moral y de su transformación cognitiva como lo que sucede fuera de la red. El deporte puede ser el mejor entorno para socializar. Jugar en equipo y competir

para ganar son medios saludables que contribuyen a evitar el aislamiento que provoca la *comunicación* por pantallas. Pero el deporte también puede generar violencia y la LOPIVI regula en su artículo 47 la obligación de crear entornos seguros. La violencia, el acoso o la discriminación en el deporte pueden acarrear efectos demoledores en los niños, semejantes a las del acoso escolar, por tratarse de contextos en los que realizan gran parte de su actividad diaria y donde desarrollan las interacciones sociales. Estas consecuencias incluyen desde fracaso escolar y abandono de las actividades en las cuales se produce el acoso, hasta el incremento de conductas violentas, consumo de estupefacientes y alcohol, trastornos alimentarios y problemas de salud mental que lleven a la depresión o al suicidio (10). Si el centro deportivo es un entorno seguro, también puede detectar situaciones de violencia que no se producen en su propio ámbito. Al igual que los profesionales de los centros educativos, los monitores o entrenadores tienen un deber cualificado de comunicación y pueden ser referentes para detectar posibles situaciones de violencia producidas en otros ámbitos de la vida del menor. He aquí un ejemplo.

Jorge es un niño de color de trece años que entrena en un club de fútbol asturiano. Es un buen deportista, pero en un corto periodo de tiempo ha ganado peso, sus padres se están divorciando y el niño está pasando un mal momento. Con sus compañeros tiene un grupo de WhatsApp donde, de forma reiterada, recibe insultos por su rendimiento en la competición: «eres la vergüenza del equipo, no sirves para nada». Recibe también insultos de los padres de sus compañeros en los partidos que juegan los fines de semana: «al banquillo, culo gordo», «mono». La situación alcanza su episodio más grave cuando en un partido falla un penalti y algunos padres de otros jugadores le abuchean al retirarse a los vestuarios. Su padre opina que no se esfuerza lo suficiente, dado el potencial que tiene. El entrenador no se ocupa de Jorge, por entender que son cosas que pasan y no es asunto suyo. Hay una situación de violencia psicológica con un gran daño emocional. Ante esta situación, Jorge se siente acosado, ansioso y empieza a sufrir trastornos alimentarios. Intenta comer lo menos posible y empieza a hacer demasiado ejercicio físico (violencia autoinfligida). Como consecuencia de su estado, tiene un 50% de absentismo escolar. A estas alturas del artículo, los lectores que hayan llegado hasta aquí no tendrán dificultad en enumerar todos los derechos de Jorge que han sido vulnerados: salud (anorexia), integridad física y psíquica (acoso por parte de los compañeros y maltrato de su padre), educación (absentismo escolar), practicar deporte en un clima sin violencia e igualdad (no ser discriminado por razón de raza).

PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Primera. Reforzar las habilidades de reconocimiento de la violencia

El niño debe poder detectar e identificar cuándo está sufriendo maltrato.

El artículo 3 d) de la LOPIVI establece como uno de sus fines el *«reforzar los conocimientos y habilidades de los niños, niñas y adolescentes para que sean parte activa en la promoción del buen trato y puedan reconocer la violencia y reaccionar frente a la misma»*. Como complemento a lo anterior, el plan de convivencia de los centros educativos debe incluir la adquisición de habilidades y promoción del buen trato (artículo 31).

Segunda. Participación en la elaboración de los protocolos para prevenir la violencia

El artículo 12 de la Convención reconoce a la persona menor de edad el derecho a que esté en condiciones de formarse un juicio propio, expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le conciernen y que esa opinión sea tenida en cuenta, en función de su edad y madurez.

El artículo 34.1 de la LOPIVI determina que, para la elaboración de los protocolos, hay que contar con la participación de los niños (así como de las Administraciones públicas, instituciones y profesionales de los diferentes sectores implicados en la prevención, detección precoz, protección y reparación de la violencia).

Esta amplia participación hará más compleja la elaboración de los protocolos, pero no podemos seguir rigiéndonos bajo el principio de *«todo para los niños, pero sin los niños»*. La participación infantil es una oportunidad para que la infancia asuma y se comprometa más estrechamente con su cumplimiento. Para hacer posible la participación, será menester habilitar mecanismos de recogida de opiniones, adecuados a su edad e inclusivos de los niños con discapacidad. Los protocolos deben ser aprobados normativamente a través de una disposición emitida por la autoridad competente, a fin de convertirlos en jurídicamente exigibles y proporcionar seguridad y garantías a los interesados.

Tercera. Incrementar la formación de los profesionales de sanidad, educación, ámbito judicial, servicios sociales y del deporte.

A lo largo de todo su articulado, la LOPIVI insiste en la necesidad de garantizar una formación especializada, «inicial y continua», en materia de derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia a los profesionales que tengan contacto con niños y niñas. Dicha formación comprenderá, como mínimo (artículo 5):

a) La educación en la prevención y detección precoz de toda forma de violencia a la que se refiere esta Ley.
b) Las actuaciones a llevar a cabo una vez que se han detectado indicios de violencia.
c) La formación específica en seguridad y uso seguro y responsable de Internet, incluyendo cuestiones relativas al uso intensivo y generación de trastornos conductuales.
d) El buen trato a los niños, niñas y adolescentes.
e) La identificación de los factores de riesgo y de una mayor exposición y vulnerabilidad ante la violencia.
f) Los mecanismos para evitar la victimización secundaria.
g) El impacto de los roles y estereotipos de género en la violencia que sufren los niños, niñas y adolescentes.

Las Administraciones públicas deberán garantizar, además, que el personal docente y educador recibe formación específica en materia de educación inclusiva. Por su parte, los Colegios de Abogados y Procuradores facilitarán a sus miembros el acceso a formación (específica y continua) sobre los aspectos materiales y procesales de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. La LOPIVI ya tiene tres años de recorrido, pero los profesionales no han tenido una formación suficiente para interiorizar los derechos del niño y las obligaciones que establece. En los juzgados, vemos que la prueba preconstituida para los mayores de catorce años se sigue denegando sistemáticamente. En el ámbito sanitario, docente o deportivo, los protocolos se desconocen y cuando surge la situación de violencia hacia un niño no se utilizan los canales existentes y las actuaciones que se deben seguir.

Urge igualmente dar formación a los operadores jurídicos sobre buen trato a la infancia. Es necesario mejorar el trato que se dispensa desde que se produce la denuncia hasta que termina el proceso con la sentencia. Durante un procedimiento penal, un niño puede contar hasta en cinco ocasiones lo sucedido: al profesor, al pediatra, en la denuncia, ante el juez de instrucción, al médico forense y en el juicio. No es aceptable obligar a un menor a compartir espacio en el juicio a su agresor sexual o a su maltratador, viéndose obligado a identificarlo mirando a través de una abertura en el biombo que le separa de él a escasos dos metros de distancia. Es una situación terrible. Incluso hay casos en los que no se dicta orden de alejamiento del agresor hasta que se celebra el juicio.

Cuarta. Evaluación de la aplicación de la ley

La Ley se publicó en 2021 y aún falta mucha materia por desarrollar. Es una norma compleja, con numerosas obligaciones para el legislador y para las Administraciones públicas. Por este motivo, es necesario hacer una

evaluación continuada y sistemática, con objeto de determinar si se están consiguiendo los fines para los que fue promulgada. El preámbulo de la LOPIVI dice que su aprobación no solo responde a la necesidad de introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos internacionales asumidos por España, sino a la relevancia de una materia que conecta de forma directa con el sano desarrollo de nuestra sociedad. Por ello, solo podremos saber si se está alcanzando este fin con el seguimiento de la aplicación de la norma. El artículo 21.2 determina que la Estrategia nacional para erradicar la violencia sobre la infancia ha de ser objeto de evaluación anual, encomendando la elaboración de un informe sobre el grado de cumplimiento y eficacia a la Conferencia Sectorial de infancia y adolescencia, en colaboración con los Ministerios de Justicia, Interior, Sanidad, Educación y Formación Profesional y el Alto Comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. Dicho informe, deberá ser elevado al Consejo de Ministros.

El Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030, publicó el 15 de noviembre de 2022 la Estrategia nacional para erradicar la violencia sobre la infancia. A la fecha en que se elabora este artículo no consta el informe anual que, por imperativo legal, debería haber sido elevado en el año 2023. En el último párrafo del precitado artículo 21 se determina que *«los resultados del informe anual de evaluación, que contendrá los datos estadísticos disponibles sobre la violencia hacia la infancia y la adolescencia, se harán públicos para general conocimiento, y deberán ser tenidos en cuenta para la elaboración de las políticas públicas correspondientes».* Al no estar publicado el informe, las políticas en vigor no han podido corregir las eventuales desviaciones.

La Ley ordena igualmente (artículo 39.3) que la Comisión frente a la violencia en los niños, creada por ella misma en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, emita un informe anual, proporcionando los datos disponibles sobre la atención sanitaria de las personas menores de edad víctimas de violencia, desagregados por sexo y edad, así como la información sobre la implementación de las medidas con incidencia sanitaria contempladas. Los resultados de este informe han de ser incluidos en el informe anual de evaluación de la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia.

El 22 de diciembre de 2023, la Comisión aprobó un Protocolo común del Sistema Nacional de Salud para la actuación sanitaria frente a la violencia en los niños y el 15 de febrero de 2024 aprobó el informe anual 2022-2023 que exige la LOPIVI y que puede ser consultado en la página *web* del Ministerio de Sanidad.

Referencias

1. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado núm. 134 de 5 de junio de 2021. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347.

2. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Instrumento de ratificación de 30 de noviembre de 1990. Boletín Oficial del Estado núm. 313 de 31 de diciembre de 1990. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312.

3. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Boletín Oficial del Estado nº 15 de 17 de enero de 1996. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069.

4. Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/observaciones-generales-comite-derechos-del-nino/.

5. Álvarez Romano L. ¿Qué me he perdido? Cómo afrontar los problemas de salud mental en la adolescencia. Barcelona: Planeta, 2024; p. 272.

6. Ley 4/2015, de 27 de abril del Estatuto de la Víctima del delito. Boletín Oficial del Estado nº 101 de 28 de abril de 2015. [consultado 3-06-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4606.

7. Martínez García C. El nuevo marco legal de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia en España. Navarra: Aranzadi, 2021.

8. Bowlby J. El apego y la pérdida I. Barcelona: Paidós, 2023.

9. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Madrid: Gedisa; 2009.

10. De la Plaza M, González, H. El acoso escolar: factores de riesgo, protección y consecuencias en víctimas y acosadores. Revista de Victimología (Madrid) 2019; 9: 99-131.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN RIESGO SOCIAL. UNA EXPERIENCIA DESDE LA FUNDACIÓN SILOÉ DE ASTURIAS

PREVENTION OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENTS AT SOCIAL RISK. AN EXPERIENCE FROM SILOÉ FOUNDATION OF ASTURIAS

Pablo Puente Baldomar
Psicólogo sanitario, Fundación Siloé Asturias
(C/ Llanes 6, entlo. 2.º.–33207, Gijón, Asturias)
pablopuentebaldomar@gmail.com

Vanesa Arbiza Rubio
Educadora social, Dirección General de Infancia y Familias
del Principado de Asturias

Resumen: El presente texto es un resumen descriptivo de una experiencia desarrollada en Fundación Siloé para la prevención de las violencias en niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo social: la actividad denominada Buenos Tratos, diseñada con el objetivo de promover actitudes prosociales basadas en una educación en valores que facilite aprendizajes integradores y conductas solidarias y de autocuidado. Los resultados indican que los talleres favorecieron la introyección de contenidos ligados a la empatía y a mejorar la interrelación entre pares, así como a facilitar herramientas cognitivas y afectivas para prevenir situaciones de violencia.

Palabras clave: educación, violencia, infancia y adolescencia.

Abstract: This text is a descriptive summary of an experience developed at the Siloé Foundation for the prevention of violence in girls, boys and adolescents in situations of social risk: the activity called Good Treatments, designed with the objective of promoting prosocial attitudes based on education. . in values that facilitate integrative learning and supportive and self-care behaviors. The results indicate that the workshops favored the introjection of content linked to empathy and improving the interrelationship between peers, as well as facilitating cognitive and affective tools to prevent situations of violence.

Key words: education, violence, childhood and adolescence.

CONTEXTO PREVIO

Antes de describir el programa objeto de este escrito, es necesario contextualizar brevemente la escena más general. La Fundación Siloé es una organización sin ánimo de lucro y laica, que desde hace más de 40 años trabaja en Asturias dedicada al cuidado, recuperación y atención integral de menores, familias, y personas adultas en situación de vulnerabilidad social o exclusión. Además de este denominador común, los colectivos destinatarios son niñas, niños, adolescentes y familias en situación de riesgo social, y personas adultas con dificultades sociosanitarias múltiples (pluripatologías crónicas, adicciones, trastornos mentales graves, o diversidad funcional severa).

De lo anterior, se deduce que uno de los programas centrales de la Fundación Siloé se dedica a la atención integral de menores y familias en situación de vulnerabilidad o riesgo social, y para ello cuenta con centros diurnos que pueden ser más preventivos o más protectores, dependiendo de la intensidad del riesgo. En todos los casos, se trata de riesgos psicosociales para niñas, niños y adolescentes, que son detectados por los Servicios Sociales municipales y/o autonómicos, que declaran una medida de prevención o protección para reconducir y reparar las situaciones. En general, el trabajo realizado en dicho programa tiene como objetivo principal proporcionar apoyo integral, socioeducativo y emocional a menores de edad, desde los 5 años y hasta antes de la mayoría de edad legal. Desde un enfoque basado en la preservación familiar, el objetivo consiste en implementar todas aquellas acciones destinadas al mantenimiento del/de la menor en el hogar cuando las personas responsables de su cuidado, atención y educación, por diversas circunstancias, incurren en dejación de sus funciones parentales y marentales, o en un uso inadecuado de ellas, comprometiendo o perjudicando el desarrollo personal y social de esa/e menor.

En todo este proceso es fundamental la necesaria y estrecha colaboración y coordinación con la Dirección General de Infancia y Familias de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, con los servicios sociales municipales de las zonas, y en muchos casos con los servicios de salud mental infanto-juvenil y otros tantos agentes comunitarios.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA PREVENTIVO: LOS BUENOS TRATOS

Visto el contexto, pueden inferirse que los riesgos y peligros a los que están expuestos los grupos de menores que se atienden en Fundación Siloé requieren máxima atención y cuidado. Si la infancia es una etapa evolutiva crucial en el desarrollo humano y altamente sensible a las fluctuaciones contextuales, las dificultades sociales, como ya vieron Marmot y Wilkinson (1), añaden un impacto negativo en el bienestar, y potencian factores de riesgo

de un modo exponencial: situaciones de pobreza y carencias materiales que afectan a necesidades básicas como la alimentación adecuada, las condiciones de vivienda y el contexto cercano; o dificultades en el apoyo emocional y afectivo porque las redes familiares y sociales a su vez están afectadas, y los menores experimentan soledad, ansiedad, depresión, y conductas que pretenden ser adaptativas al ambiente son perjudiciales, ya que generan dificultades educativas (en cuanto a rendimiento e interacción) y emocionales (que se agravan cuando aparecen situaciones de exposición a violencia, negligencia o instrumentalización), perpetuando un ciclo de desventaja social que vulnera y condiciona un desarrollo evolutivo positivo. Estas dificultades previas posicionan en desigualdad de condiciones a las y los menores (y a sus familias), y exigen un abordaje integral que les permita oportunidades de desarrollo y mejora de la calidad de vida.

Con este escenario, reiterado a través de los años, se detecta en los centros una necesidad de trabajar un concepto que, aunque diverso en su definición, encontraba contundente pertenencia a la casuística que se nos presentaba: la importancia de generar espacios seguros de *buenos tratos*. Siendo el principal exponente la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2), que afirma que todos los niños tienen derecho a crecer en un entorno seguro, afectuoso y respetuoso de su dignidad. Desde esta lógica, los programas de buenos tratos en la infancia buscan garantizar el cumplimiento de estos derechos fundamentales, y por ello en el año 2017 se inicia el trabajo para desarrollar la actividad.

Si bien hubo que acotar el alcance del concepto, los «buenos tratos» son básicos y fundamentales en cualquier crianza, pero mucho más aún en infancias vulnerables como las que atendemos. Se respaldan teóricamente a través de enfoques multidisciplinares, entre los que destacan la psicología, la sociología, la neurociencia y la educación social. Dichas bases incluyen distintas líneas teóricas que respaldan la necesidad: a) el desarrollo infantil óptimo, desde teorías vygotskianas y piagetianas, donde la infancia es una etapa crítica en el desarrollo y donde se establecen las bases físicas y mentales (teorías de aprendizajes, zonas de desarrollos próximos); b) la teoría del apego y sus aplicaciones clínicas, que indica la necesidad de relaciones seguras y estables de los niños con sus figuras de cuidado, vinculando los buenos tratos con un bienestar emocional y afectivo; c) los modelados de conducta, de la teoría banduriana del aprendizaje social, que revela que el aprendizaje en niñas/os se fundamenta en la observación e imitación, y por lo tanto los entornos son claves en los modelos de comportamientos; d) la prevención del maltrato infantil, en la medida en que proporciona apoyo y recursos a cuidadoras/es se reducen riesgos de negligencia o abuso y garantiza el cumplimiento de la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia –LOPIVI–, que tiene por objeto *garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo*

medidas de protección integral, que incluyan la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su vida (3-7). Esta es la base teórica que cuatro años antes de su publicación, ya utilizamos para justificar esta actividad programática.

INTRODUCCIÓN A LOS TALLERES: APRENDER A TRATARSE BIEN

Por lo anterior, se crea en la Fundación Siloé el Programa de Buenos Tratos, dirigido a chicas y chicos atendidos en los centros de la entidad, con el objetivo de promover actitudes prosociales apoyadas en una educación en valores, que faciliten la adquisición de conductas que favorezcan la interacción en el contexto con valores basados en la igualdad, la solidaridad, la resolución eficaz de conflictos, la autorregulación emocional, y un sentido de comunidad integrada. Basándonos en la experiencia de atención educativa y en la observación diaria durante muchos años, la idea de «buenos tratos» focalizaba su pertenencia y necesidad, sobre todo, en la interacción con los demás, en las formas de relación que cada menor establece, y en los entornos que pueden ser favorecedores u obstaculizadores. De ese modo, bajo el concepto de «Buenos Tratos» se agruparon un conglomerado de valores basados en el respeto, la empatía, la atención a la diversidad social y cultural, la solidaridad y la responsabilidad. Paralelamente, se pretendió dotar de herramientas a la gestión de conflictos, y mejorar estrategias de diálogo y comprensión, interacción y la convivencia, y autocuidado de la salud (física y psíquica), desde una perspectiva bio-psico-social.

Al enfatizar la importancia de cultivar una dinámica de interacción basada en los «Buenos Tratos», se alude a las relaciones que las y los menores establecen tanto consigo mismo como con los demás y su propio entorno, intentando promover un sentimiento recíproco de reconocimiento y valoración. Estas formas de interacción interpersonal, si son positivas, generan satisfacción y bienestar, al tiempo que sientan las bases para un crecimiento y desarrollo personal fundamentado en la resiliencia y el apego. Por ello, haber contado con buenos tratos (cuidados y apegos seguros) en las primeras etapas de la vida, y ser atendida, protegido, educada y querido en esos periodos evolutivos tan sensibles, es el pilar fundamental para el desarrollo de una persona sana. A su vez, esto moldea la capacidad de cuidarse a sí misma y de participar en interacciones sociales orientadas a satisfacer las necesidades de los demás. Así lo expresan Barudy y Dantagnan, *«los hijos e hijas bien tratadas son capaces de resistir a las estrategias de alienación del pensamiento violento y abusador, y pueden participar progresivamente en la construcción de un mundo humano más justo y solidario, respetuoso de lo viviente y su diversidad»* (8). Se resalta aquí la importancia fundamental de las experiencias tempranas de cuidado y respeto moldean no solo la personalidad y el desarrollo individual de las niñas y niños, sino

también su capacidad para enfrentar y resistir influencias o acciones negativas, violentas y abusivas. Además, invita a considerar el impacto positivo que puede tener una crianza basada en el respeto, para la construcción de una sociedad más justa y solidaria. Al reconocer el valor de estas experiencias en la infancia, se destaca la responsabilidad de los adultos, y en nuestro caso especialmente de las y los profesionales del cuidado infantil, en proporcionar un ambiente seguro y afectuoso que promueva el bienestar y la resiliencia de las generaciones futuras. Estos procesos son fundamentales para que los/las menores tengan de forma temprana experiencias de respeto y de buen trato que favorezcan y promuevan sus capacidades resilientes.

DISEÑO Y CONTENIDO DEL PROGRAMA

El Programa de *Buenos Tratos* nace con la idea de unificar y homologar actuaciones en todos los centros de atención, a partir de la detección de comportamientos agresivos y actitudes discriminatorias entre algunos menores. Este patrón comportamental añadía la necesidad de fomentar unas relaciones socioafectivas donde primara la aceptación de la diversidad, la empatía y la integración en la comunidad. De lo anterior se generaba un objetivo subsidiario: favorecer la exploración, autoconocimiento y manejo adaptativo del mundo emocional infanto-juvenil y su interacción con las principales problemáticas, características de estas primeras etapas evolutivas.

Algunos conceptos transversales que fueron la base del enfoque de estos talleres, se extrajeron de la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, centrados en tolerancia, democracia, responsabilidad, universalidad, identidad cultural, búsqueda de la paz, lucha contra la pobreza, salvaguardia del medio ambiente, regulación demográfica y promoción de la salud. Además de la causa común ya mencionada: la necesidad de extinguir conductas agresivas detectadas, a través de los buenos tratos en menores (9, 10).

Desde su inicio el taller de Buenos Tratos se basó en la elaboración integral de talleres prácticos, desarrollados en dos versiones (infantil –de 5 a 12 años– y adolescente –de 13 a 17 años), donde se seleccionaban temáticas transversales comunes a las respectivas etapas evolutivas, vinculadas a las necesidades detectadas, cuidando que también fueran temas de interés para los menores, y al mismo tiempo de relevancia técnica y teórica, basados en la bibliografía actualizada de la comunidad científica en diversas áreas, entre las que destacaron educación y psicología (no se hará mención de las bibliografías utilizadas en cada temática, bastando indicar que para cada eje se han utilizado contenidos actualizados, avalados con evidencia científica, y revisados en cada edición).

Planteado genéricamente, los ejes de los bloques temáticos en cada una de las ediciones, descritos muy sucintamente, fueron los siguientes:

I. Los *Derechos de la Infancia*, que incluyen las normativas, leyes y marcos jurídicos que amparan y empoderan a niñas, niños y adolescentes.
II. Las *violencias*, formas y tipos de acosos y abusos, ciberbullying y otras violencias, detección y estrategias de prevención, autocuidado y actuación.
III. Las *emociones*, el reconocimiento interno y externo de emociones básicas, y otros conceptos de autoestima, afectividad, apegos, autocontrol y regulación
IV. Las *interrelaciones*, relacionada con los vínculos en el grupo familiar y en el social externo, habilidades sociales y sus formas positivas, comunicación asertiva, comprensión del entorno, resolución de conflictos, escucha activa y expresión verbal y no verbal, trabajo en equipo y colaboración.
V. Las *nuevas tecnologías*, relacionado con la ciberseguridad, el buen uso y el abuso, las potencialidades y peligros, estrategias de prevención y protección.
VI. La *igualdad*, conceptos de inclusión y género, roles, empoderamiento, prevención del machismo, igualdad en todos los ámbitos vitales.
VII. Las *sexualidades*, etapas y cambios, identidades, respeto y diversidad, conductas de riesgo, límites y consentimientos, estrategias de cuidado y prevención.
VIII. La *salud*, promoción del cuidado y la vida saludable, nutrición, actividad física, prevención de enfermedades y consumo de tóxicos, primeros auxilios.
IX. La *interculturalidad*, culturas y diversidad, prevención del racismo, intercambios, globalización y localidad, inclusión comunitaria.
X. El *medio ambiente*, ecosistemas y biodiversidad, el cambio climático, recursos naturales, contaminación y energías renovables, reciclaje, consumo responsable, protección de flora y fauna y conciencia ambiental.

Para la elaboración de los ejes se contó desde el comienzo con la participación del grupo diana: las y los menores intervinieron en la elección de los temas, en función de las demandas realizadas, y se consideró en su diseño los contenidos, presentación y vocabulario adaptado a cada franja etaria. Por todo ello, las líneas metodológicas incluyeron todas las formas de participación en la planificación y ejecución (desde los equipos profesionales de los centros hasta los colectivos de menores), y la especial consideración de la educación socioemocional, para la regulación de competencias empáticas y comunicativas (11). Una vez establecida la base que justificaba el porqué de esta necesidad, se pretendió que el diseño y elaboración fuera de tal modo que cualquier profesional del ámbito social y educativo (de otros recursos o centros, con similares características) pudiera aplicarlo, y por tanto facilitar la posible transferibilidad.

Las sesiones se diseñaron para ser realizadas en grupos pequeños, de entre 8 y 10 participantes en los propios centros de atención donde los menores acudían diariamente. Las temáticas fundamentales se mantuvieron con leves variaciones en todas las ediciones del manual, que eran anuales y se temporalizaban de un modo sincrónico con el calendario escolar (siendo una sesión por mes, de septiembre a junio). Así mismo, cada una de las sesiones tenía una duración máxima de 90 minutos, con un formato de estructura similar en cada bloque: apertura-debate-cierre. La primera parte consistía en la presentación de la temática a través de un soporte audiovisual –ej. vídeo corto, noticia de prensa– con contenidos más simbólicos que explícitos, para desplegar a continuación conceptos claves del eje (duración estimada: 20'). El debate, era la parte más densa, utilizando dinámicas lúdicas (role playing y juegos) para discutir y explorar las ideas surgidas, dejando un debate más guiado en la parte final (duración estimada: 40'). El cierre era la puesta en común de los contenidos, fijando ideas principales para favorecer la adquisición de conocimientos y aprendizaje.

EVALUACIÓN Y ALGUNOS RESULTADOS DESTACADOS

La evaluación de los talleres contó con una dificultad estructural inicial: no puede haber grupos homogéneos y estables en el tiempo dadas las características de los recursos y de las y los menores, que pueden causar alta o baja de los dispositivos en cualquier momento, y supone una pérdida o alteración de seguimiento, sin contar con otros cambios en el contexto. Por ello no fueron posibles estudios de tipo longitudinales.

No obstante, se realizaron evaluaciones basadas en estudios de tipo pretest-postest a los efectos de comparar las mediciones antes y después de cada taller anual, y evaluar de manera directa el posible impacto de la intervención (aun así, cursaron altas o bajas inesperadas). Para la evaluación se contó con dos herramientas sencillas primando la practicidad y operatividad, para profesionales y para menores. Con relación a los últimos, un cuestionario ad-hoc, para conocer el grado de aceptación del taller vinculado a condiciones materiales y técnicas (espacios, tiempos, métodos, materiales utilizados, dinámicas), y el cuestionario de empatía para niños y adolescentes de Byrant, en dos tomas pre y post, cuyo objetivo fue medir el nivel de empatía ante distintas situaciones connotadas emocionalmente, y los componentes cognitivos y afectivos (dado que una de las problemáticas detectadas más complejas eran los tipos disfuncionales de interacción, violencia verbal, desconfianza y carencia de herramientas sociales) (12). Los resultados del test, en un resumen promedio de los últimos dos años, indicaron claras tendencias de aumento de la empatía afectiva en adolescentes en el postest (más elevada en el grupo de mujeres adolescentes, pero sin diferencias significativas entre niñas y niños menores de 12 años), con mayor

sensibilidad social hacia el grupo de pares, y aumento de la empatía cognitiva en cuanto a un mayor pensamiento crítico de las propias emociones y los factores que les influyen. Las valoraciones profesionales mostraron que los talleres requirieron una inversión de tiempo elevada (selección y preparación, modificación en cada año, diseños separados para cada grupo etario), y dificultad en una evaluación más consistente (fluctuaciones de altas y bajas, sesgos por la dificultad de estandarizar la impartición de talleres). Así mismo detectaron prioridades de preferencia en los grupos de menores, habiendo ejes que motivaron una participación mayor (nuevas tecnologías, sexualidades, medio ambiente) y otros con más dificultad para generar o mantener el interés (salud, interculturalidad), que puede también haber tenido su causa en el contenido o la docencia.

CONCLUSIONES

A siete años vista del programa, habiéndolo presentado en seminarios o jornadas vinculadas a servicios sociales y educación, e impartido en colegios públicos, se forjaron algunas conclusiones que nos ayudan a reflexionar. Una de ellas radica en los resultados de un aprendizaje multifacético, que no sólo provoca un desarrollo cognitivo estimulante sobre contenidos claves, sino que genera un aprendizaje extra en dos aspectos que se transforman en protectores: provee nuevas formas de interacción resiliente con el entorno y facilita un aprendizaje de contenidos claves. Aprender y actuar. Tomar conciencia de los beneficios del cuidado –propio y ajeno–, y fomentar el pensamiento crítico en las/os menores, mejorando habilidades de resolución de problemas por sí mismos/as, y facilitando la adopción de otras perspectivas, aumentando la capacidad empática (como habilidad crucial para el desarrollo social y emocional, que contribuye a mejorar las relaciones interpersonales y disminuir las conductas inadecuadas), generando un factor de protección contra las formas de las violencias. En este sentido, las sesiones de Buenos Tratos responden a varios objetivos de la LOPIVI: prevención, detección precoz y sensibilización. Para ello, el modelado desde los centros, la comunicación abierta, y los entornos cooperativos con interacción entre pares, favorece la introyección de valores que fomentan las relaciones interpersonales positivas y saludables.

Estas actividades son la continuación de un trabajo que debe proseguir y avanzar. Las cuestiones a mejorar se basan en ajustar aún más la estandarización de los talleres para garantizar mayor igualdad en los contenidos (sesgo docente) y en la fiabilidad en las mediciones. El programa podría ampliarse (repetirse en más colegios u otros grupos donde la prevención de las violencias sea oportuna) y potenciar su capacidad de transferibilidad. Otra cuestión importante es conseguir una mayor involucración de las familias en el proceso, generando espacios para ellas.

RECONOCIMIENTOS

El presente trabajo es el resumen de una experiencia de varios años, diseñada y llevada a cabo por profesionales del programa de atención a la infancia de la Fundación Siloé, que han dedicado tiempo y pensamiento para el cuidado y atención a la infancia y adolescencia en riesgo social. Para finalizar, se declara que no existen conflictos de intereses en relación con la publicación de este artículo, que amplía la descripción de la experiencia de una actividad desarrollada en la ONG y expuesta en varios ámbitos. Asimismo, no se ha recibido apoyo económico o beneficios materiales que puedan haber influido en los resultados o la interpretación del contenido presentado en este trabajo.

Referencias

1. Wilkinson, Richard G, Marmot, Michael & World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). The solid facts: social determinants of health. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1988.
2. Organización de las Naciones Unidas (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Nueva York: ONU; 1959.
3. Vygotsky L. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, Barcelona, Ed. Crítica, 1978.
4. Piaget J. La representación del mundo en el niño. Madrid, Ed Morata, 1994.
5. Bowlby,J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Argentina, Paidós, 2009.
6. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
7. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI). Boletín Oficial del Estado, núm. 134, 5 de junio de 2021.
8. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona, Gedisa, 2005.
9. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). París: ONU;,1948.
10. Paniagua, C.; Sánchez, R. Prevención de la violencia en la adolescencia: el papel del buen trato y el apoyo social. Anales de Psicología, 34(1), 105-113; 2018.
11. Bisquerra Alzina R. Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Síntesis, 2010.
12. Bryant, B. K. An Index of Empathy for Children and Adolescents. Child Development, 53(2), 413-425. (1982) https://doi.org/10.2307/1128984.

LA LEY ORGÁNICA 8/2021 (LOPIVI), BUEN TRATO Y PARTICIPACIÓN INFANTIL

ORGANIC LAW 8/2021 (LOPIVI), GOOD TREATMENT AND CHILD PARTICIPATION

Alejandro García García
Asociación Los Glayus. Oviedo.
asoc.losglayus@gmail.com

Resumen: La Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la violencia contempla el concepto de buen trato como un aspecto esencial a desarrollar y promover frente a la violencia. Desde estas páginas exponemos la importancia de la participación infantil real para que dicha cultura del buen trato pueda alcanzarse en el mayor grado posible con la implicación coprotagónica de los niños, niñas y adolescentes como parte imprescindible para dicho logro. Algunos ejemplos de acciones protagonizadas o coprotagonizadas por niños y niñas, pretenden mostrar la importancia y valía de las contribuciones infantiles a la construcción de una cultura del buen trato.

Palabras clave: Convención Derechos del Niño, Ley protección Integral Infancia frente a la violencia, participación infantil real, buen trato.

Abstract: The Organic Law on Comprehensive Protection of Children and Adolescents against Violence considers the concept of good treatment as an essential aspect to develop and promote against violence. From these pages we expose the importance of real child participation so that this culture of good treatment can be achieved to the greatest possible degree with the co-protagonist involvement of children and adolescents as an essential part of this achievement. Some examples of actions led or co-led by children, aim to show the importance and value of children's contributions to the construction of a culture of good treatment.

Keywords: Convention on the Rights of the Child, Comprehensive Law on the Protection of Children against Violence, real child participation, good treatment.

En el marco de la LOPIVI (Ley Orgánica de Protección Integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia), el concepto de «buen trato» adquiere una posición central en la construcción de un entramado cultural que podríamos llamar de paz, de convivencia, de bienestar pleno o buen vivir

en sociedad, en este caso para la infancia y desde la infancia, pero no exclusivamente, dado que para que esa cultura prevalezca ha de impregnar profundamente todos los entornos en los que la infancia habita y se desarrolla (1). Según la LOPIVI el buen trato es *«aquel que, respetando los* ***derechos fundamentales*** *de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de* ***respeto mutuo***, ***dignidad*** *del ser humano,* ***convivencia democrática***, ***solución pacífica de conflictos***, *derecho a* ***igual protección de la ley***, ***igualdad de oportunidades*** *y* ***prohibición de discriminación*** *de los niños, niñas y adolescentes».*

Pero, ¿qué significa este listado o sucesión de palabras biensonantes?, ¿qué valor adquieren para los propios niños y niñas?, y ¿qué se puede hacer de manera práctica, cotidiana, en los distintos espacios y ámbitos de los que habla la LOPIVI, para contribuir al desarrollo práctico, claro, universal y eficaz de esta ley?. El primer concepto al que se hace alusión en la anterior definición de «buen trato» es el de derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. Y en ese sentido existe (entre otros) un marco normativo fundamental: la Convención de Derechos del Niño/a (2). En la Convención aparecen derechos de protección, de provisión, pero también de participación infantil. Esto significa que se concibe a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos y coprotagónicos en el ejercicio y cumplimiento de sus derechos. De este modo, como no podía ser de otra manera, los concibe también la LOPIVI. Y es aquí donde centraremos el desarrollo del presente texto.

¿Pueden ser los niños, niñas y adolescentes coprotagonistas para hacer que se cumpla la LOPIVI?, ¿Pueden contribuir a la protección de la infancia frente a todo tipo de violencias e incluso, más aún, participar activamente en la construcción de una cultura de paz y buen trato?. La respuesta por nuestra parte (y desde nuestra experiencia), es quizás un poco desconcertante aún para algunos/as adultos/as. Creemos que, sin esa participación coprotagónica de los niños, niñas y adolescentes en la construcción de una cultura de paz y buen trato, no se puede alcanzar el cumplimiento de este importante objetivo, por mucho que la población adulta lo intente (lo que ya es suponer algo completamente ideal).

LA PARTICIPACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE. DE LA PARTICIPACIÓN SIMBÓLICA A LA REAL

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española relaciona el concepto de participación con tres elementos esenciales: ser parte (de) - tomar parte (en)- tener parte (en). Ser parte tiene que ver con la identidad, con sentido de pertenencia a un grupo o comunidad, y con las costumbres en ese marco. Tomar parte tiene que ver con la ética, con posicionarse, y con las actuaciones a llevar a cabo en consecuencia, y en cierta medida entonces con los roles que ahí desempeña cada persona/actor-actriz. Tener parte tiene que ver con derechos y deberes, con un contrato social, con unas reglas que rigen, con un tipo de contrato social.

Roger Hart, un teórico ya clásico de la participación infantil, dice que *«la participación es la capacidad para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la de la comunidad en la que uno/a vive»* (3). En definitiva, el concepto de participación es complejo y escurridizo, y en el caso de la infancia todavía más, en la medida que vivimos en una sociedad adultocéntrica en la que existe una sobreprotección de la infancia y una minusvaloración de sus capacidades para contribuir a la comunidad.

La Convención de Derecho del Niño/a, no obstante, establece que deben ser tenidos/as en cuenta (2).

El artículo 12 de la Convención dice:

> *«1. Los Estados Partes garantizarán al niño/a, que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño/a, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño/a, en función de la edad y madurez del niño/a.*
>
> *2. Con tal fin, se dará en particular al niño/a oportunidad de ser escuchado/a en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño/a, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional».*

Este artículo, sobre el derecho de los niños y niñas a ser escuchados, es tomado como el artículo más relevante de la Convención en relación a la participación infantil (los artículos 13, 14, 15 y 17 también son artículos de participación). Tanto es así que constituye además uno de los cuatro principios fundamentales de la misma (junto con el derecho de no discriminación, el interés superior del niño/a y la garantía de supervivencia y el pleno desarrollo). Pero ¿ser escuchados es suficiente? Si bien la escucha a los niños y niñas constituye una verdadera piedra angular para la participación infantil, no contempla la totalidad de niveles implicados en una participación auténtica. La totalidad de niveles de la participación que, para ser integral, requiere que los chicos y chicas también puedan ser parte activa en procesos de toma de decisiones y en la ejecución de medidas o actuaciones acordadas. Dicho de otra manera, participar supone ser escuchado/a, pero también poder expresar propuesta con alguna capacidad de incidencia en la realidad e incluso con oportunidades de ponerlas en práctica en el seno de una comunidad o en el espacio público. Y esto conlleva conocer bien la realidad sobre la que se quiere incidir, haberse parado a observarla y responsabilizarse en alguna medida de las consecuencias de las propias propuestas. Si no se tiene esto en cuenta entonces nos encontramos con un nivel muy ingenuo y pobre de participación que nosotros/as denominamos «la carta a los Reyes Magos»: alguien pide, con mayor o menor grado de pertinencia, y alguien tiene el poder de dar o no lo que se le pide. Pero el proceso de identificación de problemas, búsqueda de soluciones, puesta en marcha de las propuestas y seguimiento de las mismas, queda totalmente fuera de las manos de la infancia. Todo esto

complica las cosas, las complejiza más bien, pero en la práctica (ya no en el logos de la ley) permite desarrollos de participación infantil reales y significativos y no solo simbólicos o peor aún, meramente figurativos o decorativos.

La incidencia en los contextos habitados por las niñas y niños y en sus propios procesos vitales va a ser muy diferente en el caso de un tipo u otro de concepción y desarrollo de la participación. En definitiva, lo que vemos hasta aquí es que la escucha a los niños y niñas es fundamental pero no alcanza para un pleno desarrollo del concepto de participación. Para desarrollar una participación infantil real, que es lo que aquí proponemos para que la cultura del buen trato llegue a tener oportunidad de ser, es necesario potenciar, cuidar, entrenar, facilitar y en definitiva apostar por un desarrollo integral de la participación infantil protagónica (o coprotagónica más bien), frente a desarrollos parciales, puntuales, simbólicos o figurativos. Esto requiere tener en cuenta las nociones teóricas brevemente esbozadas en las páginas anteriores y mucha (buena) práctica. Porque, como dice María Sintes, «*a participar se aprende participando… Entre adultos observamos un importante déficit en cuanto a habilidades básicas para una participación informada y democrática: la reflexión, el análisis, la relatividad, el sentido de responsabilidad compartida… y tantas más que podríamos desgranar. Parece evidente que un entrenamiento temprano en este tipo de capacidades redundará en una participación de mayor calidad*» (4). Y siguiendo con su reflexión hay razones de muy diversa índole para apoyar esta apuesta: «*Razones de tipo ético. Si la participación se considera un derecho ciudadano, ¿por qué marginar de este derecho a todo un sector social, por otro lado, tan numeroso y significativo? Los/las más pequeños/as y los/las adolescentes tienen necesidades peculiares, que tienden a olvidarse o a obviarse porque, en el juego de presiones y reparto de poder en que a menudo se convierte la gestión pública, no cuentan con información asequible, con canales de expresión, con asociaciones que les representen y defiendan sus intereses. Razones de tipo práctico: relacionadas con aquello específico que la mirada de los niños y niñas puede aportar al mundo adulto. Aportaciones que, además, contribuirían a crear entornos más acogedores y adecuados para toda la población*» (4).

En la práctica la participación infantil conlleva una serie importantísima de beneficios tanto para el propio desarrollo del niño/a como para la comunidad. A nivel personal, por ejemplo, se produce una mejora de capacidades y potenciales personales, aumenta el grado de autonomía, la creatividad, la capacidad de razonamiento y elección, las posibilidades de experimentación, el aprendizaje a partir de errores, la capacidad de escucha, el intercambio de opiniones, la calidad de las relaciones personales; se dan aprendizajes más sólidos, se trabaja el ejercicio de derechos. Y a nivel comunitario y social, la participación infantil contribuye, entre otras cosas, a generar redes sociales, convocar a la comunidad, innovar a nivel social, diseñar y colaborar en la ejecución de proyectos orientados al bien común o de un sector específico de la población, impulsar políticas locales sensibles con las prioridades infantiles, cuidar e incluso mejorar espacios públicos, e inspirar nuevas vías de participación ciudadana.

Quienes mejor explican todo esto son los propios niños, niñas y adolescentes, por ejemplo en el ya clásico *«Manifiesto de Avilés por la participación infantil y adolescente»*, del año 2010, elaborado por un grupo de niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 17 años, de diversos municipios españoles, reunidos en Avilés (Asturias) durante del 28 al 30 de junio de 2010 para profundizar en el contenido del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que MANIFIESTAN lo siguiente (5):

1. «Participamos para producir un cambio, una mejora, una transformación positiva del lugar en el que vivimos. A través de la participación tomamos conciencia de ser ciudadanos y ciudadanas con derechos y responsabilidades y asumimos un compromiso para que nuestros municipios sean mejores para toda la comunidad.
2. Valoramos muy positivamente la implicación y el compromiso de los ayuntamientos que hacen realidad el derecho de niños, niñas y adolescentes a ser escuchados; la cercanía de los alcaldes y la posibilidad de poder hablar directamente con ellos para presentarles nuestros proyectos y nuestras críticas constructivas. Es para nosotros un placer ser escuchados y comprobar, cuando se ponen en marcha nuestras propuestas, que somos tenidos en cuenta.
3. Entendemos la participación como un compromiso que debe ser compatible con la creatividad, la diversión, la alegría y el compañerismo.
4. Para poder participar necesitamos estar más tiempo juntos, espacios propios para el encuentro, recursos adecuados y más monitores.
5. Todos los niños, niñas y adolescentes pueden participar. Se hace necesaria una mayor información para que sepamos que podemos participar. No siempre se nos escucha. No siempre hacemos el esfuerzo suficiente para hacer que nos escuchen. Aún somos muy pocos los que tenemos la oportunidad de ser escuchados.
6. Queremos mantener encuentros con gente de otros sitios. Esto nos permite intercambiar ideas, ver otras formas de participación, conocer gente, ver que no estamos solos y hacer amigos. Queremos que se mantengan los Encuentros Interautonómicos.
7. La libertad es la base de la participación, unida al respeto. El interés por lo que nos rodea, junto con el apoyo, es el motor para que funcione la participación. La participación es el centro. Una participación universal y sin ningún tipo de discriminación. La participación como cooperación desde la tolerancia. A través de la participación nos implicamos desde la realidad y haciendo propuestas realistas. Acabamos tomando conciencia, haciéndonos conscientes del mundo en que vivimos y creando concienciación. Y siendo solidarios, porque desde la participación no hacemos cosas para nosotros mismos, sino para toda la comunidad».

Para que esto sea posible es necesario generar condiciones por parte de autoridades, profesorado, profesionales, familias, comunidad. Tener presentes unos requisitos básicos para que la participación pueda darse de manera real y eficaz, tal como señala el Comité de Derechos del Niño en su Observación nº 12 sobre el derecho del niño/a a ser escuchado/a y las recomendaciones que desde ahí extrae y expone Carlos Becedóniz (web Ciudades Amigas de la Infancia, UNICEF Comité español) (6).

1. Concebir la participación como un proceso permanente.
2. Como un derecho de todos los niños y niñas.
3. Como un derecho individual y de grupo.
4. Integral y respecto de cuestiones pertinentes.
5. Con devolución de información sobre la influencia de esa participación infantil.
6. La participación infantil exige un entorno y unas condiciones adecuadas.
7. Exige también el ejercicio complementario del derecho a la información.
8. La necesaria capacitación sobre el artículo 12 de la Convención y su aplicación enla práctica para todos los profesionales que trabajen con niños y niñas.
9. Obligación de dictar normas y crear dispositivos para garantizar que se den lascondiciones adecuadas para apoyar y estimular la participación infantil.
10. Sensibilización y promoción social del derecho de niños y niñas a la participación.
11. El respeto a los derechos y responsabilidades de los padres.
12. Estímulo y apoyo a las *iniciativas infantiles*.

CONTRIBUCIONES DE LA PARTICIPACIÓN INFANTIL A LA CULTURA DEL BUEN TRATO

Las notas anteriormente expuestas, pretenden dar algunas claves para enfocar y desarrollar lo que se denomina «participación infantil real» (frente a la simbólica/figurativa). Para que adquiera un cierto nivel sistémico requiere que las pautas expuestas se den en grupos o plataformas de participación infantil y no meramente por niños, niñas y adolescentes de manera individual. El trabajo en red de la propia infancia permite dar a su acción o reflexión un mayor grado de incidencia.

En el Principado de Asturias existen actualmente unos 65 grupos o plataformas activas de participación infantil y adolescente, de las que forman parte unos 1500 niños y niñas, repartidas entre 44 municipios de los 78 que conforman esta Comunidad Autónoma. Los niños, niñas y adolescentes de

las plataformas o grupos de participación infantil diseñan, generan e incluso ejecutan un elevado número de propuestas cada año. Muchas de ellas contribuyen, de manera directa o indirecta, con mayor o menor grado de incidencia, a la construcción de entornos seguros y a la cultura del buen trato. Expondremos aquí algunas experiencias que puedan servir de ejemplo del modelo de participación que hemos estado definiendo (7).

Año 2011. El Consejo de Infancia y Adolescencia de Avilés, conocido como CIAA, decide escribir una carta al entonces presidente de Estados Unidos, Barack Obama, para pedirle que su país ratifique la Convención de Derechos del Niño/a. Más de 400 niños, niñas y adolescentes de 17 centros educativos se implican en la redacción de este documento haciendo aportaciones que los chicos y chicas del Consejo de Infancia van recopilando y organizando en una carta que se envía a la Casa Blanca desde el Ayuntamiento de Avilés. Como los chicos y chicas piensan que Obama no les va a contestar, marcan un plazo de unos meses y a partir de ahí deciden emprender una campaña internacional para que Estados Unidos ratifique la Convención. Hablan con sus colegios, con los colegios de otros países con los que hay hermanamientos, con todas las asociaciones vecinales de Avilés, con el Observatorio de la Infancia de Asturias, con su Ayuntamiento… y piden a todos que difundan esta campaña. UNICEF Comité español les concedería un reconocimiento de Buena Práctica en el año 2012 por su iniciativa.

Año 2012. Las calles de la pequeña villa de Arriondas se encuentran llenas de pájaros de papel. En las farolas, en los bancos del parque, en la parte exterior de las papeleras… ¿Qué está ocurriendo? Se preguntan los vecinos y vecinas. ¿A qué se debe esta «plaga» de pájaros de papel por todas partes? El debate iniciado en las calles pronto cobra mayor relevancia entre la población local al descubrirse el origen y sentido de la iniciativa: un grupo de niños y niñas había salido a la calle a poner «palomas de la paz» por todas partes para recordar y dialogar en aquel 30 de enero, Día Escolar de la No Violencia y la Paz.

Año 2014. El pleno municipal del ayuntamiento de Avilés aprueba su II Plan Municipal de Infancia y Adolescencia. Este Plan tiene una peculiaridad: ¡es el primer documento oficial de este tipo que ha sido íntegramente pensado, diseñado y escrito por niños, niñas y adolescentes!. El personal técnico e incluso político, solo iba dando respuesta a las preguntas que las comisiones infantiles les iban haciendo sobre sus respectivos ámbitos de competencia (Parques y Jardines, Salud, Urbanismo, Cultura, Deportes, Igualdad, Servicios Sociales, etc.). En 2018 el III Plan Municipal de Infancia seguiría el mismo procedimiento con pleno protagonismo infantil. Pero, ¿qué tipo de propuestas hicieron los chicos y chicas para un plan municipal oficial?. Pues plantearon poner en marcha medidas como facilitar un mayor uso de la bicicleta en la ciudad, elaborar mapas infantiles de los barrios, poner en marcha campañas

de sensibilización para una mayor recogida de excrementos de las mascotas, creación de un grupo infantil de ecología y naturalismo, instalar bancos circulares en los parques para poder verse y conversar mejor en grupo, crear algunas salas de estudio colectivas para poder hacer trabajos en grupo, organizar talleres y actividades de comunicación y encuentro familiar, crear un blog de herramientas educativas lúdicas para que todos/as puedan aprender jugando, actuaciones para favorecer la convivencia y los buenos tratos, organizar yincanas saludables por toda la ciudad, favorecer la inclusión de niños y niñas con diversidad funcional en todas las medidas de este Plan. Como se puede ver el estilo de las propuestas (en las que por cierto ellos y ellas mismas se proponen como parte de los/las agentes que han de llevar a cabo las actuaciones) se trata de planteamientos muy favorecedores de entornos seguros y de cultura de la buena convivencia y el buen trato.

Año 2018. Un grupo de unos 20 niños, niñas y adolescentes convocados por UNICEF Comité español conforman el primer grupo asesor para el diseño de los encuentros estatales de participación infantil y adolescente. El V encuentro estatal de grupos de participación infantil tendrá lugar en Oviedo y recibirá a 200 chicos y chicas de la mayoría de comunidades autónomas. Este consejo asesor decide hacer algunas innovaciones en el diseño de este tipo de eventos que hasta entonces habían sido planificados exclusivamente por personas adultas. Proponen hacer, como en todos los encuentros, una yincana para conocer de manera lúdica la ciudad que acoge el evento, pero introducen un matiz muy interesante: que la actividad sea diseñada y organizada por las entidades que trabajan en Oviedo con infancia vulnerable, para así visibilizar en las calles de la ciudad, a esas infancias más «invisibilizadas». Siete entidades que trabajan con estas infancias acogieron de buen grado esta «ocurrencia» del comité infantil asesor del encuentro. Desde entonces estas siete entidades y algunas más, siguen reuniéndose de manera regular (cada tres meses o incluso con más frecuencia) en Oviedo, para hacer actividades y campañas conjuntas. Algo que no ocurría antes de esta propuesta hecha por los niños, niñas y adolescentes del Comité Asesor de los Encuentros.

Año 2019. Otra vez las calles de otra pequeña localidad asturiana, Navia, se encuentran con un hecho insólito. Cientos de vehículos aparcados en la calle sostienen un papelito en su limpiaparabrisas. Los conductores y conductoras se acercan con cierta sorpresa para ver de qué se trata. La sorpresa se hace aún mayor al descubrir lo que el papel contiene: ¡se trata de poemas!. Hermosas poesías que los niños y niñas de segundo de Primaria del Colegio Público Ramón de Campoamor han copiado y distribuido entre la ciudadanía en un proyecto creado por ellos y ellas mismas, que bautizaron como «poemas en la luna» (de los coches). Ese día en la villa, como ocurriera en Arriondas, buena parte de la población local conversó en diversos espacios de la vida local sobre este hermoso acontecimiento literario ideado y protagonizado por la infancia.

Año 2022. El grupo de participación adolescente del municipio de Castrillón se pone en marcha ante la situación de crisis humanitaria en Ucrania por la guerra e inicia por su cuenta una campaña de recogida de alimentos. En cosa de una semana movilizan a la población de su localidad, Piedras Blancas (9200 habitantes), para llenar varios furgones de alimentos y ropa.

Año 2022. Niños, niñas y adolescentes de grupos de participación infantil estudian la LOPIVI y crean un documento amigable y ágil en el que explican a otros chicos y chicas las claves fundamentales y también las informaciones más prácticas que deben conocer sobre esta ley para poder protegerse.

Años 2022 y 2023. Se celebraron los XIII y XIV Encuentros Autonómicos de Participación Infantil. El tema: «Creación de entornos protectores donde los niños y niñas se sientan bien». Veamos algunas conclusiones de los chicos y chicas planteadas a las autoridades autonómicas para hacernos una idea específica de sus propuestas relacionadas directa y explícitamente con la LOPIVI. Exponemos solamente a modo de ejemplo algunas de un ámbito específico, en este caso el de los Deportes:

1. Realizar asambleas periódicas con los niños, niñas y adolescentes en las actividades y clubes deportivos para hacer un seguimiento de cómo se encuentran dentro del club y poder preguntarles directamente sus necesidades y tener en cuenta sus ideas y opiniones.
2. Involucrar a los niños, niñas y adolescentes para que formen parte de los clubes, contribuyendo en la elaboración de un protocolo de actuación ante situaciones de violencia, en las gradas o en el campo de juego, durante entrenamientos o competiciones.
3. Cursos formativos de carácter obligatorio para entrenadores y entrenadoras sobre problemas comunes en los niños, las niñas y los adolescentes y cómo afrontarlos: empatía, asertividad.
4. Formación a las familias al inicio de temporada para prevenir situaciones de violencia en las gradas.

Año 2023. El 14 de noviembre de 2023 se celebró en el centro cultural Niemeyer de Avilés la reunión de Alto Nivel «Conferencia de Salud Mental», en el marco de la presidencia de España del Consejo de la Unión Europea. Conferenciantes de gran relevancia internacional en este ámbito presentaron sus charlas. Pero también hubo espacio para una pequeña conferencia escrita e impartida por tres adolescentes del Consejo de Infancia y Adolescencia de la ciudad anfitriona. Esto fue lo que dijeron a autoridades y especialistas:

> *«La mente es impresionante. Cada día nuestro cerebro procesa miles de emociones y pensamientos, tantos que a veces ni siquiera encontramos las palabras para describir lo que sentimos. Por eso, los niños, niñas y adolescentes del Consejo de Infancia y Adolescencia de*

Avilés tuvimos que crear nuestro propio «Emocionario», un diccionario de las emociones en el que, a través de analizar nuestros sentimientos para intentar entenderlos(…) Entendiendo así que todo lo que nos pasa, aunque no sepamos describirlo, es importante.

Entendimos que es normal sentirnos mal, nerviosas, alegres, preocupadas, desconcertadas…, pero que lo más importante es tener la confianza con las personas que te rodean para trasladar esa emoción, desahogarte y recibir su apoyo. Muchas veces a los niños, niñas y adolescentes no se nos escucha en lo que a emociones se refiere, mientras que si nos rompemos un brazo todo el mundo te pregunta si te duele o si necesitas ayuda, ¿por qué el dolor emocional siempre se cuestiona y se minimiza?.

Necesitamos que la Salud Mental deje de ser un tabú, que podamos expresarnos libremente sin miedo a ser juzgadas o a recibir como respuesta un «eso son tonterías» o «será la edad del pavo». Si ni siquiera los centros de salud son espacios seguros y de apoyo para nosotras, ¿cómo vamos a tener la confianza de expresarnos con cualquier otra persona de nuestro entorno?.

Sobre espacios seguros tiene mucho que decir la Ley Orgánica de Protección a la Infancia frente a la Violencia, la LOPIVI. Una ley que más allá de prevenir la violencia física pone por fin el foco en la creación de espacios seguros para prevenir también la violencia emocional. Nosotras valoramos mucho la creación de esta Ley, pero cuando en una sesión del Consejo nos pusimos a analizarla, nos dimos cuenta de que no entendíamos nada, ¿cómo puede ser que una Ley que está enfocada a la infancia y la adolescencia esté escrita en un lenguaje que ni siquiera gran parte de las personas adultas entienden?.

Nosotras no encontramos respuesta a esta pregunta, así que el curso pasado decidimos adaptar la LOPIVI a un lenguaje más amigable con la infancia y la adolescencia y, en realidad, con todas las personas, porque a través de cuentos, viñetas y resúmenes recogimos en un documento los aspectos más importantes de la Ley para que esta pueda ser accesible a todo el mundo que la quiera conocer.

Entre los ámbitos que recoge la LOPIVI se encuentra el ámbito de la educación, ámbito que nosotras creemos que juega un papel clave en el cuidado de nuestra salud mental. Si los colegios e institutos son los espacios en los que más tiempo pasamos y donde nos formamos y desarrollamos como personas, ¿por qué miramos a otro lado mientras para muchos niños, niñas y adolescentes siguen siendo espacios de sufrimiento y desesperación?.

Presión con las notas, minutos infinitos de atención en silencio, gritos, comparaciones, amenazas de expulsión, aislamiento, vaciles, imposiciones… son sensaciones que vivimos diariamente en los centros educativos y que hacen que, en lugar de ser espacios de aprendizaje, encuentro, crecimiento y diversión sean espacios de angustia, soledad, malestar o ansiedad y esto tiene que cambiar ya.

Como veis, no necesitamos cosas complejas, si no que a veces con acciones tan sencillas como organizar jornadas de juego en los barrios para sacar a los niños, niñas y adolescentes de las pantallas, impartir talleres de educación emocional durante todas las etapas educativas o crear sesiones de juego conjunto en las aulas al inicio de cada curso, podemos mejorar la situación de los niños, niñas y adolescentes y, a su vez, proteger nuestra salud mental.

Estar en el Consejo de Infancia y Adolescencia nos permite entender Avilés como sociedad y no como un simple conjunto de bloques de hormigón y carreteras, así que todos los proyectos que hacemos los impulsamos pensando en el bienestar colectivo de los habitantes de Avilés porque si cuidamos nuestra ciudad, la ciudad nos va a cuidar a nosotras. Y así, a través de pequeñas acciones, vamos creando pequeños oasis en los que nuestra mente está tranquila y en paz. Y creemos que si en todos los espacios en los que estamos se nos escuchase y se nos tuviese en cuenta donde ahora vemos cosas negativas, empezaríamos a ver cosas positivas porque…

El problema no es ser simplemente adolescente, hay cosas que nos pasan dentro de la mente, queremos que se nos escuche como al resto de la gente»

Año 2024. Una última experiencia que compartir en este espacio. En marzo de 2024 tuvo lugar el primer encuentro del recientemente creado Comité de Participación Infantil y Adolescente de Asturias en Presidencia, con el actual presidente del Principado, Adrián Barbón. Trataron varios temas con él, pero en relación al ámbito que tiene que ver con la LOPIVI abordaron dos cuestiones específicas: el bullying y la salud mental. Mostramos a modo de ejemplo lo que propusieron al presidente en relación al tema concreto del bullying:

«Las peticiones en relación a este tema que tanto nos preocupa son, y que a través de usted queremos que lleguen a quien deba decidir estas cuestiones:

- *Dar más importancia al tema en los centros educativos. Consideramos que no se le da suficiente importancia, que incluso se da más importancia a nivel de «disciplina» del centro a temas como llegar tarde, pero no a cosas mucho más importantes como el maltrato que puede hacerle el día a día muy difícil a algunos chicos y chicas. Este problema debe ser tratado y asumido en los centros con el rigor y seriedad que se merece y no mirar para otro lado.*
- *Que haya consecuencias reales para quienes maltratan a compañeros/as. Establecer protocolos claros y aplicarlos. Estos protocolos, que han de ser constructivos y eficaces, han de elaborarse contando también en alguna medida con la participación de niños, niñas y adolescentes.*
- *Brindar formas de acompañamiento a quienes sufren los malos tratos. Pues muchas veces se/nos sentimos solos y desprotegidos.*
- *Dar formación en educación emocional a todas las partes (tanto para que algunos/as no tengan que valorarse a sí mismos/as maltratando a nadie, como para que otros/as aprendan a encajar mejor algunas formas negativas de comunicación; también al profesorado para que sepa abordar mejor estos temas; a las familias para que aprendan a detectar y comunicarse mejor con sus hijos/as…; en incluso a todas las partes juntas en ocasiones para encontrar entre todas nuevos caminos de convivencia y buenos tratos).*
- *Poner en valor y trabajar por una cultura de paz, del respeto, el cuidado y de los buenos tratos (formaciones, talleres y proyectos para toda la comunidad educativa en relación a estos temas).*

- *Queremos en primer lugar proteger a quienes están padeciendo este tipo de situaciones, en segundo lugar concienciar a todo el mundo sobre lo intolerable de estas acciones dañinas y en tercer lugar trabajar fuertemente por una cultura de paz, solidaridad, respeto, cuidados y diversidad».*

CONCLUYENDO

Esperamos haber mostrado la importancia de la participación infantil y adolescente real, coprotagónica, en los procesos de construcción de una cultura o al menos de contextos y situaciones de buen trato. La propia LOPIVI, como la Convención de Derechos del Niño/a, contempla la importancia de la participación infantil en los procesos de aplicación, promoción y defensa de los derechos de la infancia, y de la creación de entornos seguros y espacios y prácticas de buen trato.

El presente artículo pretende mostrar tanto algunas consideraciones de enfoque y método como algunos ejemplos para la buena práctica del buen trato en todos los espacios que contempla la Ley, contando con el valiosísimo e importantísimo coprotagonismo de niños, niñas y adolescentes.

Referencias

1. Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia. BOE núm.134, de 05/06/2021. Ref: BOE-A-2021-9347 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con
2. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre, 1989 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf
3. Hablemos de la participación infantil. Unicef, 27 de octubre de 2015 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://ciudadesamigas.org/hablemos-de-participacion-infantil/
4. Camino escolar. Pasos hacia la autonomía infantil. Madrid, julio de 2010 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://cdn.mitma.gob.es/portal-web-drupal/Campanas_Comunicacion_MITMA/2011/camino_escolar_guia_br.pdf
5. Manifiesto de Avilés por la participación infantil y adolescente. Avilés, junio de 2010. [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://aspe.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/07/manifiesto-de-aviles.pdf
6. Entendiendo la participación infantil. Ideas, estrategias y dinámicas para trabajar la participación infantil paso a paso. Redactor: Asociación Los Glayus. UNICEF Comité español, Programa Ciudades Amigas de la Infancia, 2014 [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2015/01/entendiendo_participacion.pdf
7. Avanzando a ritmo de infancia. Web de la Asociación Los Glayus [consultado 9-09-2024]. Disponible en: https://asociacionlosglayus.org/portfolio-item/avanzando-a-ritmo-de-infancia-experiencias-de-participacion-infantil-en-asturias/

III.
EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (S)AP COMO PARADIGMA DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL HACIA NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y MADRES QUE LOS PROTEGEN

INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL?

INTRODUCTION: WHAT IS PARENTAL ALIENATION SYNDROME?

Débora Ávila Cantos
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
deboraav@ucm.es

Adela Franzé Mudanó
Profesora Titular. Departamento de Antropología Social y Psicología Social (Área de Antropología Social). Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
adelafranze@cps.ucm.es

María del Carmen Peñaranda Colera
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Trabajo Social.
Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
mcpenaranda@ucm.es

Marta Pérez Pérez
Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
martap27@ucm.es

Resumen: En este capítulo se aborda la definición del síndrome de alienación parental (SAP) como un constructo psicojurídico ampliamente desacreditado, así como las investigaciones que dan cuenta de la persistencia de su uso en el campo psicojurídico, a pesar de las advertencias de los organismos internacionales de derechos humanos, y de la obligación que establece el marco jurídico del estado español de no usar argumentos pseudocientíficos que se apoyan en el SAP. Se describe la metodología del principal estudio en el que se basan los siguientes capítulos firmados por las autoras, así como los principales resultados, que muestran cómo el SAP sigue presente en informes, autos y sentencias, y cuáles son los efectos de violencia institucional que se han constatado.

Palabras clave: Síndrome de alienación parental; Violencia de Género y Violencia sexual en el ámbito familiar; pseudociencia; discriminación de género; sesgos jurídicos; arrancamientos.

Abstract: This chapter discusses the definition of parental alienation syndrome (PAS) as a widely discredited psycholegal construct, as well as the research that shows the persistence of its use in the psycholegal field, despite the warnings of international human rights organizations, and the obligation established by the Spanish legal framework not to use pseudo-scientific arguments based on PAS. The methodology of the main study on which the following chapters signed by the authors are based is described, as well as the main results, which show how the SAP is still present in reports, orders and sentences, and what are the effects of institutional violence that have been found.

Keywords: parental alienation syndrome; gender violence and sexual violence in the family; pseudoscience; gender discrimination; legal biases; uprootings.

1. ¿QUÉ ES EL SAP?

El falso Síndrome de Alienación Parental (en adelante, SAP) es un constructo psicojurídico que solo aparece en las disputas judiciales por la custodia de los hijos y las hijas, normalmente con posterioridad a la aparición de denuncias por violencia machista, tanto por violencia sexual en el ámbito familiar como por violencia de género contra las niñas, niños y adolescentes y/o sus madres. Precisamente para operar en ese campo lo creó Richard Gardner, psiquiatra forense estadounidense que ha sido repetidamente desacreditado tanto por la ausencia de rigor científico de sus formulaciones como por sus puntos de vista que justifican la pedofilia y la violencia machista (1-3). Según este constructo, en procesos judiciales por custodia de las niñas, niños y adolescentes, cuando estos expresan rechazo hacia un progenitor (normalmente, el padre), este rechazo se debería a la alienación que sufren por parte del otro progenitor (normalmente, la madre). La madre implantaría «falsas memorias» en la niña, niño o adolescentes contra el padre, le «instrumentalizaría» en el conflicto judicial en marcha y obstaculizaría la relación con el padre. La solución sería la «terapia de la amenaza»: se amenaza con apartar y/o se aparta a la niña, niño o adolescente de la madre para dar la custodia al progenitor que la niña, niño o adolescente, rechaza (habitualmente el padre).

El análisis del SAP como un argumento pseudocientífico, circular, autoprobatorio y, finalmente, carente de rigor, está más que extendido. Dentro de la propia Asociación Española de Neuropsiquiatría encontramos varias instancias que así lo definen: la «declaración en contra del uso clínico y legal del llamado Síndrome de Alienación Parental», de 25 de marzo de 2010, que señala que dicho síndrome «no tiene ningún fundamento científico y si entraña graves riesgos su aplicación en la corte judicial»(4); valoración que se reitera en el «Comunicado de la AEN-PSM en apoyo del Dr. Antonio Escudero Nafs», de 18 de junio de 2019(5). El citado Doctor es autor de varios

artículos sobre la lógica circular del SAP y, junto con Dolores González, Rosa Méndez, Covadonga Naredo, Eva Pleguezuelos y Sonia Vaccaro, firma el *Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre el llamado Síndrome de Alienación Parental*, aprobado por el Observatorio de Violencia contra la Mujer en julio de 2010(6). Junto con el informe *Violencia Institucional contra las madres y la infancia. Aplicación del falso síndrome de alienación parental* de 2022(7), son dos documentos clave para entender cómo el SAP emerge como marco interpretativo que desplaza la investigación de las violencias machistas contra las infancias y las madres hacia un (supuesto) conflicto conyugal o familiar. También, ponen en evidencia cómo es un marco auspiciado y defendido por actores concretos del mundo psicojurídico que proponen mantener la relación paterno filial a toda costa, y cómo al tener cabida en procesos judiciales, inicia un recorrido de violencia institucional contra madres e hijos e hijas, que ha sido identificado y censurado por organismos nacionales e internacionales.

Este segundo estudio sirve de base para las páginas que siguen, y de él se extraen algunas partes textuales y otras se revisan para escribir estos capítulos. Se centra en el análisis de la persistencia del uso del SAP, a pesar de su amplia desacreditación, incluso después de que la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI) ordene «a todos los poderes públicos impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración» (artículo 11.3) (8).

2. AMPLIA DESACREDITACIÓN Y USO PERSISTENTE

El SAP ha sido ampliamente desacreditado por organismos de DDHH, de las ciencias de la salud, la medicina, la psiquiatría y la psicología, y del campo del derecho y jurídico. Organismos de Naciones Unidas como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra mujeres y niñas de Naciones Unidas, y la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas, Reem Alsalem; el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), el Grupo de Expertas en la lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (GREVIO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de Psicología, la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Psiquiatría, la propia AEN y la Sociedad Española de Psicología y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, la Asociación Libre de Abogadas y Abogados, la Asociación de Mujeres Juristas Themis, la Asociación de Mujeres Juezas de España, el Consejo General del Poder Judicial, el Consejo General del Trabajo Social y la Fiscal de Sala Contra la Violencia Contra la Mujer, Teresa Peramato (8-23). Tal y como se

recoge en la Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, el llamado Síndrome de Alienación Parental no ha sido reconocido por ninguna asociación profesional ni científica (20). El propio Tribunal Supremo en su Sentencia 162/2016 de 16 de marzo de 2016, señala que comparte las «profundas dudas científicas sobre la existencia de ese síndrome y sus causas, consecuencias y soluciones».

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género de 2017 se posiciona en contra del falso SAP en su Eje 2.6 (Justicia) (24). Lo hace, en concreto, en su medida 129, que es la que desarrolla el citado artículo 11.3 de la LOPIVI que se refiere a la obligación de impedir el uso del SAP o planteamientos análogos. Otras leyes regionales incorporan disposiciones al respecto, como la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha; la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, de Cataluña; la Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres, de Euskadi; y la Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la Violencia de Género de La Rioja. A pesar de todo lo dicho, el falso SAP sigue aplicándose en el Estado español, y así lo han señalado algunos organismos internacionales de derechos humanos. En el año 2014, el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra mujeres y niñas de Naciones Unidas expresó por primera vez su preocupación por la desprotección de la infancia (10), cuestionando las decisiones judiciales que otorgaban las custodias y no emitían órdenes de protección de madres, niños, niñas y adolescentes en los casos de padres acusados de violencia machista, incluida violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género contra sus hijas e hijos. Asimismo, identificaba instancias en las que el interés superior de los niños, niñas y adolescentes se centrara en la normalización de su relación con el padre, a pesar de existir pruebas sobre esa violencia.

En 2015, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) expresaba su preocupación por el uso del falso SAP (25): «en varias decisiones judiciales (…) para retirar la custodia de los hijos a la madre y otorgársela al padre acusado de violencia doméstica», expresando también preocupación por cómo los mecanismos legislativos abordaban «la consideración que debe acordarse a la existencia de violencia doméstica a la hora de determinar la custodia de los hijos» y «los intentos de aprobar leyes que establecen la custodia compartida como norma general cuando se decide sobre tales casos». También expresa su preocupación en el informe que sigue a la última evaluación de España en el Comité (85 sesión de la CEDAW, 16 de mayo de 2023), realizada después de que entrara en vigor la LOPIVI, y en la que la cuestión del SAP estuvo muy presente (26). En dicho documento, la CEDAW identifica que el uso del SAP continúa a pesar de la Ley de Protección del Menor, así como falta de efectividad y de evaluación del impacto de las leyes en lo que tiene que ver con el acceso a la justicia de las mujeres.

Solicita seguimiento sistemático y efectivo de las comunicaciones de la CEDAW (en concreto, las garantías de reparación y no repetición respecto de la comunicación sobre González Carreño) (27). También señala la existencia de una cultura judicial que no incorpora la Convención, ni la erradicación del uso de estereotipos de género en la judicatura, y expresa preocupación por la falta de legislación y esfuerzos específicos para eliminar violencias basadas en el género, incluido el incesto. Finalmente, señala que no faltan estructuras específicas para dar apoyo a niñas, niños y adolescentes que presencian violencia basada en el género, y recomienda la evaluación de las medidas de protección a la infancia y que no haya visitas de niñas, niños y adolescentes sin supervisión con los progenitores.

En un comunicado fechado el 9 de diciembre 2021, tres relatores especiales de la ONU y el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas alertan de que los tribunales españoles, «guiados por teorías pseudocientíficas y regresivas, como la alienación parental», aplican el falso SAP en casos de violencia sexual contra las niñas, niños y adolescentes, y acusan a las madres de «alienar» a sus hijos o hijas en los litigios posteriores por la custodia. El documento le reprocha al Estado español que no esté protegiendo correctamente el interés superior de las niñas, niños y adolescentes (9).

Por su parte, el Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (GREVIO), ha alertado en dos ocasiones del uso del falso SAP en decisiones judiciales y en informes psicosociales y de psicología forense. En 2020, en su primera evaluación de España, señala «la persistente asunción entre los jueces y algunos profesionales en los servicios de familia, de que los menores que expresan miedo de sus padres porque fueron testigos del abuso a sus madres lo hacen porque han sido manipulados por estas», lo que guía decisiones sobre custodia y régimen de visitas (13). En 2022, en su tercer informe de seguimiento del Convenio de Estambul, España es uno de los Estados en los que GREVIO identifica evidencias del uso de la «alienación parental» para minimizar o negar la violencia, incluida la violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género contra las niñas, niños y adolescentes: «En una gran proporción de casos en los que hay indicadores o pruebas de abuso doméstico, estos desaparecen cuando se pone el foco en la (llamada) alienación parental. Incluso se pueden usar las denuncias de abuso doméstico como «evidencia» de esa alienación parental» (12). El falso SAP, pues, es sustento de la «falta de atención que se presta a los deseos y los sentimientos de las hijas e hijos víctimas de violencia doméstica» cuando estos expresan que no quieren tener contacto con el padre pero son «forzados a participar en visitas, o en custodia compartida» o cuando se ordena un cambio de custodia. En febrero de 2024, representantes del GREVIO se reunieron con un grupo de expertas en el uso y aplicación del SAP como violencia machista institucional, como parte de su visita de evaluación a España, publicándose el informe que constata el uso del SAP y condena su uso a finales de noviembre de 2024, a fecha de cierre de estos capítulos (28).

Finalmente, la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas, Reem Alsalem, se ha dirigido a España en cinco ocasiones solicitando explicaciones sobre la aplicación del falso SAP en el sistema judicial, y alertando de la existencia del mismo «patrón estructural de discriminación» (29, 30).

3. METODOLOGÍA

Para identificar los componentes y la presistencia de ese patrón estructural de discriminación que supone el uso del SAP en el campo psicojurídico del Estado español, se llevó a cabo el citado estudio (7), en el que se basan estas páginas. Compartimos en las siguientes líneas la metodología y los principales resultados de dicho informe, para pasar después a profundizar en tres aspectos clave –componentes del patrón estructural; interés superior del menor y escucha de niñas, niños y adolescentes y SAP como violencia machista institucional– en los siguientes tres capítulos.

La investigación (7) se basa en el análisis de la documentación producida –sentencias, autos, informes periciales, etc.– durante el curso de los procesos judiciales que se siguen a las denuncias por violencia de género y/o violencia sexual en el ámbito familiar. En concreto, se examinan un total de 47 casos, 40 de ellos correspondendientes a denuncias por violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, ejercida presuntamente por el padre; y otros 7 casos atañen a denuncias por violencia de género que han afectado, igualmente, a las hijas e hijos.

> Nos encontramos que en la mayoría de los casos analizados se encuentran también implicadas otras situaciones de violencia de género contra las madres y/o sus hijas e hijos, por lo que resulta imposible desligar otras formas de violencia machista de la violencia sexual en el ámbito familiar. Así pues, en el citado estudio se abordan varias violencias de manera conjunta cuando era necesario. Este hecho justifica también la introducción de estos 7 casos de estudio, relativos a denuncias por violencia de género, que han afectado, igualmente, a las niñas y niños. De esta forma, se pretende también constatar la aparición del SAP en los casos de violencia de género, aun cuando existe para este tipo de violencia una red de profesionales y equipos forenses y psicológicos especializados

Con el objeto de triangular datos y reconstruir el recorrido judicial, civil y penal de los casos documentados, se realizaron 37 entrevistas semiestructuradas con representantes de las niñas, niños: en la muestra, todos y todas ellas eran menores de 10 años en el momento de la denuncia; es más, el 77 % de las entrevistas fue a representantes de niñas y/o niños menores de 5 años en el momento de la denuncia por violencia machista paterna. El estudio se completa con el análisis de una muestra de 100 sentencias (63 del ámbito penal, 40 del ámbito civil).

Muestra de ámbito penal. Se extrajeron aleatoriamente 137 sentencias de los buscadores Cendoj, Aranzadi y Tirant Lo Blanch, todas ellas posteriores a la aprobación de la reforma de la normativa de protección a la infancia de 2015 y hasta 2022. Se siguieron dos criterios de búsqueda: que las sentencias contuvieran los términos «abuso sexual intrafamiliar» y/o «agresión sexual intrafamiliar», y que se refirieran a tres tipos de decisiones: 1) decisiones sobre violencia sexual en el ámbito familiar contra niñas, niños y adolescentes por parte de su padre; 2) decisiones sobre sustracción nacional o internacional de menores por parte de la madre en casos donde se han alegado situaciones de violencia machista, en concreto violencia sexual en el ámbito familiar y/o violencia de género contra las niñas, niños y adolescentes por parte del padre; 3) decisiones sobre denuncias falsas contra madres que han denunciado violencia machista, en concreto violencia sexual en el ámbito familiar y/o violencia de género hacia sus hijas o hijos por parte del padre. De ellas, se seleccionaron aquellas que presentaban algún estereotipo que contribuyese a la construcción del SAP. Quedaron un total de 63 sentencias para analizar.

Muestra de ámbito civil. El número de resoluciones judiciales del ámbito civil presentes en los buscadores es mucho mayor, y por eso la búsqueda se acotó a los años 2021-2022. Se analizaron todas las sentencias de la base de datos del CENDOJ, para los años 2021 y 2022 (hasta septiembre), 189 y 126, respectivamente, en las que se consignó el término «abuso sexual intrafamiliar». Sobre esta base, se seleccionaron de manera aleatoria 40 sentencias.

Aunque el objetivo era dibujar el patrón estructural, sí resultó importante obtener algunas cifras para contextualizar el uso del SAP en los expedientes, que funcionan a modo de «punta del iceberg». Y es que se trata de un estudio de análisis de datos ocultos, en dos sentidos: en el sentido más material, pues trabajamos con datos que no se registran de forma sistemática y agregada, lo que dificulta la objetivación del fenómeno de la violencia sexual contra la infancia; y en el sentido más sociocultural, pues detectamos en el análisis que la violencia sexual en el ámbito familiar contra las niñas, niños y adolescentes es un impensable, y vivimos de espaldas a ello como fenómeno social. Estos dos procesos constituyen uno de los factores fundamentales por los que el uso del SAP es persistente: constituye una explicación apriorística y autoprobatoria que desplaza la investigación sobre la violencia sexual y de género, deteniéndola.

4. PRINCIPALES RESULTADOS

Con los materiales mencionados podemos pues arrojar algunos datos de esa persistencia en el uso del SAP. Conviene señalar que el uso del SAP no se manifiesta ya, explícita ni exclusivamente, solo en términos de madre «alienante» e hijo/a «alienado/a», sino a través de una constelación variada de eufemismos e imágenes que tienen en común basarse en estereotipos de

género, maternidad, paternidad, infancia y vínculos familiares. En cuanto a la muestra aleatoria de sentencias, y con respecto a las correspondientes al ámbito penal, se identificó una presencia de uso del SAP como argumento principal para sustentar decisiones judiciales en un 23,6% de las sentencias por violencia sexual en el ámbito familiar. Todas las sentencias en las que se identifica aplicación del falso SAP deciden sobre denuncias por violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes mayores de 8 años, excepto un caso de primera infancia. Esto es, aunque se trate de niñas, niños y adolescentes que han visto prosperar la denuncia, y que en la mayoría de los casos han podido declarar, en estas sentencias se señala incredibilidad subjetiva de la niña, niño o adolescente ligada a los supuestos motivos espurios de la madre: «manipulación de la madre» e «ideación materna que se ha acabado transmitiendo al menor», relato del niño «inducido por la madre» o «sugestionado», «manipulación para perjudicar al padre» en el contexto del «conflicto», «relato contaminado», «testimonio inducido», «menor influenciable» sumido en una «situación de conflicto» de la pareja. En el resto, aunque se analizan los posibles motivos espurios, este análisis se hace centrado en la niña, niño o adolescente: en tres ocasiones el relato de la niña o niño (de 5, 6 y 7 años) no se encuentra suficiente para condenar, mientras que en los demás se condena o ratifica la condena al agresor.

Este porcentaje del 23,6% de sentencias con presencia del uso del SAP ha de leerse junto con el alto porcentaje de sobreseimientos de las denuncias por violencia sexual en el ámbito familiar contra la primera infancia. La mayoría de las denuncias por violencia sexual contra la primera infancia no pasan la fase de instrucción, no llegan a juicio y, por tanto, no hay sentencia en la que se use – o no – el SAP.

En este sentido, es necesario un análisis de los documentos concernientes al proceso de instrucción, en especial los informes psicosociales y de peritaje forense, y los autos donde se sobreseen las denuncias. Los datos apuntan a que el uso del SAP está jugando un papel importante en los sobreseimientos en el ámbito penal en los casos de denuncias por agresión sexual y/o de género contra niñas o niños. Según Save the Children (31), el 72% de las denuncias de agresiones sexuales contra niñas y niños acaban en sobreseimiento. Gracias al acceso que pudimos tener a expedientes y a madres que relatan procesos por violencia sexual contra 43 niñas y niños, pudimos arrojar el dato de 86% de sobreseimientos. El análisis de las entrevistas indica que tanto en los casos de denuncia por parte de la madre (55,5 %) como en aquellos en los que está acompañada de denuncia por parte de servicios sanitarios y, en menor medida, servicios sociales (30,5 %), el sobreseimiento provisional es el resultado más común). Para poder hacer una aproximación al papel que juega el falso SAP en estos sobreseimientos, se han analizado expedientes de denuncias archivadas: 14 procesos de denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género contra niñas y niños en su primera infancia incluían en el expediente facilitado todos y cada uno de los autos de

sobreseimiento y autos de denegación de recurso de apelación. En todos los autos de estos expedientes completos se aplica el falso SAP.

En lo que respecta al ámbito civil, se identificó el uso del SAP en un 50% de las sentencias: todas ellas correspondían a procesos en los que había habido denuncias por delitos de agresión sexual por el padre contra su hija o hijo. Entre las sentencias donde se encuentra aplicación del falso SAP, se incluyen algunas emitidas con posterioridad a la promulgación de la LO 8/2021.

Una característica que define el efecto del uso del SAP, como argumento pseudocientífico y autoprobatorio que es, es que cuando aparece se asume como explicación longitudinal, y por eso lo encontramos en autos sucesivos, y también en el proceso civil que suele acompañar al penal. Esta explicación apriorística interpreta las múltiples formas de rechazo de niñas, niños y adolescentes hacia sus progenitores como resultado de un proceso de «instrumentalización materna» que funcionaría igual en todos los casos. El examen de expedientes, las entrevistas y el análisis de sentencias arroja pues un efecto principal del uso del SAP: la falta de credibilidad otorgada al relato de las niñas, niños y adolescentes en las resoluciones judiciales, en pro de identificar una supuesta manipulación materna: un 86,5 % de los casos analizados fue cuestionada la veracidad del testimonio de la niña, niño o adolescente. Asimismo, en el 75 % de los casos se identifica tendencia a introducir sospecha sobre la madre y/o sobre la niña, niño o adolescente a través del constructo SAP. Por otro lado, en las sentencias analizadas de la muestra civil, un 34,6 % de las resoluciones cuestionan directamente el testimonio de niñas, niños y adolescentes. Solo en una se cree el relato del niño sobre los hechos de violencia sexual cometidos por el padre en el marco del procedimiento penal a que se hace referencia. Encontramos que el uso del SAP supone que se resta credibilidad a las niñas, niños y adolescentes en base a interpretaciones sobre los comportamientos de la madre o inferencias sobre sus actitudes o intenciones detrás de esos comportamientos, que se realizan por parte de los jueces y magistrados.

El uso del SAP permite pues operar un desplazamiento, desde el contenido de las denuncias penales –violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar contra niñas y niños– hacia el marco del «conflicto familiar»: los comportamientos de la madre, sus actitudes o intenciones se convierten en objeto y sujeto del proceso penal, pasando a un segundo plano tanto la violencia sexual narrada como el progenitor denunciado. Se abandona la exploración de la experiencia de niñas, niños y adolescentes (es decir, el contenido de la denuncia penal por violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género) para desplazar el caso hacia un «conflicto» doméstico o de pareja y, por tanto, como parte del plan de la madre en su litigio con el padre. En consonancia con este desplazamiento, hemos hallado resoluciones en las que se impone una «terapia familiar» o «intervención familiar» (en un 48,6 % de los casos analizados), explícitamente obligatoria o planteándola como una supuesta recomendación, pero sujetando a su realización efectos jurídicos, como recuperar el contacto con sus hijas e hijos (específicamente en un 10% de los

casos). En este marco de intervención debe inscribirse también el recurso a la figura del coordinador parental, otra herramienta del falso SAP. A este respecto conviene recordar: primero, que esta figura de mediación surge de la mano de Richard Gardner; segundo, que el creador del falso SAP resulta prácticamente inseparable del marco interpretativo del falso SAP; y tercero, su falta de regulación jurídica por el derecho español.

Los procesos civiles en los que se sustentan las decisiones judiciales en el uso del SAP conllevan restricciones de contacto entre hijas e hijos y madres, cambios en los regímenes de visita, cambios de custodia y arrancamientos, y posteriores procesos penales de criminalización de las prácticas protectoras de madres y otros actores en cifras alarmantes. Existe cierta reticencia de los jueces y juezas a suspender o limitar visitas, patria potestad y otros derechos paternos, tanto en la fase de instrucción como en las sentencias resultantes. Los/as operadores/as jurídicos/as reconocen un riesgo cuando hay un procedimiento penal en curso por violencia sexual en el ámbito familiar, pero se tiende a considerar el sobreseimiento provisional como si se tratara de una absolución. En ninguna de las sentencias analizadas se plantea la necesidad de valorar la afectación que el mantenimiento de la comunicación con el padre pueda implicar al bienestar general de la niña, niño o adolescente, en particular a su salud y desarrollo emocional.

En los casos en los que las niñas, niños y adolescentes han intervenido en el proceso penal y han manifestado su deseo de permanecer bajo la custodia de la madre, así como su rechazo a estar con su padre, se identifica el interés superior del menor con el mantenimiento –o restablecimiento– de la relación paternofilial y finalmente con la custodia paterna. En un 92 % de los casos estudiados se han adoptado medidas para la ejecución forzosa de resoluciones contrarias a la voluntad de la niña o el niño. Por su parte, hay una pauta clara en los juzgados de familia a ordenar modificaciones de medidas en perjuicio del interés superior de niñas, niños y adolescentes y del vínculo con su madre. En un 78 % de los casos estudiados, el padre ha obtenido en algún momento del procedimiento judicial la custodia de las hijas o hijos (exclusiva o compartida). Asimismo, en un 65 % del total de casos analizados, la madre ha perdido la custodia en favor del padre, que pasa a ostentar la custodia exclusiva. Además, la patria potestad se le retira también a la madre en un 20% de los casos. Hemos documentado también medidas paternofiliales tendentes a limitar la relación maternofilial, que llegan incluso a prohibir el contacto de la madre con su hija o hijo: en un 36 % de los casos se documentan medidas dictadas por los juzgados de familia que han supuesto una prohibición del contacto de la madre con sus hijas e hijos en un periodo de entre 6 meses y 4 años, frente al 10% de los casos donde se ha prohibido el contacto de los padres con sus hijas e hijos con un procedimiento abierto por violencia sexual contra sus hijas e hijos.

Una vez presentado el estudio (7) que enmarca y contextualiza los siguientes capítulos, y señalados los principales resultados que muestran la

persistencia del uso y aplicación del falso SAP en casos de denuncia por violencia machista (bien por violencia sexual paterna o por violencia de género contra las mujeres y la infancia) en el campo psicojurídico del Estado español, en el siguiente capítulo se abordará la identificación, descripción y despliegue de los componentes del patrón estructural de discriminación en la justicia española que se derivan de la aplicación del falso SAP y que generan desprotección en las infancias y en las madres que denuncian esta violencia machista.

Referencias

1. Escudero A, Aguilar L, De la Cruz J. La lógica del síndrome de alienación parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28 (102): 283-305.

2. Vaccaro, S., y Barea, C. El pretendido síndrome de alienación parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia;.Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.

3. Sordo Ruz T. El uso del falso síndrome de alienación parental como violencia institucional, en M. Cabezas y A. Martínez Pérez (eds.). Cuando el Estado es violento. Narrativas de violencia contra las mujeres y las disidencias sexuales; Barcelona: Bellaterra Ediciones, 2022:99-116.

4. Asociación Española de Neuropsiquiatría. La Asociación Española de Neuropsiquiatría hace la siguiente declaración en contra del uso clínico y legal del llamado síndrome de alienación parental, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2010; 30 (3): 535-549. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0211-57352010000300013

5. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Comunicado de la AEN-PSM en apoyo del Dr. Antonio Escudero Nafs. 2020. Disponible en: https://aen.es/comunicado-de-la-aen-psm-en-apoyo-al-dr-antonio-escudero-nafs/

6. GINSAP: Grupo de Trabajo de Investigación sobre el llamado Síndrome de Alienación Parental. Informe. 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/observatorio/gruposTrabajo/docs/ALIENACIONPARENTAL_cap2_lib7.pdf

7. Ávila D, Franzé A, Peñaranda MA, Pérez M, González P. Violencia institucional contra las madres y la infancia. Aplicación del falso síndrome de alienación parental en España, 2022, Ministerio de Igualdad. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/violencia-institucional-contra-las-madres-y-la-infancia-aplicacion-del-falso-sindrome-de-alienacion-parental-en-espana/

8. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. 1996.
Disponible en https://www.boe.es/bus- car/doc.php?id=BOE-A-1996-1069

9. Naciones Unidas, 9 de diciembre de 2021. Los tribunales españoles deben proteger a los niños y niñas de la violencia doméstica y los abusos sexuales, dicen los expertos de la ONU. 2021. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/2022/01/spanish-courts-must-protect-children-domestic-violence-and-sexual-abuse-say-un-experts

10. Naciones Unidas, 19 de diciembre de 2014. Grupo de Trabajo de la ONU sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en el legislación y en la práctica finaliza su misión en España. 2014. Disponible en: https://www. ohchr.org/es/statements/2014/12/ un-working-group-issue-discrimina- tion-against-women-law-and-practice-finalizes.

11. Álvarez P. La ONU advierte de que el sistema judicial español no protege a los menores «de los padres abusivos», El País, 9 de diciembre de 2021. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2021-12-09/la-onu-advierte-de-que-el-sistema-judicial-espanol-no-protege-a-los-menores-de-los-padres- abusivos.html.

12. GREVIO. 3rd General Report on GREVIO's Activities, covering the period from January to December. Council of Europe. 2022. Disponible en https://rm.coe.int/prems-055022-gbr-2574-rapportmultiannuelgrevio-texte-web-16x24/1680a6e183

13. GREVIO. Baseline Evaluation Report. Spain. Council of Europe. Adopted by GREVIO on 15 October 2020. Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe. Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence Council of Europe. F-67075 Strasbourg Cedex. France. 2020.
Disponible en https://rm.coe.int/grevio-s-report-on-spain/1680a08a9f;

14. Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) y la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, Reem Alsalem. Declaración Comité de Expertas del MESECVI y la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas expresan su preocupación por el uso ilegítimo de la figura del síndrome de alienación parental contra las mujeres, 12 de agosto de 2022. Disponible en https://belemdopara.org/wp-content/ uploads/2022/08/Comunicado-Alienación-parental.pdf

15. World Health Organization (WHO). Parental Alienation.
Disponible en https://www.who.int/standards/clas- sifications/frequently-asked-questions/parental-alienation.

16. American Psychological Association: Parental Alienation Syndrome (PAS). APA Dictionary of Psychology. Disponible en https://dictionary.apa. org/parental-alienation-syndrome.

17. Asociación Libre de Abogadas y Abogados. El síndrome de alienación parental. 2014.
Disponible en https://ala.org.es/el-sindrome-de-alienacion-parental/

18. Asociación de Mujeres Juristas Themis. Manifiesto Jurídico Feminista contra la Guía pro síndrome de alienación parental del CGPJ.
Disponible en https://www.mu- jeresjuristasthemis.org/prensa/ noticias/228-manifiesto-juridico-feminista-contra-la-guia-pro-sindrome-de-alienacion-parental-del-cgpj.

19. Asociación de Mujeres Juezas de España. Conclusiones de la Jornada sobre el Análisis Multidisciplinar del Denominado Síndrome de Alienación Parental. Celebrada en Madrid el 07/02/2020. 2020. Disponible en: http://www.mujeresjuezas.es/ wp-content/uploads/2020/07/sindrome-de-alienacion-parental-1.pdf.

20. Carmona . (dir.). Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Consejo General del Poder Judicial. 2016. Disponible en https://www.poderjudicial.es/stfls/CGPJ/OBSERVATORIO%20DE%20VIOLENCIA%20DOM%C3%89STICA/FICHEROS/Guia%20pr%C3%A1ctica%20Ley%20Organica%201%202004%20Observatorio%202016.pdf

21. Kohan, M. La Fiscalía anuncia medidas para frenar el Síndrome de Alienación Parental y para escuchar «activamente» a los menores», Público, 24 de febrero de 2022.
Disponible en: https://www.publico.es/mujer/fiscales-violencia-genero-proponen-mejoras-procedimientos-no-sean-calvario-victima.html.

22. Consejo General del Trabajo Social. Decálogo sobre el supuesto síndrome de alienación parental. 2020. Disponible en https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/decalogo-sobre-el-supuesto-sindrome-de-alienacion-parental-sap/6054/view

23. Kohan, M. El Consejo del Trabajo Social prohíbe el uso del «falso» síndrome de alienación parental. Público, 28 de enero de 2020. Disponible en https://www.publico.es/sociedad/violencia-machista-consejo-so- cial-exige-no-utilice-sindrome-alienacion-parental.html/amp

24. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, Pacto de Estado Contra la Violencia de Género.
Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/FolletoPEV-Gcastweb.pdf

25. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España, 25 de julio de 2015. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10847.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2016/10847

26. CEDAW/C/ESP/CO/9: Concluding observations on the ninth periodic report of Spain, 31 de mayo de 2023.
Disponibleen:https://www.ohchr.org/en/documents/concluding-observations/cedawcespco9-concluding-observations-ninth-periodic-report-spain

27. Naciones Unidas. Comunicación n.o 47/2012, González Carreño contra España. Ángela González Carreño.

28. GREVIO. Building trust by delivering support, protection and justice. Spain. First thematic evaluation report. 21 de noviembre de 2024. Disponible en: https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/-/grevio-publishes-its-first-thematic-report-on-spain

29. Kohan, M. Las cinco veces que la ONU ha pedido cuentas a España por usar el falso síndrome de alienación parental sin lograr cambios; Público, 24 de enero de 2022. Disponible en: https://www.publico.es/sociedad/cinco-veces-onu-pedido-cuentas-espana-falso-sindrome-alienacion-parental-lograr-cambios.html#analytics-buscador:listado

30. Kohan, M. La ONU ve un «patrón estructural» en la justicia española que desprotege a los niños y discrimina a las mujeres; Público, 12 de diciembre de 2021. Disponible en https://www.publico.es/sociedad/ onu-ve-patron-estructural-justicia-espanola-desprotege-ninos-discrimina-mujeres.html

31. Save the Children. Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España. 2017. Disponible en https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver

EL USO DEL SAP Y EL PATRÓN ESTRUCTURAL DE DISCRIMINACIÓN DE LAS MUJERES Y LAS INFANCIAS

THE USE OF SAP AND THE STRUCTURAL PATTERN OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN AND CHILDREN

Débora Ávila Cantos
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
deboraav@ucm.es

Adela Franzé Mudanó
Profesora Titular. Departamento de Antropología Social y Psicología Social (Área de Antropología Social). Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
adelafranze@cps.ucm.es

María del Carmen Peñaranda Colera
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Trabajo Social. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
mcpenaranda@ucm.es

Marta Pérez Pérez
Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
martap27@ucm.es

Resumen: En este capítulo, vamos a centrarnos en describir y ejemplificar los componentes implicados en el uso del SAP en el campo psicojurídico, así como los efectos que alimentan ese patrón de discriminación en la justicia del estado español, especialmente lo que tiene que ver con la aparición del SAP en informes psicosociales, la asunción judicial de estos como prueba privilegiada, produciendo una consideración desigual de los medios de prueba, y el resultante de falta de investigación y de diligencia debida en procesos de denuncia por violencia machista paterna.

Palabras clave: Síndrome de Alienación Parental, estereotipos de género, informes psicosociales, psicología forense, coordinación parental, diligencia debida.

Abstract: In this chapter, we will focus on describing and exemplifying the components involved in the use of SAP in the psycholegal field, as well as the effects that feed this pattern of discrimination in the Spanish justice system, especially with regard to the appearance of SAP in psychosocial reports, the judicial assumption of these as privileged evidence, producing an unequal consideration of the means of proof, and the resulting lack of investigation and due diligence in processes of complaints of paternal male violence.

Keywords: Parental Alienation Syndrome, gender stereotypes, psychosocial reports, forensic psychology, parental coordination, due diligence.

1. LA ASUNCIÓN ACRÍTICA DEL SAP

El SAP es un constructo psicojurídico que opera a través de una doble reducción: dota de un sentido apriorístico y pseudocientífico a situaciones concretas en las que media una denuncia por violencia paterna contra sus hijas e hijos y, al hacerlo, elimina la investigación sobre la violencia machista al interpretar que el daño expresado por la niña, niño o adolescente es síntoma de un «conflicto familiar», que tiene que ver específicamente con los adultos progenitores. Esta operación no es espontánea, ni casual: como ya hemos señalado, la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y sus consecuencias, Reem Alsalem, afirmó que el uso del SAP en procesos en los que hay implicadas denuncias por violencia machista paterna es una pieza central del «patrón estructural» de discriminación en la justicia del estado español, que desprotege y discrimina a las infancias y a las mujeres madres que la denuncian.

En el informe sobre el SAP como violencia institucional (1), identificamos hasta 13 instancias que componen este patrón estructural de discriminación en los casos en los que se aplica el SAP. Estas van desde sesgos de género e interseccionales que fundamentan informes de servicios psicojurídicos y también resoluciones judiciales, hasta prácticas arbitrarias que vulneran el derecho a la tutela judicial efectiva y revictimizan y criminalizan a las madres que acompañan o denuncian la violencia sexual a la que están expuestas niñas, niños y adolescentes. Pasando por la falta de credibilidad otorgada al relato de las niñas, niños y adolescentes en las resoluciones judiciales en pro de identificar una supuesta manipulación materna, las interpretaciones del interés superior vulneradoras de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y la vulneración del deber de investigar con la debida diligencia en los casos de violencia sexual y/o de género contra niñas, niños y adolescentes (2-23).

Constatamos que, una vez que aparece el SAP –y lo hace de forma privilegiada en informes psicosociales– éste tiende a asumirse acrítica y

dogmáticamente como un hecho, y actúa como marco longitudinal de interpretación, condicionando no solo el sobreseimiento de la denuncia penal por violencia machista paterna, sino todo el proceso judicial posterior, incluyendo las decisiones sobre régimen de visitas, custodias y patria potestad en el ámbito civil. Es el argumento principal para operar un desplazamiento del contenido de las denuncias penales por violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar contra las niñas, niños y adolescentes hacia el marco del «conflicto familiar», y para recurrir a figuras alegales como la coordinación parental, que en el estado español ha nacido de la mano de entidades que abrazan el argumentario de la manipulación materna (1).

2. SESGOS DE GÉNERO E INTERSECCIONALES QUE FUNDAMENTAN LAS RESOLUCIONES JUDICIALES

El uso del constructo SAP se apoya en estereotipos de género, maternidad, paternidad, infancia, familia, sufrimiento psíquico y racialización, que aparecen en diferentes documentos de los expedientes de casos que se analizaron en el informe (1). Diversas investigaciones han constatado la presencia de estos estereotipos entre los/as operadores/as jurídicos/as en el estado español (13, 24-25); en nuestra muestra, el 94,4 % de las mujeres entrevistadas identificaron la presencia de estereotipos de género y componentes del constructo SAP durante el proceso penal, y un 89 % de las entrevistadas consideran que también se han aplicado estereotipos de género en el procedimiento civil. Este uso tiene efectos discriminatorios sobre las mujeres, niñas, niños y adolescentes, ya que suponen un obstáculo en el ejercicio de sus derechos, impidiendo el acceso a la Administración de Justicia y contradiciendo la obligación de debida diligencia de los Estados. Tania Sordo Ruz (24), desde una perspectiva jurídica, señala que cada vez se hace más hincapié en que la estereotipación de género es una cuestión de derechos humanos, siendo considerada por las expertas como una violación de estos. Así, lo señala el Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas, el MESECVI, en su *Declaración sobre la violencia contra la mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos* (26). También la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (2013) en el informe «La estereotipación de género como una violación a los derechos humanos» (27), alerta de que la presencia de estereotipos de género en la aplicación de la ley afecta negativamente al reconocimiento, ejercicio o disfrute de los derechos y libertades. Además, la aplicación de estos estereotipos que se agregan en torno al constructo SAP tiene efectos claros en los sobreseimientos de las denuncias por violencia sexual intrafamiliar en los procesos penales, así como en las valoraciones sobre la idoneidad del progenitor que debe ostentar la guardia y custodia en los procesos de familia.

2.1. Estereotipos sobre mujeres-madres

En los expedientes analizados, encontramos diferentes combinaciones de estereotipos sobre mujeres-madres, algunos de los cuales fundamentan pseudoevaluaciones de la mujer en tanto pareja del progenitor varón (mujer celosa, vengativa y mentirosa); otros en tanto figura de referencia del hijo o hija (madre sobreprotectora, exagerada, con preocupación mórbida, revictimizadora); otras en cuanto garante de la relación paternofilial (madre manipuladora, instrumentalizadora, obstaculizadora de la relación paternofilial), y otras más como persona que se desenvuelve de acuerdo a una normatividad *psi* (madre con sufrimiento psíquico equiparada a madre incapaz/peligrosa). Los estereotipos que vinculan a las madres con problemas de salud mental y buscan explicar sus denuncias a través de ello o, peor aún, sirven de sustento para deslegitimar la denuncia se identifican en el 11 % de las entrevistas (1).

En uno de los casos documentados, se dice de la madre que «se comporta de manera posesa ante la rabia y el resentimiento que siente hacia su exmarido» (Informe pericial psicosocial, Juzgado de Primera Instancia). En otro de los casos, los informes sobre el recorrido psiquiátrico de la madre, que muestra sufrimiento psíquico relacionado con el proceso de denuncia por violencia sexual contra su hijo, se evalúan sin su consentimiento en el juicio como prueba de su incapacidad para cuidar al niño. Cuando se usan estos estereotipos para fundamentar evaluaciones, la labor profesional y disciplinar desaparece y solo nos queda la mirada estereotipada, revestida de criterio profesional, por el solo hecho de ser realizada por un profesional. Sin embargo, lo que califica un trabajo como profesional y disciplinar es el uso de las herramientas propias de una disciplina, que es lo que desaparece cuando no se ejerce vigilancia epistemológica sobre los estereotipos que se pueden estar usando. Ello es justamente lo que debiera valorarse judicialmente, la fiabilidad y el rigor de la prueba pericial. Sin embargo, cuando los estereotipos de género (mujer con trastorno de salud mental, mujer vengativa, entre otros) son compartidos por jueces y juezas, pasan a formar parte del imaginario común desde el cual se elabora el razonamiento judicial, que acaba, por ello, sesgado.

2.2. Estereotipos sobre los vínculos familiares

La noción patriarcal de la familia como espacio privado, donde la violencia machista paterna – que no se nombra como tal - se enmarca psico jurídicamente como parte de un «conflicto» entre dos partes (padre y madre), está presente de diversos modos en los expedientes analizados. Así, el comportamiento de las hijas e hijos, incluido el rechazo al progenitor, se interpreta como dependiente de ese conflicto entre adultos: el SAP viene a explicar

ese rechazo como efecto de la manipulación materna. Asociada a esta matriz principal, encontramos estereotipos sobre las capacidades de las madres para ejercer sus funciones maternas (malas madres) y estereotipos sobre el rol de las madres como garantes del bienestar familiar y la relación paternofilial, aunque haya una separación o divorcio. Como ejemplo:

> «... la juzgadora de instancia... a la vista del informe psicosocial emitido en las actuaciones, en conjunción con los emitidos en D. P. seguidas ante el Juzgado de Instrucción (n.o Juzgado/provincia), iniciadas contra [la madre] por presuntos delitos de sustracción de menores y amenazas, inicialmente sobreseídas de forma provisional, y después reabiertas por delito de desobediencia, en relación con la presunta pertenencia de la investigada a cierta asociación con finalidad obstaculizadora del cumplimiento de sentencias en materia de visitas y estancias de los hijos menores con sus progenitores [Nota aclaratoria abajo], por las que se seguían diligencias informativas en la Fiscalía Provincial de Madrid; en base a los cuales, se tiene por acreditada una conducta de la demandada obstaculizadora del normal cumplimiento del régimen de visitas por el padre, según conducta ya manifestada durante la tramitación del procedimiento de medidas definitivas, con relación a las acordadas provisionalmente, por las que se siguió ejecución, seguida de denuncia por abusos sexuales contra la menor, luego archivada por AAP de 11 de marzo de 2015, habiéndose detectado por tales servicios en la menor un conflicto de lealtades inducido por la madre en detrimento de la figura paterna. En definitiva, se considera por la juzgadora de instancia ajustado al interés de la menor la atribución de la custodia compartida, en razón a las habilidades del padre reconocidas pericialmente, así como para garantizar la preservación de la figura paterna, ante el riesgo de interferencia grave de la progenitora en la relación paternofilial». (AP de Granada, Sección 5.a, n.o 207/2021, de 11 de junio).
>
> [Nota aclaratoria]: Se refiere, sin citar explícitamente, a la asociación Infancia Libre. Surgida para defender la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, fue criminalizada hasta el punto de ser acusada por la Policía Nacional de funcionar como una organización ilícita. Aunque la Fiscalía Provincial de Madrid archivó la causa contra la asociación en enero de 2020, las mujeres que fueron acusadas de pertenecer a este «entramado» aún sufren los efectos del «caso» en sus condenas, de un rigor extremo, que aparecen argumentadas, entre otros motivos, por su vinculación con la asociación. A propósito de la causa del caso *Kitchen*, se han publicado en prensa los *whatsapp* del ex número dos de Interior con el PP Francisco Martínez, con el entonces inspector de policía Pedro Agudo, en los que, según recoge el periódico *Público*, queda patente que la colaboración policial y mediática para criminalizar a esta asociación tenía como objetivo vincularla a Podemos (28).

3. INVOCACIÓN DEL SAP EN INFORMES PERICIALES Y EN INFORMES PSICOSOCIALES ELABORADOS POR LOS EQUIPOS DE LOS JUZGADOS

En un 78,5 % de los casos analizados se ha encontrado al menos un informe psicológico o de psicología forense que invoca el SAP. Estos datos los hemos podido comprobar con el análisis de 28 expedientes de casos en los que se ha sobreseído la denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género contra niñas y niños en su primera infancia: en 22 de ellos encontramos al menos un informe psicológico o de psicología forense que invoca el SAP. La mayoría de estos informes son periciales psicológicos de los equipos de los juzgados, tanto del ámbito penal como del civil (familia). Hay también informes de psicólogos de familia, de los equipos de los Institutos de Medicina Legal, de los PEF, de la Unidad Funcional de Abusos al Menor (UFAM) del Hospital Sant Joan de Déu, así como uno de un Centro de Atención a la Infancia (CAI) e incluso un informe de una exploración a una niña por parte de la Guardia Civil. Tal y como señaló la magistrada Paloma Marín en su investigación de 2009 (29), y tal como se ha constatado en el análisis de los casos, estos informes son una puerta de entrada privilegiada para el SAP, que funciona como explicación autoevidente y de largo recorrido, sobre todo cuando la dificultad de evaluación de la violencia sexual en el ámbito familiar es mayor, como es el caso de la primera infancia.

En concreto, los informes que emanan de equipos anclados institucionalmente en el campo judicial adquieren carácter de marco interpretativo longitudinal en el proceso, pues tienen presunción de objetividad y veracidad: son la medida para todos los demás, incluso en ponderaciones que incluyen evaluaciones y peritajes de expertas en violencia sexual contra la infancia. Sin embargo, también se han encontrado casos en los que informes de entidades privadas que invocaban el SAP han prevalecido - en las argumentaciones de jueces y juezas en los autos y sentencias - sobre otros de entidades públicas que constataban sospechas de violencia machista sexual paterna.

En el examen del material con el que contamos, tanto documentación de casos y entrevistas como análisis de sentencias, encontramos cuatro aspectos fundamentales a la hora de detectar el uso del falso SAP en evaluaciones psicológicas: 1) El uso de instrumentos de evaluación que ya en sí mismos contienen estereotipos; 2) La asimilación de estos resultados con diagnósticos de salud mental; 3) La asunción del estigma en salud mental, que equipara sufrimiento psíquico con incapacidad maternal y peligrosidad; 4) La ausencia de referencias a una exploración específica del padre como presunto agresor.

Los casos analizados arrojan procesos que pivotan alrededor de la salud mental de la madre. Los resultados de los tests y entrevistas que se hacen para determinar su credibilidad (en penal) y/o sus capacidades maternales (en civil) son punto de apoyo para el uso del SAP, porque minan la legitimidad del relato de las madres y, por asociación, el de las niñas y niños; se relacionan

con las suposiciones sobre «revictimización» de las niñas y niños como un daño que «infringe» la madre; apuntalan la construcción de la madre como «riesgo» para sus hijas e hijos y, por tanto, apoyan decisiones judiciales en contra de los deseos de estos, como son los arrancamientos. Si se trata de casos en los que la madre tiene un diagnóstico clínico, este se usa como arma contra ella: es base para argumentos sobre su falsedad en cuanto a la violencia sexual paterna verbalizada por sus hijas o hijos, y también para valoraciones no motivadas de su capacidad maternal, en una asunción clara del estigma que asocia sufrimiento psíquico con el binomio incapacidad/peligrosidad. Si bien este no es el lugar para extendernos en la falacia que supone esta asociación, sí nos parece importante remitir a la literatura científica que, de forma abrumadora y desde hace más de seis décadas, aborda el sufrimiento psíquico de forma bien diferente, y señala la asunción de ese binomio incapacidad/peligrosidad como *locus* de la violencia institucional psiquiátrica que, más allá del manicomio, se da en prácticas cotidianas en diversos dispositivos hoy en día (30-37). Como ejemplo en el que están presentes varios de los componentes que describimos aquí, relatamos uno de los casos analizados. En él, las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas de la madre están también en primer plano. En el inicio del proceso penal por violencia sexual en el ámbito familiar contra las hijas, hay dos informes, de psiquiatra y de psicóloga de clínica forense, que citan respectivamente «rasgos de matiz obsesivo» y «conexiones sin sentido» de la madre en lo que respecta a esa violencia. El juzgado de lo penal asume esta tesis, sobreseyendo las dos denuncias interpuestas. Queremos expresar aquí especial preocupación por la evaluación de las niñas, a las que no se explora durante la primera denuncia por su corta edad, pero en cambio sí se somete a pruebas que no somos capaces de interpretar, pero que nos despiertan serias dudas con respecto a la calidad de la perito y el respeto a los derechos de las niñas:

> «Resulta inútil entrevistar a las menores porque son muy pequeñas» (Informe de la clínica forense citado en Auto de Juzgado de instrucción, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar), pero «se ha practicado una prueba de comprobación de imágenes de las dos menores con imágenes de pornográfica [sic] infantil con resultado negativo» (Auto de Juzgado de instrucción, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

También se asume la misma tesis en el proceso civil, que en este caso corre a la par que el sobreseimiento de la primera denuncia, y concede la custodia exclusiva al padre en la sentencia de divorcio. Lo hace en base a un informe psicológico que interpreta sintomatología de una de las niñas como efecto del «daño» que infringe la madre, e introduce la hipótesis no fundamentada de fobia futura al género masculino por parte de las hijas y por culpa de la madre:

> «La psicóloga adscrita a (este) juzgado [...] pone de relieve los perjuicios que ya se están derivando a las menores del mantenimiento de la guardia materna, pues la mayor presenta un mutismo selectivo [...] poniendo de manifiesto que el peregrinaje por hospitales y las conductas comprobatorias de la madre afectan muchísimo a las menores y de modo especial en su desarrollo y en dos aspectos esenciales, en su relación con su padre que se verá distorsionada, y en sus relaciones con los hombres en general, no solo desde el punto de vista sexual sino estrictamente relacional, pudiendo incluso llegar a generar algún tipo de fobia, e incluso conductas de tipo inadaptativo». (Informe de psicóloga del juzgado, citado en Sentencia de Juzgado de lo civil, procedimiento de divorcio).

Con la segunda denuncia, las niñas son derivadas al Centro de Atención a la Infancia (CAI) para su peritaje. Sin embargo, este centro perita a la madre: traduce los ítems mencionados en «trastornos mentales», y estos sustentan la calificación de la madre como un «riesgo» para las hijas. Aplica de forma explícita la terapia de la amenaza: asumiendo que la madre «mediatiza» a las niñas, recomienda alejamiento de estas para poder evaluar si hay o no violencia sexual en el ámbito familiar o «instrumentalización materna». El contacto de las hijas con el padre, del que una de ellas ha verbalizado violencia, no conlleva riesgo. Sin embargo, el contacto de las pequeñas con la madre se define como:

> «una situación de riesgo grave por el peregrinaje probatorio, y (o hay) revictimización por lo que supone la repetición de un relato de abuso sexual, (o hay) aprendizaje de un suceso que no ha ocurrido y que podría originar una relación negativa con la figura paterna» (Informe del CAI).

La verbalización de la violencia que hace una de las niñas dentro del CAI, delante de un operador, que «decide no seguir preguntando y ponerse a jugar para tranquilizar a las niñas», se interpreta como parte de un enfrentamiento entre su madre y su padre. Al tiempo que recomienda reducir las visitas con la madre para hacer un peritaje «no mediatizado» de la violencia sexual, el informe usa el SAP para negar esa violencia pocas líneas después:

> «No (hay) sintomatología relacionada con ASI [abuso sexual intrafamiliar] ni una reacción de rechazo o temor hacia el padre [...] (las niñas están) inmersas en conflicto parental y mediatizadas por conflicto de lealtades si no respaldan el posicionamiento de la madre» (Informe del CAI).

En la siguiente sentencia civil, de un juzgado de primera instancia, el juez decide restringir las visitas de la madre a un PEF en base a este informe del CAI. Cuatro años después, una sentencia de la Audiencia Provincial aprueba las visitas de la madre y las hijas fuera del PEF, a la luz de informes de una psicóloga que aconseja retomar la relación madre-hijas, pero «en presencia de una tercera persona, que bien pudiera ser el padre o un familiar o amigo

consensuado por ambas partes» (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia). En este caso, la transversalidad del SAP entre los regímenes civil y penal, y la insistencia en «normalizar» relaciones entre progenitores a toda costa permite que se acredite al padre como supervisor de las visitas de la madre y las hijas, en medio de un proceso por denuncia falsa abierto por el padre contra la madre. La madre es condenada dos meses después, en una sentencia que vuelve a citar los informes psicológicos del inicio del proceso, y atribuye la falta de análisis del relato de las pequeñas, crucial en todo el proceso, ya no a su corta edad, sino directamente a la mediatización materna como hecho probado:

> «En el informe pericial psicológico que sobre la acusada se realizó para el juzgado de instrucción X, se concluye que la Sra. realiza conexiones causales sin sentido entre conductas neutras de las hijas y la supuesta existencia de abusos sexuales por parte del padre encontrándose el testimonio de la acusada mediatizado por procesos patológicos que lo invalidan [...]. En el informe pericial psicológico sobre las menores emitido para el juzgado de instrucción X no se pudo realizar una valoración de credibilidad de testimonio de las mismas ante la ausencia de relato libre sobre los hechos denunciados por su madre» (Sentencia de Juzgado penal, procedimiento por denuncia falsa).

La actuación del CAI en este caso, que entra a valorar la violencia sexual paterna aunque no tenga atribuciones para ello, es un ejemplo de un aspecto concreto de la invocación del SAP en informes psicosociales que el análisis de casos ha arrojado: el uso de informes de entidades e instituciones ajenas a la pericia judicial en autos y sentencias como pruebas periciales a la hora de evaluar una posible «instrumentalización de la madre», definir los criterios en función de los cuales atribuir la custodia a uno u otro de los progenitores, recoger declaración a las niñas y niños sobre el rechazo al padre, o emitir valoraciones sobre la credibilidad de las niñas, niños y adolescentes, de la madre y del padre con respecto a denuncias por violencia sexual. Se trata fundamentalmente de informes de Puntos de Encuentro Familiares y, en menor medida, de servicios públicos de atención a la infancia, de intervención familiar o servicios sociales, que asumen funciones que no les han sido otorgadas por ley.

Finalmente, se identifica una carencia de formación jurídica especializada con perspectiva de género, de infancia, interseccional, trauma y enfoque de derechos humanos en los informes elaborados en el marco de dichos procedimientos. Diversas organizaciones han señalado la falta de calidad de estos informes, incluidos los de las unidades de valoración forense de los juzgados (9) (38) (39); también los procesos de externalización que abren las puertas de los servicios de infancia a organizaciones defensoras del uso del SAP como la Fundación Filia de Amparo al Menor, cuyo uso por parte de los juzgados en Madrid ha sido desaconsejado por el Defensor del Pueblo (40).

4. ENJUICIAMIENTO CON PERSPECTIVA DE SAP

El análisis jurisprudencial de las sentencias penales en las denuncias por violencia sexual en el ámbito familiar contra las niñas, niños y adolescentes concluye que la relevancia de la aparición del SAP en algún momento del proceso es fundamental. Estamos ante una construcción cuyos cimientos reposan sobre un entramado de procedimientos judiciales que se van afectando unos a otros y cuyos resultados son interdependientes. Es decir, cuando se da alguno de los componentes del SAP, el caso se vicia de origen. Como el efecto dominó, este vicio se trasmite al resto de procedimientos, consolidando los estereotipos utilizados –quedaría todavía más claro que la única motivación de la madre es perjudicar al padre– y exacerbando las fallas procesales –no hace falta volver a escuchar a la niña, niño o adolescente, no hace falta investigar la situación descrita, no hace falta que se razone la decisión, porque ya lo ha hecho otra autoridad–. Así, cumpliendo con los parámetros que estableció su creador, cuanto más se intenta documentar la violencia, más se «prueba» el SAP.

Tanto en las resoluciones judiciales analizadas como en los casos documentados, no se identifican de manera suficiente y adecuada las pruebas en las que se fundamenta la decisión judicial, no se argumenta de manera suficiente y adecuada sobre las razones que llevan al juez/a o al magistrado/a a darle determinado valor a determinada prueba, y se asume como descartado el riesgo hacia la niña, niño y adolescente, pese a que los casos se encuentran en situación de sobreseimiento provisional y, especialmente en el ámbito de lo civil, donde son anecdóticos los casos en los que se ordena practicar pruebas nuevas. En cuanto a las pruebas, se identifica: 1) desigual valoración de informes; 2) no declaración de la madre; 3) ausencia parcial o total de la prueba o ausencia de valoración motivada de la misma; 4) trato desigual con respecto a la parte contraria, y 5) reproducción de las valoraciones hechas por el juez penal o por el juez civil en primera instancia, sin ordenar nuevas investigaciones. Junto a ello, destaca la desatención y frivolización de informes médicos, psicosociales y periciales que recogen los relatos de la violencia sexual sufrida por parte de las niñas, niños y adolescentes.

Es importante señalar que, tanto en el ámbito penal como en el civil, esta asunción del SAP se enuncia como «posibilidad» de «instrumentalización», y es suficiente para sustentar decisiones que, *de facto,* convierten ese supuesto en verdad probada a lo largo de todo el proceso. Esa posibilidad suele aparecer enunciada por primera vez en informes periciales y/o psicológicos, como hemos visto. Pero no pierde su carácter de hipótesis no comprobada cuando se incorpora a autos y sentencias. Este último hallazgo del análisis de decisiones judiciales está en línea con una de las principales conclusiones que ya establecía la magistrada Paloma Marín en 2009, ya citado: «La mayoría de las resoluciones que mencionan el SAP asume su supuesta

existencia, al margen de que, en el caso concreto, no se tenga por acreditada su concurrencia o de que se valore que actúa como resultado de la manipulación de la madre, de la del padre, o, incluso, sin ni siquiera vincularlo a una expresa maniobra de manipulación. En algunas ocasiones en las que la resolución judicial no cuestiona la existencia del SAP como síndrome, se adoptan decisiones con fundamento no en hechos ciertos y contrastados sino en ciertas hipótesis, lo que resulta impensable que pudiera suceder en otros ámbitos de la aplicación del Derecho». En 2012, el informe de Save de Children, ya citado, apunta en la misma dirección y señala que los jueces y juezas tienen la atribución de ponderar estos informes, junto con las demás pruebas, para tomar una decisión argumentada. Interesa aquí una apreciación: la necesidad de los jueces y juezas de apoyarse en informes técnicos de psicólogos y peritos forenses no es lo que se discute aquí. Lo que queremos destacar es la asunción acrítica de los mismos, o su uso en el sentido que marca el constructo SAP. Este uso no se relaciona exclusivamente con la falta de formación: supone una falta de investigación de la violencia, incurriendo en investigaciones aparentes, y apoya valoraciones desiguales de prueba sin que haya razones sustentadas para ello.

Es, de hecho, algo muy sutil cómo los informes primero, y las sentencias después, introducen argumentos a la manera de presunciones. Al cuestionar la credibilidad de niñas, niños y adolescentes o de la madre, se suele señalar que en relación al relato o al comportamiento de los mismos o de la madre «no puede descartarse» que esté influenciada o motivada por algún interés distinto a procurar el interés de niñas, niños y adolescentes, de modo que se presume que la madre ha influido o ha mentido y, a partir de ahí, se pide «descartar influencia». Repetimos la secuencia porque nos parece fundamental para señalar la lógica circular del argumento:

1) se asume influencia, sin mención clara de pruebas o hechos sobre los que se basa;
2) se infiere motivación para influir sin más sustento que el conflicto o las denuncias por violencia sexual por parte de la madre contra el padre o la denuncia por sustracción contra la madre;
3) se pide que se descarte esa influencia que se presume;
4) se interpreta todo intento de documentar la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes como prueba de esa influencia.

En uno de los casos analizados, el niño es ingresado en un centro de menores a los tres años de que su padre se marchara de casa tras acudir la policía al domicilio familiar alertados por un episodio de violencia machista. El ingreso se decreta tras ser declarado en desamparo por la institución competente. La declaración de desamparo se realiza en base a indicadores de maltrato psicológico e instrumentalización de conflictos de los que se acusa a la madre. El informe afirma que:

> «la madre da muestras evidentes de haber perdido el control [...] se comporta de manera posesa ante la rabia y resentimiento que siente hacia su exmarido. El rechazo extremo e injustificado que muestra la madre hacia su ex evoluciona hacia mayor gravedad» (Revisión de Plan de Caso. Instituto de Bienestar Social).

La explicación del rechazo del niño hacia su progenitor se centra en la supuesta «constante e intensa instrumentalización» de la madre para alejar a su hijo del padre; la conducta del padre, condenado por violencia de género, no aparece mencionada en ningún momento del informe. En una clara aplicación de la terapia de la amenaza que prescribe el SAP, el niño es arrancado del domicilio materno e ingresado en el centro de menores.

> «Durante su ingreso, y según el equipo psicosocial del juzgado, el niño «presentó dificultades para adaptarse [...] su integración puede valorarse como escasa, apreciándose indicadores de malestar social también corroborados en el centro escolar y en la prueba aplicada, donde ha obtenido puntuaciones significativamente altas de depresión, revelando tendencia a sobrecargarse de tensión, sentimientos de baja autoestima, de culpabilización, temor, que pueden conducirle a estados depresivos» (Informe pericial psicosocial, Juzgado de Primera Instancia). El mismo informe recoge que el niño «se encuentra vinculado afectivamente preferentemente a la figura materna», que «demanda una mayor presencia de su madre en su vida» que «reclama volver a la situación anterior» (residía con su madre), «que le gustaría volver a casa con su madre y con su hermana y visitas con su padre, que no se ha planteado ir a vivir con su padre [...] él quiere irse con su madre, cree que no le dicen toda la verdad en el centro, prefiere irse con su madre y tener visitas con su padre», «reclama con vehemencia su deseo de salir del centro para retomar la convivencia son su madre y hermana o, si no, con su padre» (Informe pericial psicosocial, Juzgado de Primera Instancia).

El informe pericial forma parte de un procedimiento de modificación de medidas definitivas, abierto un año después del ingreso del niño en el centro y orientado a normalizar su situación, tras los informes que acreditan su malestar. El auto judicial recoge algunos fragmentos del informe pericial. Las reiteradas manifestaciones del deseo del niño de estar con su madre se resumen en una única cita:

> «él quiere irse con su madre, cree que no le dicen toda la verdad en el centro, prefiere irse con su madre y tener visitas con su padre». En paralelo, recoge el auto que el niño ha manifestado «que lo que quiere es salir del centro y le da igual si es en casa de su padre con visitas con su madre o en casa de su madre con visita con su padre» (Auto de modificación de medidas definitivas, Juzgado de Primera Instancia).

En su valoración de la prueba, consigna la existencia de violencia machista, pero la reduce a una cuestión de denuncias cruzadas en el Juzgado de

Violencia sobre la Mujer (obviando que el progenitor sí fue condenado por ello), a la par que constata «comportamientos inadecuados» del padre hacia los niños durante la convivencia. Sin embargo, pese a los deseos expresados por el niño y el marco de violencia machista en el que se inscribe el caso, otorga la custodia en exclusiva al padre debido a la instrumentalización materna que figura en los informes: «a partir de ese momento se deberá tener especial cuidado en evitar los encuentros del menor con su madre», concluye (Auto de Juzgado de Primera Instancia, procedimiento de modificación de medidas definitivas). Pero la sentencia hace algo más. La recomendación de la madre a su hijo para que «diga lo que siente», que recoge el informe pericial, sirve al magistrado para deducir:

> «que la madre y su entorno no son capaces de asumir el hecho de que el niño se encuentra bien con su padre [...] y que no tiene ningún impedimento en residir en el domicilio paterno, que lo que quiere es salir de centro y le da igual si es en casa de su padre con visitas con su madre o en casa de su madre con visitas con su padre. Pero este hecho tan claro para el menor, no se admite en el entorno materno, y por eso le presiona constantemente para que manifieste su intención de querer volver a residir con la madre, y todo lo que no sea esa afirmación se le cuestiona al menor»(Auto de Juzgado de Primera Instancia, procedimiento de modificación de medidas definitivas).

Teniendo en cuenta que el niño manifiesta de *motu proprio* en exploración judicial hasta cuatro veces su deseo de estar con la madre, sorprende la deducción del magistrado de esta presión materna. Pero quizá lo que más sorprende es que el testimonio del niño («reclama con vehemencia su deseo de salir del centro para retomar la convivencia con su madre y hermana o, si no, con su padre») se interprete en un único sentido posible («que el niño se encuentra bien con su padre [...] y que no tiene ningún impedimento en residir en el domicilio paterno, que lo que quiere es salir de centro y le da igual si es en casa de su padre con visitas con su madre o en casa de su madre con visitas con su padre»), extrayendo significados del testimonio del niño que van mucho más allá de lo que él expresa, para convertirlos en fundamento que confirma la instrumentalización de la madre a sus hijos, pues no es «capaz de asumir el hecho de que el niño se encuentra bien con su padre» (Auto de Juzgado de Primera Instancia, procedimiento de modificación de medidas definitivas).

La voz y deseos del niño van siendo filtrados de un informe a otra sentencia, interpretados en una dirección muy concreta, sin más fundamento que la valoración del magistrado, de forma que al final el auto hace decir al niño lo que conviene para confirmar que la hipótesis inicial de la instrumentalización materna era cierta. La sentencia es recurrida a la Audiencia Provincial, que confirma la decisión judicial previa.

5. DESPLAZAMIENTO DEL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MACHISTA PATERNA HACIA EL MARCO DEL «CONFLICTO FAMILIAR» ENTRE ADULTOS

Tal y como señalamos al inicio del capítulo, el efecto de conjunto más claro y totalizador que produce un enjuiciamiento con perspectiva SAP es el abandono del abordaje de la violencia machista que verbalizan las infancias, y su banalización como parte dependiente de un conflicto entre dos adultos, madre y padre. En este desplazamiento, los comportamientos de la madre, sus actitudes o intenciones se convierten en objeto y sujeto del proceso, pasando a un segundo plano la violencia sexual narrada. Se abandona la exploración de la experiencia de niñas, niños y adolescentes (es decir, el contenido de la denuncia penal por violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género) para desplazar el caso hacia un «conflicto» doméstico o de pareja y, por tanto, como parte del plan de la madre en su litigio con el padre. El ejemplo a continuación muestra hasta qué punto esa banalización de la violencia machista contrasta con el status de verdad probada que adquiere el argumento del SAP, aunque se enuncie como hipótesis:

> «[...] Consta efectivamente que los niños han referido recibir cachetes y golpes de su padre, cuando vivían en X, también aquí, pero no han podido explicar a qué situación iban ligadas esas actitudes del padre. Cuando se valoró su testimonio se puso de manifiesto que «no se puede descartar la existencia de factores contaminantes» [...] posicionamiento materno, contacto entre los progenitores, posible sugestión externa, falta de concreción en el recuerdo [...]» (AP de Barcelona, Sección 12, n.o 148/2022, de 4 de marzo).

En consonancia con este desplazamiento, hemos hallado resoluciones en las que se impone una «terapia familiar» o «intervención familiar» (en un 48,6 % de los casos analizados), o explícitamente obligatoria o como una supuesta recomendación, pero sujetando a su realización efectos jurídicos, como recuperar el contacto con sus hijas e hijos (específicamente en un 10% de los casos). En este marco de intervención debe inscribirse también el recurso a la figura del coordinador parental, otra herramienta del SAP. A este respecto conviene recordar que, además de que no tiene regulación jurídica por el derecho español, resulta inseparable del SAP, pues las organizaciones que han impulsado su implantación son también vocales defensoras de la «manipulación» materna.

Tal y como arroja el análisis de los casos, cuando los informes psicosociales y de psicología forense introducen esta interpretación de la violencia que relatan niños y niñas como parte de la evaluación de las relaciones en la familia, desvían el objetivo de la función encargada -explorar y proteger a las infancias -, revistiendo una orientación ideológica familista y adultocéntrica con la legitimidad que da enunciarse desde el conocimiento experto. Aunque no todos los

operadores funcionan así, cuando uno lo hace, la interpretación jurídica tiende a otorgarle estatus privilegiado frente a todos los demás informes.

En uno de los casos, a escasos días de la separación de la pareja, la niña relata a su madre la violencia sexual por parte de su padre. La madre acude al hospital, donde la niña vuelve a relatar ante el médico de guardia los mismos hechos. Posteriormente lo repetirá ante un médico de la clínica forense, cuyo informe remite al juzgado acreditando el relato de la niña y su credibilidad. Aconsejada por el hospital, la madre interpone denuncia. En la fase de instrucción se realiza una prueba preconstituida a la niña, y el informe forense constata que no fue posible obtener «ningún tipo de discurso en la menor» y por tanto no ha sido posible «ningún tipo de análisis de indicadores de credibilidad, ni complementarios». El caso se archiva por falta de indicios suficientes, sin practicar otra prueba ni tomar declaración a los/as profesionales que atendieron a la niña. Recurso mediante, la causa se reabre con apoyo del Ministerio Fiscal y el progenitor resulta imputado. Además se aportan nuevas pruebas, entre otras los dibujos explícitos realizados por la niña –así como las explicaciones que los acompañan– en la escuela y ante su terapeuta de un servicio público que acredita la veracidad del relato. La sentencia es absolutoria. En ella se desautorizan, una tras otra, las pruebas aportadas en base al argumento de la manipulación materna de la niña, cuyo origen estaría en el conflicto de la madre con su exmarido. La sentencia, al resituar la denuncia en el contexto de la crisis de la pareja, desplaza el foco desde la violencia sexual al despecho de la madre. Desde las primeras líneas ya se plantea la crisis conyugal como contexto interpretativo de las intenciones aviesas de la madre: «Ha quedado acreditado que, en el curso de una fuerte crisis de pareja, [la madre] denunció al [padre] de haber cometido abusos sexuales en la niña».

Según este marco interpretativo, los reiterados relatos de la niña responden al «efecto de la sugestión», a «fantasías proporcionadas por una persona adulta», en suma a una «información engañosa [aportada por] una persona creíble para la niña». La sentencia abunda en la difícil convivencia previa de la pareja «porque no cumple las expectativas que una y otro se habían hecho recíprocamente» para, finalmente, establecer el nexo entre la denuncia con el descubrimiento casual, por parte de la madre, de las «infidelidades» de su expareja:

> «Se percata de que pese a las promesas que él le había realizado [...] él seguía coqueteando con otras mujeres». La «cólera» de la madre, los «improperios» vertidos contra el padre, el estado de «histeria» que la embarga, todo ello en presencia de la niña en un momento puntual que se toma como referencia definitiva, completan el cuadro que asienta en la sentencia la verosimilitud de la interpretación: «En todo caso, no hay solución de continuidad entre esa reacción violenta contra su padre delante de la niña, el relato de la madre de la sospecha de abuso ante la niña, y la interposición de la denuncia» (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

6. FALTA DE DILIGENCIA DEBIDA

Cuando hablamos de investigaciones aparentes nos referimos al hecho de no agotar todos los medios de prueba que permitan comprobar la existencia o no de la violencia sexual denunciada. Dicha ausencia de agotamiento supone también la falta de la debida protección a las niñas, niños y adolescentes y la quiebra del concepto de proceso justo, por el trato desigual dado a las partes. En la muestra de sentencias de civil, en ninguna de las resoluciones analizadas de las Audiencias Provinciales, y que tienen que ver con procedimientos de familia se ordena practicar alguna prueba, a pesar de manifestar dudas con relación a la existencia de riesgo para la niña o niño. En tanto que es una omisión, no se pueden poner ejemplos que ilustren esta cuestión específicamente, pero sí se ha observado en las resoluciones una constante que muestra que, en los procesos de apelación en procedimientos de familia, la Audiencia Provincial suele considerar suficientes las actuaciones y pruebas practicadas en primera instancia o las que se hayan practicado, en el caso de que hubiera abierto, en el procedimiento penal por denuncia por violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar, sin solicitar ni practicar diligencias nuevas.

La falta de fundamentación, o la arbitrariedad de la misma, es otra constante en los casos y sentencias analizadas. Por ejemplo, en otro de los casos documentados, se observa cómo la Audiencia Provincial en recurso de apelación, donde se estudia si procede revocar el auto que establece custodia compartida para establecer la custodia exclusiva paterna, asume las conclusiones del Juzgado de Primera Instancia. En este caso, ha habido una denuncia contra el padre por violencia sexual hacia su hija que ha sido sobreseída (se infiere que provisionalmente). En su fundamentación, la AP establece:

> «El peligro que para la niña podría suponer las continuas visitas de la niña al psicólogo ya fue puesto de manifiesto en el auto del propio juzgado de Primera Instancia..., a pesar de lo cual y del acuerdo antes dicho haciendo caso omiso la madre ha seguido reiterando esta conducta, teniendo incluso intención la madre de llevar a la niña a recibir tratamiento en un centro de Salud Mental».

En este caso, la arbitrariedad en la fundamentación de la decisión judicial se explica por la presencia de una mirada estereotipada por parte del tribunal sobre el derecho de acceso a la salud, en este caso a la salud mental, y el derecho a la reparación psicológica para la niña. El tribunal basa su valoración en «el peligro que para la niña podría suponer las continuas visitas de la niña al psicólogo», sin que en ningún momento se reproduzca o desarrolle qué se entiende por peligro, cuál es el riesgo y cuáles serían los efectos perniciosos que pudiera tener un tratamiento psicológico para la niña. Asimismo, ni se discuten, se valoran o se motivan directamente tales consideraciones.

Muy relacionado con la arbitrariedad de la fundamentación jurídica se encuentra la desatención y frivolización de informes médicos, psicosociales y periciales que recogen los relatos de violencia sexual en el ámbito familiar y que hemos podido recoger con suficiente profusión. En distintas sentencias de los casos documentados pueden leerse comentarios judiciales que señalan que «no hay suficientes datos concretos de la agresión sexual» pese a contar con un parte médico de fisura anal; otros que se centran en valorar si el vocabulario con el que se refiere la niña a la violencia sexual recibida es propio o no de su edad, sin sopesar los 12 informes médicos aportados en los que se refleja «vulvovaginitis, eritema vaginal y anal y sospecha de abusos»; en otra sentencia se señala que no hay diligencia alguna que incluya «sospecha de abuso sexual», cuando en los partes médicos se consignan lesiones «compatibles» con ese tipo de violencia; mientras que en un último ejemplo el magistrado resta todo valor a un informe de urgencias de un hospital de la red pública donde se constata la «sospecha de abuso sexual» porque en su opinión solo se basa en las manifestaciones de la menor sin incluir ninguna «constatación objetiva».

De todos los casos documentados, sólo hemos encontrado 4 momentos en los que un magistrado o magistrada cuestiona el valor de un informe psicosocial precisamente por hacer uso del SAP. Si bien en ninguno de estos casos este cuestionamiento ha tenido efectos en el procedimiento judicial (pues luego, en posteriores fases del proceso otros magistrados han retornado a la hipótesis del SAP como principal argumento en sus resoluciones) nos parece importante dejar constancia de ellos.

En uno de estos casos, la magistrada desmonta los informes periciales y evaluaciones de la madre que invocan el falso SAP por no estar acompañados de pruebas evaluativas ni de procesos de evaluación clínica y concluir sin ningún fundamento la falta de credibilidad del relato materno. Lo hace así:

> «La progenitora materna no padece ninguna psicopatología, tampoco hay dilación en la denuncia ni peregrinación de la menor de profesional a profesional antes de la denuncia -que son los factores asociados a la falsa denuncia- sin que tampoco se haya encontrado ninguna ganancia secundaria para la denuncia». (Auto de Juzgado de Instrucción, procedimiento de familia, medidas cautelares).

Así mismo, incluye un punto en el Auto dedicado exclusivamente a las referencias al síndrome de alienación parental donde afirma que «si bien no se ha alegado expresamente el síndrome de alienación parental, se han hecho múltiples referencias a la manipulación por la progenitora de los menores»; para recoger a continuación toda la jurisprudencia y evidencias científicas que deslegitiman el falso SAP, recordando que el término fue acuñado por el pedófilo Richard A. Gadner y que «son cada vez más numerosos los profesionales de la psicología y psiquiatría que valoran la formulación del síndrome como un modo más de violencia contra la mujer, y que recuerdan que:

> «La ciencia nos dice que la razón más probable para que un niño rechace a su progenitor es la propia conducta de ese progenitor. Etiquetas como el SAP sirven para desviar la atención de estas conductas (Dr. Paul Fink) y olvidan que la ambivalencia o el rechazo hacia un progenitor puede estar relacionada con muchos factores diversos (Dr. Gaber)» que no son el caso ni reseñar ni examinar en esta resolución; sin embargo, su imputación y formulación está sirviendo para culpabilizar a las madres de conductas «anormales» de los hijos». (Auto de Juzgado de Instrucción, procedimiento de medidas cautelares).

En los casos analizados también hemos encontrado momentos en los que, dentro del proceso judicial, se han revertido decisiones al considerar alguna instancia superior que se había actuado incorrectamente o que se había demostrado parcialidad por parte del juez. Son casos singulares dentro de nuestra muestra, pero que conservan un hilo común con el resto: muestran cómo el uso del falso SAP y los estereotipos de género para anclar decisiones judiciales pueden suponer una falta de investigación o de motivación de tales decisiones; y también pueden sustentar decisiones tomadas sin cumplir con el requisito de la imparcialidad o sobrepasando las competencias atribuidas.

En uno de los casos, una sentencia anula un juicio que condenaba a la madre y ordena repetirlo con otro juez (Sentencia Audiencia Provincial, Juzgado de lo Penal).

> «En la sentencia se argumenta sobre la diferencia que la jurisprudencia establece entre la «imparcialidad subjetiva» «referida a los sujetos como personas, que consiste en que el juez o tribunal no mantenga relaciones extraprocesales e indebidas con ninguno de los intervinientes en el procedimiento que puedan hacer dudar de su imparcialidad, objetividad y so- metimiento exclusivo al imperio de la ley y el Derecho» y la «imparcialidad objetiva» «referida al objeto, a aquello sobre lo que versa lo que constituye el objeto del procedimiento [...] el juez o tribunal que ha de decidir, ha de encontrarse «puro», no contaminado, al recibir ese «objeto» que por la sociedad le es confiado para su valoración y enjuiciamiento. Lo dicho ha motivado profundas reformas legislativas procesales, en evitación, por ejemplo, de situaciones en las que la misma persona que investigaba, enjuiciaba».

Así, no se exige que «el juez o tribunal permanezcan estáticos, como «convidados de piedra», sino que por el contrario justifica el que el juez o tribunal, en la persona de su presidente, ejerza las funciones que tiene encomendadas» y se reconoce que el juicio supone para el juez o presidente del tribunal «un cierto grado de «implicación», que, aunque pueda entenderse no deseable, resulta inevitable, ya que toda dirección activa puede ser apreciada, desde el punto de vista del tercero no director, interviniente en el procedimiento o bien mero espectador, como una toma de partido, en especial cuando de adopción de decisiones que alguien puede entender desfavorables se trata».

Sin embargo, en ocasiones como la que nos ocupa, la decisión del juez de condenar a la madre, fundamentada explícitamente en estereotipos de género («madre mentirosa») y en componentes del falso SAP («madre instrumentalizadora y revictimizadora de su hija»), es anulada porque «se observa exceso y suplantación de la función acusadora» (por parte del juez cuyo juicio se anula), porque «no se han respetado las garantías que demanda la ley» y «por haber quedado comprometida su apariencia de imparcialidad al haber practicado y valorado prueba, y haber entrado a decidir sobre el fondo de las cuestiones planteadas». A pesar de la anulación de su condena, la madre sigue viendo a su hija en un PEF.

En otro de los casos con los que hemos trabajado, dos niñas son llevadas por la policía a vivir con su padre, que ha obtenido su custodia exclusiva: la mayor había verbalizado en varias ocasiones a su madre violencia sexual por parte de su padre, lo que motivó dos procedimientos judiciales a raíz de denuncias de profesionales sanitarios, que fueron sobreseídos provisionalmente; y la pequeña no tenía filiación paterna reconocida. Tanto en el proceso penal como en el proceso civil se usan informes psicosociales y argumentaciones judiciales ancladas en estereotipos de género y componentes del falso SAP, en especial el de «madre instrumentalizadora». Antes de la incoación de la ejecutoria del procedimiento de familia que otorga la custodia exclusiva de las dos niñas al padre de la hija mayor, este interpuso varias denuncias por sustracción contra la madre y se incoó procedimiento penal contra ella. Y, en ese contexto, la jueza del procedimiento civil ordena, con una providencia, la detención de la madre, que se produce unos días después, y se ve acompañada de arrancamiento de las niñas. La denuncia que la madre pone ante la Comisión Disciplinaria del Consejo General del Poder Judicial se estima en un expediente que encuentra, por parte de la jueza de lo civil, «desatención en el ejercicio de los deberes judiciales» (artículo 4179 LOPJ). El expediente encuentra que la detención de la madre la ordena una magistrada que decide sobre un procedimiento civil, por lo que «carecía de competencia objetiva» para hacerlo. Además, el expediente estima que, al acordar la detención en «una simple providencia», no se ponderaron los derechos fundamentales, ejercicio que ha de llevarse a cabo cuando se acuerda la privación de libertad. Así, se observa:

> «una conducta infractora (de la jueza), un desconocimiento ilógico, irracional, arbitrario y disparatado, carente por completo de justificación [...] un notorio incumplimiento por desatención de las reglas más básicas que deben presidir el proceso encaminado a producir una determinada decisión, con omisión de la diligencia debida, de la normativa a tal efecto habilitante y adaptando una medida limitativa de un derecho fundamental del justiciable, su libertad». (Expediente Disciplinario Consejo General del Poder Judicial).

La sanción impuesta a la jueza fue de 45 días de inhabilitación.

En este capítulo hemos descrito y ejemplificado los componentes del patrón de discriminación identificados a partir del uso y aplicación del SAP en el campo psicojurídico español: la presencia de estereotipos de género, familia, infancia, sufrimiento psíquico y racialización que sostienen y fundamentan las decisiones de jueces y juezas; el uso del SAP en informes periciales e informes psicosociales de los equipos de los juzgados y de otros servicios implicados en la evaluación de la violencia sexual (en el ámbito penal) y de las competencias parentales (en el ámbito civil); el enjuiciamiento realizado bajo el marco interpretativo de SAP que conlleva una falta de fundamentación de las decisiones judiciales respecto al valor y la valoración otorgados a los medios de prueba; el desplazamiento del interés por la denuncia penal hacia el conflicto familiar o de pareja, banalizando la propia violencia sexual; y la resultante falta de investigación y de diligencia debida en los casos denunciados. No obstante, y dada su importancia por la vulneración del derecho a ser escuchado y ser tenida en cuenta la palabra de niñas, niños y adolescentes que comporta, y de acuerdo con estándares internacionales, en el siguiente capítulo nos centramos en dos componentes más del patrón de discriminación, centrados específicamente en la infancia: el cuestionamiento de los testimonios de niñas, niños y adolescentes derivado de los procedimientos de evaluación de la credibilidad subjetiva, así como algunas de las interpretaciones del interés superior del/de la menor que vulneran sus propios derechos.

Referencias

1. Ávila D, Franzé A, Peñaranda MA, Pérez M, González P. Violencia institucional contra las madres y la infancia. Aplicación del falso síndrome de alienación parental en España, 2022, Ministerio de Igualdad. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/violencia-institucional-contra-las-madres-y-la-infancia-aplicacion-del-falso-sindrome-de-alienacion-parental-en-espana/
2. Asociación de Mujeres Juristas Themis y Asociación de Psicología y Psicoterapia Feminista. Segundo informe sobre coordinación de parentalidad. Perspectiva feminista jurídica y psicológica. 2021. Disponible en https://www. mujeresjuristasthemis.org/phocadownload/DEFINITIVO_SEGUNDO_INFORME_COPA_PERSPECTIVA_FEMINISTA_ JURIDICA_PSICOLOGICA_08_03_2021.pdf
3. Asociación de Mujeres Juristas Themis. La respuesta judicial a la violencia sexual que sufren los niños y las niñas. Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. 2019. Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/respuesta_judicial.htm
4. Asociación de Mujeres Juezas de España. Conclusiones de la Jornada sobre el Análisis Multidisciplinar del Denominado Síndrome de Alienación Parental. Celebrada en Madrid el 07/02/2020. 2020. Disponible en: http://www.mujeresjuezas.es/wp-content/uploads/2020/07/sindrome-de-alienacion-parental-1.pdf
5. Bodelón González E. (coord.) Agresiones sexuales, argumentaciones jurídicas y estereotipos; Madrid: Dykinson, 2023.

6. Bodelón González E. Violencia institucional y violencia de género, Anuales de la Cátedra Francisco Suárez. Granada; 2014: 131-155.

7. Delgado C. Violencia contra las mujeres y discurso pseudocientífico. El caso del SAP, en O. Fernández (coord.). Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género. Madrid: McGraw Hill; 2016: 161-170.

8. Escudero A, Aguilar L, De la Cruz J. La lógica del síndrome de alienación parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28 (102): 283-305.

9. Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas. Invisibilización y desprotección de las víctimas de violencia de género en los puntos de encuentro familiar. 2009. Disponible en: http://igualdad.iturbrok.com/documentos/753/invisibilizaci%C3%B3n-y-desprotecci%C3%B3n-de-las-v%C3%ADctimas-de-violencia-de-g%C3%A9nero-en-los-puntos-de-encuentro-familiar:-desmontando-el-sap/YjowOw==/200/

10. Garrido C. Ideología patriarcal y revictimización institucional de las víctimas de violencia de género, Servicios Sociales y Política Social 2018; 35 (116): 63-78.

11. González Prado P. Las violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes como situaciones de violencias machistas, Violencias machistas y políticas públicas: construyendo respuestas feministas e interseccionales de la Revista Idees; 2022. Disponible en https://revistaidees.cat/es/las-violencias-sexuales-contra-ninas-ninos-y-adolescentes- como-situaciones-de-violencias-machistas/

12. GINSAP: Grupo de Trabajo de Investigación sobre el llamado Síndrome de Alienación Parental. Informe. 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/observatorio/gruposTrabajo/docs/ALIENACIONPARENTAL_cap2_lib7.pdf

13. Marín P. Resistencias a la aplicación de la ley integral: el supuesto SAP y su proyección en las resoluciones judiciales, Poder Judicial España, 23 de octubre de 2009. Disponible en https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia- domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/ Premios-y-Congresos/relacionados/Resistencias-a-la-aplicacion-de-la-Ley-integral----el-supuesto-SAP-y-su-proyeccion-en-la-resoluciones-judiciales

14. Padilla-Racero, D. Un acercamiento al acientífico síndrome de alienación parental: repercusiones psicojurídicas y sociales, Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación; 2018; 5 (2): 118-124.

15. Pernas B, Román M. Padres que lo ocupan todo. La infancia en la violencia de género y la violencia vicaria. Informe de resultados. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en https://institutomujer. castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/investigacion_accion_sobre_la_violencia_vicaria_en_el_contexto_de_la_violencia_de_genero_en_castilla_la_mancha_0.pdf

16. Save the Children. Manual formativo para profesionales del sector educativo en detección y notificación de la violencia sexual contra la infancia. 2022. Disponible en: https://www.savethechildren.es/manual-para-prevenir-violencia-sexual-infancia.

17. Save the Children. Los abusos sexuales hacia la infancia en España. 2021. Disponible en https://www.savethechildren.es/actualidad/analisis-abusos-sexuales-infancia-espana.

18. Save the Children. Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España. 2017. Disponible en https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver

19. Save the Children. La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar. Un análisis de casos a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/document/la-justicia-espanola-frente-al-abuso-sexual-infantil-en-el-entorno-familiar-un-analisis-de/

20. Sordo Ruz T. El uso del falso síndrome de alienación parental como violencia institucional, en M. Cabezas y A. Martínez Pérez (eds.). Cuando el Estado es violento. Narrativas de violencia contra las mujeres y las disidencias sexuales; Barcelona: Bellaterra Ediciones; 2022:99-116.

21. Sordo Ruz, T. Prácticas de reparación de violencias machistas. Análisis y propuestas. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2021. Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/ violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/estudios/practicas_reparaacion_violencias.htm

22. Vaccaro S. Violencia vicaria: Las hijas/as que son víctimas de la Violencia para dañar a sus madres, Tribuna Feminista, 18 de marzo de 2016. Disponible en https://tribunafeminista.org/2016/03/violencia-vicaria-las-hijas-y-los-hijos-victimas- de-la-violencia-contra-sus-madres/

23. Vaccaro S, Barea C. El pretendido síndrome de alienación parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia; Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.

24. Sordo Ruz T. Violencias en contra de las mujeres en base al género en el Estado mexicano. Un análisis interseccional, tesis inédita de doctorado. Universidad Autónoma de Madrid Instituto Universitario de Estudios de la Mujer; 2017.

25. Canyelles C. Machismo y cultura jurídica. Etnografía del proceso judicial de la violencia de género, Barcelona: Virus Editorial, 2022.

26. Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) y la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, Reem Alsalem. Declaración Comité de Expertas del MESECVI y la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas expresan su preocupación por el uso ilegítimo de la figura del síndrome de alienación parental contra las mujeres, 12 de agosto de 2022. Disponible en https://belemdopara.org/wp-content/uploads/2022/08/Comunicado-Alienación-parental.pdf

27. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Gender Stereotyping as a Human Rights Violation. 2013. Disponible en www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx

28. González de Lara P, Calle N. Los 'whatsapp' entre Francis co Martínez y el policía Agudo: así se quiso vincular a las madres de Infancia Libre con Podemos, Público, 3 de marzo de 2023. Disponible en: https://www.publico.es/politica/whatsapp-fran-cisco-martinez-policia-agudo-qui-so-vincular-madres-infancia-libre

29. Marín P. Resistencias a la aplicación de la ley integral: el supuesto SAP y su proyección en la resoluciones judiciales. 2009. Disponible en http://www.prodeni.org/Documen-tos%20pdf/Resistencias%20aplica-cion%20Ley%20integral-SAP%20y%20resoluciones%20judiciales.pdf

30. Basaglia F. La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral Editores, 1979.

31. Erro J. Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile. Madrid: Virus Editorial, 2021.

32. Erro J. Guardar el secreto. Abuso sexual infantil y salud mental, en Kamchatka. Revista de Análisis Cultural 2017; 10: 379-393.

33. Del Giudice G. ... E tu slegalo subito: sulla contenzione in psichiatria. Merano: Edizione Alpha Beta, 2020.

34. Fernández Liria A. Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la «salud mental». Bilbao: Desclée de Brouwer, 2018.

35. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu Editores, 2006.

36. Mas Hesse J, Tesoro Amate A. (eds.). Mujer y salud mental. Mitos y realidades. Madrid: AEN,1993.

37. Rotelli F. Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste. Buenos Aires: Editorial Topía, 2015.

38. GREVIO. Baseline Evaluation Report. Spain. Council of Europe. Adopted by GREVIO on 15 October 2020. Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe. Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence Council of Europe. F-67075 Strasbourg Cedex. France. 2020. Disponible en https://rm.coe.int/grevio-s-report-on-spain/1680a08a9f;

39. GREVIO. 3rd General Report on GREVIO's Activities, covering the period from January to December. Council of Europe. 2022. Disponible en https://rm.coe.int/prems-055022-gbr-2574-rapportmultiannuelgrevio-texte-web-16x24/1680a6e183

40. Coordinación parental y plan de parentalidad para víctimas de violencia de género. Fecha: 18/10/2023. Administración: Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Queja número: 22009199. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/coordinacion-parental-y-plan-de-parentalidad-para-victimas-de-violencia-de-genero-2/

EL SAP EN EL CONTEXTO DE DENUNCIAS POR VIOLENCIA SEXUAL EN EL ÁMBITO FAMILIAR: LOS TESTIMONIOS E INTERÉS SUPERIOR DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

SAP IN THE CONTEXT OF REPORTS OF SEXUAL VIOLENCE IN THE FAMILY: DISCLOSURES AND BEST INTERESTS OF GIRLS, BOYS AND ADOLESCENTS

Débora Ávila Cantos
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas 28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
deboraav@ucm.es

Adela Franzé Mudanó
Profesora Titular. Departamento de Antropología Social y Psicología Social (Área de Antropología Social). Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas 28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid); adelafranze@cps.ucm.es

María del Carmen Peñaranda Colera
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Trabajo Social. Campus de Somosaguas 28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid); mcpenaranda@ucm.es

Marta Pérez Pérez
Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas 28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
martap27@ucm.es

Resumen: En este capítulo se abordan los efectos de la introducción del SAP como marco interpretativo de las denuncias por violencia de género y violencia sexual desde el punto de vista de las niñas, niños y adolescentes. En primer lugar, se examina el modo en que afecta a la credibilidad del testimonio de niñas y niños y a su derecho a ser oídos. En segundo lugar, nos detenemos en las interpretaciones del Interés superior del menor vulneradoras de las garantías de protección ante las formas de violencia en el contexto de la violencia sexual en el ámbito familiar, así como las concepciones e interpretaciones del Interés Superior del Menor en relación con sus los deseos y malestares.

Palabras clave: Síndrome de alienación parental; Violencia de Género y Violencia sexual en el ámbito familiar; Infancia; Credibilidad del testimonio; Interés superior del menor; Vulneración de los derechos de la infancia.

Abstract: In this chapter, the effects of introducing the PAS as an interpretive framework for reports of gender-based violence and sexual violence are addressed from the perspective of girls, boys, and adolescents. First, it examines how it affects the credibility of children's testimonies and their right to be heard. Second, we focus on interpretations of the Best Interests of the Child that undermine protective guarantees against forms of violence in the context of sexual violence within the family, as well as conceptions and interpretations of the Best Interests of the Child in relation to their desires and discomforts.

Keywords: Parental Alienation Syndrome; Gender-based violence and sexual violence in the family context; Childhood; credibility of testimony; Best Interest of the Child; Contravention of Children's Rights.

1. LA CREDIBILIDAD DE LOS TESTIMONIOS DE NIÑAS Y NIÑOS

En el estudio uno de los aspectos resaltados más importantes tiene que ver con la vulneración del derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y tenida en cuenta su palabra, contra lo que establecen los estándares internacionales.

La naturaleza misma de la violencia sexual en el ámbito familiar, caracterizada por desarrollarse sin testigos, al abrigo de relaciones –ambiguas– de confianza y por parte de figuras de protección, convierte a sus víctimas en los testigos principales. Muchas de las decisiones en los casos estudiados se han dictado, sin embargo, sin haber explorado convenientemente a los niños, niñas y adolescentes.

Esta problemática tiene más incidencia en el caso de niños y niñas de corta edad y encuentra apoyo, principalmente, en la desalineación de la normativa española respecto a los estándares internacionales: mientras la Observación General n.º 12 (2009) (1) sobre el derecho de la niña, niño o adolescente a ser escuchado no establece límite de edad para esa escucha en los procedimientos judiciales, sino que imponen la obligación de adaptar la forma de escucha a la edad y madurez de cada uno o una, el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (2) establece que se escuchará a la niña, niño o adolescente cuando tenga suficiente edad y madurez y que se considerará, en todo caso, que la alcanza cuando tiene 12 años cumplidos.

Siguiendo esta directriz, en España todavía no es habitual la práctica de evaluar la madurez de cada niña o niño para adaptar la forma de escucha o

exploración, sino que muchos jueces y tribunales deciden no hacerlo hasta que cumplen 12 años. Sin embargo, es su obligación motivar adecuadamente por qué se ha decidido no explorar a la niña o niño. A mayor abundamiento se debería poder diferenciar entre expresar opiniones o juicios, capacidad de comprender, elegir, y el hecho de describir y explicar hechos sucedidos, para cuya descripción o narración no es necesaria madurez, sino el habla o mecanismos adaptados que permitan a las niñas y niños la exteriorización de los hechos vividos.

2. VULNERACIÓN DEL DERECHO A SER OÍDAS QUE TIENEN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las niñas y niños[1] de los casos documentados por nuestro estudio, han revelado expresamente la violencia sexual en el ámbito familiar, o bien sus tutoras legales han sido alertadas por los servicios médicos de la existencia de indicadores psicofísicos o comportamentales compatibles. La revelación expresa se realiza, más frecuentemente y, en primer lugar, a sus madres, pero también ante otros servicios especializados en los que han sido atendidos, en el contexto escolar y/o ante equipos psicosociales y forenses asociados a los juzgados.

Las denuncias se han interpuesto con posterioridad a la revelación o ante la existencia de indicios que advierten sobre posibles violencias sexuales, documentadas con partes médicos y/o psicológicos aportados a las causas. Se han producido en todos los casos siguiendo las recomendaciones de los distintos servicios públicos (hospitales, unidades de atención a la infancia o de abusos a menores, servicios sociales…) o privados (Fundación ANAR, psicólogos especialistas…). El 80% de las niñas y los niños que componen los casos han sido explorados a través de los servicios de familia, unidades especializadas o equipos psicosociales y forenses. De la documentación se extrae que la mayoría de las exploraciones psicosociales o forenses ha priorizado la valoración de la credibilidad de las niñas y niños. En los casos analizados los informes psicosociales, periciales o de otras unidades de atención a la infancia (Unidad Funcional de Abusos al Menor, CAI, entre otros) introducen dudas sobre la credibilidad de las niñas y los niños, y son la vía de entrada del SAP en los procedimientos judiciales.

[1] Utilizamos aquí «niñas y niños» porque los casos documentados en expedientes y entrevistas no incluyen a adolescentes.

3. LA «INFLUENCIA» MATERNA SOBRE EL RELATO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS

Nuestros casos dejan ver la subsunción de la credibilidad de las niñas, niños y adolescentes al supuesto de la influencia materna. El cuestionamiento de la credibilidad se justifica con argumentos de distinto tipo que, a menudo, se combinan entre sí. Se detecta la tendencia a restar credibilidad en base a interpretaciones e inferencias sobre los comportamientos de la madre, o sobre sus actitudes o intenciones, que entonces se convierten en objeto y sujeto del proceso penal, pasando a un segundo plano tanto las agresiones sexuales narradas como el progenitor denunciado.

Los testimonios y relatos de las niñas, niños y adolescentes sobre la violencia sexual sufrida en el ámbito familiar, son considerados por los/as operadores/as jurídicos/as como no coherentes y ambivalentes, poco naturales o espontáneos, con escaso componente emocional (por lo que se interpreta que son discursos aprendidos), con «detalles sorprendentes para la edad corta del menor», con falta de ideas personales, o como incompatibles con una supuesta situación de violencia sexual en el ámbito familiar. Se suman otras simplificaciones de sentido común, como «son cosas de niños», «utiliza un lenguaje muy maduro para su edad» o «su relato es increíble o inverosímil», todas ellas utilizadas para cuestionar directamente el testimonio de niñas, niños y adolescentes.

Cuando es la madre la que recoge, explica y/o complementa el relato en base a verbalizaciones previas por parte de las hijas e hijos, estos relatos son señalados como inducidos por la preocupación materna, interesados y sesgados, que se acomodan a los intereses propios de la madre. De hecho, en algunos de los procedimientos de escucha y recogida de testimonios a niñas, niños y adolescentes suele ser frecuente la formulación de preguntas directas por parte de los/as operadores/as jurídicos/as y otros/as profesionales que apuntan a la inducción del testimonio por parte de la madre: «¿Ha sido mamá la que te ha dicho que digas esto?». Así, se entiende que las niñas, niños y adolescentes son manipulables, y han sido sugestionados/as por la madre quien ha inducido para reproducir el relato de violencia sexual de acuerdo a sus motivaciones espurias. Según un enjuiciamiento basado en el SAP, las niñas, niños y adolescentes fabularían o inventarían situaciones de violencia sexual como parte del plan que la madre ha ideado para perjudicar al padre y obstaculizar la relación paternofilial. El ejemplo siguiente da cuenta de ello:

> «Tras el análisis de la credibilidad del testimonio de la menor conforme al SVA se considera que el mismo es increíble. No se descarta una instrumentalización del procedimiento penal para la obtención de ganancias secundarias en el procedimiento civil, habiéndose objetivado en la exploración de la menor la trasmisión de mensajes negativos de la madre hacia el padre y su entorno familiar. La reiteración de hechos no vividos en un menor puede acabar generando una falsa memoria, como así se desprende de la exploración, la cual,

> una vez instaurada es imposible de restablecer a su nivel inicial, con todas las consecuencias emocionales que ello puede acarrear». (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia).

Como puede apreciarse a continuación los argumentos que cuestionan su veracidad se introducen frecuentemente a modo de presunciones especulativas o asociaciones insinuadas: nótese al respecto las expresiones utilizadas: «no puede descartarse», «posibilidad de ser inducido», «no hay fiabilidad sobre». En el siguiente caso, el informe de valoración, al mismo tiempo que destaca la validez, credibilidad, detalle y contextualización del relato de la niña -que relata la violencia sexual del padre, compatible con violencia sexual-, introduce una sospecha hipotética:

> «No *puede descartarse* que pueda verse influido por la separación de los padres, tendiendo a posicionarse en favor de la madre». (Informe Unidad Atención a la Familia y Mujer, UFAM). «*No se descarta la sugestión*, no se detecta sintomatología postraumática… El relato de la menor no siempre es coherente con el sostenido por la madre en sede policial, se encuentran inconsistencias en la declaración de la menor y el de su madre[...] La menor no ha sido preservada de los conflictos familiares… no es creíble». (Informe del Equipo Técnico de Asesoramiento Penal, EATAP).

En el siguiente caso, la niña ha sido entrevistada por 11 profesionales sanitarios, acompañados por forenses, y ha relatado con amplio número de detalles cada una de las situaciones vividas, existiendo nueve juicios clínicos en un año por «sospecha de abuso sexual». La niña ha verbalizado lo vivido, además de en su casa, a su pediatra y a la unidad de urgencias de un servicio público. El único espacio donde figura que no lo ha verbalizado, según los informes, ha sido en las dependencias del Instituto de Medicina Legal, y sin embargo la sentencia se basa en este dato, cuestionando además la *posible* intervención de la madre en una conversación documentada. La «coincidencia» del divorcio con la denuncia se toma como argumento *probatorio* del supuesto motivo espurio de la madre. Y ello no sólo sustenta la interpretación de que la madre estaría mintiendo, sino que desoye explícitamente a la niña:

> «Por tanto el que la niña haya referido a los médicos, a los psicólogos y a los servicios sociales que la han tratado, que el padre le tocaba, con esa conversación documentada, que además se remonta al inicio prácticamente de las denuncias que interpone la madre […]. Que la madre la quisiera transformar en abusos, eso ya es cuestión de su imaginación subjetiva y carece de fundamento alguno […] aun siendo cierto que la menor hubiese manifestado ante la psicóloga» (Sentencia de Juzgado de lo penal, procedimiento de denuncia por acusación o denuncia falsa).

> «Es precisamente a raíz de las disputas del divorcio, cuando surgen las denuncias, y eso lleva a considerar probado que eran denuncias instrumentales, aunque falsas. (Esto es) un claro indicio de que esas denuncias iban orientadas

> a […] embrolla[r] el procedimiento de divorcio con un procedimiento penal […] Todos sus argumentos relativos a su intención de proteger a su hija […] son apreciaciones de la madre sin ningún tipo de sustento […]. Por tanto el que la niña haya dicho o no haya dicho, carece de relevancia, en el momento en que se contrasta esas supuestas manifestaciones (con informes médicos y peritajes que no hablan de abuso físico claro), que *también han podido* ser influidas por la madre». (Sentencia de Juzgado de lo penal, procedimiento de denuncia por acusación o denuncia falsa).

Las declaraciones de las niñas, niños y adolescentes, aun cumpliendo los requisitos exigidos jurisprudencialmente de ausencia de incredibilidad subjetiva, verosimilitud con corroboraciones periféricas de carácter objetivo y persistencia en la narración, en los casos estudiados no se han considerado suficientemente creíbles y han sido cuestionadas.

La sospecha basta para minimizar la revelación de la posible violencia sexual. Así, vemos cómo en el siguiente caso un pequeño fragmento del relato de la niña o niño focaliza la atención, desplazándola desde los hechos constitutivos de la violencia sexual a un detalle que se eleva a categoría probatoria de la supuesta manipulación materna:

> «La niña ha revelado la violencia sexual por parte de su padre. Varios profesionales han corroborado su relato y las secuelas físicas y emocionales. Tras poner la primera denuncia se abre instrucción por la vía penal y se pide una valoración. La niña, a preguntas directas del pediatra, relata que el papá exhibe sus genitales «todos los días» y los tocamientos con detalle. A la pregunta sobre qué le dice su padre, la niña responde «dice que no se toca», y en otro momento dirigiéndose a la entrevistadora: «A la mamá le dices que ya lo he contado todo». Estas dos últimas frases dan pie a una interpretación «poco creíble» de las verbalizaciones de la niña. El informe concluye que el relato de la niña sería una «reacción al discurso de la madre sobre el abuso» como si hubiese sido vivido por la pequeña. El informe sostiene que la niña evoca el episodio de la bañera como algo divertido y no lo asocia con nada abusivo» (Informe UFAM).

En otros casos, el foco se sitúa en la ausencia de precisiones:

> «Sorprende que no recuerda, el hospital, sus amigos (de X), las mascotas, dificultades en el recuerdo que son difíciles de justificar exclusivamente por la pobre impronta amnésica de estas edades». Se interpretan los dibujos de la nena que sitúan al perro como una «salida airosa al posible conflicto de fidelidades en el que podría estar inmersa». La madre no destaca en los dibujos, y la figura del padre es negada en dibujos y discurso, y cuando se le nombra, se niega sin dar explicaciones. «Ansiedad derivada de la vivencia de un ambiente tenso y restrictivo». De las grabaciones de la madre con verbalizaciones de la niña, se dice que no se pueden valorar porque no hay ningún control oficial sobre ellas, para luego pasar a valorarlas como falsas: «En las grabaciones se detecta una clara influencia de la madre». Los informes de peritos especialistas, que

> corroboran indicios de violencia sexual, son rechazados por no ajustarse a la escala de valoración diseñada por Gardner. (Informe pericial).

Un argumento, no infrecuente, sostiene complementariamente las dudas sobre la credibilidad de las niñas, niños y adolescentes: se basa en la buena relación observada, en situaciones puntuales, de las hijas o hijos con sus padres. Tales argumentaciones desconocen, o no tienen en cuenta, las distintas formas de «adaptación» a la situación que se producen cuanto mayor es la cercanía de los vínculos con el agresor (3). El siguiente extracto muestra, además, el desplazamiento argumental, una vez más, desde el asunto central de la violencia sexual hacia su inscripción en un mero «conflicto de pareja»; sin contemplar un posible contexto de presión y/o coacción.

> «Que la menor y el padre interactúan muy bien en las visitas, que la niña entraba contenta y relajada acercándose a su padre a darle un abrazo e iniciando una conversación distendida sin que mostrase ningún signo de rechazo al padre», la UFAM ha tomado en cuenta este informe y concluye la inexistencia de abusos, e indica que el progenitor paterno siempre se ha mantenido al margen del conflicto… A diferencia de la actitud de la madre este juzgador aprecia que el padre ha intentado preservar a la menor de dichos conflictos acudiendo a las visitas en el PEF sin que por parte de dicho PEF se haya observado dejación de sus responsabilidades o un comportamiento nocivo para la menor». (Informe UFAM).

4. LA EDAD COMO FUNDAMENTO DE LA INCREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO

En el contexto de la persecución de los delitos contra la indemnidad sexual de las niñas, niños y adolescentes se identifican varios aspectos clave que afectan al testimonio de estos. Una pauta general que destaca en este estudio es que la escucha y la credibilidad tienen estrecha relación con la edad de las niñas y niños. Es decir, cuanto más pequeños son, menos se atiende a sus testimonios y más dudosos resultan para los/as operadores/as jurídicos/as e institucionales.

Los estereotipos sobre la pequeña infancia, basados en representaciones de sentido común –no científicas–, sostienen el conjunto de inferencias sobre el sentido de sus conductas. Estas se reflejan en muchas de las exploraciones, «diagnósticos», autos y sentencias de los casos documentados en nuestro estudio. Los niños y niñas de corta edad se presentan como una tabula rasa, por definición, pasivos y programables por modelaje e influencia del entorno. En suma, se aprecia una definición en negativo del adulto ideal: las niñas y niños son dados a la confusión entre fantasía y realidad, verdad y mentira, carentes de razón y razones, privados de sentimiento de culpa… Estas representaciones desconocen la complejidad del desarrollo infantil y de las

capacidades de comprensión de la realidad, de pensamiento, el desarrollo del lenguaje, el desarrollo moral, que jamás es un proceso de absorción mimética del entorno. La reificación y simplificación de las cualidades de la infancia es, por lo demás, lo que sustenta en la pseudoteoría de Gardner del SAP, la noción del menor «alienado». La conexión del constructo SAP con las representaciones comunes sobre la infancia –y de género– es sin dudas uno de los factores que favorecen su relativa aceptación y credibilidad social.

La temprana edad de las niñas y niños sostiene las dudas acerca de su credibilidad y abre el espacio a su valoración mediante el esquema interpretativo previo del SAP[2]. La corta edad de las niñas y niños puede convertirse en argumento suficiente para descalificar sus testimonios, así como para descartar otros indicios y fundamentar un archivo sin más diligencias. Al contrario, a medida que las presuntas víctimas se acercan a la mayoría de edad, se toma más en cuenta su testimonio y se va centrando en ellas mismas. Indudablemente se combinan los estereotipos sobre la pequeña infancia (inmadura, maleable, influenciable, tendente a no distinguir entre realidad y ficción; o mero apéndice de sus madres) (5) con los de género asociados al SAP (mujer manipuladora, etc.).

En uno de los casos, el proceso judicial se inicia a partir de un parte de oficio por maltrato emitido desde el centro de salud. Tras la declaración de la madre, se archiva sin hacer ninguna diligencia más, a pesar de presentar vídeos donde la niña manifiesta actitudes compatibles con la violencia sexual sufrida. Entre ellos una conducta hipersexualizada y narraciones explícitas acerca de la realización de tocamientos por parte de su padre. El auto de sobreseimiento recoge:

> «No se puede sentar en el banquillo con solo la declaración de una niña de tres años de edad, sobre todo, si se constata que, más allá de sus infantiles manifestaciones, no existe ninguna prueba, ningún otro indicio racional de criminalidad […] el relato de la menor y sus condicionantes de edad y carencia de madurez no ofrecen los mínimos requisitos necesarios para ser tomados como diligencia incriminatoria […]. Ni la edad, ni el lenguaje que maneja la menor, ni los datos aportados por la progenitora, nos permiten advertir […] la edad cronológica de la menor no permite la aplicación de las técnicas utilizadas para el análisis de la credibilidad, ni de la validez del relato, por lo que no es posible concluir la existencia, o no, de situaciones abusivas. La fragilidad del relato no se ve compensada por elemento alguno que permita sostener una incriminación basada en meras elucubraciones». (Auto de Audiencia Provincial, procedimiento de denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

[2] Lo constataba *Save the Children* en 2012 (4). En este sentido es importante recordar la significativa composición de nuestros casos: el 100 % de las niñas y niños en el momento de la denuncia eran menores de 10 años y el grupo de edad de 1 a 5 años representa el 77 %

Ciertos comportamientos factibles de ser considerados indicios de violencia sexual contra la infancia por la literatura especializada nacional e internacional (6), entre ellos los comportamientos erotizados (7), son interpretados especulativamente en términos de fases evolutivas del desarrollo de la infancia. En el siguiente ejemplo, el argumento se apoya en una de las conjeturas introducidas, entre otras, por el equipo de valoración de la niña, y se afirma incluso contra el testimonio informado en juzgados de un especialista que atiende a la niña.

> Se toma como referencia un informe de un equipo especializado y la declaración en juzgado de su responsable. Frente a las conductas hipersexualizadas de la niña articula diversas hipótesis, «puede ser fruto del estrés del menor, es un signo de malestar, de ansiedad y este puede proceder de la conflictividad familiar», bien puede deberse a una «actitud habitual» de las niñas y niños pequeños que «se masturban como una fase evolutiva del desarrollo infantil», y «que sí puede ser también un signo de abuso sexual. Una niña en un contexto de divorcio o de muerte de un familiar *puede* autoestimularse, y en un contexto de abuso sexual, también». Se descarta la declaración del pediatra de la niña, en cuyo testimonio señala: «penetración no, pero no puede negar o descartar posibles tocamientos» al tiempo que advierte de que la conducta sexual de la niña «no es normal para su edad». El sobreseimiento se basa en el informe de la UFAM y en la declaración testifical, que «no descarta influencias sugestivas de la madre». (Informe UFAM, acta testifical, Auto de sobreseimiento de denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

Vemos en los ejemplos siguientes, también, que la ausencia de detalles en el relato de los hechos o, por el contrario y paradójicamente, la existencia de un «exceso» de pormenores aportados en el relato del niño, la introducción de nuevos detalles en sucesivas pruebas, también las expresiones utilizadas consideradas «adultas», o todo a la vez, son susceptibles de ser interpretados como hechos discordantes con la temprana edad de las niñas y niños.

> «Y es en este contexto [de la relación del padre con una nueva pareja, y de una madre celosa, según sugiere el informe psicológico] en una sola ocasión, [la niña] relata el hecho de modo sin detalles, limitándose a decir que su padre [describe los hechos]. Ni dice la época, ni el contexto en el que se produjo, si era de noche o de día, lugar y cualquier otro dato. Tampoco da datos sobre cuando se lo cuenta a terceros, lo que sintió, su relación con el padre a partir de eso, el comportamiento posterior del padre, etc.». (Auto de Audiencia Provincial, procedimiento de denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

> Destaca un relato de la niña «no siempre coherente con el sostenido por la madre en sede policial, con la introducción de algunos detalles sorprendentes para la corta edad de la menor: el padre le amenazaba (usa la calificación jurídico penal del hecho). Y habla por primera vez que el padre le amenazaba de muerte. También que los tocamientos […] son también por delante y por detrás. La menor no recuerda la cronología de los hechos y presenta un relato

> aprendido o asimilado de los hechos, utilizando un lenguaje elevado o adulto para su edad, lo que hace probablemente que los profesionales no hayan descartado la influencia materna en la percepción y expresión de los hechos». (Interlocutoria de sobreseimiento provisional).

Por último, el análisis de la credibilidad de las niñas, niños y adolescentes, cuando estos han superado la primera infancia, también se puede apoyar en la búsqueda de «posibles» motivos espurios de las propias niñas, niños y adolescentes. Es importante subrayar que esos motivos se enuncian como «posibles», como ocurre en los autos y sentencias en los que se aplica SAP en procesos por denuncias de violencia sexual contra niñas y niños en su primera infancia, siendo suficiente esa «posibilidad» para sustentar la decisión judicial.

En un procedimiento por denuncia de violencia sexual en el ámbito familiar, los motivos espurios se atribuyen a la adolescente, de 13 años, que sitúa los hechos en el periodo en el que tenía 9 y 10 años. En esta sentencia se recoge que, en el juicio oral, el perito señaló:

> «Que la niña no era neutra debido a que había sido explorada muchas veces, que no podía pronunciarse acerca del factor de sugestionabilidad «que podía haber existido», que la madre le había explicado que ella había sufrido una situación similar en su infancia […] y que no podía efectuar ninguna conclusión acerca de la valoración de su credibilidad». (Sentencia de la Audiencia Provincia, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar). Otro informe de una psicóloga judicial descarta «que la niña haya estado influenciada o sugestionada y considera que el relato es creíble y correspondiente a situaciones vividas». Estos dos informes se invalidan el uno al otro en la sentencia, que considera que los relatos de la adolescente sobre la violencia sexual no tienen «corroboración periférica» y que «la persistencia en la incriminación tiene algunas quiebras, sobre todo en cuanto al número de veces en que sucedieron los hechos», porque en la exploración judicial afirmó que la violencia sexual se produjo «muchas veces», pero «relató las tres prácticas sexuales de la misma manera, como si se refiriera siempre a la misma ocasión». La sentencia también argumenta que «no hemos podido descartar totalmente la existencia de móviles espurios» en la adolescente, porque esta no quiere pasar tiempo en casa de sus bisabuelos, donde ve a su padre. Es decir, el hecho de tener razones para no querer ir al lugar donde ve a su padre sustenta la argumentación de falta de credibilidad.

Sin embargo, es importante señalar que en algunas sentencias penales, que deciden sobre denuncias por violencia sexual contra niñas y niños mayores de 8 años, se introducen razonamientos sobre la credibilidad subjetiva de estos que apoyan sus testimonios. Desechando que el conflicto entre la pareja y/o con la niña, niño o adolescente sea de por sí prueba de motivos espurios y señalando que la diferencia en matices en las declaraciones no implica contradicción en el testimonio.

Vemos un ejemplo:

> «Es cierto que X ha reconocido no llevarse bien con su padre y que se ha puesto del lado de su madre en el proceso de divorcio consecuente a la agresión sufrida [por] esta. Mas no por ello [pierde] credibilidad su testimonio, pues aunque todo denunciante pueda tener interés en la condena del denunciado, no por ello se elimina de manera categórica el valor de sus afirmaciones». (Sentencia del Tribunal Supremo, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

5. LAS CONDICIONES DE LA EXPLORACIÓN Y EL TESTIMONIO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS

El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y escuchadas se ve comprometido, más especialmente en el caso de experiencias traumáticas, por las condiciones del testimonio y evaluación de la credibilidad en las pruebas psicosociales y periciales. La tarea de tomar testimonio es sumamente exigente, depende antes de las destrezas de la persona que las/los entrevista y de los instrumentos utilizados para ello que de dificultades insoslayables propias de la condición infantil. La literatura científica sobre el testimonio en el campo de los derechos humanos (8) destaca que, lejos de depender de la mera voluntad o de la capacidad de los testigos para dar cuenta de su experiencia, lo «decible» se define por la relación social establecida entre quien está dispuesto a hablar y por la disposición a escuchar de quien toma el testimonio. Es decir, reposa, sobre todo, en las condiciones que vuelven comunicable el testimonio. La necesaria adecuación de los instrumentos a la edad, las capacidades cognitivas y peculiaridades de niñas, niños y adolescentes ha sido enfatizada tanto por el Comité de los Derechos del Niño (1) como por diversos especialistas (9, 10).

En un 72% de las entrevistas se relatan situaciones de escucha inadecuadas; por ejemplo, niñas, niños y adolescentes que acuden acompañados por el padre –que en ocasiones llega a estar presente durante la evaluación–, son entrevistados/as por profesionales sin formación especializada en infancia, violencias sexuales y violencia de género, sin enfoque de derechos y que aplican instrumentos de evaluación que no son específicos, no dan información sobre el objeto del proceso y tienen impacto revictimizador en las víctimas… Se comprueba, además, que se realizan en espacios que resultan intimidantes para su edad, ante un número muy elevado de profesionales que en numerosas ocasiones dirigen las respuestas de las niñas y los niños. Las demoras en la realización de las evaluaciones periciales forenses también sesgan los resultados de las mismas; por ejemplo, el estudio comprueba que se realizan habiendo transcurrido entre 6 meses y 1 año desde que niñas, niños o adolescentes verbalizaron la o las situaciones de violencia sexual u otros comportamientos violentos.

Finalmente, se constata la falta de tiempo adecuado para la realización de la evaluación pericial de modo que garantice efectivamente el derecho a ser escuchadas/os de niñas, niños y adolescentes. Dada su relevancia en el

procedimiento judicial, consideramos necesario profundizar en las distintas circunstancias identificadas en las que se desatiende la influencia de diversos factores ligados al contexto de producción del testimonio.

La primera de ellas concierne a la interpretación, por parte de operadores/as jurídicos/as, del silencio. El (auto)silenciamiento de las niñas, niños y adolescentes sobre la violencia sexual no puede equipararse sin más a la inexistencia de los «hechos» objeto de indagación. Está ligado a las dificultades del decir con arreglo a los contextos: la inhibición de hablar en situaciones sociales está condicionada por un proceso de anticipación y acomodación del hablante a los lugares, a las personas presentes (conocidas o extrañas), o a la percepción de que puede ser escuchado por quien no desea que lo haga o por alguien al que se teme. A pesar de estas evidencias, en ocasiones el silenciamiento del niño o niña en el acto de relatar, se abstrae de las circunstancias en las que se produce el relato: se interpreta como prueba indiscutible de la inexistencia de los hechos y justifica que se descarten otros indicios y la realización de más pruebas.

> En uno de los casos, la responsable de la unidad de atención a la familia, autora del informe exploratorio de la niña, declara en el juicio en calidad de testigo sobre la entrevista con la niña: «La niña no quiso hablar, no dijo nada, es muy pequeñita y esto es habitual… suele ser habitual que en las primeras entrevistas los niños muy pequeños no digan nada, con los mayores es más fácil». No obstante, la psicóloga concluye que está «segura de que la niña no ha sufrido abusos» y de que la madre está «obsesionada con el tema, lo que se considera una preocupación mórbida». (Testifical responsable UFAM). Los informes pediátricos hacen constar distintas lesiones compatibles con violencia sexual. Es la única pericial que se realiza y en la que se basa el sobreseimiento.

Nuestra investigación ha apreciado la utilización de modelos de exploración a las niñas y niños basados en preguntas estructuradas, destinadas a producir contradicciones o bien a averiguar sin más preámbulos si la madre los ha instruido para decir lo que dicen. El relato transcrito a continuación refleja la entrevista con una niña de 6 años llevada a cabo por un juez y una fiscal; es decir, sin presencia de profesionales con formación específica en materia de entrevistas en estos casos. Conducida a modo de interrogatorio, está compuesta de preguntas cerradas y directas, así como de repreguntas que plantean un contexto previo de interpretación. Incluso se hacen preguntas cuya respuesta no se espera, o varias al mismo tiempo. También se introducen afirmaciones que dejan ver –y transmiten a la niña– las dudas de juez y fiscal sobre sus manifestaciones. Ambos piden, con insistencia, precisiones temporales y exactitudes difícilmente exigibles a edades tempranas (9). Una vez que la niña relata los hechos, le preguntan sobre los motivos o intenciones de su padre, como si pudiera dar razón de ello o como si el hacerlo fuese una prueba de veracidad. Introducen, también, reproches («solo nos cuentas

cosas malas») cuando la niña se va aproximando al relato de los hechos. Hacen afirmaciones valorativas sobre los vínculos afectivos de ambos padres y la niña, cuyo sentido en la exploración no solo resulta dudoso, sino que demanda implícitamente una posición de compromiso por parte de la niña. Cuando, como indican los estudios especializados, la proximidad del vínculo con el agresor supuestamente una figura de protección incrementa, entre otros, los sentimientos de culpa. Se transcribe a continuación la secuencia de preguntas y respuestas, de la que se han omitido muy pocas partes, señaladas entre corchetes.

> La entrevista se produce en el contexto de un juicio rápido por demanda de medidas cautelares interpuesta por la progenitora junto con la denuncia por abuso sexual después de la revelación hecha por la niña a su madre. Su extensión es de aproximadamente 15 minutos. Durante el transcurso de la entrevista la niña no deja de retorcer un jersey y moverse algo ansiosamente. Los primeros minutos el juez hace sucesivas preguntas a la niña sobre su nombre, edad, sobre la novia de su padre, si se lleva bien con ella, sobre cómo va en la escuela, etc., a las que la niña responde escuetamente y en voz baja. Transcurridos unos minutos el juez (J) pregunta: «¿Cuando estás con papá qué tal estás?» y a continuación sin esperar respuesta: «¿Sabes que tienes que decir la verdad no? […]». La niña (N) responde: «Mal… porque no me cae bien». J: «¿No te cae bien papá?, ¿qué te hace papá para que no te caiga bien?». N: «Me pega». J: «¿Te pega?, ¿cuántas veces te ha pegado?». N (dubitativa): «¿Diez veces?». J: «¿Qué es eso de que no te cae bien?, ¿qué quieres decir con eso?». N: «Me pega y me grita». J: «¿Te pega y te grita?, ¿por qué te pega y te grita?, ¿qué haces tú para que te pegue y te grite?». N: «No sé». J: «¿Te portas mal con él, eres traviesa?». N: «No». J: «Pues… si eres buena, papá no te reñiría». N: «Sí, me pega». (Siguen más preguntas sobre cómo le pega, dónde le pega, etc.). Luego el juez cambia de tema y pregunta sobre sus amigas del colegio […]. Posteriormente vuelve sobre el tema de su relación con el padre. J: «¿Te hace algo más papá?». N: «No me acuerdo…». J: «¿No te acuerdas?». N: «No». J: «Y entonces, ¿por qué te cae mal papá? Papá y mamá te quieren mucho, ¿sabes?». N: «Me hace otra cosa». J: «A ver ¿qué otra cosa?». N: «No me acuerdo». J: «¿No te acuerdas? ¡Hombre, si papá te hace algo feo por lo que no quieres estar con él, te acordarás…!». N: «Me grita». J: «¿Te grita?, te grita y te pega ¿así, solo?, ¿es lo único que hace?». N: «Más cosas…». J: «¿Qué más cosas?». N: «No me acuerdo». (Silencio de unos segundos). J: «Es que estas cosas no tiene uno que imaginárselas mucho, ¿eh?…». N: «Es que llevo muchos días con mamá y no me acuerdo de lo que hacía». J: «¿No te acuerdas de nada, nada, nada de lo que hacía papá?». El juez cambia de tema y le comenta a la niña sobre una foto que tiene su padre en el móvil donde aparece ella junto a la novia del padre, le dice que están muy guapas y le pregunta si quiere que su padre quite la foto. N: «No». El juez cambia de tema. J: «Entonces ¿tú ahora quieres estar con papá o no?». N: «No». J: «¿Por qué no?». N: «Porque me pega y me grita y me cae mal». J: «Y eso de caerte mal ¿qué es? Es que yo no lo entiendo». N: «No me gusta». J: «Y ¿qué hace que no te gusta?». N: «Pues me pega… me grita y cuando estamos en la cama,

pues como mi cama está llena de cosas, pues tiene toda la ropa sucia en mi cama…». J: «¿Eso es lo que hace?». (Silencio). Interviene la fiscal (F): «¿Tu madre te cae mal como tu papa?». N: «No…». La fiscal entonces le dice que ella tiene dos niños pequeños, le enseña la foto de sus hijos a la niña y le dice que ella les regaña muchísimo, les grita y se enfada con ellos, y agrega: «O sea, ¡fíjate si les caigo mal!, si estoy todo el día riñendo y castigándolos. Nos puedes contar si te cae mal papá, si hay algo más…». J: «Porque si eso es todo lo que ha pasado, nos vamos todos a comer, eh?». N: «Estoy con mamá y no quiero dormir con papá, no me apetece…». F: «¿Te hace algo?…». N: «Me rompía la muñeca y la rompía y rompía». F: «¿Eso no te gustaba? y ¿qué más te hacía?». N: «Cuando estamos en la cama… él se mete en la cama y me empuja y un día casi me caigo». F: «Y ¿qué más cosas te hace?». Interviene el juez: «¡Solo nos cuentas cosas malas!». (Silencio). Siguen otras preguntas de la fiscal sobre las próximas vacaciones con su padre… F: «Y tú ¿le contaste algo a tu madre sobre lo que pasó con tu padre?». N: «Que me pega y…». F: «¿En qué sitio te pega?». N: «Aquí y aquí» (señalando su hombro y sus genitales). F: «¿Te pega ahí?, ¿qué es lo que te hace ahí?». N: [relata la violencia sexual]. F: «Y ¿por qué te pega ahí?». N: «No lo sé. Desde los 1, 2, 3 y 4 años… luego le di así (un golpe en la cabeza) y no ha vuelto a hacerlo. F: «¿Cuando tenías 1, 2, 3 y 4 años te [repite los hecho contados por la niña]? ¿Y cuando tenías 5 años dejó de hacerlo porque tú le diste un golpe en la cabeza?». N: «Sí». F: «¿Por qué te hacía eso tu padre?». N: «No lo sé». J: «Pero tú eras muy pequeña ¿no?». N: «Sí». J: «¿Y tú te acuerdas de las cosas cuando tenías 1 año?». N: «Sí». J (dirigiéndose a la fiscal): «¡Yo no me acuerdo! ¿Tú te acuerdas de cuando tenías 1 año?». (Dirigiéndose a la niña): «¡Sí que tienes memoria!». F: «Y ¿por qué tardaste tanto en contárselo a tu mamá?». N: «Es que ese día justamente se lo conté…». J: «Y ¿cómo se puso mamá cuando se lo contaste?». N: «Eso no me lo has contado… Y yo le dije que no me acordaba, es que no me acordaba…». F: «¿Y cuando tu papá te hacía esas cosas era porque estaba jugando contigo? ¿o por qué?». N: «No lo sé». F: «¿Te acuerdas de cómo era a los 1, 2, 3 y 4 años… y a los 5 ya no te lo hace?, ¿hasta los 4 años?». N: «Sí». F: «¿Y por qué lo hacía, jugando o…?». N: «No lo sé». F: «¿No sabes cómo era? ¿Estabais de broma?». N: «Es que fui al baño y yo no había…». F (impaciente): «Pero a ver una cosa, dices que ya no quieres ir con tu papá porque te cae mal, y tal, tal, tal… Pero cuando pasaba esto ¿sí querías estar con él?». N: «No». F: «Es ahora cuando le has dicho a mamá que no quieres estar con él, y antes no le decías nada. Eso nos lo ha dicho tu mamá, ¿eh?». N: «Yo pensaba que mamá me iba a regañar por lo de papa». F: «¿Y por qué?». N: «Por lo de papá». F: «Y ¿por qué se lo dices?». N: Porque si no digo, porque me lo hace, porque me lo hace… no lo sé». F: «Pero si me has dicho que desde los 5 años no te lo hacía, ahora no tienes 4 años. Ya tienes 6». N: «No, desde los 5» (silencio). J: «¿Nos quieres decir algo más?», y sin esperar respuesta le dice a la niña: «Recuerda que tu papá y tu mamá, los dos, te quieren mucho, ¿eh? Eso lo sabes, ¿no?». N: «Sí». J: «Bueno, hemos terminado». (Transcripción de sesión grabada con juez y fiscal en Juzgado de Instrucción penal).

También en algunos casos se produce la interrupción del testimonio expreso de las niñas y niños, lo que se consigna en el informe y, a pesar de ello,

se concluye con rotundidad la inexistencia de indicios de violencia sexual. El ejemplo que sigue muestra, además, cómo la persistencia del paradigma de la inducción materna hace girar la indagación hacia las actitudes y conductas de la madre, minimizando la expresión de la violencia sexual por parte de las niñas y niños.

> La verbalización que hace la niña mayor dentro del centro de atención y delante de un operador no se tiene en cuenta porque este decide no seguir preguntando y ponerse a jugar para tranquilizar a las niñas, quienes, a raíz de presenciar un enfrentamiento entre su madre y su padre, están nerviosas y lloran. «La técnico les pregunta qué es lo que ha ocurrido, a lo que responde estando su madre delante: «Papá me toca el X»». Y a continuación el informe acredita: «La técnico decide que lo más conveniente es no preguntar más sobre este tema, e intentar tranquilizar a las niñas a través del juego». El informe da cuenta, además, del visionado de un vídeo grabado por la madre a la niña. «En el visionado del vídeo se observa que están siendo grabadas por su madre mientras esta les pregunta con tono imperativo sobre lo que les hace su padre. Las niñas responden las preguntas de su madre relatando situaciones de abuso sexual y amenazas de muerte si desvelan esto. En el vídeo se observa falta de empatía por parte de la madre ante el sufrimiento que muestran sus hijas durante la grabación, no siendo consciente del daño emocional que este hecho está ocasionando». El informe concluye que no se observa sintomatología relacionada con violencia sexual en el ámbito familiar contra las niñas, e infieren que estas están inmersas en el conflicto parental, «mediatizadas por el conflicto de lealtad, se encuentran en la necesidad de respaldar el posicionamiento de su madre». (Informe del Centro de Atención a la Infancia).

Otra circunstancia en la que se desatiende la influencia del contexto en la producción del testimonio es el hecho de que el niño o la niña se encuentre ante personas del todo desconocidas hasta ese momento, lo que puede condicionar el relato y alentar su silencio. El siguiente ejemplo da cuenta del contraste entre el contexto de la prueba preconstituida, considerada judicialmente válida, y otro terapéutico donde las relaciones de confianza establecidas con el tiempo y la constancia conforman un entorno adecuado para la libre expresión de la niña.

> Tres meses después de relatar los hechos a su madre, acudir al hospital y denunciar siguiendo indicaciones de los facultativos, se realiza la prueba preconstituida a la niña, que no habla a preguntas de las partes ante el forense que acaba de conocer. El informe concluye que «no pudo recogerse ningún tipo de discurso en la menor, por lo que desde un punto de vista psicológico-forense no es posible ningún tipo de análisis de indicadores de credibilidad, ni complementarios». Tras la testifical, la niña acude a terapia en un servicio público de salud. Varios meses después con sesiones a solas con la terapeuta, la niña realiza y explica un dibujo muy explícito, describiendo masturbaciones, tocamientos, etc., por parte de su padre. También hace dibujos en la escuela, por lo que se abre protocolo en la delegación de educación

> y se realiza un informe al respecto, anexando los dibujos y la explicación a los mismos ofrecida por la niña, que se presenta al juzgado. La sentencia absolutoria, contra la opinión del Ministerio Fiscal, se basa en la falta de pruebas, y para ello se desacredita cada uno de los informes profesionales y testimonios de peritos que acudieron al juicio a testificar. La sentencia sugiere que las manifestaciones de la niña pueden deberse a «fantasías o sugestiones proporcionadas por una persona adulta»; es absolutoria por falta de pruebas. (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar).

En varios de los casos documentados se constata la presencia del investigado en la exploración de las niñas y niños directamente delante del juez con las niñas o niños de su mano. Sin embargo, no parece sopesar su incidencia en el relato de niñas y niños. La desatención de los juzgados a estas situaciones contrasta con el cuestionamiento de evidencias aportadas por las progenitoras, como los vídeos grabados por ellas mismas, aduciendo la posible inducción del testimonio o bien la ausencia de «expresión espontánea y libre» de las niñas y los niños debido –precisamente- a la presencia materna.

> La niña ha verbalizado la violencia sexual y el maltrato físico cometidos en su contra por parte de su padre desde los 2 años. Se denuncian en dos ocasiones las agresiones sexuales y estas se archivan de manera provisional, sin investigar la violencia física y sexual que la niña ha verbalizado y reflejado en dibujos: todos los procesos se resolvieron a través de los dos informes hechos por el equipo psicosocial adscrito a los juzgados donde se le aplica a la madre el supuesto SAP incluida la «terapia de la amenaza». Ello propicia la separación de la niña de su madre atribuyéndole la custodia a su padre. En todos los procesos es el padre, presunto agresor y maltratador, quien lleva a la niña a las exploraciones, pruebas preconstituidas e incluso a la forense. En uno de los informes consta claramente que la niña fue «acompañada por su padre» mientras la forense reconocía a la niña y le hacía preguntas (Informe forense).

La solicitud a las niñas y niños de «escenificar» las prácticas de violencia sexual cometidas contra ellos y ellas es una muestra extrema de la inadecuación de las formas adoptadas por la interrogación, de la falta de tacto en las exploraciones, que se traducen en nuevas violencias ejercidas sobre ellas y ellos.

> Después de testificar, el niño sale muy alterado del despacho donde se ha realizado por parte de los psicosociales la entrevista. Al abrazarlo para confrontarlo, la madre nota que la mano del niño huele a caca. Al preguntarle por lo ocurrido, el niño relata que la psicóloga le pide que hiciera lo mismo que le hacía su papá y él, atendiendo a la solicitud de la operadora jurídica, se introduce los dedos en el ano. (Entrevista).

6. RETRACTACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA DESPROTECCIÓN

La primera vez que la niña declaró ante un juez, necesitó doce minutos para ser capaz de narrar la violencia sexual. Lo hizo a los pocos días de habérselo revelado a su madre, en un juicio rápido y declarando en una sala delante del juez y fiscal. Después de esa ocasión, la niña volvió a narrar la violencia sexual hasta un total de seis veces frente a muy distintos profesionales. Pese a ello, el juez nunca dio credibilidad a su relato y desechó un total de cinco informes que lo consideraban sólido para apoyarse en el único que sembraba la duda sobre las declaraciones de la pequeña. (Juzgado de Instrucción, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar, diligencias previas). Cinco años después, la niña se retracta. Esta vez lo hace al principio de su declaración. Escucha, con una sonrisa nerviosa y las manos siempre en movimiento, las instrucciones de la psicóloga. Vuelve a narrar los hechos una vez más. La psicóloga le pregunta cuándo pasó aquello: «No sé… es que no… eso que eso que conté no es verdad…» y rompe a llorar. «¿Cómo que inventas algo así?», le pregunta la psicóloga. Entre un llanto cada vez más intenso la respuesta queda anclada en las mismas palabras: «No sé… no lo sé… es que no lo sé… no me acuerdo» […]. Y ahora, «¿cómo estás con tu padre?», continúa la psicóloga. «Bien, muy bien», afirma, aún entre sollozos. (Grabación de la declaración de la niña ante una psicóloga de los juzgados).

La niña había sido arrancada de su madre casi un año antes, sin posibilidad de volver a comunicarse con ella en todo ese tiempo. Vivía, aislada, en la misma casa de aquel al que jueces y psicólogos esperaban que volviera a acusar.

Un 32 % de las niñas y niños de nuestra muestra que revelaron la violencia sexual que sus padres ejercían sobre ellos acabaron retractándose en algún momento del proceso judicial. Las cifras que arroja nuestro estudio se corresponden con una de las cinco reacciones típicas en niñas y niños violentados sexualmente que los profesionales identifican (el secreto, la desprotección, la adaptación, la revelación tardía serían el resto) (3). Así, en la base explicativa de la retractación en los testimonios de niñas, niños y adolescentes que han sufrido violencia sexual se encuentra el concepto de «síndrome de acomodación» de Summit (3).

> «El síndrome se compone de cinco categorías, de las cuales dos definen la vulnerabilidad infantil básica y tres dependen secuencialmente de la agresión sexual: (1) secreto, (2) impotencia, (3) atrapamiento y acomodación, (4) revelación tardía y poco convincente, y (5) retractación. El síndrome de acomodación se propone como un modelo simple y lógico para que lo usen los médicos para mejorar la comprensión y aceptación de la posición del niño en la dinámica compleja y controvertida de la victimización sexual. La aplicación del síndrome tiende a desafiar mitos y prejuicios arraigados, brindando credibilidad y defensa para el niño dentro del hogar, los tribunales y durante todo el proceso de tratamiento».

Frente a algunas críticas que se formularon a la propuesta de Summit desde medios judiciales, Lyon, Williams y Stolzenberg revisaron y apoyaron el concepto de Summit en una publicación en la revista *Behavioral Sciences & the Law* (11).

Estos autores señalan en su introducción:

> «Summit (1983) discutió cómo se inicia y mantiene en secreto el abuso sexual repetido por parte de un adulto en una posición de confianza. Su artículo describía cómo el abuso sexual progresa a través de la explotación del niño indefenso y dependiente, y a través de incentivos para mantener el abuso en secreto. Describió cómo la incapacidad del niño para denunciar los primeros actos de abuso garantiza la victimización futura y lleva al niño a culparse a sí mismo por el abuso. La divulgación, si ocurre y cuando ocurre, se retrasa y no es convincente, debido a la ambivalencia del niño sobre la utilidad de contar y la renuencia del padre que no ofende a creer al niño. Finalmente, los niños abusados pueden retractarse de sus acusaciones en respuesta a las consecuencias negativas de la revelación, más notablemente el rechazo por parte de aquellos a quienes recurren en busca de apoyo» (11).

La retractación puede producirse, por tanto, en virtud de múltiples variables. Sin embargo, estudios sobre el tema (3, 12-16) coinciden en señalar algunas constantes: el tipo de vínculo que le une con el agresor (a más proximidad, mayores son los sentimientos de culpabilidad por acusar a una figura de supuesta protección); las presiones o coacciones que realizan el propio agresor o su entorno (sobre todo si la violencia sexual proviene de su entorno de confianza y no se toman las medidas para alejar a la víctima del agresor); y la victimización secundaria que sufren las niñas, niños y adolescentes durante el proceso judicial, que favorece el deseo de abandonar esta vía. En los resultados de nuestro estudio confluyen la mayoría de estas variables, pero queremos poner el foco especialmente en la última de ellas. La aplicación de falso SAP supone un cuestionamiento del relato de la madre y de la niña, niño o adolescente, que ve cómo su denuncia, lejos de conseguir protección frente a la violencia recibida, tiene efectos negativos en las personas que la/lo protegen (castigo a la madre, generalmente debido a un enjuiciamiento posterior) y avanza en su desprotección (establecimiento de custodia compartida o pérdida de la custodia de la madre en favor del padre, que obtiene la custodia exclusiva). Entre las variables que influyen en la retractación de las niñas, niños y adolescentes se encuentra, pues, el deseo de regresar a la «normalidad» que conocía antes del inicio del procedimiento judicial.

No es de extrañar, por tanto, que, una vez hecha la retractación, cuando a la niña se le pregunta si quiere decir algo más, demandara, precisamente, esa marcha atrás.

> «¿Hay una cosa más que me quieras contar?», pregunta la psicóloga. «Sí, cuando me dijeron que tenía que estar con mi padre me dijeron que volvería a ver a mi madre pero no la he vuelto a ver y la echo muchísimo de menos»

(rompe a llorar muy fuerte). (Grabación de la declaración de la niña ante una psicóloga de los juzgados).

Si bien la retractación de un hecho de violencia sexual durante un proceso judicial es uno de los momentos más complejos de las intervenciones judiciales, introduciendo una nueva variable en la investigación acerca de los motivos o causas de la retractación, debe, en todo caso, entenderse como un posible indicador más de la violencia sexual sufrida. En la práctica, sin embargo, la tendencia en los juzgados es conferir mayor credibilidad a este relato por encima de las revelaciones, considerando así la retractación como prueba de que la violencia sexual contra la víctima nunca se produjo.

«Cabe igualmente destacar, como se expone en el auto dictado por el Juzgado de Instrucción n.º X, en el curso de las D. P. X, y tras la exploración de la niña, esta reconoció que la violencia sexual que imputó a su padre no eran ciertos. No indicó contrariamente la razón por la cual llegó a realizar dichas afirmaciones. […] Todo ello aun cuando posteriormente quedará probado, en base a la propia declaración de dicha menor, que dicha violencia sexual era falsa». (Juzgado de Instrucción, procedimiento por denuncia por violencia sexual en el ámbito familiar, diligencias previas).

Resulta importante insistir en este punto. Los manuales y protocolos más reconocidos para la detección de la violencia sexual sobre niñas, niños y adolescentes (17) coinciden en señalar la retractación como una secuela contingente de la agresión sexual, esto es, no necesariamente porque exista un retracto se debe descalificar la versión anterior, o considerar que no es víctima del delito de agresión sexual; por el contrario, deben realizarse las pruebas periciales pertinentes para explicar la retractación, en tanto que esta puede entenderse como un indicio de que una niña, niño o adolescente ha sufrido violencia sexual. La tendencia documentada a considerar la retractación como prueba de la ausencia de delito señala, cuanto menos, la ausencia de formación de los magistrados y profesionales que emiten dicha valoración. De esta forma, la retractación se interpreta dentro de un marco cultural dominante en el que la violencia sexual en el ámbito familiar contra las niñas, niños y adolescentes ha sido sistemáticamente ocultada y silenciada como un tabú impensable. Magistrados y profesionales ven así en la retractación la confirmación de un punto de partida cultural previo al conocimiento de los hechos, a saber, que la violencia sexual en el ámbito familiar no existe y que, cuando se denuncia, es porque la madre tiene como único interés dañar al padre.

Frente a esta tendencia observada, resulta necesario mencionar la Doctrina de la Fiscalía General del Estado, Circular 3/2009, de 10 de noviembre, sobre protección de los y las menores víctimas y testigos (18). En ella se señala cómo

> «es también importante recordar que en ocasiones un menor que realmente ha sido víctima de abusos sexuales puede presentar síntomas aparentemente opuestos a las nociones de credibilidad y verosimilitud: secreto, sentimientos de desamparo, acomodación al abuso, reserva, mimetismo, depresión y ansiedad, confusión, demora en informar del abuso, descripciones inarticuladas e incluso retractación […]. Tampoco debe perderse de vista, en relación con los delitos contra la libertad sexual de menores, el denominado «síndrome de acomodación del abuso sexual infantil». Este síndrome describe que es habitual que el niño se vea presionado por sus sentimientos de culpa y por el sufrimiento de sus familiares, y sienta que tiene en su poder la responsabilidad de proteger o dañar a su familia, lo que puede generar falsas retractaciones»

7. INTERPRETACIONES DEL INTERÉS SUPERIOR VULNERADORAS DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

A partir del análisis de casos documentados, se abordan en los siguientes apartados distintas dificultades encontradas para el reconocimiento pleno del derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser escuchados, informados y tenida en cuenta su opinión, así como aquellos que afectan a las garantías de protección ante las formas de violencia en el contexto de la violencia sexual en el ámbito familiar. Se analizan finalmente las concepciones e interpretaciones del Interés Superior del Menor en relación con los deseos y malestares expresados por los niños, niñas y adolescentes en cuanto al mantenimiento o reanudación de las relaciones paternofiliales.

7a. Vulneración del derecho a obtener protección integral efectiva y oportuna, ante situaciones de violencia de género y/o violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes

La vulneración del derecho de la infancia a ser escuchada genera un entorno propicio para la impunidad de este tipo de delitos por cuestiones procesales. En particular, ello concierne a las medidas de protección de las niñas, niños y adolescentes frente a la posible repetición de la violencia sexual y a las formas de secreto, presión, coerción y/o amenaza que, no infrecuentemente, los acompañan. Esto es especialmente relevante cuando sus progenitores son los presuntos responsables.

El informe de Themis de 2019 (19) constataba la escasa adopción de medidas cautelares en procesos por presuntas agresiones sexuales: solo en el 14 % de los casos se fijó como medida cautelar la prisión, en general en aquellos de especial gravedad y se mantuvo pocos días. Las medidas consistentes en la prohibición de aproximación y comunicación aparecen en muy pocas de las sentencias analizadas. Por su parte, Save the Children (20) pone de

manifiesto que en el 56 % de los casos se tomaron medidas consistentes en alejamiento; en el 17,82 % prisión provisional; y la detención en un 6,71 %. Sin embargo, en un 22 % de los casos con sentencias condenatorias en fase de cumplimiento no se impone ningún tipo de medida accesoria. Un dato tan relevante como preocupante al respecto lo ofrecía recientemente la fiscalía: 879 hombres que cumplen condena por violencia de género siguen recibiendo las visitas de sus hijos e hijas. Antes de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/2021 (21), de las 30.000 órdenes de protección contra las mujeres, los jueces solo retiran las visitas al padre maltratador en el 3 % de los casos (22). Como se ha señalado anteriormente, en 2020 y 2022, GREVIO (23, 24) ha advertido sobre la reticencia de los jueces a suspender o limitar visitas, patria potestad y otros derechos paternos tanto en la instrucción de casos de violencia sexual o de género como en las sentencias resultantes. En una línea semejante a la apuntada por Save the Children en 2012 (4), esta investigación ha podido identificar algunos patrones en las actuaciones judiciales en cuanto a medidas de protección se refiere.

El análisis de la muestra de sentencias en procesos civiles permite observar que en las resoluciones en las que el juzgado o la Audiencia Provincial aprecian la necesidad de restringir o suspender provisionalmente la comunicación entre padres e hijas o hijos, lo hace en base al argumento de que existe un riesgo a la integridad de las niñas, niños o adolescentes. De manera que, para determinar si es necesario restringir o suspender provisionalmente la comunicación entre padres e hijas o hijos, el juez busca lo que considera un riesgo para la integridad de estos y, en su caso, para revertir la restricción o suspensión acordada previamente, analiza si es posible descartar que la convivencia pueda implicar riesgo a la integridad de niñas, niños o adolescentes. Los resultados de nuestra investigación muestran que sólo se reconoce un riesgo cuando hay un procedimiento penal en curso en el que la niña, niño o adolescente cuya custodia se discute es la víctima. En cualquier caso, en las resoluciones analizadas, las suspensiones acordadas solo se presentan en aquellas que implicaban hechos de violencia sexual en el ámbito familiar sobre hija o hijo en común (sobre el que se discutía la custodia). En cambio, el régimen de visitas supervisado parece ser una medida a la que se recurre tanto en casos de hechos de violencia sexual en el ámbito familiar en perjuicio de la hija o hijo sobre el que se discute la custodia, como en casos de violencia sexual contra otra niña, niño o adolescente. Vemos a continuación ejemplos de resoluciones en el ámbito civil, con procedimiento penal abierto, en las que:

Se acuerda la *suspensión de las visitas*:

> En su fundamentación la AP: «… Para decidir en relación a las cuestiones planteadas por el recurrente, se tiene en consideración que con base en la existencia de un procedimiento penal contra el demandado por posibles abusos sexuales en relación a la hija llamada X, el juzgado acordó […] la suspensión del régimen de visitas paternofiliales…». «La declaración de

> nulidad no afecta [tal] suspensión provisional…, que adoptó la magistrada-juez «a quo» en el ejercicio de sus atribuciones en aras de la protección efectiva de los menores al amparo del artículo 158 del Código Civil, del artículo 39 de la Constitución española, la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 15 de enero de 1996, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 24 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea». (Sentencia Audiencia Provincial, procedimiento de familia).

Se considera que es suficiente la supervisión de las visitas en el marco de un PEF (Puntos de encuentro Familiar):

> En su fundamentación la AP: «… por el contrario existen en la causa una serie de indicios afectantes al padre de los que se desprende la existencia de una situación de riesgo para el menor. Es cierto que aquel goza de la presunción de inocencia hasta que eventualmente pudiera recaer sentencia penal firme de condena, pero en el momento actual se aprecia la posibilidad de que la misma quede desvirtuada y ello constituye una situación de la que debe preservarse al menor… Ante esta tesitura y en aras de preservar el superior interés [del menor] la guarda del mismo ha de ser atribuida a la madre fijándose además un régimen de visitas limitado en el tiempo y controlado por el Servicio de Punto de Encuentro en cuanto a las entregas y recogidas para evitar que los progenitores puedan hacer partícipe al menor del conflicto que les enfrenta con el consiguiente daño para él. Por ello fijamos que como régimen de relación paternofilial, [el padre y su hijo] se relacionarán con la intervención del servicio Punt de Trobada familiar realizándose las entregas y recogidas en dicho servicio…». (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia).

Junto a la tarea de supervisar las visitas, a cargo del PEF, el juzgado o la AP suele prever también el deber de que el PEF emita informes dando cuenta del desarrollo de estas visitas. Cuando optan por este régimen supervisado, los jueces y juezas o magistrados/as suelen dejar abierta la posibilidad de progresión en las visitas a resultas de lo que considere el PEF en esos informes. De manera que se deja al PEF una gran responsabilidad y, por tanto, un gran poder de influir directamente en la determinación del régimen de convivencia, en los casos en los que se reconoce judicialmente que el padre comporta un riesgo para la niña, niño o adolescente[3]. Solo una resolución reconoce un riesgo incluso cuando el procedimiento penal se encuentra sobreseído provisionalmente. Además, esta resolución es la única de las 26 resoluciones que implican indicios de violencia sexual en el ámbito familiar por parte del padre que, además de suspender la comunicación, priva al padre provisionalmente de la potestad parental. Esta resolución también es la única que plantea que

[3] El establecimiento del régimen de visitas supervisado se concreta en las distintas modalidades que se indican a continuación: distintas modalidades de supervisión de visitas en el PEF; desarrollo de las visitas en el PEF; entregas y recogidas en el PEF; híbrido: entregas y recogidas y parte de la estancia en el PEF.

es posible identificar riesgo ante indicios de violencia sexual en el ámbito familiar aunque no haya un procedimiento penal abierto. Aunque en este caso sí que existía un procedimiento penal sobreseído provisionalmente.

> «No existe por tanto ninguna declaración de hechos probados que sí vincularían al tribunal civil. En sede penal, aun de forma provisional, se ha sostenido que no ha resultado debidamente justificada la perpetración de un delito de abuso sexual y/o maltrato por parte del (padre). Pero esta afirmación no implica que el comportamiento del padre no pueda ser objeto de análisis en la jurisdicción civil que debe dictar medidas en relación a los efectos personales de la disolución matrimonial. La prohibición de acercamiento y de comunicación acordada en la sentencia –en el auto de complemento de 22 de enero de 2020– está vinculada a una doble condición: el sobreseimiento definitivo del procedimiento penal abierto y la inexistencia de riesgo para el menor. Unos hechos pueden no ser considerados delictivos, o pueden no quedar acreditados pero ello no impide al tribunal civil valorar el conjunto de circunstancias acreditadas y adoptar las medidas más adecuadas al interés del menor. Las sentencias dictadas en procedimientos de familia son siempre susceptibles de modificación de producirse una alteración sustancial de las circunstancias por lo que de recaer una resolución penal que afirme que los hechos nunca ocurrieron o que en ellos el (padre) no tuvo participación de ninguna clase, pudiera determinar una nueva resolución civil. Tal como dijera la sentencia de la AP de Asturias de 13 de junio de 2017: «Este sobreseimiento –el provisional– se apoya en la existencia de un déficit que presupone la presencia de algún indicio o sospecha de la existencia del hecho delictivo denunciado, diferente al sobreseimiento libre del arto. 637.1 del mismo texto procesal que exige la inexistencia de tales indicios determinantes de la ausencia de cualquier interés de persecución penal del hecho». Por tanto, debe rechazarse la cuestión previa. […]
>
> Por tanto en el presente procedimiento han quedado acreditados indicios claros de un comportamiento sexual inadecuado por parte del padre en relación al menor, comportamiento que afectan a su integridad, su libertad y al libre desarrollo de su personalidad por lo que de conformidad con lo previsto en el arto. 233.11 en su redacción aprobada por Real Decreto se impone la suspensión del régimen de estancias, previsión aplicable tanto a supuestos dependencia el procedimiento penal como a aquellas situaciones en las que no esté abierto un procedimiento de esta naturaleza: esta posibilidad legal responde al interés del menor pues el sobreseimiento provisional o la conclusión de sumario sin procesamiento no es sinónimo de inexistencia de los hechos sino simplemente que no han concurrido elementos suficientes para desvirtuar la presunción de inocencia, pero los indicios antes expuestos sí tienen entidad suficiente para tener por acreditado un ejercicio absolutamente inadecuado de la potestad parental con perjuicio directo en el menor de edad que justifica tomar la medida que mejor salvaguarde su interés y en este caso, ese interés comporta no mantener relación de ninguna clase con su padre y que la potestad parental sea ejercida exclusivamente por la [la madre] de conformidad con lo dispuesto en el arto. 236-10 del CCcat.». (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia).

Como vemos, el riesgo es el factor determinante para decidir suspender o restringir la convivencia con el padre. En ninguna de las sentencias se plantea la necesidad de valorar la afectación que el mantenimiento de la comunicación con el padre (investigado por violencia sexual en el ámbito familiar o sobre el que existan indicios de esa violencia) pueda implicar al bienestar general de la niña, niño o adolescente, como ya hemos señalado, en particular a su salud y desarrollo emocional. Ni cuando es en relación con esa niña, niño o adolescente que se están investigando los hechos de la violencia sexual en el ámbito familiar, ni cuando este manifiesta su deseo de no querer ver a su padre y se aprecian signos evidentes de rechazo:

> «Incluso en la entrevista con el psicólogo, cuando no estaba el padre y sí su tía materna, llega a decir que no quería estar conviviendo con el padre, que prefería convivir con la madre. También es de referirnos a la existencia de tics en boca y ojos, y si bien no se puede atribuir específicamente dicha circunstancia a la custodia compartida, lo que sí reflejan es una situación de nerviosismo o estrés frente a una situación de tensión, lo cual para una niña de la edad de la mencionada no es normal, debiendo acudir a las circunstancias más obvias concurrentes, que no son otras que la situación de tensión ante las denuncias de la misma, el examen por peritos, conflictos de lealtades etc., que lógicamente tienen una manifestación externa a través de los referidos tics, siendo otro hecho sugestivo, el que los tics cesaran cuando cesó la guarda compartida. Por otra parte también hay que citar las conclusiones del perito que ha llevado a cabo el examen de los implicados, y que tras reconocer la aptitud de ambos progenitores para el cuidado de la menor, no obstante, considera que por las circunstancias concurrentes, recomienda que sea la madre quien ostente la guarda y custodia exclusiva, recomendando que el padre acuda a terapia para entender adecuadamente y resolver emocionalmente la situación vivida, y en cuanto a la menor, adoptar los medios necesarios para que sea capaz de tolerar mejor la convivencia con el padre. Es evidente que el contacto a lo largo del tiempo con el mismo es una buena terapia, por lo cual no recomienda que se acuda a una guarda y custodia compartida, sino que se remite a la guarda por parte de la madre, y ya posteriormente, transcurrido un tiempo no inferior a dos años, realizar una nueva evaluación y valorar si es posible o no instaurar una guarda compartida, pero sin que pueda adoptarse de forma automática, después de transcurridos esos seis meses desde la sentencia de instancia, como solicitaba el apelante, por todo lo cual, dando por reproducidos los fundamentos de la resolución recurrida, es procedente la desestimación del recurso y con ello la confirmación de la sentencia recurrida, si bien en atención a la materia objeto de recurso no procede hacer expresa imposición de las costas de esta alzada». (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia)[4].

[4] En este caso se acordaron visitas en PEF, en el marco de un procedimiento penal por denuncia de violencia sexual en el ámbito familiar, sobreseído provisionalmente.

Ni siquiera cuando hay informes que dan cuenta del rechazo, del malestar que esa convivencia con el padre durante las visitas está generando en las niñas, niños y adolescentes:

> «En el referido informe se indica que, en relación a las visitas supervisadas… (niña), ante las muestras de afecto de su padre, tiende a corresponder con abrazos ofrecidos por (padre), aunque de forma pasiva y de manera irregular. Asimismo, se observa que la mayor de las hermanas muestra una actitud más distante al inicio de los encuentros, aunque a medida que estos avanzan muestra mayor iniciativa e interacción con su padre. Señalar que tanto (niña) como (niña) tienen a evitar responder a las preguntas que (padre) les plantea acerca de su vida cotidiana o la escuela, percatándose este de la incomodidad mostrada por sus hijas ante dichas cuestiones, evitando mostrar insistencia». En relación a los intercambios paternofiliales «a pesar de que en un principio no se observan incidencias reseñables, a medida que estos avanzan se observa un ligero declive en la relación de (niña) con su padre. Inicialmente ambas hermanas saludan afectivamente a su padre al acceder al centro, mostrándose cercanas mientras juegan al móvil o conversan con él acerca de diferentes cuestiones. Sin embargo, a medida que avanza el período y más aún en los últimos encuentros, se observa que (niña) adopta una actitud cada vez más fría y distante con su padre durante la media hora de supervisión y en especial a la hora del saludo y la despedida, momento en el cual (niña) muestra una actitud pasiva e incluso de rechazo, llegando en ocasiones a no despedirse de su padre […]. Del mismo modo, se observan ocasiones en las que (niña) verbaliza frases que ponen de manifiesto su malestar […]. Asimismo en ocasiones se observa cierta ambivalencia por parte de (niña), la cual busca la atención paterna, pero en cambio, rechaza la misma cuando este se la dedica. Ante la actitud de (niña), (padre) trata de respetar el ritmo de su hija y restarle importancia a las verbalizaciones de esta, aunque reconoce en numerosas ocasiones estar muy preocupado por el estado de la niña, ya que, entre otras cosas, refiere que le preocupa la visión tan negativa que tiene su hija acerca de la vida, su situación escolar, el conflicto entre los progenitores, así como el malestar y tristeza que se observa en ella»[5]. (Sentencia de Audiencia Provincial, procedimiento de familia).

El análisis en profundidad de los casos documentados pone de manifiesto otros aspectos relevantes de las fundamentaciones utilizadas cuando se trata de adoptar, negar o levantar las medidas de protección en el contexto de la aplicación del falso SAP.

El caso siguiente ilustra, por un lado, que los cambios de custodia en pleno proceso penal obedecen a una reinterpretación del riesgo de las niñas, niños y adolescentes en términos del sufrimiento al que los somete su madre. Por otro lado, la existencia de un sobreseimiento provisional anterior

[5] En este caso se acordaron visitas en PEF, procedimiento penal por violencia sexual por denuncia de violencia sexual en el ámbito familiar, sobreseído provisionalmente.

tiende a ser tomado como un hecho definitivo y suficientemente «acreditado», que predispone a invalidar nuevos hechos y evidencias como si fuesen «cosa juzgada». En los procesos donde se dirimen medidas paternofiliales, comprobamos una tendencia frecuente a entender los archivos provisionales como si se tratase de sobreseimientos libres, omitiendo que ello no significa la absolución ni que los hechos no hayan ocurrido, sino que no han podido ser acreditados suficientemente. Así, en el contexto de aplicación del SAP las relaciones de maltrato, denuncias previas o incluso en curso, etc., no se consideran un indicativo de la existencia de un entorno de violencia o desprotector, pero sí de una motivación espuria de la madre.

> El juez se remonta a un sobreseimiento anterior de la causa por abusos, sin mencionar los recursos interpuestos por la madre, como no sea para reprocharle una conducta dañina sobre la niña por las «exploraciones» médicas a las que la «somete». Se basa en informes del Equipo de Asesoramiento Técnico de Familia (EATAF) que aplican el SAP y retoma sus recomendaciones de «reorganización» familiar: «La madre efectúa una continua acusación de malos tratos hacia el padre sin que hasta el momento hayan resultado acreditadas en vía penal tales acusaciones y para obtener su finalidad instrumentaliza a la menor [X] y la somete a intervenciones psicológicas con distintos profesionales para obtener dictámenes periciales favorables a sus pretensiones en los distintos procesos entablados frente al padre […]. Los peritos del EATAF, trabajadora social y psicóloga, han ratificado la necesidad de un cambio en la organización familiar con atribución de la custodia al padre por las constantes interferencias de la figura materna sobre la menor que dificulta la relación paternofilial expone arbitraria e innecesariamente a la menor a continuas evaluaciones psicológicas y, además, porque la madre no es consciente de los riesgos sobre la menor de tal modo de proceder». (Sentencia de Juzgado de lo Civil, procedimiento de medidas paternofiliales).

De hecho, en algunas argumentaciones jurídicas se encuentra, de cara al establecimiento de medidas de protección a las niñas, niños y adolescentes o a dirimir su custodia, la tendencia a equiparar en términos de riesgo para ellas y ellos la posible instrumentalización de la madre con la sospecha de violencia sexual por parte del padre, como se ilustra en el caso siguiente. La solicitud y obtención de medidas legales de protección que limiten las relaciones paternofiliales llega a interpretarse –en este contexto– como una manipulación de los procedimientos por parte de la madre.

> «Con cobijo procesal en el art. 158 CC y ante el contenido del informe emitido por el equipo psicosocial adscrito al juzgado (donde no se descarta posible instrumentalización de la madre) que pone de manifiesto la existencia de una situación de riesgo en el menor que pudiera verse agravada aún más en el que caso de que el mismo continúe residiendo junto a la madre sin tener contacto con el progenitor no custodio, pero también valorando el hecho de que se ha iniciado un nuevo procedimiento penal contra el Sr. X por presuntos abusos

> sexuales […] ha interesado el Ministerio Fiscal fijar un régimen de visitas en favor del padre». (Juzgado de Instrucción, procedimiento de medidas paternofiliales).

La tendencia a primar en los juzgados de familia el contacto de las niñas, niños y adolescentes con sus padres, donde vuelve a aparecer el SAP como contexto interpretativo, se produce también en decisiones judiciales posteriores a la entrada en vigor de la ya mencionada LO 8/2021, de 4 de junio. En el ejemplo que sigue –un caso de violencia de género– se resuelven las medidas de guarda y custodia de dos niñas atendiendo a la solicitud de un padre condenado por violencia de género. Tras cumplir la condena, el progenitor demanda la modificación de medidas solicitando la guarda y custodia compartida de las dos hijas, concedida previamente en exclusiva a la madre por la probada mala relación de las niñas con su padre. La jueza minimiza los deseos de las hijas –«caprichos», «comodidad», «interés subjetivo»– y relativiza las razones de las niñas en nombre de la necesidad «evolutiva» de mantener el vínculo con las figuras parentales. Si bien la demanda de modificación de medidas podría justificarse tras el cumplimiento de la condena o el sobreseimiento, otras pocas resoluciones judiciales consideran el Interés Superior de niñas, niños y adolescentes en un sentido amplio, haciendo prevalecer este al poner en el centro la evaluación del riesgo para ellos. No es el caso de la que se expone a continuación:

> La progenitora se opone a la demanda solicitando la suspensión del procedimiento por prejudicialidad penal, suspensión que se desestima. La jueza concede la custodia compartida. La sentencia razona la medida basándose en una cierta interpretación del interés superior de las niñas y en un informe psicosocial en el que se apoya, descartando al mismo tiempo otro informe psicológico, aportado por la progenitora, donde se constata el rechazo de las niñas al cambio de guarda y custodia. El argumento principal es que lo «absolutamente aconsejado en una etapa evolutiva en que ambas figuras del padre y la madre son fundamentales, pudiendo ante la ausencia de uno de ellos sufrir desajustes, problemas de adaptación personal, familiar y social… el régimen de guarda y custodia compartido facilita –prosigue la jueza– el contacto y el cariño con ambos progenitores la relación fluida en pie de igualdad con la madre y el padre… La pura comodidad de las menores o su «interés particular y subjetivo» no puede prevalecer sobre el verdadero interés de las menores, sobre todo si no se ha probado que el padre sea incapaz, no sepa o no pueda o no quiera cuidar debidamente de sus hijas». Desacredita el deseo expreso de las niñas de permanecer con su madre, basándose en un informe psicosocial: «No se aprecia que las razones indicadas por ellas respondan a causas objetivas. El deseo de los hijos constituye una circunstancia esencial […] pero siempre, claro está, que ese deseo responda una voluntad autónoma, firme y decidida, ajena a inducciones o influencias extrañas y a caprichos *[sic]* o inclinaciones pasajeras que no se acomodan al verdadero interés legalmente tutelado… En la exploración judicial se vislumbra que las menores repiten

el contenido de las notas manuscritas que fueron aportadas con la denuncia presentada por su madre, pero no que sea esa una voluntad firme». (Sentencia de Juzgado de Familia, procedimiento de modificación de medidas).

En este sentido, cabe destacar la importancia de la *doctrina del riesgo* elaborada por tribunales internacionales en materia de derechos humanos, específicamente en relación con casos de violencia de género. En la sentencia *González y otras («Campo Algodonero») v. México,* de 2009 (25) relativa a los feminicidios de Ciudad Juárez, la Corte Interamericana definió la llamada *doctrina del riesgo y de la complicidad*, según la cual el Estado tiene una posición de garante de derechos que nace de la capacidad o posibilidad de prevenir o evitar un riesgo real e inmediato que afecte de manera concreta a una víctima determinada.

7b. Interpretaciones del Interés Superior en relación con los deseos y malestares expresados por las niñas, niños y adolescentes en cuanto al mantenimiento o reanudación de las relaciones paterno-filiales

Las resoluciones sobre medidas de protección en el contexto de procesos penales sobre violencia sexual expuestas en el apartado anterior apuntan algunas claves acerca de sus fundamentos cuando, como en nuestros casos, el constructo del SAP asume el papel preponderante como marco interpretativo. En este apartado abordaremos más detalladamente, en primer lugar, las distintas manifestaciones de las niñas, niños y adolescentes, presuntas víctimas de violencia sexual en el ámbito familiar y/o de género, vinculadas a las relaciones con sus progenitores. En segundo lugar, nos detendremos en las argumentaciones y representaciones subyacentes puestas en juego sobre el bienestar e intereses de las niñas, niños y adolescentes cuando se dirimen medidas que concretan los derechos paternofiliales. Debe recordarse que la primacía del Interés Superior, tal como lo estipulan la Convención de los Derechos del Niño (26), la Observación General n.º 14 del Comité de los Derechos del Niño (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (27) y la Observación General n.º 12 del Comité de los Derechos del Niño (2009, *op. cit.*) (1) sobre el derecho del niño a ser escuchado, y como ha recogido el Código Civil de Catalunya (2010, *op. cit.*) (28), debe primar no sólo en lo que refiere a la adopción de la medida principal que se dirime, sino en cualquier otra relacionada con el bienestar de la hija o el hijo o, en su caso, con las dirigidas a evitarle cualquier perjuicio.

En los casos documentados identificamos una marcada tendencia a primar el derecho de los progenitores por sobre el de las niñas y niños a vivir en un entorno seguro, lo que implica una jerarquización de los derechos. Ni tan siquiera cuando han manifestado expresamente su deseo de no ver al padre ni

cuando hay otros signos de rechazo hacia la figura paterna. La expresión de las niñas y los niños de su negativa a mantener o reanudar el vínculo con los progenitores ha sido documentada por diversas vías en la mayoría de los casos. Los/as operadores/as jurídicos/as han tenido constancia de ello a través de informes de instancias institucionales, de las declaraciones expresas de las niñas y niños en juzgados, en las pruebas periciales o a través de los especialistas que los atienden. Sin embargo, han tenido escasa o nula repercusión en las decisiones, en buena parte, como se ha dicho, debido a su interpretación en términos de la influencia materna negativa.

Los puntos de encuentro familiar son otros espacios por excelencia donde se expresan los comportamientos de rechazo o negativa expresa a ver a sus padres por parte de las niñas y niños, durante las visitas o las entregas de un progenitor a otro. Los informes que aquellos emiten regularmente dejan constancia de ello[6]: llantos, resistencias, negativas e intentos de escape del establecimiento son frecuentes. También han quedado recogidos en los atestados de la policía, que ha intervenido ante la resistencia de las niñas y niños a ser entregados, que hacen constar de forma expresa los forcejeos, crisis de ansiedad y hasta desmayos con intervención de los servicios de emergencias médicas, en cumplimiento de medidas de ejecución forzosa en las entregas de las niñas y niños a sus padres. Otro tipo de manifestaciones psicofísicas del malestar infantil –muchas de ellas asociadas por la literatura con la violencia sexual y el maltrato infantil (6, 10) – se aprecian en buena parte de los casos, acompañando la reticencia y el temor de niñas y niños a mantener contacto con sus padres. Estas comprenden problemas de sueño, pesadillas, cambios de conducta, trastornos alimentarios, diarreas, vómitos, crisis de ansiedad, enuresis y encopresis, estados depresivos, mutismos selectivos, estrés postraumático y estados disociativos. Diversos informes de especialistas así lo acreditan y han sido aportados a los juzgados donde se dirimen tanto la violencia como las medidas paternofiliales.

En último extremo encontramos los intentos autolíticos en al menos cuatro casos. En uno de ellos, una niña que permanece bajo custodia del padre durante algunos años, y repite que se quiere morir, acaba por autolesionarse con cortes profundos en las muñecas en el patio del colegio (los contrainformes lo acreditan). En otro, la mayor de dos hermanas, cuya residencia ha sido fijada por el juez en el domicilio paterno, revela su plan autolesivo y el colegio informa a la Consejería de Educación, que inicia un plan de prevención. A pesar de ello, y de las múltiples ocasiones en las que ha relatado el maltrato físico y psicológico de su progenitor y su deseo de vivir con su madre, los jueces insisten en el mantenimiento de la relación paternofilial.

[6] No obstante, los informes de los PEF, si bien dejan constancia de estos hechos, en muchas ocasiones los minimizan y/o los atribuyen a las interferencias o afán obstaculizador de la madre.

En este sentido es importante poner el foco en la estrecha relación existente entre el maltrato y la violencia sexual y las conductas autolesivas de las niñas, niños y adolescentes. La Fundación ANAR en su último informe, de 2022 (28), ofrece datos significativos al respecto: en un 60 % de los casos la ideación autolítica o conducta autolesiva entre niñas, niños y adolescentes se vincula al maltrato y a la violencia sufrida. El mismo estudio señala que, de entre todas las violencias, la agresión sexual ocupa el cuarto lugar (7,2 %), a continuación del maltrato físico (14,7 %), el psicológico (10,4 %) y por delante de la violencia de género (3 %).

Los relatos de la madres y de los/as profesionales que atienden a las niñas y niños abundan en detalles sobre las afectaciones menos visibles y a menudo infravaloradas: desde los temores a sufrir agresiones –hacia ellos o a sus progenitoras («quiero que papá se muera, así no le hace daño a mamá»)–; las conductas evitativas, tanto a hablar del progenitor como, por ejemplo, a pasar cerca del domicilio paterno, o el temor a encontrarse casualmente con él en la calle; hasta reproches dirigidos a la madre por haber «elegido a ese padre».

Las madres también relatan los intentos por tranquilizar y convencer a sus hijas e hijos para acudir a las vistas con el padre, cuando han comprobado –o intuido– las graves consecuencias de desprotección que puede acarrear el incumplimiento de las medidas impuestas. Así, una madre relata que informa a su hija de que tiene que acudir al PEF (contra su voluntad) aunque luego no quiera entrar. Ha llegado a hacerse acompañar por personas que pudiesen testimoniar y corroborar, si fuera el caso, que es la niña la que se niega y no la madre quien incumple. E incluso en alguna ocasión avisó a la policía para que levantara un atestado de estos hechos. Otra madre, que perdió la custodia de sus hijos por espacio de un año y medio, una vez recuperada la compartida prefiere «no pensar», esperar a que sus hijos sean mayores para tomar sus propias decisiones, mientras les insta a cumplir las estancias con su padre sin cortapisas.

En el contexto de este estudio se observa un patrón recurrente: cuando se documenta el malestar y/o el rechazo, se reinterpreta bajo otras claves. Para ilustrarlo, reproducimos algunas de las manifestaciones de niñas y niños tal como se recogen en sentencias que retoman, a su vez, diversos informes. A menudo estos traducen sutilmente, a base de inferencias sin otras consideraciones añadidas, los malestares psíquicos y físicos a otro tipo de padecimiento: el causado por el conflicto entre los progenitores, propiciado en última instancia por una madre «obstaculizadora». Incluso se resta legitimidad al sufrimiento, que deja de ser «propio» y genuino, para adquirir un carácter inauténtico, por efecto de la «manipulación» externa.

> «[El niño] es reticente a evocar recuerdos positivos de su padre y transmite la necesidad de borrar al padre como miembro del núcleo familiar como mecanismo de defensa frente a la conflictividad familiar. Describe un discurso poco natural y espontáneo del niño, se desprende que le han transmitido la idea de expresar su malestar respecto de la figura paterna. Describe

> comportamientos sexualizados, sin emotividad ni relato descriptivo, ni evocación al sufrimiento. Su narrativa está basada mayoritariamente en su primera infancia, sin poder contextualizarlo, de lo que se desprende que la figura materna ha creado episodios para que pueda expresarlos. [El niño] sufre encopresi[s], fruto de una gran ansiedad y sufrimiento. Los hijos no han sido preservados del conflicto entre los progenitores, cosa que les ha conducido a hacer de los hijos los sujetos protagonistas del mismo, situándoles como centro de la problemática entre los padres. (Sentencia de Juzgado de Familia, que recoge un informe del Equipo de Asesoramiento Técnico de Familia).

> El niño se ha resistido a los encuentros con su padre en el PEF. Se ha desistido de este recurso por su inoperancia. La sentencia reconoce la negativa del niño a estar con su padre. El juez expone que existen discrepancias entre distintos profesionales «sobre las causas del bloqueo de las visitas paternofamiliares, de que las causas del bloqueo emocional del menor puedan estar vinculadas, uno, con experiencias negativas previas con su padre que le llevan a negarse a estar con él, dos, instrumentalización del niño por parte de la madre para provocar el rechazo o, tres con alteraciones emocionales del menor no vinculables a ninguna de los dos anteriores Especialmente se destacó la alta conflictividad entre los progenitores, constituyendo el eje principal en detrimento de las necesidades afectivas o emocionales [del menor] a lo que se añade una dinámica familiar disfuncional que está incidiendo de manera negativa en el desarrollo psicoevolutivo del menor, y que ha motivado los siguientes litigios […]». Y a pesar de las diferentes hipótesis, señala: «Atendiendo a los antecedentes expuestos y los dictámenes periciales obrantes en autos, a falta de otra explicación sobre lo que acontece al [menor] para entrar en interrelación con su padre, a los fines de que se cumplan los períodos de estancia y comunicación acordados, sólo cabe sostener que la [madre], no han tenido un comportamiento adecuado y facilitador de las relaciones paternofiliales quizás por una equivocada idea de protección». (Sentencia Juzgado).

Puede afirmarse que las niñas y niños, en la gran mayoría de nuestros casos, no han sido suficientemente escuchados ni se ha tomado en cuenta seriamente su palabra, o se han minimizado sus reticencias y manifestaciones de rechazo. Ello implica vulnerar el interés superior de estas niñas, niños y adolescentes, su derecho a ser escuchadas y tenidas en cuenta en todas las decisiones que se tomen a su respecto, su integridad personal y su derecho a la recuperación, que es parte de la reparación integral. No siempre la legislación de derechos humanos, las reformas legislativas más protectoras, las directrices y advertencias sobre el uso -y abuso- de ciertos conceptos basados en prejuicios, implican la transformación de los esquemas estereotipados de los/as operadores/as jurídicos/as, ni tampoco el mero hecho de citar estas normas en sentencias y autos es garantía alguna de las buenas prácticas derivadas de ellas. Antes bien, parecería que los marcos interpretativos previos consiguen «domesticar» el espíritu de las normas fundamentales.

El interés superior de niñas, niños y adolescentes ha de valorarse respecto de una niña, niño o adolescente perfectamente individualizado/a, que ha

crecido y se ha desarrollado en un determinado entorno familiar, social y económico que debe mantenerse en la medida de lo posible si ello es beneficioso. Así pues, el interés en abstracto no basta. Las decisiones que respecto de las cuestiones que a este afecten, según la Observación General 14 (37), deben contener la determinación de cuál es el interés superior de niñas y niños tras una evaluación de sus circunstancias, que se realizará caso por caso. Entre estas circunstancias a valorar está la opinión del mismo y la recomendación es que:

> «la evaluación de los diferentes elementos a valorar la hagan profesionales perfectamente capacitados que reúnan todos los elementos necesarios para la evaluación del interés superior del niño, se pueden mantener entrevistas con personas cercanas al niño, con personas que estén en contacto con el niño a diario y con testigos de determinados incidentes» (29).

Referencias

1. CRC/C/GC/12 Observación General n.º 12 del Comité de los Derechos del Niño. «El derecho del niño a ser escuchado. 2009. Disponible en https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7532.pdf
2. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069
3. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse and Neglect. 1983; 7:177-193.
4. Save the Children. La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar. Un análisis de casos a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/document/la-justicia-espanola-frente-al-abuso-sexual-infantil-en-el-entorno-familiar-un-analisis-de/
5. Liebel M. Sobre el interés superior de los niños y la evolución de las facultades. Revista Anales de la Cátedra Francisco Suárez 2015; 49: 43-61.
6. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Anales de Psicología. 2015; 31/2: 552-561.
7. Pereda Beltrán N. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo. 2009; 30/2: 135-144.
8. Castillejo Cuéllar A. La globalización del testimonio: Historia, silencio endémico y los usos de la palabra. Antípoda. 2007; 4: 76-98.
9. López J, Berga S. Entrevistando a niños preescolares víctimas de abuso sexual y/o maltrato familiar. Eficacia de los modelos de entrevista forense. Documentos de trabajo. Centre d'Estudis Criminològic i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya. 2011. Disponible en https://cejfe.gencat.cat/es/recerca/cataleg/crono/2011/preescolars-victimes-abus/.

10. CIIVISE. Violences sexuelles: protéger les enfants. Conclusions intermédiaires. 2022. Disponible en https://www.ciivise.fr/les-conclusions-intermediaires/

11. Lyon TD, Williams S, Stolzenberg SN. Understanding expert testimony on child sexual abuse denial after New Jersey v. J. L. G.: Ground truth, disclosure suspicion bias, and disclosure substantiation bias. Behav Sci Law, 2020; 38: 630-647. Disponible en https://doi.org/10.1002/bsl.2490

12. Rivera M, Salvatierra M. Estudio descriptivo comparativo sobre las variables que influyen en la retractación de los menores, entre 4 y 16 años, que han sido víctimas de agresiones sexuales. Memoria para optar al título de psicóloga. Santiago de Chile, Universidad de Chile. 2002. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135973

13. Monteleone R. Abuso sexual infantil: La retractación del menor víctima y sus consecuencias procesales. Disponible en: https://www.edumargen.org/docs/curso27-17/unid05/apunte04_05.pdf.

14. Pipino AV. «La retractación en niños y niñas víctimas de abuso sexual». Disponible en: https://psicologiajuridica.org/archives/2770.

15. Save the Children. Manual formativo para profesionales del sector educativo en detección y notificación de la violencia sexual contra la infancia. 2022. Disponible en: https://www.savethechildren.es/manual-para-prevenir-violencia-sexual-infancia.

16. Escaff Silva E, Rivera Leiva M, Salvatierra Duarte M. Estudio de variables asociadas a la retractación en menores víctimas de abusos sexuales. ILANUD. 2006; 14/27: 117-131.

17. Intebi I. Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria. 2008. Disponible en https://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/sospechasAbusoInfantil.pdf

18. Circular 3/2009, de 10 de noviembre, sobre protección de los menores víctimas y testigos. FIS-C-2009-00003. 2009. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?coleccion=fiscalia&id=FIS-C-2009-00003

19. Asociación de Mujeres Juristas Themis (2019). La respuesta judicial a la violencia sexual que sufren los niños y las niñas. Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, ministerio de Igualdad. Gobierno de España. 2019.

20. Save the Children. Los abusos sexuales hacia la infancia en España. 2021. Disponible en: https://www.savethechildren.es/actualidad/analisis-abusos-sexuales-infancia-espana

21. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. 2021. Disponible en https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347

22. Molina Gallardo V. Más de 800 maltratadores reciben visitas de sus hijos en prisión pese a que la ley lo prohíbe. El Periódico de España (24 de marzo 2002). Disponible en: https://www.epe.es/es/igualdad/20220324/maltratadores-visitas-hijos-carcel-prohibidas-ley-13419632

23. GREVIO. Baseline Evaluation Report. Spain. Council of Europe. Adopted by GREVIO on 15 October 2020. Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe. Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence Council of Europe. F-67075 Strasbourg Cedex. France. 2020. Disponible en https://rm.coe.int/grevio-s-report-on-spain/1680a08a9f;

24. GREVIO. 3rd General Report on GREVIO's Activities, covering the period from January to December. Council of Europe. 2022. Disponible en https://rm.coe.int/prems-055022-gbr-2574-rapportmultiannuelgrevio-texte-web-16x24/1680a6e183

25. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso González y otras («campo algodonero») vs. México, sentencia de 16 de noviembre de 2009.
Disponible en https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf

26. Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. 1989.
Disponible en https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

27. CRC/C/GC/14. Observación General n.º 14 del Comité de los Derechos del Niño, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial. 2013. Disponible en https://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC.C.GC.14_sp.doc

28. Código Civil de Catalunya (artículos 211-6 y 233-8 y apartado 3 del Libre II del Codi Civil de Catalunya, aprobado por Llei 25/2010, de 29 de julio). 2010.
Disponible en https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=150&modo=2&nota=0&tab=2

29. Fundación ANAR Conducta suicida y salud mental, en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio. 2022. Disponible en https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/

LA APLICACIÓN DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL COMO FORMA DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL

THE APPLICATION OF PARENTAL ALIENATION SYNDROME AS A FORM OF INSTITUTIONAL VIOLENCE

Débora Ávila Cantos
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid)
deboraav@ucm.es

Adela Franzé Mudanó
Profesora Titular. Departamento de Antropología Social y Psicología Social (Área de Antropología Social). Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid); adelafranze@cps.ucm.es

María del Carmen Peñaranda Colera
Profesora Contratada Doctora. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Trabajo Social. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid); mcpenaranda@ucm.es

Marta Pérez Pérez
Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Antropología Social y Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas
28223.–Pozuelo de Alarcón (Madrid);
martap27@ucm.es

Resumen: El presente capítulo analiza el Síndrome de Alienación Parental (SAP) como una forma de violencia institucional que aparece en los procedimientos judiciales en España, fundamentalmente cuando hay implicadas denuncias por violencia sexual o violencia de género contra hijos e hijas por parte del padre. Este marco interpretativo perpetúa estereotipos de género y vulnera derechos humanos (fundamentalmente el derecho a la protección) al restar credibilidad a las madres, niños y niñas. Prácticas judiciales como los arrancamientos (separaciones forzadas de las niñas y niños de sus madres) o la concesión de derechos de visita a los progenitores varones pese a existir un historial de violencia sexual o de género (lo que abre la puerta a la violencia vicaria) son quizá las manifestaciones más preocupantes de esta violencia institucional vinculada al SAP. En este sentido, pese a que la Ley Orgánica 8/2021 insta a los poderes públicos a impedir el uso de este constructo (y sus teorías análogas), el SAP sigue siendo aplicado, tal y como han denunciado multitud de organismos internacionales. De ahí, el llamamiento a una revisión estructural del sistema judicial para garantizar protección y justicia efectivas a la infancia y la adolescencia.

Palabras clave: Síndrome de alienación parental; Violencia de Género y Violencia sexual paterna; Violencia Institucional; Violencia Vicaria.

Abstract: This chapter examines Parental Alienation Syndrome (PAS) as a form of institutional violence present in judicial proceedings in Spain, particularly in cases involving allegations of sexual or gender-based violence against children by their fathers. This interpretative framework perpetuates gender stereotypes and violates human rights (primarily the right to protection) by undermining the credibility of mothers and children. Judicial practices such as forced separations of children from their mothers or granting visitation rights to fathers despite a history of sexual or gender-based violence (thus enabling vicarious violence) are among the most concerning manifestations of this institutional violence linked to PAS. In this context, although Organic Law 8/2021 urges public authorities to prevent the use of this construct (and similar theories), PAS continues to be applied, as reported by numerous international organizations. This underscores the need for a structural review of the judicial system to ensure effective protection and justice for children and adolescents.

Keywords: Parental Alienation Syndrome; Gender-Based Violence and Intrafamiliar sexual abuse; Institutional Violence; Vicarious Violence.

1. DEFINIENDO LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

El Estado y sus autoridades (entre las que debemos situar a los jueces, juezas y fiscales, pero también a todo el entramado de profesionales que intervienen en el campo jurídico) juegan un papel importante en la generación y perpetuación de estructuras de desigualdad y dominación. Y es que, aunque el Estado se presente como neutro, no puede separarse del marco en el que surge y se perpetúa: un marco patriarcal, racista, clasista y capacitista. Desde este rol generador y perpetuador de desigualdad, el Estado produce formas de violencia, muchas de ellas muy invisibilizadas, como las que se engloban dentro del concepto de violencia institucional. A grandes rasgos, se define como el tipo de violencia ejercida por los organismos públicos del Estado por medio de acciones u omisiones que causan discriminación frente a las mujeres, niñas, niños y adolescentes[1], o bien, que obstaculizan el ejercicio o disfrute de sus derechos (1).

Frente a los espacios más visiblemente violentos del Estado (fronteras, cárceles, centros de menores...), la violencia institucional engloba un conjunto de acciones, negligencias, faltas, incumplimientos, etc. mucho más su-

[1] Por supuesto, la discriminación también puede ser hacia personas racializadas, personas con sufrimiento psíquico o diversidad funcional, personas económicamente vulnerabilizadas, etc. y, generalmente, estas situaciones de discriminación se entrecruzan.

tiles e invisibilizados que se materializan en el encuentro cotidiano con los servicios públicos de justicia, salud, educación, servicios sociales, Puntos de Encuentro Familiar... Es la palabra «instrumentalización» que se cuela en un informe psicosocial; es esa trabajadora social que le dice a una madre que, si no obliga a su hija a entrar en el Punto de Encuentro Familiar y ver a su padre, tendrá consecuencias; ese fiscal que insinúa al niño en su declaración que eso que apenas se atreve a balbucear no será para tanto; esa jueza que, apretada por los tiempos, echa mano de todos los estereotipos de género que nos atraviesan para concluir que lo más probable es que se trate de un conflicto de pareja en el que una mujer despechada andaba buscando hacer daño a su ex con sus denuncias; ese juez misógino que condena a cinco años por denuncia falsa a una mujer que ya no sabe cómo hacer para que alguien entienda que cuando su hija dice que su papá le bajaba las bragas es que lo hacía; una decisión judicial en la que se considera que el fallo de un proceso penal abierto por malos tratos de un padre a sus hijos es «tangencial» a la hora de decidir su custodia.

La violencia institucional se produce y reproduce a través de normativas, prácticas, criterios interpretativos y decisiones que conforman un patrón de vulneración de derechos humanos por parte de las administraciones públicas. Se mide, como nos recuerda la abogada Laia Serra, no por su finalidad, sino por sus efectos (2). Para ejercerla no es necesario que el/la profesional, funcionariado o la propia administración actúe de forma intencional o deliberada. Tampoco es necesario que la violencia se imprima de manera directa, sino que tiene lugar en todas aquellas situaciones en las que se hacen evidente las fallas, las omisiones, respecto a las obligaciones adquiridas por el Estado de prevenir, proteger, investigar, sancionar, reparar y dar garantías de erradicación de las violencias (3).

El reconocimiento de las violencias machistas institucionales refuerza la idea de que las violencias machistas no son cuestiones privadas, no se trata solo de la intervención sobre el infractor individual, sino que se trata de una problemática estructural en la que las instituciones públicas juegan un papel clave en su producción y reproducción. Al dejar atrás el paradigma de infractor individual y, sin dejar de interpelar a las profesionales para que revisen sus prácticas, pone el foco en las administraciones públicas, a las que señala como una esfera clave en la perpetuación de opresiones estructurales. Así, afirmar que el Estado es irrevocable y constitutivamente patriarcal no significa señalar como machistas a todos y cada uno de sus actores. Significa comprender que la violencia que ejerce, tolera o reproduce no es arbitraria ni casual, sino que se alinea con las estructuras patriarcales que lo configuran. Y por eso, su violencia debe ser considerada una forma más de violencia machista.

2. ¿POR QUÉ EL SAP DEBE SER CONSIDERADO UNA FORMA DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL?

La Administración de Justicia debe ser garante de los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos y ciudadanas, y en su actuación debe abstenerse de llevar a cabo prácticas que generen violencia contra la mujer, la infancia y la adolescencia, tanto por acción como por omisión. Sin embargo, tal y como hemos visto, la aplicación del SAP ha generado verdaderas situaciones de violencia contra las niñas, niños y adolescentes a los que no se ha dado protección ante un riesgo manifestado por madres o instituciones, especialmente las sanitarias.

El ámbito penal, debido a su naturaleza coercitiva, se ha señalado como la rama del derecho donde más ahonda este tipo de violencia. Como reflejo de la posición social aún subordinada de la mujer y las niñas, niños y adolescentes, constituye un elemento básico en las diferencias ya existentes en la sociedad, las recrea y retroalimenta hasta el punto de poder llegar a convertirse en un mecanismo legitimador, como organismo del Estado, de la violencia de género (4). En nuestra investigación, a tenor de los casos y las sentencias analizadas, los resultados de la investigación nos llevan a señalar que es en el ámbito civil donde hemos podido documentar las formas más duras de violencia machista institucional.

No queremos decir con esto que todas las actuaciones del sistema judicial español (y en particular de los juzgados de familia) deban ser entendidas como forma de violencia institucional, ni siquiera una reducida parte de ellas. Lo preocupante no es una cuestión de prevalencia, sino una cuestión de grado: cuando la violencia institucional emerge dentro del sistema judicial es tal la profundidad con la que golpea y tan doloroso el daño que produce que es en virtud de esto que consideramos que debe ser reconocida y atajada con la mayor urgencia posible.

En función de la investigación que realizamos y a tenor de las definiciones jurídicas que de la violencia institucional se han hecho (5,6), podemos catalogar como violencia machista institucional un conjunto de prácticas, interpretaciones y comportamientos del campo judicial en los que se encuentra presente el marco de interpretación del SAP. Procedemos a enunciar ahora los más representativos, si bien es importante recordar que el catálogo no se agota con esta enumeración, puesto que cada informe emitido, cada juicio vertido sobre madres, niñas, niños y adolescentes, cada omisión del deber de protección, cada cuestionamiento, cada ausencia de escucha o escucha inadecuada, cada sentencia, etc. en la que juegue un papel el SAP debe ser considerada un acto de violencia institucional.

a) Falta de credibilidad otorgada al relato de las madres, niñas, niños y adolescentes, que vulnera su derecho a una tutela judicial efectiva

El análisis y juzgamiento judicial sin perspectiva de género y sin enfoque interseccional y de derechos humanos se traduce en el uso de prejuicios, falsas creencias y estereotipos y sesgos de género como fundamento de las resoluciones judiciales. A través de una constelación variada de eufemismos e imágenes que tienen en común basarse en estereotipos de género, maternidad, paternidad, infancia y vínculos familiares (alienación parental, interferencia materna, instrumentalización, *gatekeeping*, preocupación mórbida, etc.), se produce un efecto discriminador sobre las mujeres, al restarle credibilidad a su demanda de acceso a la justicia.

Del mismo modo, asunciones acientíficas sobre la pequeña infancia así como la sospecha sobre los motivos espurios de la denunciante que introduce el SAP, sustentan la escasa credibilidad que los/as operadores/as judiciales otorgan a las declaraciones de las niñas, niños y adolescentes en los procedimientos judiciales y afecta en gran medida a la valoración global de la prueba como prueba de cargo. En este marco, incluso se pueden llegar a usar las denuncias precisamente como «evidencia» de alienación parental. La temprana edad de las niñas y niños es otro de los fundamentos de las dudas acerca de su credibilidad. El resultado de todo ello es la vulneración del derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser escuchadas y tenidas en cuenta en las resoluciones y decisiones que se tomen a su respecto, a la par que el derecho a la protección de las niñas, niños y adolescente frente a cualquier forma de violencia y a vivir en un entorno seguro encuentra serios límites.

b) Vulneración del deber de protección

Como ya hemos mencionado en páginas anteriores, muchas de las decisiones judiciales se han dictado sin haber explorado convenientemente a las niñas, niños y adolescentes y sin haber valorado de manera conveniente el riesgo al que éstos se encuentran expuestos, lo que ha derivado en una ausencia de medidas de protección adecuadas por parte del Estado.

Las niñas, niños y adolescentes son explorados en numerosas ocasiones, sin mecanismos que garanticen la no revictimización, constatándose la falta de asesoramiento jurídico especializado y adaptado para niñas, niños y adolescentes. En este sentido, conviene destacar el exceso de rigor formal que hace inaccesible a las niñas, niños y adolescentes la comprensión del acto que están realizando y del impacto de las decisiones en sus vidas. La aparición de sesgos de género y de infancia en la evaluación hace que en ella deje de valorarse el testimonio de las niñas y niños y pase a evaluarse su credibilidad, especialmente cuando se trata de niñas y niños de edad temprana.

Junto a ello, la evaluación del riesgo integral al que está expuesta la niña o el niño en la relación con su supuesto agresor no se evalúa de forma adecuada, entendiendo que la existencia de un proceso penal en curso es (casi) el único factor para decidir suspender o limitar la convivencia con el padre. En ninguna de las sentencias revisadas se contempla la necesidad de evaluar cómo podría afectar al bienestar general de la niña, niño o adolescente el mantener la comunicación con el padre, investigado por violencia sexual en el ámbito familiar o con indicios de esa violencia. En este sentido, la priorización del contacto paternofilial por encima del bienestar emocional y físico de la niña o niño, incluso aunque estos hayan manifestado rechazo, produce situaciones de desprotección sistemáticas. Recordemos, en este sentido, que la prohibición de aproximación y comunicación del menor con el progenitor denunciado aparece en muy pocas de las sentencias que hemos podido estudiar. Por el contrario, se observa una clara tendencia a dar prioridad al derecho del progenitor sobre el derecho de las niñas y niños a vivir en un ambiente seguro, identificándose así el Interés Superior del Menor con el mantenimiento de las relaciones con su progenitor, en un ejercicio de distorsión jurídica. Debe entenderse que, como parte del interés superior de niñas, niños y adolescentes, estas/os tienen el derecho a no ser separadas/os de sus progenitores, reconocido, entre otra normativa, por el artículo 9 de la Convención sobre derechos de niños y niñas. Pero tener el derecho no implica que tengan la obligación de mantener el contacto en contra de su voluntad, porque tal forzamiento los expondría a la vulneración de otros derechos como es el derecho al bienestar e integridad personal, a la salud bio-psico-social, a la seguridad, y a la tutela judicial efectiva.

c) Ausencia de investigación y mayor índice de sobreseimientos

Tal y como hemos visto, los informes psicosociales son una vía de entrada privilegiada del SAP que luego se asume acríticamente en las sentencias como hecho probado y de largo recorrido (es decir, una vez que aparece como marco interpretativo, atraviesa y condiciona todo el procedimiento judicial, tanto en la esfera civil como en la penal), sobre todo cuando la dificultad de evaluación de la violencia sexual en el ámbito familiar es mayor, que es en la primera infancia.

El uso del SAP, con su fuerza de marco interpretativo y transversalidad longitudinal e institucional, se relaciona con el sobreseimiento de denuncias por violencia sexual en el ámbito familiar contra las niñas, niños y adolescentes en el orden jurisdiccional penal, apuntala el cuestionamiento de la madre y de las niñas, niños y adolescentes en el ámbito penal y también en el civil, y sustenta cambios de custodia, arrancamientos y otras medidas de ejecución forzosa en sentencias sobre medidas paternofiliales en civil, así como condenas a las madres por denuncia falsa, daño moral, desobediencia y/o sustracción de menores si el proceso continúa volviendo al régimen penal.

El marco interpretativo del SAP constituye, además, un «argumento circular»: la «instrumentalización» materna sería la razón fundamental que explica las denuncias por violencia sexual contra las niñas y niños, como arma de la madre en el conflicto contra el padre, invalidando cualquier posibilidad de credibilidad de su relato. De esta forma, cuanto más intente la madre proteger a las niñas y niños de la violencia que sufren y se embarque en procedimientos judiciales, más se prueba el SAP.

La asunción del SAP, por más que en un principio se enuncie como «posibilidad», es suficiente para sustentar decisiones (archivo de casos, cambios de custodia...) que, *de facto,* convierten ese supuesto en verdad probada. Una vez que aparece el marco interpretativo del SAP en algún punto del procedimiento judicial, no es posible revertir sus efectos.

Así, la aparición del SAP con su fuerza interpretativa da lugar a investigaciones aparentes (en las que no se emplean todos los medios de prueba necesarios y disponibles para verificar la existencia o ausencia de la violencia sexual denunciada) o, incluso, a la ausencia de actividad investigativa (no declaración de la madre y/o traslado del deber de investigar a la víctima; falta de exhaustividad en la producción y recolección de pruebas; asunción acrítica y dogmática del SAP, sin sustento probatorio; desigual valoración de informes, hasta establecer un patrón en el que se privilegia la prueba pericial que invoca SAP, etc.), vulnerándose el deber de debida diligencia del Estado[2].

La aplicación de estos estereotipos de género y del constructo del SAP tiene efectos claros en los sobreseimientos de las denuncias por violencia sexual en el ámbito familiar en los procesos penales (los datos obtenidos apuntan a que el SAP y los estereotipos de género están jugando un papel importante en los sobreseimientos en el ámbito penal en los casos de denuncias por agresión sexual y/o de género contra niñas o niños, que en nuestra investigación se sitúan en un 86% de los casos[3]), así como en las valoraciones sobre la idoneidad del progenitor que debe ostentar la guarda y custodia en los procesos de familia, puesto que son utilizados como argumentos para la retirada a las madres de la guarda y custodia e incluso de la patria potestad.

---

[2] La diligencia debida es un estándar que concreta y con ello cualifica cómo han de cumplirse las obligaciones de las administraciones públicas en el abordaje de las violencias machistas. La diligencia debida en la eliminación de la violencia machista supone la exigencia a los Estados de llevar a cabo todas las actuaciones necesarias para erradicar esa violencia machista, que incluye la ejercida contra niñas, niños y adolescentes, y la violencia institucional. El Estado, como garante de los derechos humanos, sí tiene la obligación de prevenir, razonablemente, las violaciones de los derechos humanos, de investigar los hechos, de imponer las sanciones pertinentes y de asegurar a las víctimas una adecuada reparación.

[3] Los porcentajes de sobreseimiento en las denuncias de agresiones sexuales contra niñas y niños son muy elevados. Como se ha señalado ya, según Save the Children (7), el 72% de las denuncias de agresiones sexuales contra niñas y niños acaban en sobreseimiento. El proceso concluye en la fase de instrucción y se archiva, la mayoría provisionalmente; y al no incluirse los autos de sobreseimiento en las bases de datos judiciales, no permiten su posterior análisis agregado.

d) Ruptura de los vínculos materno-filiales: arrancamientos

Conviene recordar que la aparición de estereotipos de género y de infancia implicados en el SAP, tiene como consecuencia operar un desplazamiento del contenido de las denuncias penales –violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar contra niñas, niños y adolescentes– hacia el marco del «conflicto familiar o de pareja». Las conductas, actitudes e intenciones de la madre se transforman en el foco central del proceso penal, dejando en segundo plano tanto la denuncia de violencia sexual como al progenitor acusado. El caso se redefine como un «conflicto familiar o de pareja».

Dentro de este marco interpretativo que el SAP impone se encuentra el hecho de presentarlas como obcecadas en la priorización de sus intereses (demostrar la violencia sexual en el ámbito familiar) sobre los intereses de sus hijas o hijos (tener una relación paternofilial saludable, de la que ella debiera ser garante), lo que la acaba convirtiendo, para los/as operadores/as jurídicos/as, en un riesgo y peligro para sus hijas e hijos. Así, se apuntan comportamientos que mostrarían cierta negligencia en el ejercicio del cuidado de las hijas e hijos: abandono en la atención a las necesidades psicoemocionales de las hijas e hijos, no acompañamiento adecuado en el ámbito emocional, riesgo de secuelas psicológicas que podrían interferir en el desarrollo psicoevolutivo, etc.; esto es, una madre revictimizadora. Esta interpretación de los comportamientos de las madres dentro del marco del SAP es identificada por los/as operadores/as jurídicos/as como una situación de riesgo para las hijas e hijos, lo que obligaría a tomar medidas judiciales tendentes a limitar la relación maternofilial. Como «solución», el creador del SAP postuló la «terapia de la amenaza», que se compone de dos elementos interrelacionados, ambos ubicados en el ámbito judicial:

- Regularidad y constancia en los exámenes a los que se somete a la madre para evaluar su credibilidad y sus competencias parentales, una práctica que se incorpora a todos los dispositivos institucionales con los que tiene contacto: servicios sociales, (socio)sanitarios, educativos, judiciales.
- Amenazas de cambio de custodia o cambios de custodia a favor del padre, porque la madre es considerada un riesgo para las niñas, niños y adolescentes, al interpretarse en sede judicial que los ha manipulado en contra del padre y que no colabora en la estrategia de coparentalidad prescrita.

Y esto es precisamente lo que acontece en los casos estudiados. En los juzgados de familia, una vez archivado el procedimiento judicial por violencia sexual –lo que sucede, recordemos, en el 86 % de los casos–, la práctica habitual es que se inicie un procedimiento en el ámbito civil de modificación de medidas. Éste suele iniciarse a instancias del padre, haciendo uso de de las contradicciones y los argumentos que se van asentando en el proceso judicial

–manipulación, instrumentalización, etc. – para iniciar cambios de custodia en lo civil. Ahí, estas argumentaciones fundadas en estereotipos y prejuicios –y no en derecho– sobre la madre son las que sustentan las decisiones jurídicas conocidas como arrancamientos; esto es, la manera más extrema y violenta de aplicación del SAP, en la que las niñas y/o niños son separados en contra de su voluntad de su progenitor de apego y entregados al otro progenitor, con el que han manifestado no querer vivir.

Según los resultados de nuestra investigación, en un 78 % de los casos, el padre obtiene en algún momento del procedimiento judicial la custodia de las hijas y los hijos (exclusiva o compartida), sin una valoración rigurosa del riesgo que el cambio de custodia puede suponer para las niñas, niños y adolescentes. Del total de casos analizados, en un 65 % la madre pierde la custodia en favor del padre (arrancamientos), que pasa a ostentar la custodia exclusiva. Además, la patria potestad se le retira también a la madre en un 20 % de los casos.

Junto a los arrancamientos, en un 33 % de los casos las madres han visto reducido el contacto con sus hijas e hijos a visitas tuteladas en los Puntos de Encuentro Familiares (PEF), con una periodicidad que oscila entre 1 hora quincenal (en el peor de los casos) y 2 horas semanales (en el mejor de los casos). De nuestra investigación se desprende además que las mujeres tienden a permanecer más tiempo como usuarias de los PEF que los hombres, y tienen muchas más dificultades que los hombres para que se les puedan abrir visitas no tuteladas.

De los 40 casos analizados, solo en un 10 % de los mismos nos consta que se haya dictado una orden de alejamiento que impidiera al progenitor todo contacto con sus hijas y/o hijos estando abierta la causa por violencia sexual. En todos los casos en los que se han concedido, las medidas de protección se han revertido rápidamente (su duración oscila entre 1 y 6 meses), bien por el sobreseimiento provisional del caso o bien porque los magistrados han ordenado medidas tendentes a retomar de forma progresiva la relación paternofilial, aún con el procedimiento penal abierto. Sin embargo, en el caso de la relación maternofilial, nos encontramos con un 36 % de los casos en los que se documentan medidas dictadas por los juzgados de familia que han supuesto una prohibición del contacto con sus hijas e hijos durante un período temporal que oscila entre los seis meses y los cinco años[4], teniendo en cuenta que en su inmensa mayoría estas medidas se toman sin que la madre haya sido acusada, investigada o condenada por ningún delito. Deben entenderse, pues, como parte de la terapia de la amenaza que prescribe el SAP, la cual puede encuadrarse en un marco más amplio de la actividad judicial entendida como disciplinamiento de las madres a través del uso abusivo del derecho, vulnerando con ello sus derechos fundamentales y los de sus hijas e hijos.

[4] Esta duración es la que consignamos a fecha de cierre de esta publicación, y es de esperar que este período vaya en aumento.

e) Abuso de poder y asunción de la función investigativa por parte de organismos e instituciones que no tienen atribuida esta competencia

Otra constante que hemos identificado en nuestra investigación es el uso de informes de entidades e instituciones ajenas a la pericia judicial en autos y sentencias como pruebas periciales a la hora de evaluar una posible «instrumentalización de la madre» o definir los criterios en función de los cuales atribuir la custodia a uno u otro de los progenitores. Su uso en las argumentaciones judiciales constata la existencia de un patrón en el que se privilegia los informes que invocan el SAP, llegándose a equiparar la valoración de las pruebas periciales con las evaluaciones hechas por entidades que no están habilitadas para ello y por personas profesionales no cualificadas para este tipo de requerimientos.

Esto implica, a la par, que dichas entidades están asumiendo funciones que no les han sido otorgadas por ley, emitiendo valoraciones sobre la credibilidad de las niñas, niños y adolescentes por parte de profesionales no acreditados para ello y sin la fundamentación suficiente. Al emitir estas valoraciones sobre la credibilidad de las niñas y niños, de la madre y del padre con respecto a denuncias por violencia sexual, estas entidades se extralimitan en sus competencias, ya que su labor debería estar circunscrita a la supervisión de las relaciones paternofiliales o al acompañamiento psicológico de las niñas y niños y sus madres. Incluso hemos encontrado el uso de estos informes para evaluar la propia violencia sexual. Se trata fundamentalmente de informes de Puntos de Encuentro Familiares y, en menor medida, de servicios públicos de atención a la infancia, de intervención familiar o servicios sociales, que asumen funciones que no les han sido otorgadas por ley, en tanto sus informes (de seguimiento y valoración de la intervención) no pueden entrar a evaluar cuestiones judiciales, ni mucho menos hacer recomendaciones a los jueces en relación a la custodia.

f) Criminalización posterior de la madre, a través de la apertura de nuevos procesos judiciales que sancionan las prácticas de protección y responsabilidad maternal llevadas a cabo por las mujeres

La aplicación del SAP y la consecuente ausencia de perspectiva de género en las resoluciones judiciales hacen que los intentos de las madres por proteger a sus hijas e hijos, cuando el sistema judicial ha mostrado su incapacidad para proteger a las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en el ámbito familiar, las lleven a ser acusadas de delitos. Esto último no es solo una conclusión de nuestra investigación, sino también una advertencia que la ONU ha lanzado hace pocos meses a España, tras elaborar ocho expertos y expertas independientes que conforman un procedimiento especial del Consejo de Derechos Humanos un informe en el que concluyen que el ejecutivo

español «debe hacer más» para proteger a las niñas, niños y adolescentes en los casos de violencia machista y en los que se detecten abusos sexuales, «garantizar que sus tribunales superen los prejuicios contra las mujeres [que denuncian estos casos] y aplicar un enfoque centrado en los niños y de género» (8).

Así en un 72 % de los casos analizados las mujeres se han visto involucradas con posterioridad a denunciar la violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar contra sus hijas e hijos en procedimientos judiciales tendentes a penar sus prácticas de protección y responsabilidad marental, reinterpretadas en el marco del SAP como delitos que tienen como finalidad dañar al padre y obstaculizar la naturalizada relación paternofilial. No es casual, por tanto, que la tipología de delitos documentada se reduzca a infracciones que tienen que ver con las denuncias falsas, simulación de delito y la falsedad documental (en tanto que se considera que la violencia sexual es invención de la madre), el quebrantamiento del honor del padre (injurias, daño moral, revelación de secretos, relacionados en muchas ocasiones con la práctica que llevan a cabo algunas madres de grabar a sus hijas e hijos en la esperanza de poder obtener alguna prueba objetiva, dado el cuestionamiento sistemático de sus relatos y los de sus hijas e hijos) o los intentos de la madre de mantener alejados a sus hijas e hijos de las agresiones del progenitor (desobediencia, sustracción de menores).

En los casos que hemos podido estudiar, el porcentaje de condenas a las madres se sitúa en un 30 %, si bien es necesario señalar que un 22 % más de los casos aún se encuentran a la espera de juicio o de sentencia. Entre las condenas documentadas, es posible identificar algunas que tienen una clara intención ejemplarizante, con penas que en algunos casos superan las impuestas a progenitores condenados por violencia sexual en el ámbito familiar y que implican la retirada de la patria potestad por un tiempo que no suele ser inferior a 4 años y/o la entrada en prisión.

Los derechos de custodia resultan especialmente dañados en los casos en los que las condenas incluyen órdenes de alejamiento de la madre con respecto a las niñas, niños y adolescentes (fundamentadas en el riesgo de reincidencia en sus prácticas de protección traducidas al lenguaje jurídico como «desobediencia» o «sustracción de menores»), que implican la imposibilidad de cualquier contacto físico entre la madre y sus hijas e hijos durante años y que no se flexibilizan ni siquiera en situaciones extremas. Hemos podido documentar, por ejemplo, la prohibición que se ha hecho a una madre de visitar en el hospital a su hijo ingresado por una enfermedad muy grave, pese al deseo del niño de ser cuidado por su madre. Es importante leer este ejemplo a la luz del dato hallado en el análisis de las sentencias en las que se dirimen los derechos de custodia: en las dos resoluciones en las que se condena al padre por violencia sexual en el ámbito familiar, en ambas se ha confirmado la custodia materna y se ha establecido un amplio régimen de visitas paterno sin ningún tipo de supervisión.

Las sentencias absolutorias que hemos podido analizar (un 48 % de nuestra muestra) ofrecen argumentos jurídicos contundentes contra estos intentos de condenar a la madre por sus prácticas de protección.

> «Pues bien, de lo anteriormente expuesto no cabe sino concluir que la denuncia de la madre (aquí querellada) vino motivada por la existencia de unos informes médicos que apreciaron unas lesiones en los genitales de la menor que podían ser compatibles con una situación de abuso/ maltrato, siendo precisamente la pediatra quien requirió la presencia policial en el hospital ante la sospecha de abuso/ maltrato, no pudiendo afirmarse que la querellada actuara de mala fe, ni con conocimiento de la falsedad de lo que estaba denunciando, ni con manifiesto desprecio a la verdad, procediendo por el contrario a seguir las indicaciones de los médicos que atendieron a la menor y que observaron indicios de un delito de abuso/maltrato, lo que habría de esperar de cualquier progenitor en una situación similar, no concurriendo en consecuencia el elemento subjetivo del tipo penal de acusación o denuncia falsa». (Juzgado de Instrucción, procedimiento: diligencias previas)

g) Duración de los procedimientos jurídicos, unido a la violencia económica que supone la concatenación de recursos y multas

A día de hoy, la media de duración de los procedimientos jurídicos que se despliegan tras la denuncia de la violencia sexual contra las niñas y niños suele ser de 6 años. Sin embargo, este dato no es del todo representativo, pues en nuestra muestra contamos con casos que se acaban de iniciar, así como una inmensa mayoría de casos que siguen abiertos, por lo que es de esperar que aumente su duración. Así, del total de casos analizados, un 60 % supera los 7 años de concatenación de procesos judiciales. En solo tres casos se ha finalizado el proceso judicial, después de entre 10 y 13 años de litigios, y en todos estos casos el resultado no ha sido una sentencia judicial de protección y reparación, sino que el cierre de la vía judicial ha sido únicamente posible debido al cumplimiento de la mayoría de edad de las niñas y niños. En ese momento, en todos los casos, los ahora adolescentes han regresado al domicilio materno y han roto todo vínculo con el progenitor con el que se les ha obligado a convivir durante años, pese a las denuncias que habían realizado. Los tres adolescentes se han planteado en algún momento denunciar tanto a su progenitor como al sistema judicial, pero no lo han llegado a hacer por miedo y desconfianza después de todo el proceso vivido.

Merece la pena señalar también cómo algunos de los procesos más «cortos» que hemos documentado (3 y 4 años de duración) lo son debido al abandono de la madre del litigio, por temor y a la vista de las consecuencias en su contra y de las niñas y niños. Así, al ver cómo al avanzar el procedimiento judicial las niñas, niños y adolescentes no reciben ninguna medida de protección, sino resoluciones tendentes a limitar la relación maternofilial

y a enjuiciar a la madre, el miedo a que su situación y la de sus hijas e hijos empeore las lleva a no apelar a instancias superiores, a desistir de denunciar pese a que las situaciones de violencia sexual se sigan produciendo o a acatar las resoluciones judiciales por miedo a perder el contacto con sus hijas e hijos.

Por otro lado, la extensa duración de los procedimientos judiciales puede considerarse como una forma de vulneración de derechos en tanto que:

1. prolonga de manera extrema el tiempo que las niñas, niños y adolescentes se encuentran expuestos al riesgo de sufrir violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar, aumentando también las posibilidades de revictimización que supone la sucesión de declaraciones y evaluaciones por las que se ven obligadas a pasar;
2. aumenta el sufrimiento de madres, niñas, niños y adolescentes, que relatan de manera unánime la ansiedad, sudoración, las taquicardias, las pesadillas... que cada nuevo juicio produce, sea el primero o el enésimo en años de litigio.
3. otra consecuencia de la dilatada duración de los procedimientos judiciales es la violencia económica que lleva implícita. En este sentido, merece la pena destacar el elevado coste económico de los procedimientos judiciales, sumado a la necesidad de contratar asistencia letrada privada (pues las características de unos procedimientos tan largos y complejos hacen difícil el trabajo de los y las abogadas del turno de oficio), así como la tendencia a que sean las madres las que asumen las costas de los juicios en los casos de modificación de medidas o en los recursos interpuestos y la imposición de pensiones alimenticias y/o multas fruto de ejecuciones posteriores.

h) Vulneración del derecho a la salud integral de madres, niñas, niños y adolescentes

En el momento de cerrarse nuestro trabajo, las niñas y los niños cuyos casos hemos documentado presentan las siguientes patologías a consecuencia de todas las formas de violencia sufridas: ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos de conducta, agresividad, disociación, depresión, pesadillas y terrores nocturnos, insomnio, convulsiones, ataques epilépticos, tics nerviosos, vómitos, erupciones cutáneas, retraso cognitivo en el habla, encopresis, dolores osteomusculares, trastornos de la alimentación, obesidad, dificultades de relación social, mutismo selectivo, conductas sexualizadas, dificultades escolares, conductas autolíticas, en algunos casos, de repetición. A este listado (compuesto a través de informes médicos y psicológicos, relatos documentados en las entrevistas, así como sentencias judiciales en las que se recogen fragmentos literales de informes médicos y psicológicos) resulta necesario añadir dos factores más que inciden en esta vulneración del derecho a

la salud: 1) dado el elevado porcentaje de las niñas, niños y adolescentes que conviven en la actualidad con el progenitor en régimen de custodia exclusiva o custodia compartida, no es posible descartar el riesgo de que la violencia sexual denunciada se repita o continúe; 2) la afectación se ve de forma más significativa en la pre-adolescencia o adolescencia, donde se produce la individuación del individuo y la persona comprende en mayor grado la situación vivida (*sleepover effect*).

Junto a ello, el sufrimiento psíquico de las madres puede medirse en indicadores como: pérdidas de memoria, distimia depresiva, dolores musculares, distrofia, contracturas, tics nerviosos, migrañas, alteraciones hormonales, úlceras, pólipos y quistes asociados al estrés, sistema inmunológico alterado, arritmias, ictus, delgadez extrema, miedo y estado de alerta constante, alteraciones del sueño, asma, dolores articulares, hipersensibilidad sensorial, disociación y conductas autolíticas.

i) Ausencia de mecanismos para detectar uso del SAP e impugnarlo

El 4 de julio de 2021, la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia legisló por primera vez en torno al uso del SAP. En su artículo 11.3 establece que «los poderes públicos tomarán las medidas necesarias para impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración». Sin negar el avance que supone esta modificación legislativa, son muchos los indicadores que nos invitan a llamar la atención sobre su insuficiencia.

En primer lugar, no puede escaparse a lógica jurídica que instar a impedir el uso del SAP no es lo mismo que prohibir su uso. De esta forma, la ley de infancia disuade del uso del SAP, pero al no prohibirlo, no prevé expresamente una sanción en caso de hacerlo. Los poderes públicos, y especialmente los jueces, se encuentran de esta forma privados de herramientas específicamente diseñadas para tratar de impedir el uso del SAP, por lo que queda al libre arbitrio de cada profesional el dotarse de instrumentos para hacer cumplir la ley. Del mismo modo, las consecuencias para los profesionales, progenitores e instituciones que insistan en el uso del SAP quedan fuera de regulación.

Conviene destacar en este sentido que de los resultados de nuestra investigación se desprende también la constatación de que no se están eliminando las prácticas institucionales, conductas y comportamientos del funcionariado público y de los profesionales implicados en los procedimientos judiciales que, dentro del *continuum* de la violencia generada a través del uso del SAP, producen distintas formas de violencia institucional machista; o bien se está tolerando dicha violencia, propiciando un contexto de falta de respuesta y/o una respuesta negligente. Así, la desprotección por parte de las instituciones,

que, en lugar de tomar medidas de no repetición de la violencia, la reproducen y aumentan el trauma vivido, ocasiona en madres, niñas, niños y adolescentes un grado severo de sufrimiento y dolor con daños a corto, medio y largo plazo.

En las últimas evaluaciones que se ha sometido a España por parte de órganos expertos independientes de Naciones Unidas para velar por el cumplimiento de los tratados internacionales en materia de derechos humanos (en concreto, la evaluación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer –CEDAW– en mayo de 2023, y el Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica –GREVIO–, en noviembre del mismo año), han constatado que en nuestro país la aplicación continua del síndrome de alienación parental, a pesar de su prohibición por la Ley Orgánica 8/2021, en los procedimientos judiciales en los que se dirime la custodia de los hijos en casos de violencia doméstica, lo cual, enuncian los expertos, podría poner en riesgo a la madre y a los hijos de sufrir violencia doméstica (9).

También por esas fechas, en mayo de 2023, un informe elaborado por la Relatora Especial sobre la violencia hacia las Mujeres de Naciones Unidas, Reem Alsalem, advierte de que el SAP se continúa usa en todo el mundo (citando específicamente a España) para encubrir la violencia de género y los abusos sexuales a menores, incumpliendo el derecho al Interés Superior del Menor. La investigación de la relatora sostiene que, en términos generales, los tribunales «entienden mal y subestiman las consecuencias» de la violencia de género y las repercusiones que ésta tiene sobre los niños y niñas. En la práctica, se considera que el bienestar de los menores se basa en preservar el vínculo con el padre, lo que lleva a los tribunales a conceder visitas y custodias en lugar de protegerlos de una posible situación de violencia (10).

Garantizar el conocimiento, la incorporación e implementación de la normativa internacional e interna en materia de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, en particular, la Convención Internacional de Derechos de Niños y Niñas y el Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños y Niñas contra la Explotación y el Abuso Sexual (los artículos 30 y 31 incorporan el principio de no revictimización y el derecho a la información a las niñas y niños, a ser oídas y participar en el proceso y la obligación de los poderes públicos de salvaguardar a las propias víctimas, a sus familias y a los testigos de cargo de cualquier intimidación, represalia o nueva victimización) son aún tareas pendientes en el campo judicial español.

En todo caso, más allá de lo limitado de la norma de cara a impedir el uso del SAP y la constatación de su persistencia, resulta interesante traer aquí, de la mano del trabajo de Caterina Canyelles (11) y Ana María Rubio (12), una última reflexión en torno a la capacidad transformadora del derecho. Ambas autoras nos recuerdan que cuanto existe una distancia cultural entre la norma y la realidad se genera una ineficacia de la norma, pues en paralelo a ella, las prácticas judiciales siguen reflejando conceptos (en este caso, los estereotipos

de género y de infancia que implica el SAP) que ya no están en la ley, pero que siguen siendo muy relevantes para nuestra cultura. Es decir, en la medida en la que no se actúe sobre el sistema de creencias, prejuicios y comportamientos que están presentes en las prácticas de los operadores jurídicos con respecto a las normas «más avanzadas», las leyes se tornan inaplicables. Las leyes son la base, no el final de un camino en el que a las instituciones les queda aún mucho por recorrer.

3. VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y VIOLENCIA VICARIA

La violencia vicaria es una de las manifestaciones de la violencia machista. Sonia Vaccaro la define como «aquella violencia que se ejerce sobre los hijos para herir a la mujer (…) Es a la mujer a la que se quiere dañar y el daño se hace a través de terceros, por interpósita persona. El maltratador sabe que dañar, asesinar a los hijos/hijas, es asegurarse de que la mujer no se recuperará jamás. Es el daño extremo» (13). Según esta definición, las hijas e hijos son el instrumento de la violencia, pero el fin del agresor es la mujer. No obstante, es necesario poner de relieve (ya que en demasiadas ocasiones se pierde el foco) que, en su afán por dañar a la mujer, el agresor también produce daños sobre sus hijas e hijos, que en muchas ocasiones sufren la violencia sobre sus propios cuerpos. Introducir la perspectiva de infancia al hablar de violencia vicaria es fundamental para no olvidar en ningún momento que no son solo las mujeres las que reciben el daño. Ahora bien, si interesa hablar aquí de violencia vicaria es porque uno de los aspectos que pone de relieve nuestra investigación es la vinculación entre violencia institucional y violencia vicaria. Pernas y Román (14) en su reciente estudio sostienen que «la relación entre violencia vicaria y justicia es tan íntima que muchas pensadoras y activistas hablan de la connivencia entre la violencia vicaria y la violencia institucional contra las mujeres», haciéndose eco, a su vez, de las conclusiones del I Encuentro Estatal sobre Violencia Vicaria y Violencia de Género Institucional en España (2021) (15).

La reivindicación de la custodia exclusiva o compartida que la inmensa mayoría de los padres realiza posteriormente al archivo provisional de su causa debe entenderse no sólo como un deseo de mantener el vínculo con sus hijas e hijos, además de un intento de limpiar su imagen pública (dañada durante el procedimiento judicial), sino también como un instrumento para causar dolor e impedir la recuperación de la mujer. Las amenazas que muchas de las entrevistadas relatan haber recibido durante el procedimiento judicial («te voy a quitar a la niña», «te vas a quedar sin verla en tu vida», «te jodes, porque me la voy a quedar»…) o el escarnio que reciben por parte del padre una vez que ha conseguido la custodia son buena prueba de ello. Esto se hace especialmente evidente en la medida en la que son mayoritarios los casos en los que, previo al inicio del procedimiento judicial, el padre que ahora

reivindica la custodia exclusiva no había ejercido una paternidad responsable. Tampoco habían demandado una custodia compartida o exclusiva anteriormente a que se presentase una denuncia contra ellos por violencia sexual o violencia de género en el ámbito familiar, como tampoco habían cumplido en muchos casos con el régimen de visitas fijado en el momento de divorcio de la pareja. En este sentido, resulta importante insistir en que en la gran mayoría de los casos estudiados, la madre tenía concedido un régimen de custodia exclusivo a su favor aceptado por ambos progenitores. Sin embargo, después de iniciado el procedimiento judicial por violencia sexual o de género, la inmensa mayoría de los padres solicitan una modificación de medidas que les conceda una custodia compartida o exclusiva. Tal y como se ha señalado en las páginas anteriores, las decisiones judiciales de los juzgados de familia, tras el sobreseimiento provisional de las denuncias de violencia sexual paterna, han obrado en favor de esta demanda de los padres, priorizado la salvaguarda de la relación de los infantes o adolescentes con su progenitor. Esta decisión coincide con un orden cultural que defiende históricamente la figura del padre, que otorga reconocimiento a la imagen de un padre que lucha por sus hijas-e hijos y confiere un valor de credibilidad absoluta a su palabra (16).

Siendo o no conscientes de esta situación, las decisiones de los juzgados de familia, en su intento por salvaguardar la figura paterna, otorgan a los hombres un arma muy poderosa: ponen a su disposición las instituciones, el derecho de familia y el argumento del SAP (refrendado por su utilización institucional) para dañar a la mujer, abriendo secundariamente la puerta para que este daño se extienda también a las hijas e hijos, lo que incrementa, a su vez, el sufrimiento de la madre. La concepción por parte de algunos jueces (y de algunos recursos de atención psicológica especializados) de la custodia compartida como una situación deseable *per se*[5], se alinea con las batallas políticas que libran grupos políticos negacionistas de la violencia machista (17) y sus asociaciones afines de padres separados y divorciados en torno a la defensa de la custodia compartida.

Dar prioridad a la custodia compartida, en cualquier caso, soslaya el hecho de que la petición de custodia por parte del padre se hace en muchas ocasiones con la intención de hacer daño a la madre. Así, en los casos documentados se ha podido observar cómo la concesión de la custodia compartida permite al padre ejercer un maltrato sostenido en el tiempo sobre las hijas e hijos (entregándole a las niñas y niños con evidentes señales de descuido, negándose a satisfacer los deseos de extraescolares o viajes que la niña o el

[5] La doctrina del Tribunal Supremo señala que para adoptar el régimen de custodia compartida no se exige una relación sin fisuras entre los progenitores, pero sí es necesaria una actitud y comunicación razonable y de respeto mutuo que no se da en ninguno de los casos analizados. Aunque esta jurisprudencia ha sido matizada, el Código Civil fija como criterio general no otorgar la compartida cuando haya situaciones de violencia.

niño verbaliza, impidiendo que acudan a terapia psicológica, etc.), obligando a la madre a una negociación angustiosa permanente, que tiene nuevamente como trasfondo la amenaza de la posibilidad de que el padre solicite una custodia exclusiva y la experiencia de que es muy posible que lo logre. Estas amenazas, que como se ha señalado también parten de las propias instituciones en aplicación de la «terapia de la amenaza» que supone el SAP (y se consigna de forma literal en al menos una sentencia), cumplen a la par la función de disuadir a las madres de continuar con el litigio judicial, ante el temor de perder definitivamente la custodia de sus hijas e hijos, ver cómo disminuyen las visitas y el contacto con ellos, o ser acusadas de sustracción de menores cuando incumplen medidas en su afán de protegerlos.

Además, en los casos en los que se otorga la custodia exclusiva al padre se deja en sus manos la posibilidad de llegar a acuerdos con la mujer que flexibilicen o no la dureza del régimen de visitas impuesto a la madre. Así, la mujer se ve obligada a depender de las decisiones de la persona a la que ha denunciado, que ve reforzada su posición de dominio, para poder entablar comunicación con sus hijas e hijos, siendo esta supervisada en ocasiones por el propio progenitor o la familia paterna, por decisión judicial. Las madres, de esta forma, quedan sometidas y obligadas a mantener el vínculo con el progenitor denunciado que consigue, gracias a las decisiones judiciales, ejercer control y conservar la capacidad de dañar a la mujer. El grado de sufrimiento se multiplica en el caso de las madres víctimas de los arrancamientos, que ya no solo deben vivir con la pérdida de la relación con sus hijas e hijos, sino con la desesperación e impotencia de saberlos en manos de sus –presuntos– agresores. A la par, se obliga a las niñas, niños y adolescentes a permanecer insertos en una relación violenta y traumática, con el consecuente daño irreparable que ello conlleva.

Es importante dejar constancia también de que en los casos que hemos podido estudiar, un 91 % de las madres afirma haber sido víctima de violencia machista por parte del progenitor denunciado por violencia sexual contra sus hijas e hijos, de las cuales un 52 % se atrevieron a denunciarla y un 50 % pueden acreditar esta violencia con títulos habilitantes o informes de recursos especializados. Esto es, las custodias compartidas y la pérdida de custodia de la madre en favor del padre se están llevando a cabo en contextos donde la violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar contra las niñas y niños se superponen y entrecruzan, siendo este hecho obviado en las sentencias analizadas, al traducir, como ya se ha mencionado, las situaciones de violencia machista a un conflicto entre los progenitores.

Resulta fundamental señalar, por último, que la situación descrita resulta aún más preocupante si cabe en la medida en que las decisiones judiciales que otorgan mayoritariamente la custodia al padre (o abogan por una custodia compartida) obvian que el padre no ha sido absuelto de los delitos de violencia sexual o violencia de género en el ámbito familiar contra las niñas y los niños (un 86 %), sino que se trata de sobreseimientos provisionales

por falta de indicios suficientes para el dictado de una sentencia en uno u otro sentido. De esta forma, no se puede soslayar el riesgo intrínseco al que se expone a las niñas, niños y adolescentes al obligarlos a convivir con el progenitor denunciado, cuando el riesgo ha de ser el factor determinante para decidir suspender o restringir la convivencia con el padre, lo que implica valorar la afectación de su bienestar general, salud y desarrollo emocional y su integridad. Máxime tras la modificación del artículo 92 del Código Civil[6] y del artículo 158 del mencionado Código[7], establecida por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Pese a estas instrucciones refrendadas por el Tribunal Constitucional (18), los resultados de este estudio desprenden que la custodia exclusiva en favor del padre o el restablecimiento de la custodia compartida es la tónica en los casos en los que se ven implicadas violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes o violencia psicológica y ha mediado el SAP como marco de interpretación[8], e incluso se han documentado dos casos de concesión de custodia exclusiva al progenitor tras las modificaciones legislativas. Tampoco se puede soslayar que, incluso en los pocos casos en los que se mantiene la custodia materna pero se establece un régimen de visitas con el padre, la violencia vicaria del agresor continúa y se prolonga a través, precisamente, del régimen de visitas con las hijas e hijos. Las consecuencias para las madres de estas decisiones judiciales son arrasadoras:

---

[6] «No procederá la guarda conjunta cuando cualquiera de los progenitores esté incurso en un proceso penal iniciado por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual del otro cónyuge o de los hijos que convivan con ambos. Tampoco procederá cuando el juez advierta, de las alegaciones de las partes y las pruebas practicadas, la existencia de indicios fundados de violencia doméstica o de género») y del artículo 158 del mencionado Código («La suspensión cautelar en el ejercicio de la patria potestad y/o en el ejercicio de la guarda y custodia, la suspensión cautelar del régimen de visitas y comunicaciones establecidos en resolución judicial o convenio judicialmente aprobado y, en general, las demás disposiciones que considere oportunas, a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios en su entorno familiar o frente a terceras personas». Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

[7] «La suspensión cautelar en el ejercicio de la patria potestad y/o en el ejercicio de la guarda y custodia, la suspensión cautelar del régimen de visitas y comunicaciones establecidos en resolución judicial o convenio judicialmente aprobado y, en general, las demás disposiciones que considere oportunas, a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios en su entorno familiar o frente a terceras personas» Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

[8] El Consejo de Europa, a través del Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (GREVIO), ha advertido a España de la reticencia observada en los jueces de lo penal de cara a suspender o limitar visitas, patria potestad y otros derechos paternos, tanto en la instrucción de casos de violencia machista como en las sentencias resultantes. Véase https://www.epe.es/es/igualdad/20220614/grevio-violencia-machista-violencia-vicaria-convenio-de-estambul-europa-13850473

- Verse obligadas a entregar a sus hijas e hijos a sus agresores, sabedoras de sus comportamientos violentos, por miedo a perder la custodia.
- Verse forzadas a convencer a sus hijas e hijos de que accedan a acudir a las visitas con el padre, nuevamente por miedo a perder la custodia.
- Presenciar con impotencia y culpa la continuidad de la violencia sexual contra sus hijas e hijos sin poder protegerlos.
- Ser objeto de amenazas y agresiones por parte del progenitor al encontrarse con él a la entrada o la salida del PEF.

Mientras tanto, obligados a convivir o mantener el contacto con su progenitor, muchas niñas y niños continúan relatando episodios de violencia sexual (cuando no se ven obligados a retractarse por la coacción paterna), engrosando informes médicos y psicológicos que así lo atestiguan, perpetuándose las secuelas en sus cuerpos y el dolor en sus madres, todo ello en pro de la protección de la institución paterna.

4. CONCLUSIONES

En conclusión, la aplicación del SAP en los procedimientos judiciales por violencia machista contra niñas, niños y adolescentes y, en concreto, por violencia sexual en el ámbito familiar supone un acto de violencia institucional por el cual se vulneran derechos humanos recogidos en instrumentos jurídicos internacionales –como el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), ambos ratificados por el Estado español– y nacionales.

Esta constatación viene respaldada por el informe de diciembre de 2021, presentado por el Grupo de Personas Expertas en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (GREVIO), órgano de expertos/as independientes encargados/as de evaluar la aplicación de las disposiciones del Convenio de Estambul que señala a España por la vulneración de varios artículos del Convenio de Estambul a través de prácticas de violencia machista institucional. En mayo de 2023, fue la propia CEDAW, en las conclusiones del periodo de evaluación a España, la que alertó de que la aplicación del síndrome de alienación parental está poniendo en riesgo a la madre y a los hijos de sufrir violencia (19). Un año después, en noviembre de 2024, el GREVIO, en las conclusiones de su evaluación temática a España, alerta de que los tribunales españoles siguen concediendo derechos de custodia a los progenitores pese a existir antecedentes de violencia, incumpliendo el artículo 31 del Convenio de Estambul, y constata la persistencia del uso del síndrome de alienación parental, lo que «vuelve los mecanismos de protección contra la violencia en contra de las propias víctimas y las expone a una victimización secundaria, al restringir el ejercicio de sus derechos» (20).

A tenor de todos estos indicadores, no es de extrañar que la relatora especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, Reem Alsalem, haya iniciado un trabajo conjunto con otros tres procedimientos especiales de Naciones Unidas (el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas, la relatora especial sobre el derecho a la salud física y mental, y el relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes), dado que las formas de violencia institucional machista contra madres, niñas, niños y adolescentes presentes en el Estado español, por su grado severo de sufrimiento y dolor, pueden constituir tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, existiendo vulneraciones graves y sistemáticas a los derechos de las mujeres, niñas y niños (21). En este sentido, emitieron un comunicado de prensa conjunto señalando que «los menores en España están expuestos a la violencia y los abusos sexuales por un sistema judicial que no les protege de los padres abusivos» y que el Gobierno de España debe hacer más para protegerlos y «garantizar que sus tribunales superen los prejuicios contra las mujeres y aplicar un enfoque centrado en los niños y de género» (22).

Resulta imprescindible señalar aquí que otra de las consecuencias de la violencia institucional es el daño que sufren las instituciones en su conjunto. Todas las madres entrevistadas relatan una pérdida total de confianza en las instituciones, de la que en muchos casos son partícipes también las y los abogados que las acompañan. Como ya hemos mencionado, hay madres que deciden abandonar la vía judicial y cesar en sus denuncias ante el temor a que cualquier palabra dicha pueda ser tergiversada para ser reinterpretada en el marco del SAP, aumentando con ello la desprotección hacia sus hijas e hijos y las posibilidades de pérdida de la relación maternofilial. Otras desisten también ante las amenazas que reciben de los magistrados de ser enjuiciadas con posterioridad por mala fe o abuso de la ley si se «exceden» en el número de denuncias. Tal es así que una madre recuerda que tuvo que calibrar consigo misma la «mayor o menor gravedad» de la violencia sexual que le narraba su hijo tras las visitas con su progenitor para decidir qué actos denunciaba y cuáles debía dejar sin respuesta.

El miedo y la desconfianza hacia las instituciones están también detrás de que algunas madres decidan ocultar deliberadamente en los juzgados de familia las situaciones de violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar como estrategia para evitar la aplicación del SAP. En ocasiones relatan que han esperado a poner la denuncia penal por violencia sexual y/o de género en el ámbito familiar a que se hubiera celebrado el juicio civil de medidas paternofiliales, para evitar así que la denuncia pudiera jugar en su contra. Esta desconfianza la heredan también sus hijas e hijos, víctimas con ellas de la violencia institucional, y la trasladan también al resto de instituciones con las que tienen contacto (centros educativos, sanitarios y de atención psicológica, policía…). Es en este contexto de desconfianza que deben enmarcarse tanto las retractaciones como el silencio que muchas niñas y niños mantienen

de cara a los/as profesionales que tienen a su alcance, lo que dificulta las posibilidades de detección de la violencia sexual en el ámbito familiar y de protección. También las posibilidades de reparación quedan cercenadas ante la negativa por parte de los y las ya adolescentes que cumplen la mayoría de edad de denunciar todo lo que han vivido, motivada por el miedo a ser de nuevo cuestionados/as y revictimizados/as.

De esta forma, la violencia institucional no solo daña a la infancia y a sus madres, sino que también deteriora nuestro sistema democrático, quebrantando las posibilidades de protección por parte de las instituciones a las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual y/o de género.

«Es una tortura, es inhumano.
Ha llegado un punto en el que estoy muerta en vida»

«No tengo palabras, es inexplicable: es atroz.
Me han destruido como persona y como mujer»

«Sufro por mi hija cada día. Es una tortura»

«Necesito no pensar. Estoy machacada»

«Voy con miedo a todas partes.
Es una tortura sin final, para los niños y para mí»

«No tiene medida el dolor. Es injusto»

«Es inhumano vivir con este miedo y sufrimiento. Es insoportable»

«La judicialización invade mi vida,
es un sufrimiento brutal: mío y de mi familia»

«Una indefensión continua. El miedo a no saber qué va a pasar,
a que me la puedan quitar»

«Una pesadilla que no acaba nunca. Una tortura insoportable»

«Una apisonadora que te pasa por encima»

«Me siento como si tuviese una mano al cuello
del sistema judicial, todo el rato»

«Estoy muerta en vida sabiendo que mi hija está viva
y yo llevo años sin poder verla»

«Y siento que muero. Ya no tengo vida, solo sobrevivo.
Una tortura inhumana. Es terrible»

«Y no acaba nunca. Estoy rota. Es invivible.
Es peor que una tortura. Es aniquilador»

«Ya no conozco a mis hijas»

«Lo que yo llevo dentro no tiene nombre.
Me han arrancado lo más hermoso de mi vida, la posibilidad de acariciarla, de mirarla, de protegerla, como hizo mi madre conmigo»

«En continua resistencia y lucha»[9]

Referencias

1. Bodelón González E. Violencia institucional y violencia de género. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2014; 48: 133-155.
2. Serra L. El reconocimiento de las violencias institucionales. Una nueva herramienta para exigir los derechos de las mujeres. Revista Idees. 2022; 59- Disponible en: https://revistaidees.cat/es/el-reconocimiento-de-las-violencias-institucionales-una-nueva-herramienta-para-exigir-los-derechos-de-las-mujeres/
3. González Prado P. La violencia institucional como ámbito de violencia contra las mujeres y personas LGTBIQ+. En: Ribota S, Lema C, coordinadores. 2021: Actas del Congreso Internacional Las mujeres y la (des) igualdad de oportunidades: análisis feminista del impacto de las injusticias estructurales y las tensiones coyunturales.
4. Larrauri Pijoan, E. La mujer ante el derecho penal. Revista de Derecho Penal y Criminología. 1992; 2: 291-310.
5. Sordo Ruz, T. Violencia institucional por razón de género contra las mujeres: casos paradigmáticos en el Estado mexicano. Miscelánea Comillas. 2018; 76 (149): 421-440.
6. Bodelón González E. Violencia institucional y violencia de género. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2014; 48: 133-155.
7. Save the Children. Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España. 2017. Disponible en: https://www. savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver
8. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas [Internet]. Los tribunales españoles deben proteger a los niños y niñas de la violencia doméstica y los abusos sexuales, dicen los expertos de la ONU [actualizado 9 Sept 2021; citado 12 Sept 2024]. Disponible en: https://www.ohchr.org/ es/2022/01/spanish-courts-must-protect-children-domestic-violence- and-sexual-abuse-say-un-experts.
9. Vaccaro S. Violencia vicaria: Las hijas/as que son víctimas de la violencia para dañar a sus madres». Tribuna Feminista. 2016 Mar [citado 12 Sept 2024]; [aprox. 3 p.] Disponible en https://tribunafeminista.org/2016/03/violencia-vicaria-las-hijas-y-los-hijos-victimas-de-la-violencia-contra-sus-madres/#_ftn1
10. Kohan M. La ONU advierte de que el SAP se usa en todo el mundo para encubrir la violencia de género y los abusos sexuales a menores. Público [Internet]. 2023 [citado 12 Sep 2024]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: https://www.publico.es/mujer/onu-advierte-sap-usa-mundo-encubrir-violencia-genero-abusos-sexuales-menores.html

[9] Reconstrucción a partir de las definiciones que las entrevistadas dieron sobre su propia experiencia al ser preguntadas por el grado de sufrimiento vivido.

11. Canyelles C. Machismo y cultura jurídica. Etnografía del proceso judicial de la violencia de género. 1ª ed. Barcelona: Virus; 2023.

12. Rubio AM. La capacidad transformadora del derecho en la Violencia de Género. Circunstancia: revista de ciencias sociales del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset. 2007; 12: 1-11.

13. Vaccaro S. Violencia vicaria: Las hijas/as que son víctimas de la violencia para dañar a sus madres». Tribuna Feminista. 2016 Mar [citado 12 Sept 2024]; [aprox. 3 p.] Disponible en https://tribunafeminista.org/2016/03/violencia-vicaria-las-hijas-y-los-hijos-victimas-de-la-violencia-contra-sus-madres/#_ftn1

14. Pernas B, Román M. Padres que lo ocupan todo. La infancia en la violencia de género y la violencia vicaria. Informe de resultados. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/investigacion_accion_sobre_la_violencia_vicaria_en_el_contexto_de_la_violencia_de_genero_en_castilla_la_mancha_0.pdf

15. III Encuentro Estatal Violencia vicaria y Violencia de Género institucional en España [Internet]. Barcelona: Mujeres Libres Mujeres en Paz [actualizado 22 Mar 24; cited 20 octubre 24]. Disponible en: https://encuentrovvvi.org/

16. Pernas B, Román M. Padres que lo ocupan todo. La infancia en la violencia de género y la violencia vicaria. Informe de resultados. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha; 2021. Disponible en https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/investigacion_accion_sobre_la_violencia_vicaria_en_el_contexto_de_la_violencia_de_genero_en_castilla_la_mancha_0.pdf

17. VOX [Internet]. Madrid: Custodia compartida. Así es la iniciativa de VOX para proteger el derecho del menor a relacionarse con su padre y su madre [actualizado 21 Julio 2022; citado 10 Oct 2024].[aprox. 2 pantallas].Disponible en: https://www.voxespana.es/grupo_parlamentario/actividad-parlamentaria/custodia-compartida-asi-es-la-iniciativa-de-vox-para-proteger-el-derecho-del-menor-a-relacionarse-con-su-padre-y-su-madre-20220721.Véanse también Galaup L. Vox usa una asociación dirigida por una afiliada para presumir de apoyo social a su negación de la violencia machista. 06 Nov 2022 [citado 10 Oct 24]. En: Diario.es [Internet]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/vox-asociacion-dirigida-afiliada-presumir-apoyo-social-negacion-violencia-machista_1_9683683.html y VOX [Internet]. Madrid: 'No sabía nada de mi hijo. Si estaba vivo o muerto', desgarrador testimonio de Rafael Marcos en la mesa redonda de VOX. [actualizado 20 Julio 2022; citado 10 Oct 2024].[aprox. 1pantalla].Disponible en: https://www.voxespana.es/grupo_parlamentario/actividad-parlamentaria/no-sabia-nada-de-mi-hijo-si-estaba-vivo-o-muerto-desgarrador-testimonio-de-rafael-marcos-en-la-mesa-redonda-de-vox-20220720

18. Brunet JM. El Constitucional rechaza que los maltratadores dispongan de un régimen de visitas a sus hijos. 15 Jul 2022 [citado 10 Oct 24]. En El País [Internet]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2022-07-15/el-constitucional-rechaza-que-los-maltratadores-dispongan-de-un-regimen-de-visitas-a-sus-hijos.html

19. Requena A. La ONU interpela a España por la aplicación del falso síndrome de alienación parental contra las madres. 16 May 2023 [citado 10 Oct 24]. En El Diario.es [Internet]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en https://www.eldiario.es/sociedad/onu-interpela-espana-aplicacion-falso-sindrome-alienacion-parental-madres_1_10208400.html

20. GREVIO. First thematic evaluation report. Building trust by delivering support, protection and justice. Spain. Council of Europe. Adopted by GREVIO on 18 October 2024. Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe. Convention on Preventing and

Combating Violence against Women and Domestic Violence Council of Europe. F-67075 Strasbourg Cedex. France. 2024. [citado 21 Nov 2024] Disponible en https://rm.coe.int/first-thematic-evaluation-report-building-trust-by-delivering-support-/1680b28368

21. Kohan M. La ONU ve un «patrón estructural» en la justicia española que desprotege a los niños y discrimina a las mujeres. 12 Dic 2024 [citado 10 Oct 24]. En Público [Internet]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en https://www.publico.es/sociedad/ onu-ve-patron-estructura l-justi- cia-espanola-desprotege-ninos-dis- crimina-mujeres.html#analytics-no-ticia:contenido-enlace/

22. Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas [Internet]. Los tribunales españoles deben proteger a los niños y niñas de la violencia doméstica y los abusos sexuales, dicen los expertos de la ONU [actualizado 9 Sept 2021; citado 12 Sept 2024]. Disponible en: https://www.ohchr.org/ es/2022/01/spanish-courts-must-protect-children-domestic-violence-and-sexual-abuse-say-unexperts.

LA FALACIA DE LA NEUTRALIDAD DE GÉNERO EN EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (S) AP. EL (S)AP COMO RELATO ALTERNATIVO A LA REVELACIÓN POR NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE POSIBLES ABUSOS SEXUALES INTRAFAMILIARES

THE FALLACY OF GENDER NEUTRALITY IN PARENTAL ALIENATION SYNDROME PA(S). PA(S) AS AN ALTERNATIVE NARRATIVE TO THE DISCLOSURE BY CHILDREN AND ADOLESCENTS OF POSSIBLE INTRAFAMILIAL SEXUAL ABUSE

Antonio Escudero Nafs
Médico especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
Centro de Salud Mental. Sección de psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. S de psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. SERMAS. C. Costa Rica, 1. 28221. Majadahonda. Madrid.
anescudero@gmail.com

Resumen: El síndrome de alienación parental (SAP) establece en las mujeres y madres una «compulsión» a programar a los hijos contra el padre. Dicha compulsión se define de origen genético y evolutivo y tiene la propiedad de agravamiento con el tiempo. Con base en la programación se justifica también el seguimiento posterior de la madre tras la retirada de la custodia. Esta teoría se ofrece para su uso en juzgados como relato alternativo al de la revelación de posibles abusos infantiles intrafamiliares. Richard Gardner fue el primero en camuflar su acción contra las madres con el uso de términos neutros de género. Bajo ellos, la madre se convierte en solo una de las dos figuras parentales programadoras. Este capítulo demuestra las evidencias de que el SAP está construido para definir a la madre protectora como programadora y para neutralizar la revelación del hijo, basándonos en el análisis de 25 documentos de R. Gardner (1985-2004).

Palabras clave: Informe/divulgación, »lavado de cerebro», parentectomía, síndrome de alienación parental, SAP/AP,

Abstract: The parental alienation syndrome (PAS) establishes in women and mothers a «compulsion» to program their children against their father. This compulsion is defined as a genetic and evolutionary origin and has the property of worsening over time. Based on the programming, the subsequent monitoring of the mother after the removal of custody is also justified. This theory is offered for use in courts as an alternative account

to the disclosure of possible intra-family child abuse. Richard Gardner was the first to camouflage his action against mothers with the use of gender-neutral terms. Under these, the mother becomes only one of the two programming parental figures. This chapter demonstrates evidence that PAS is constructed to define the protective mother as a programmer and to neutralize the child's disclosure. For this purpose, a content analysis of 25 documents by R. Gardner (1985-2004) was conducted.

Key words: «brainwashing», child sexual abuse (CSA) parentectomy, reporting/disclosure, parental alienation syndrome, PAS/PA

«*La forma siempre sigue a la función…*»

(LH Sullivan)

Este capítulo, junto al próximo, abarcan dos ideas fundamentales. En este, se trata de evidenciar cómo el SAP solo se construyó para actuar sobre la madre de forma coercitiva. Esto se evidencia a través de la inclusión de teorías en el constructo que explican cómo las conductas de las madres, y toda mujer, están determinadas «genéticamente». En concreto, diseñadas para «programar», dándole al «lavado de cerebro», concepto que se analiza aquí, una capacidad para justificar todas las premisas del SAP. En estos capítulos se evidencia cómo la función del SAP dio forma al constructo. Los previos demuestran cómo dicha función está instituida en la realidad. Los siguientes muestran, la universalidad de la violencia institucional y, en el sentido de «buenas prácticas», cómo acompañar terapéuticamente a quienes son auténticas víctimas del SAP y otras formas de trauma complejo.

La designación de la madre como única figura parental alienadora en el SAP se realiza a través de subterfugios del lenguaje. Unos, son fórmulas retóricas basadas en argumentos retóricos carentes de validez. Otros, se emplean en expresiones de género neutro para ocultar la función del SAP. Esta va dirigida a negar toda revelación de maltrato o posible abuso sexual intrafamiliar (ASII), presentando en su lugar un relato artificioso que retuerce toda lógica y conocimiento actual. Como tal, presenta a los niños, niñas y adolescentes víctimas de posibles abusos, como seres «crueles» e «injustos»; y a toda madre que intenta protegerlos, como una figura «maliciosa». Ambos, de ahí el uso de «campaña», actuando contra, quien es mostrado como víctima «amorosa» y «supuestamente» rechazada. (Todas estas adjetivaciones son nucleares y pertenecen a la exposición del SAP). Y los posibles abusos, son definidos como ideas delirantes.

En el próximo capítulo se detallan las prácticas coercitivas dirigidas a la disuasión de toda notificación sobre posibles malos tratos y abusos sexuales infantiles contra niños, niñas y adolescentes (NNyA). Lo que hace del SAP

una violencia institucional, se basa solo en la aceptación o el rechazo por los jueces del relato que es el síndrome de alienación parental. Son objetivos en este capítulo demostrar en su construcción:

1. La inserción de una teoría de selección genética evolucionista en los «diagnósticos» y la «clasificación» de niveles de SAP para justificar explícitamente todas sus medidas coercitivas.
2. La invalidez del concepto de «lavado de cerebro» o «programación», necesario en el SAP como el mecanismo que «tergiversa» todas las conductas de hijos y madres denominándolas «síntomas de SAP».
3. La estructura del SAP como un protocolo de actuación cuya función es disuadir y hacer punible toda notificación de posible maltrato y ASII hacia la infancia y la adolescencia, ayudando a su ocultación.
4. El uso de los conceptos neutros de género como forma de enmascaramiento de la asignación selectiva a la madre protectora del término de alienadora.
5. El enmascaramiento a través de la idea del uso neutro de género en el SAP de este como manifestación institucionalizada de violencia de género.

METODOLOGÍA DE LOS APARTADOS CUALITATIVOS

La metodologia está basada en el proceso de revisión y obtención de los artículos originales de Richard Gardner. El dominio de la página de Richard Gardner, «rgardner.com», expiró el 26 de junio de 2007, aunque la mayoría de los trabajos originales de Gardner se rescataron de su página web original. Esta funcionó desde diciembre del año 2000 como un repositorio de acceso libre a sus publicaciones y difusión. Para este trabajo se ha utilizado Wayback Machine, el cual es un proyecto sin ánimo de lucro consistente en un archivo digital fundado por Internet Archive. Se optó por revisar los archivos de la página original de Richard Gardner «rgardner.com», correspondientes a 08/12/2002, fecha previa a su muerte. Los archivos no están dispuestos como PDF, sino que se despliegan como contenido, cada uno, de página web. Varios artículos no se pueden obtener de la plataforma de Wayback. R. Coinciden con los que R. Gardner definió como artículos publicados (o aceptados) en revistas de revisión por pares. Las citaciones en el formato MLA (N. Vancouver) de Wayback Machine, según la propia MLA son complejas (al tratarse de documentaciones históricas) y se ha seguido su propuesta de citación según estas. Otros repositorios no son institucionales y fueron creados por asociaciones o personas particulares. Algunas publicaciones han llegado a publicarse de nuevo a través de la revista «The American Journal of Family Therapy», siendo accesibles desde la página web «tandfonline.com» de la editorial Taylor & Francis.

En total, se han obtenido 25 publicaciones originales de Gardner (1-25). Salvo una publicación de 1996, todas están referidas a la construcción del SAP. El artículo de 1996 aporta, no obstante, contenido relevante para algunos enunciados incluidos en el síndrome de alienación parental. Todos los artículos se han utilizado en la parte cualitativa y se citan en las primeras 25 referencias por orden de publicación. Estos se han analizado con el apoyo del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti, versión 9 (26), aunque en un trabajo previo se emplearom las versiones 4.1 y 5.2, este artículo publicado en 2008 en la revista de la AEN (27) se completa con el material nuevo de estos dos capítulos. Se remite al mismo para consultar la función de conceptos en la creación del SAP como, el idiosincrásico de «síndrome (más) puro en medicina» y «en psiquiatría». Los vínculos a dichas publicaciones quedaron en parte obsoletos con la desaparición posterior de la página.

Justificación del uso de citas directas de R. Gardner. Según varias academias de escritura (28), esto se recomienda cuando estas evidencian que una postura es respaldada por una autoridad (en este caso, R. Gardner), critican o inician un argumento, incorporan un lenguaje particularmente evocador o históricamente significativo, o describen un fragmento textual que puede perder o modificar su significado si se parafrasea o sintetiza. Las citas directas permiten comprobar el entramado de los argumentos. El análisis se realizó sobre el idioma original de las publicaciones y, por tanto, sobre citas textuales. Los artículos de Gardner presentan una estructura común y funcionan como un cuerpo de documentos unidos por un mismo objetivo y ninguna publicación contradice a otra. En cada una de ellas, el autor se referencia a sí mismo en sus otras redacciones y repite sucesivamente los bloques argumentales. El único cambio que se mencionará es el de un uso creciente del SAP entre varones con el objetivo de justificar un uso «más neutral» del SAP con relación al género. Todas las publicaciones de R. Gardner constan de tres partes. La primera se denomina aquí como parte «enunciativa» del concepto de SAP. En ella predominan las formulaciones neutras en cuanto al género de las figuras del alienador y del alienado. Les siguen «secciones intermedias» en la que se desarrollan los argumentos que anuncia el título de cada publicación. Estas son, con diferencia, las más extensas. Finalizan con una última y breve parte de conclusiones donde retoma el uso de fórmulas neutras en cuanto al género.

La primera parte se caracteriza por su estructura invariable. Se reproducen en un mismo orden los argumentos para la adjudicación al SAP de los términos de «síndrome», «síndrome médico singular» y «síndrome puro» (este último inexistente en medicina). Tras esto se enuncia la definición de SAP y se enumeran sus ocho síntomas. En ocasiones, cita la existencia de tres niveles de intensidad en el SAP. Esta invariabilidad se evidencia por la repetición en 2001 (11), 2002 (17,19) y 2004 (25) de la denominación de la neumonía neumocócica como «síndrome». El intento de establecer una analogía entre el

síndrome de Down y el SAP se replica en las publicaciones de 2001(11), 2002 (16-17,19,22), y 2004 (25). Esto demuestra la inalterabilidad del constructo del síndrome de alienación parental desde 1985 (1). De los 25 documentos analizados, cinco se publicaron en 1998 y 1999, mientras quince lo hicieron entre 2001 y 2004.

Ambos padres se muestran siempre en una polarización entre una figura activa y alienadora y una pasiva, representada como víctima, objetivo o alienada. En las partes primeras se utiliza continuamente el término inglés «parent» como representación neutra, tanto del padre como de la madre. No hay enmascaramiento del género de los hijos. Esto es indiferente al SAP, que solo se dirige a determinar una figura parental como alienadora y la otra como alienada. Los hijos, por definición, son siempre alienadores.

La cuestión clave en el SAP es el «significado» del rechazo del niño, niña y adolescente hacia uno de los padres. Este es, por definición, inducido por el otro padre. Respecto a los hijos, estos actuarán siempre de acuerdo con la figura parental alienadora. Los dos motivos que lo argumentan son la propia programación recibida y el «temor» a la pérdida del respaldo por parte del progenitor programador. A los «padres o madres» designados como víctimas o alienados, se les considerará siempre en el SAP (y se enuncia de esta forma en algunas sentencias) «injustificadamente» rechazados. Para remarcar esto, R. Gardner añadió a la neutralidad de género otra fórmula. Según esta, los padres alienados son «supuestamente odiados» por el hijo (pero íntimamente queridos). Mientras, los progenitores aceptados parecían ser «supuestamente amados». El argumento sobre el «rechazo sin justificación» es tautológico, pues solo se sustenta en que lo justo sería su aceptación. Esta suma de sentidos ambiguos y contradictorios llegan en ocasiones a hacer difícil su comprensión: «Se trata de un trastorno en el que los niños, programados por el padre (*parent*) pretendidamente «amado», emprenden una campaña de denigración del padre (*parent*) pretendidamente «odiado»». [RG (6)]

Esto fue explicado por R. Gardner en la primera publicación de 1985, donde acuñó el término:

> «Por lo general, el niño está obsesionado con el «odio» hacia uno de sus padres (*parents*), (la palabra odio se pone entre comillas porque todavía tiene muchos sentimientos tiernos y amorosos hacia el padre (parents) supuestamente despreciado que no se le permite expresar)».

La expresión en inglés preferida por Gardner es la de «*allegedly despised*». «Despised» se traduce como «indeseable, no querido», o también, como «merecedor de odio o desprecio». La expresión «*allegedly despised*» se empleó desde 1985 hasta 2004.

El SAP actúa en los conflictos por la custodia sobre «lo injusto» del rechazo del hijo a estar con el «padre alienado». La actuación del SAP se explicita y defiende a lo largo del SAP con la palabra «forzar» a los niños, niñas

y adolescentes a ir con los padres rechazados. El SAP justifica esto al imponer como *única explicación* admisible la de su teoría de la programación. La expresión, «visitación forzada», aparece en las publicaciones de 1987(2), 1991(3), 1999(9), 2001(12,15), 2002 (20-25). Entre estas destaca la fechada por orden como 2001(15), en la que en nueve ocasiones se utiliza el verbo «forzar». Esta frecuencia no parece ser ajena a su título: «¿Deberían los tribunales ordenar a los niños con SAP a visitar/residir con el padre alienado?».

El argumento, o causa del rechazo, se explica por R. Gardner porque todos los NNyA diagnosticados de «SAP», sin importar la edad, desean realmente que se les fuerce a visitar al padre rechazado. El fin de ello, es poder disimular ante el padre alienador su «verdadero» deseo de estar con el padre alienado. Entre varias citas al respecto exponemos esta:

> «No puedo enfatizar este punto lo suficiente. Los niños SAP quieren ser forzados. Quieren poder decirle al alienador: «Yo realmente odio ir, pero el juez/tutor me fuerza. Realmente odio cada minuto que estoy allí». Una vez que han podido decir esto, a menudo pueden visitar y disfrutar ellos mismos inmensamente.» [RG, (22)]

I. La teoría genetista del SAP marca a las madres como alienadoras

La siguiente cita, pertenece a esta teoría y está dirigida exclusivamente hacia las madres:

> «El proceso de alienación se ha hecho un «modus vivendi «y ha llegado a estar tan profundamente integrado en la estructura psíquica del alienador que es improbable que los procesos de programación se paren cuando el pleito haya terminado. La compulsión para alienar ha quedado cerrada dentro del circuito cerebral y tiene una vida propia». [RG (15)]

La teoría genetista de Gardner alude contantemente a tres cosas: (a) Dos etapas contiguas de crianza de los hijos. (b) La determinación por selección natural de las madres como cuidadoras en la primera etapa y de los padres para la segunda, llamada «de formación». (c) El SAP se produce por los intentos de las madres de mantener su vinculación durante la etapa de «formación».

La siguiente cita relata una «batalla» entre la naturaleza de las mujeres y el sistema de justicia. Destaca la permanencia en las madres actuales de la grabación genética de su «instinto maternal» y la descripción de sus conductas como pertenecientes a las hembras de «todo el reino animal». Se describe también, el riesgo en el que se encuentran las madres por ignorar el SAP. La hace en una sola línea: *«Restricciones y amenazas judiciales […] de prisión, multas e incluso pérdida de los hijos».*

> «El programa de difamación se alimenta del proverbial «instinto maternal» […] En todo el reino animal, las madres luchan literalmente hasta la muerte para proteger a sus hijos, y las mujeres de hoy siguen estando influenciadas por la misma programación genética. En estas circunstancias, el juego limpio se considera una cortesía que se puede reservar para conflictos menos importantes, pero no tiene cabida en una batalla por los propios hijos. Se ignoran las restricciones y amenazas judiciales (a menudo con impunidad), y el objetivo del juego es salir, impune todo lo que una pueda. Con tanto en juego, recibir amenazas de prisión, multas e incluso la pérdida de los hijos será (por ellas) puesta en riesgo; tan importante es (para ellas) esta causa». [RG (4)]

La madre figura como el agente activo, la «actora». Al no poder reprimir sus «instintos», el SAP hace recaer sobre ella la responsabilidad de su destino y el de sus hijos. El SAP se presenta como ajeno a esto.

R. GARDNER ESTABLECIÓ EN SU TEORÍA GENETISTA EL ORIGEN DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

> «[…] Ya sea el resultado de la diferencia genética (probablemente de valor de supervivencia en tiempos pasados, cuando las mujeres eran principalmente las criadoras de los niños y los hombres los cazadores y guerreros) o el hecho de que las madres (incluso hoy) tienen más probabilidades de haber sido las principales criadoras de los niños, el vínculo psicológico madre-hijo es generalmente más fuerte que el de padre-hijo. *Creo que los síntomas del síndrome de alienación parental –tanto en las madres como en los niños– han estado relacionados con los intentos de preservar este vínculo extraño*» [RG (3)].

En la anterior cita, los intentos de preservar este «vínculo extraño» parecen describirse como una «extralimitación» que desencadenará el SAP. La relevancia de este vínculo entre la madre y el hijo, se nombra como el principal «problema» y origen del SAP.

EL SAP DEFINE DOS ETAPAS CONTIGUAS DE CRIANZA: LOS «AÑOS TIERNOS» Y LOS «AÑOS DE «FORMACIÓN».

Gardner hablará de estas dos etapas consecutivas sin delimitación de edad. Habrían sido configuradas por la evolución, al igual que seleccionó a cada progenitor para cada una. La primera etapa se atribuye a la madre. Pero según esta teoría, las madres habrían quedado adheridas a sus «instintos» y su capacidad de cuidado quedará obsoleta. Son los intentos de «injerencia» en la segunda etapa los que desencadenan el SAP. Por el contrario, esta etapa está diseñada evolutivamente para los padres varones. Cercanos al final, R. Gardner determina a cuál padre corresponde mejor la custodia (ver más adelante).

IMPRONTA DE UNA PROGRAMACIÓN *«ANTICIPADA»* EN LAS MADRES.

> «[…] es la madre quien puede tener la experiencia de la lactancia materna, algo que el padre no es capaz de disfrutar. Todos estos factores crean una probabilidad mucho mayor de que la madre tenga un vínculo psicológico más fuerte con el bebé que el padre en el momento del nacimiento. *Esta programación «anticipada»* la coloca en una posición superior con respecto al vínculo psicológico con el bebé recién nacido en el momento del nacimiento» [RG (2)].

Tiene especial relevancia la relación que establece entre: vínculo materno fuerte → inicio precoz de la programación → adoctrinamiento en el SAP. Cada vez que Gardner enuncia la existencia de este vínculo intenso, evoca al mismo tiempo la idea de adoctrinamiento:

> «Las madres generalmente están más vinculadas a sus hijos que los padres y son *más propensas* a participar en una amplia *variedad de manipulaciones* diseñadas para fortalecer sus posiciones en las disputas por la custodia». [RG (4)]

EL «VÍNCULO» MADRE-HIJO SE CALIFICA COMO «EXTRAÑO» Y PATOLOGIZADO

Este actúa en el SAP como: (a) Origen en el deseo mutuo de mantener el vínculo. (b) Definición como destrucción vincular. (c) Forma de abuso emocional. (d) Origen de los síntomas del SAP. (e) Justificación de la parentectomía.

(a) Madres: «El factor principal que opera en la mayoría de las madres que programan a sus hijos en el desarrollo del SAP es el deseo de mantener el vínculo psicológico con el niño». Hijos: «Es este vínculo psicológico primario el que el niño desea preservar».[RG (4)].
(b) «El SAP, por definición, es un trastorno en el que un programador intenta *destruir el vínculo* entre los niños y un padre(parent) bueno y amoroso». [RG, la misma cita aparece en 2002 (17,23)]
(c) «Inducir un PAS en un niño es una *forma de abuso infantil* porque puede dar como resultado la destrucción permanente de un vínculo psicológico con el padre bueno y amoroso». [RG (23), y de forma equivalente en (17) y (22)]
(d) «El motivo principal de los escenarios de denigración de los niños es mantener el vínculo psicológico más fuerte y saludable con la madre». [RG (6)] «Los hijos desarrollan sus campañas de denigración en el deseo de mantener el vínculo psicológico con la madre» [RG (3)].
(e) […] «La única esperanza que tienen estos niños de vincularse con su padre y estar protegidos de la inducción de la severa psicopatología

de su madre es la *trasferencia permanente al hogar del padre* y su designación como padre(parent) con custodia principal».

Como señalamiento importante, siempre que R. Gardner alude a importante psicopatología materna, se refiere al nivel severo del SAP. Muchas veces justifica que el que el hijo pueda haber sido sometido a abuso o maltrato se trata de un «delirio psicótico» (sin más motivo que ese). [RG (6)]

El SAP establece su origen en el vínculo entre madre e hijo. En el momento de su activación aparece inmediatamente la manipulación.

> «*Ante la amenaza de perder el vínculo* con el hijo, muchas madres utilizarán cualquier medio o maniobra para mantenerlo. Las madres suelen estar más unidas a sus hijos que los padres y es más probable que participen en una amplia variedad de *manipulaciones diseñadas* para fortalecer sus posiciones en las disputas por la custodia». [RG (4)]

Las calificaciones degradantes de primitivismo hacia las madres aumentan su intensidad en las descripciones de las medidas del SAP. Estas se atribuyen a los comportamientos legítimos para defender a sus hijos, o recuperarlos. Se seguirá incidiendo en la incapacidad y primitivismo materno para la crianza.

> «Aunque muchas de las tácticas de estas madres pueden considerarse *viciosas, manipuladoras y engañosas*, siento simpatía por estas mujeres. Ellas se han sentido desamparadas e impotentes y han recurrido a menudo a técnicas primitivas *debido a la falta de maniobras más civilizadas* y adultas para trabajar con ellos». [RG (3)]

Mientras que las tácticas de las madres serán siempre inmaduras, las de los niños lo serán en correspondencia con su desarrollo cognitivo.

> «Las técnicas de los niños han sido aún más primitivas por su ingenuidad sobre el mundo. Aunque ellos han seleccionado *maniobras que parecen absurdas y ridículas para el adulto*, estas maniobras no les parecen así a los niños debido a su inmadurez cognitiva y a su capacidad menos sofisticada para defenderse ellos mismos contra la ruptura del vínculo madre-hijo». [RG (3)]

La última frase presenta a los hijos aprisionados en el vínculo materno. Esto sugiere al lector que el vínculo madre-hijo se trata de un apoderamiento del niño por la madre.

II. La «cosificación» de las madres como primera categorización de tipos de madres en el SAP

R. Gardner generó dos clasificaciones sobre las madres. La primera la publicó en 1987, tras acuñar en 1985 el concepto de SAP. Se dirigía directamente a los jueces en su publicación: «Jueces entrevistando a niños en litigios de custodia/visitas». Hasta 1991 no publicaría la clasificación basada en tres niveles de gravedad del SAP. Esto no disminuyó su descalificación hacia las mujeres ni sus ideas genéticas. En 2002, hablando sobre el «pasado, presente y futuro del SAP», expresó:

> «A lo largo de cientos de miles de años, esto ha dado como resultado una supervivencia selectiva de los genes femeninos que intervienen en el proceso de crianza de los hijos (abrazos, caricias) y la supervivencia selectiva de los genes necesarios para la supervivencia (caza, recolección de alimentos y protección de las mujeres frente a los enemigos)» [RG (21)].

Ambas clasificaciones representan un criterio subjetivo estimado por un «evaluador del SAP». Lo que se «mide» está en íntima relación con las reacciones y el «grado de cooperación» ante las medidas dictadas por el SAP. Este control de las respuestas ante amenazas o correctivos en función de conductas se trata de una coerción. Cuando lo que está en juego es ver o no ver a los hijos, su grado es máximo. Está presente el efecto cosificador que pueden tener en sí las codificaciones, etiquetaciones, diagnósticos, distinción por atributos o clases, etc. Se continúa analizando este punto tras la exposición de la clasificación.

CLASIFICACIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LAS CATEGORÍAS DE MADRE TIPO 1 Y MADRES TIPO 2 (1987).

> *Madres tipo «1»*. «Aquellas madres que programan activamente al niño contra el padre, quienes llegan a estar obsesionadas con el odio hacia su anterior marido y quienes fomentan, alientan y ayudan activamente a los sentimientos de alienación del niño».

En la siguiente cita está presente cómo la clasificación por niveles lo es sobre el grado de aceptación:

> «que el niño vuelva a la madre *dependerá de cómo evolucione* el tratamiento y del éxito que tenga el terapeuta en ayudar a la madre a reducir su hostilidad. En algunos casos, la terapia solo puede ser posible si lo ordena el tribunal; tan hostil y poco cooperativa es la madre».

En esta cita, ni siquiera el terapeuta «designado» tendrá que dar pruebas de su competencia; el «fracaso» siempre se atribuirá a la madre. En la siguiente define al segundo tipo de madres.

> *Madres tipo «2»*. «Aquellas madres que reconocen que dicha alienación no va para los mejores intereses del niño y están dispuestas a adoptar un enfoque más conciliador ante los requerimientos del padre. O bien aceptan un compromiso de custodia conjunta o permiten (aunque reacias) que el padre tenga la custodia exclusiva y ellas tienen un programa de visitas liberal. *[…] reconocen que un litigio prolongado va a hacer que* todos los miembros de la familia sufran más dolor que un acuerdo de custodia poco juicioso.»

En estos segundos casos, Gardner considera que la alienación tiene su origen principalmente en el hijo. Se define que el vínculo psicológico con el padre había sido el más débil, y que el rechazo «*no era significativamente resultado de la programación materna*». Esta madre («2») acepta reacia las condiciones, Pero, por otro lado, sabe que se enfrentaría a un litigio prolongado, duro y difícil de sostener.

La impresión que todo ello sugiere es que la madre tipo «dos» está sometida a una fuerte coacción. Que no le sea aplicada la separación radical como se ha hecho con la madre tipo «1», parece que tiene un precio: Disfrutar, en el mejor de los casos, de una custodia compartida, o bien de un «programa de visitas liberal», etc. No obstante, como se recoge en el capítulo específico sobre coerción, todo va a depender de la complacencia de los evaluadores del SAP. Para este trabajo queríamos encontrar dimensiones que aplicar al trato que Gardner dispensa a las madres. El término «cosificación» se asocia invariablemente con la percepción de las mujeres como objetos sexuales. Desde un artículo muy citado de Heflick (et al.) (29), un estudio enfocado sobre la cosificación de las mujeres por su apariencia física, encontramos otros elementos de mucha utilidad. Lo siguiente es una síntesis, no ya del objetivo del estudio, sino de su revisión del concepto de «cosificación».

Según la mayoría de los estudios, los elementos principales por los que se percibe la «humanidad» en otra persona son: «calidez», «moralidad» y «competencia». Muchos incluyen «moralidad» en «calidez». La «calidez» que observamos en una persona nos ayuda a identificar sus intenciones hacia los demás. Se evalúa su «competencia» como su capacidad para llevar a efecto sus intenciones. Los autores utilizaron para «humanidad» las diferencias entre los humanos y «los objetos (fríos, incompetentes, inmorales)». En psicología, la comparación para distinguir la «deshumanización», comentan, se realiza entre humanos y animales. El término original «*objectification*» solo es sustituible por «cosificación». Una persona que cosifica a otra se desentiende de cuando es dañada, ignora sus sentimientos y experiencias, y nada le impide transgredir sus límites personales. Para Heflick (et al.), los conceptos de «calidez», «moralidad» y «competencia» pueden identificar la deshumanización.

En el SAP, a las madres se les asigna un «instinto maternal» como atributo animal. Sus conductas se definen como técnicas «primitivas», «poco civilizadas» y de naturaleza «viciosa, manipuladora y engañosa». Su desarrollo

como madre competente se define como truncado. Se las coloca como dependientes de la protección solo del varón. Se las defines incapaces para «formar» a los hijos. Sus conductas solo son regidas por una obsesión con el odio y la hostilidad. Sus conductas son redefinidas como burdas programaciones inaccesibles a su control. Su vinculación con su hijo se nombra como «extraña». La aplicación de medidas coercitivas «es» una necesidad. Y, se les impone una clasificación como mujeres-madres de tipo 1 y 2. A todo, es aplicable la carencia de los tres criterios de humanidad: Son convertidas en seres carentes de «*calidez*» humana, con un comportamiento a modo «animal» o «robotizado» (cosa), con nula competencia como madres, y una ausencia absoluta de moralidad en las acciones. Todo lo cual debe reconducirse coercitivamente. Y todo puede denominarse como un trato indigno hacia las madres.

CONCLUSIÓN SOBRE EL ARGUMENTO DE DOS ETAPAS DEL CUIDADO DE LOS HIJOS, NUTRICIA VS FORMATIVA

Tras la continua mención de las ideas de «años de crianza», «años formativos» y de «determinantes genéticos» en ambos padres, solo sabemos lo siguiente: la existencia de dos etapas de crianza consecutivas, en que la posterior de los años «formativos» corresponde por selección genética al padre. Cercanos al final, se desarrolla la «trampa» argumental sobre a cuál de las dos figuras parentales debería corresponder la custodia. Aquí es donde concreta que, para conceder la custodia, el padre con mayor capacidad es quien se encargaba de la segunda etapa «formativa». Gardner dejará aquí de nombrar a la «madre» y retomará a través de «parent» el lenguaje inclusivo. Esto conllevará a dos propuestas basadas en que:

> «Por último, recomiendo que *sustituyamos la presunción del interés-superior-del-niño por la presunción del interés-superior-de-la-familia.* La presunción del interés-superior-del-niño es algo limitada. No tiene en consideración los efectos psicológicos sobre los padres de la colocación del niño ni los efectos de la retroalimentación resultante sobre el bienestar del niño».

> «[…] recomiendo que los tribunales asignen la custodia principal de acuerdo con la presunción de que lo mejor para los intereses de la familia será el emplazamiento del niño *con el padre que fue el cuidador principal durante los años formativos».* [RG (2)]

De esta manera, el argumento mantenido en suspenso, se completa y cobra forma sugiriendo al padre varón sin mencionarlo a través de la neutralidad de género, pero sí como el padre (parent) de los años formativos.

CONCLUSIONES SOBRE LA TEORÍA GENÉTICA DEL SAP

1. Determina que el padre mejor cuidador en los siguientes años «formativos» debe recibir la custodia. Este se designó evolutivamente como el padre varón.
2. El SAP clasifica a las madres de forma degradante, cosificándolas.
3. Se deposita una «carga genética» exclusivamente sobre las mujeres y madres: «*Este proceso selectivo ha producido una carga genética que contribuye a las diferencias de género en el siglo XX, a pesar de las demandas ambientales de igualitarismo*».[RG 1994,].

III. La íntima relación entre la teoría genetista del SAP y la explicación del «lavado de cerebro» o «programación» como mecanismo de acción del «síndrome»

> «Esta es la realidad. La gente no se enoja con los médicos que dicen que el cáncer de mama es más común en las mujeres que en los hombres. Tenemos que entender la naturaleza de este fenómeno y por qué las mujeres tienen más probabilidades de ser programadoras que los hombres» [RG (21)]

R. Gardner reflejó en otros artículos su teoría particular de la programación. Así, introdujo el «fenómeno» de la inserción o incrustación de la programación en el cerebro, que denominó EBCP, de acuerdo a sus siglas en inglés: «*Embedment-in-the-Brain-Circuitry Phenomenon*» (*EBCP*) (30)

SEÑALAMIENTO A LA MADRE EN EL SAP A TRAVÉS DEL «LAVADO DE CEREBRO».

La idea de «programación» establece desde su inicio una pregunta: ¿Cuál de los dos cuidadores primarios se encuentra en mejores condiciones para realizar una programación? R. Gardner enunció en varios apartados que sería aquella figura parental que más tiempo dispusiera con el niño.

> «Los padres disfrutan cada vez más de un mayor tiempo de visita con sus hijos, lo que les proporciona un vínculo más profundo y más tiempo para programarlos» [RG (14)]

> «Cuanto más tiempo pasa un padre programador con sus hijos, más tiempo tiene para programarlos […]» [RG (15)]

La teoría de la programación dirige, por tanto, la identificación de la figura adoctrinadora y alienadora hacia la madre.

EL «LAVADO DE CEREBRO» O «PROGRAMACIÓN». LOS ORÍGENES DE SU INTRODUCCIÓN EN EL SAP

El fenómeno sociológico de cómo se extendió en la sociedad de Estados Unidos el temor a la infiltración del comunismo fue desatado por dos circunstancias en 1950: El oportunismo político del senador McCarthy y el efecto mediático e interesado que destacó el que 23 prisioneros norteamericanos no quisieran volver a EE. UU. durante la firma del armisticio de la guerra de Corea (31).

El «lavado de cerebro» actúa como mecanismo común en el adoctrinamiento en las sectas y en el síndrome de alienación parental. En el concepto terminológico por R. Gardner de «lavado de cerebro» o «programación», equipara el SAP con el adoctrinamiento en las sectas.

> «Utilizo la palabra *programación* como sinónimo aproximativo de lo que coloquialmente se denomina «lavado de cerebro». Utilizo la definición del diccionario: 'Hacer que se absorban o incorporen respuestas o actitudes automáticas'. […] *Los adoctrinamientos de sectas son un ejemplo bien conocido.* Cuando se utiliza en este artículo, el término programación se refiere a la implantación de información que puede estar en desacuerdo directo con lo que el niño ha creído y experimentado previamente con el padre alienado». [RG (18)]

La aplicación del «lavado de cerebro» como mecanismo que explicaba el adoctrinamiento en las sectas recibió numerosas críticas. Margaret Singer se defendió de aquello en lo que consistía la crítica principal: «Existe la idea equivocada de que la reforma del pensamiento solo puede realizarse en lugares confinados y bajo amenaza de tortura física o muerte» (32). Su introducción del concepto del lavado de cerebro sin coerción en la propagación de las sectas, y su testificación en numerosos juicios, determinó que el concepto dejara de ser admisible por los tribunales y de que quedara fuera del campo científico.

LA RELACIÓN PASADA Y ACTUAL DEL «LAVADO DE CEREBRO» («*BRAINWASHING*») CON ASPECTOS DE LA PSIQUIATRÍA, LA PSICOLOGÍA Y LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSES

Simeon y Loewenstein describieron la controversia que rodeó este término, y la implicación con la CIA de EE. UU. de los psiquiatras a lo largo de décadas en experimentos de programación:

> «Un legado del miedo al lavado de cerebro comunista fue el desafortunado mal uso de la psiquiatría por parte de la CIA y otras agencias del gobierno de los Estados Unidos desde fines de la década de 1940 en adelante para desarrollar métodos de control del comportamiento, lo que se reveló en la publicación de documentos gubernamentales y audiencias del Congreso en la década de 1970» (33).

Después de su desclasificación, existe el acceso libre y accesible a una ingente cantidad de material expuesto por el gobierno de Estados Unidos (34). Las siglas MKULTRA se corresponden con el proyecto iniciado en los años 50 por la CIA, ya que había una profunda obsesión por el «lavado de cerebro» de agentes estadounidenses por el comunismo. Esto dio lugar a una de las etapas más dramáticas de la historia contemporánea de dicho país, denominada «caza de brujas» que fue iniciada por el senador McCarthy y acabó con la ejecución por electrocución del matrimonio de los Rosenberg (35).

EL «LAVADO DE CEREBRO» Y LOS ABUSOS SEXUALES INFANTILES.

T. Richardson y G. Ginsburg (36) hicieron un análisis crítico sobre el «Lavado de cerebro» de acuerdo a los estándares de admisibilidad de evidencia científica de Daubert, estableciendo una relación entre éste y los abusos sexuales infantiles. Exponen como muestra de falsabilidad varias afirmaciones explicadas como científicas, como ésta:

> «*Si a un niño no parece importarle que le examinen los genitales, significa que está acostumbrado a esa actividad, lo cual es evidencia de que ha sido abusado sexualmente*».

Lo que se denomina como evidente no es tal, dada la enorme cantidad de posibles explicaciones. Esto, afirman los autores, determina que «*no es científicamente defendible*». Como ejemplo de lo anterior, explican que:

> «Tampoco pueden defenderse como justificadas científicamente las siguientes afirmaciones*:*
>
> *«Muestra culpa y remordimiento, lo que indica su culpabilidad».*
>
> *«No muestra culpa ni remordimiento, lo que indica que está en estado de negación sobre el abuso que perpetró, una señal segura de su culpa».*

Lo que estos ejemplos ilustran es un problema de falsabilidad. Si se puede decir que cualquier comportamiento, incluso comportamientos exactamente opuestos, apoya una teoría, entonces la teoría no puede ser falsada. Si una teoría no puede ser falsada, no es una teoría científica, según Popper y, por tanto, tales teorías no deberían ser admisibles como evidencia científica, según apoya Daubert. ¿Qué significa que una teoría o proposición sea falsable? Es la posibilidad de someterla a potenciales pruebas que la contradigan. Falsable es equivalente a algo que pueda refutarse: Es decir, que una proposición (científica) permita comprobar a través de la observación o la experimentación, que sea falsa. El «lavado de cerebro» son conjeturas sin pruebas sometibles a experimentación.

Una de las frases anteriores, («*Muestra culpa y remordimiento, lo que indica su culpabilidad*»), no se puede aseverar como conclusión de ninguna forma. Es muy común atender a personas con una profunda culpa por creer –contra toda evidencia–, que podrían haber evitado que algo ocurriese. Suelen usar expresiones del tipo: «*si (yo) no hubiera estado distraído en ese momento por aquel problema, me habría dado cuenta de sus intenciones, y lo habría impedido*». Aquí, la persona siente tanto culpa como remordimiento, pero no es culpable de lo que ocurrió.

Si se realiza la aplicación del anterior argumento de Richardson y Ginsburg al SAP, vemos que son meras especulaciones expresadas como realidades objetivas irrefutables. Más aún, con el uso de premisas circulares como «*la negación del SAP es la principal defensa del alienador*» (17). De forma equivalente al ejemplo de Richardson y Ginsburg, extraemos una proposición de una cita de Gardner, y elaboramos a partir de ella otra interpretación que llega a la misma conclusión:

> {*«La madre […] considerará que los terapeutas y otros evaluadores pueden creer que sus afirmaciones son delirios, como explica su marido. Por este motivo ha dejado de insistir. Esto significa que, como muchas personas con psicosis, oculta su delirio. Su silencio y su actitud desconfiada confirman la presencia de este.*}

La alternativa que se propone a la expresión anterior de Gardner es la siguiente:

> {-La madre […] considerará que: los terapeutas y otros evaluadores no creen que lo que llaman delirios estén justificados y que: ellos pensarán a su vez que ella cree que se están uniendo a su marido, por lo que les dirá que ella estaba equivocada y que ellos tenían razón. *Por lo tanto, al retractarse, «estará ocultando información» lo que confirma que tiene SAP*}.

El resultado es el mismo para los terapeutas del SAP, sea esta u otras opciones. Lo que importa en estas premisas es la secuencia final, donde todo se puede cambiar a la misma conclusión. Esto está ya presente en la premisa de Gardner arriba citada. Se pueden usar las mismas palabras que utilizaron Richardson y Ginsburg, y que, aplicadas a la afirmación de Gardner, esta «*tampoco puede defenderse como justificada científicamente*».

LA AUSENCIA DE «PERMANENCIA» DE LOS EFECTOS DEL LAVADO DE CEREBRO.

De especial importancia es esta referencia que realizan Richardson y Ginsburg.

> «Si se supone que el lavado de cerebro produce cambios permanentes, la evidencia refuta nuevamente la idea, falsificando así la afirmación. La mayoría

> de los grupos controvertidos son pequeños y sufren tasas de deserción extremadamente altas [...]. Por lo tanto, el lavado de cerebro sea lo que sea, parece bastante ineficaz, ya que la mayoría de los participantes abandonan el grupo por voluntad propia después de un tiempo. Por lo tanto, la hipótesis del lavado de cerebro, en la medida en que implica permanencia, no pasa una prueba directa de ese efecto permanente.

En apoyo a lo anterior, se cita de nuevo a M. Singer para hacer hincapié en la poca perdurabilidad que, de darse, tiene un «lavado de cerebro»: «*Por fortuna, esos programas no cambian a la gente de manera permanente ni son efectivos en un ciento por ciento*» (32).

LA ACTUALIZACIÓN DE R. GARDNER COMO AUTOR REFERENTE DEL «LAVADO DE CEREBRO» (2023)

El SAP y la figura de R. Gardner se citan por un sociólogo, Introvigne (37), en un artículo de 2023. Este se formula como una pregunta: «¿Están regresando las teorías del `lavado de cerebro'?». Alude a la presencia en Estados Unidos de las llamadas «teorías de la conspiración». Aborda su extensión sociológica y pública. La pregunta en concreto que formula es, si es correcto denominar «sectas» a quienes las siguen. Tras un breve recorrido, señala cómo las ideas del SAP reactivaron el término. Muestra también a la figura de R. Gardner como referente del SAP. Refiere que el concepto de «Lavado de cerebro» se utilizó ampliamente en EE. UU. con un éxito discreto. Pero:

> «Mucho más éxito tuvo la idea, utilizada en litigios por custodia, de que uno de los padres divorciados les había «lavado el cerebro» a los hijos para que odiaran al otro progenitor. Esto fue llamado «síndrome de alienación parental» (SAP), una teoría creada por el psiquiatra infantil estadounidense Richard A. Gardner, que se basaba explícitamente en el `lavado de cerebro' […]».
>
> «La teoría de Gardner fue ampliamente criticada. En 1996, un Grupo de Trabajo Presidencial de la Asociación Americana de Psicología concluyó que «no hay datos que apoyen el fenómeno llamado síndrome de alienación parental». *Sin embargo, el SAP sigue utilizándose como argumento en casos de divorcio y custodia, no solo en Estados Unidos,* y la acalorada discusión sobre las teorías de Gardner mantuvo viva una polémica internacional sobre el «lavado de cerebro».

M. Introvigne, se basa en Gardner, para explicar la aplicación del concepto en sectas. Este autor simplemente usó el dato que conocía sobre la conexión de Gardner con el concepto de «lavado de cerebro». Para Introvidge: «*La explicación del `lavado de cerebro' sobre por qué muchos se unen a grupos e ideologías `desviados' sigue siendo tan poderosa que se niega a desaparecer. Vuelve cada vez que nuevas y aparentemente inexplicables formas de desviación crean un mercado para explicaciones fáciles*».

Gardner estaba inmerso en un clima donde el «lavado de cerebro» se encontraba presente desde los años cincuenta, con un fuerte impacto todavía en la sociedad norteamericana. La ausencia de validez científica del concepto de «lavado de cerebro» es clave en este trabajo, pues es el mismo concepto que explica el funcionamiento del SAP.

IV. La falacia de la neutralidad de género en el SAP: enmascaramiento de su uso contra las madres. Datos cuantitativos del análisis de contenido

En todo el desarrollo de su obra, todos los argumentos se dirigen a establecer una única causa identificable en el SAP. Gadner, desde el inicio estableció analogías entre el SAP y síndromes médicos, en concreto, debidos a una única causa posible. Los encontró en el síndrome de Down por una trisomía del par 21 y en la neumonía neumocócica cuyo agente bacteriano estaba identificado. Para aumentar la «analogía», definió como «síndrome» a la neumonía neumocócica. [RG 2001 (11), 2002 (17,18)].

La primera tabla se realizó con 22 documentos y no se utilizazon las referencias 5, 13 y 24. La número 5 no se incluyó originariamente pues Gardner la había apartado del grupo de publicaciones dedicadas al SAP. Estaba incluida en otro grupo de artículos sobre abusos sexuales infantiles. Se incorporó al demostrar que tenía una gran capacidad explicativa en torno a la teoría de «lavado de cerebro». La 13, se trata de tablas, que se reproducen en este capítulo y que iban a dar resultados de género neutro. La última se excluyó por una confusión inicial debida a la similitud entre títulos con la 22. Esta tabla muestra la relevancia que tuvo ya en la construcción del SAP el uso neutro de género. Esto no interfiere con los resultados de los siguientes análisis de codificaciones realizadas sobre el total de 25 publicaciones de Gardner.

Tabla 1

Usos del término inclusivo «parent» respecto a «madre» y «padre» (22 documentos)

1.Años y número de artículos	2. Usos de: *«mother(s)»*	3. Usos de: *«father(s)»*	4. Uso de *«parent(s)»*	5. [%] de usos de «parent(s)» respecto a «mother(s)»	6. [%] de usos de «parent(s)» respecto a «father(s)»	7. [%] de usos de «parent(s)» sobre 2 + 3
1985-87 (2)	107	86	211	66,30 %	71 %	52,20 %
1991-99 (7)	206	145	465	69,30 %	76,20 %	57,00 %
2001-04 (13)	320	329	944	74,70 %	74,10 %	59,20 %
Total	633	560	1.620	72 %	74,30 %	57,60 %
	1193					

Tabla. 1ª columna: publicaciones por década. 2ª, 3ª y 4ª col.: sumas de los usos de «father(s)», «mother(s)» y «parent(s)». 5ª y 6ª col.: Porcentaje de usos de «parent(s)» respecto a «mother(s)» y «father(s)». 7ª col.: Porcentaje de usos de «parent(s)» respecto a la suma de los usos de «mother(s)» y «father(s)».

El análisis de las publicaciones detectó un uso más frecuente de los términos neutros de género que no permitían identificar a qué padre («parent») se aludía como principal alienador. El mismo Gardner fue aumentando la neutralidad del «uso» del SAP hasta situarlo en un 50 % correspondiente a cada género. Esto lo afirmó en la publicación de 2001: «Síndrome de alienación parental (SAP): dieciséis años después» (14). Sin embargo, en las partes intermedias más argumentativas y centradas en el título de cada artículo, su identificación de la madre como la figura parental alienadora se convertía en una única sinonimia. Para el análisis siguiente, se determinaron una serie de códigos que tenían una mayor presencia (enraizamiento) en las publicaciones. El programa ATLAS.ti, versión 9, permite la búsqueda ampliada por sinónimos. Esto solo es posible en publicaciones en inglés. En la siguiente tabla se muestran agrupaciones de códigos con los sinónimos empleados. Los códigos «*say/claim*» («decir», «clamar» y sus distintas inflexiones (dijo, dirá, etc.), sugerían lo que el padre (parent) diría y repetiría para programar al hijo contra el otro. Son obvios los términos de manipulación y de programación y sus distintos sinónimos. No se utilizó el código de niño (m.g.) o «the child», pues en el SAP, los hijos actúan siempre como alienadores.

Tabla 2
Tabla de acciones «denigratorias»

Código	Sinónimos	Enraizamiento
Acción: «*say/claim*» y sinónimos.	sinónimos añadidos a say: say, insist, vocalise, vocalize, critique, recite, show, afirm, allegue, assert, express, murmur, pronunce, verbalize, verbalise, proffer, shout, attest, perceive, wish, enunciate	190
Acción: «*manipule*» y sinónimos.	manipule. «make us of», coerce, compel, influence, persuade, stimule. + MANOEVRE: insinuate oneself, manage, manoeuvre, pilot, dodge. + SCHEME (V). contrive, design, handle, intrigue, machinate, plan, finesse, plot, scheme, trick.. + SUBDUE (v). bully, control, intimate, monopolise, monopolize, owepower, subdue, tame, whip. +UTILIZE: use, utilise, utilize, wield.	220
Acción: «*program*» (v) y sinónimos.	program (v), brainwash, condition, inculcate, influence, instill, stipulate + invent	275

En la siguiente tabla se muestran las respectivas concurrencias entre descripciones de una o varias acciones denigratorias y cada figura parental: («father(s)») y («mother(s)»). Cada concurrencia estaba insertada en un texto amplio de varias líneas que permitía su contextualización. Esto era fundamental para identificar el género de la figura que ejercía la acción denigratoria y el del padre/madre que la recibía. El objetivo fue determinar las respectivas correspondencias entre padre alienador y padre alienado con los términos «padre» y «madre». El programa hace una separación entre concurrencias de

tal forma que no se solapen unas con otras. Por lo anterior, sí suele haber repeticiones por la proximidad en el texto entre las correspondientes acciones denigratorias y las palabras padre o madre. Esto se hace evidentes en las siguientes tablas.

Tabla 3
Concurrencias entre acciones denigratorias y su relación con el padre o la madre

Acciones de denigración			
Número de veces que usan	Acción: «*say/claim*» y sinónimos. 190	Acción: «*manipulation*» y sinónimos. 220	Acción: «*program*» (v) y sinónimos. 275
father(s) 307	43	29	79
mother(s) 313	40	34	81

Cada concurrencia se sometió a un análisis que determinaba cuál de las dos figuras parentales actuaba como alienador/a y cuál como víctima alienada. La figura de los hijos es ajena al género y por definición vinculada siempre a la persona alienadora (justificando el término de «campaña»). En las 43 citas y concurrencias entre los códigos [Acción: *say/claim* y sinónimos. 190] y [father(s) 307] se obtuvo que en 33 ocasiones el padre se definió como el padre alienado y en 10 no se especificó el género del padre o madre alienados. En las 40 citas, entre los códigos [Acción: *say/claim* y sinónimos. 190] y [mother(s)], 28 citas describen a la madre como la figura alienadora. No hay ninguna respecto al padre como alienador, y por último hay 12 citas sin asignación de género a la figura parental. En 29 citas donde concurren las citas de [*manipulation* y sinónimos] y [father(s)], 14 describen al padre varón como alienado (o en correspondencia, a la madre como alienadora).

De las 34 citas en que concurren los códigos Acción: [*manipulation* y sinónimos] y [mother(s)], 24 de ellas aluden a la madre como la alienadora frente a 10 sin género específico y ninguno referente al padre. Pero fue el código [Acción: «*program*» (v) y sinónimos] el que dio el mayor número de resultados (81 y 79), demostrando que el concepto de programación o «lavado de cerebro» es el que más se utilizaba. Destacó las 22 ocasiones en que se citaba la publicación 15 de las referencias de Gardner. También el uso de formas neutras en los dos artículos de respuesta a otras publicaciones críticas con el SAP (12, 19). Lo anterior también sucede en los fragmentos donde a su vez aparece mencionado el DSM. Estos pertenecen a los argumentos sobre la admisibilidad del SAP como concepto, donde probablemente su significación sobre el uso hacia las madres podría perjudicarle. Inevitablemente, al ser acciones denigratorias, se mencionaban a ambos padres; esto explica prácticamente la repetición de los fragmentos. Si R. Gardner consideraba abandonar el uso de términos de género neutro, mencionaba entonces a «la madre» y al «padre» de forma explícita como alienadora y alienado respectivamente. Esto

era lo que se buscó a partir de detectar el uso masivo de formas de género neutro o inclusivas. Las diferencias mínimas en números de fragmentos derivan de aquellos en los que aparece identificado junto a la acción solo uno de los géneros.

Tabla 4

Tabla de detección de la figura parental alienadora en las concurrencias entre los códigos: «acciones denigratorias» y la «madre» (como agente activo o pasivo).

Acciones de denigración de las Concurrencias de cada acción denigratoria con el código [«mother(s)»]			
Acciones denigratorias	Acción: «say/claim» y sinónimos + [«mother(s)»]	Acción: «manipulation» y sinónimos + [«mother(s)»]	Acción: «program» (v) y sinónimos + [«mother(s)»]
Concurrencias totales	40	34	81
Actos por la madre y porcentaje	28 (70 %)	24 (70.59 %)	58 (71,6 %)
Actos por el padre y porcentaje	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (4,94 %)
Actos de género neutro	12 (30 %)	10 (29,41 %)	19 (23,46 %)

Tabla 5

Tabla de detección de la figura parental alienadora en las concurrencias entre los códigos: «acciones denigratorias» y el «padre» (como agente activo o pasivo)

Acciones de denigración de las Concurrencias de cada acción denigratoria con el código [«mother(s)»]			
Acciones denigratorias	Acción: «say/claim» y sinónimos + [«father(s)»]	Acción: «manipulation» y sinónimos + [«father(s)»]	Acción: «program» (v) y sinónimos + [«father(s)»]
Concurrencias totales	43	29	79
Actos por la madre y porcentaje	33 (76,74 %)	14 (48, 28 %)	60 (75,95 %)
Actos por el padre y porcentaje	0 (0 %)	1 (3,45 %)	3 (3,8 %)
Actos de género neutro	10 (23,26 %)	14 (48,28 %)	16 (20,25 %)

El número de veces en que se menciona a la madre como la figura alienadora aumentaría sin duda si aplicásemos los porcentajes a los usos neutros de género. La designación de la madre como alienadora del SAP tiene una presencia mucho mayor, y a veces total (interfiriendo en este porcentaje la aplicación de términos neutros de género). Los datos demuestran que el SAP se construyó para su uso contra las madres. La carga despectiva dirigida a aquellas y presente en las citas analizadas no se puede reproducir por su extensión. Destacan el número de citas referentes a «falsas» denuncias de abusos sexuales a los hijos, y las alusiones, muy prevalentes, de la definición de la madre como persona paranoide. Esto está en sintonía con que las revelaciones de abusos responderían a las explicaciones, no solo del SAP, sino las que las definen como efecto de delirios. El síndrome de alienación parental se diseñó para definir a las madres como alienadoras; pero recurrió también a designarlas como personas paranoides que proyectaban sus propias ideas delirantes de abuso:

> «El mecanismo paranoide se basa en la proyección. Estas madres ven en sus maridos muchas características objetables que en realidad existen en ellas mismas, características que no desean reconocer. Al proyectar estas cualidades inaceptables sobre sus maridos, pueden considerarse víctimas inocentes. Cuando una acusación de abuso sexual se incorpora al paquete, estas madres pueden estar proyectando sus propias inclinaciones sexuales sobre el padre. Al servicio de este objetivo, exageran y distorsionan cualquier comentario que haga el niño que pueda justificar la acusación. Y esto no es difícil de hacer, porque los niños normalmente albergan fantasías sexuales, a menudo de la forma más extraña». [RG (3)]

El concepto de neutralidad de género, se refiere solo al «uso como denuncias». Nada nos dice sobre cuántas se tuvieron en cuenta en función del género, y menos aún, en qué forma se aplicaron medidas respecto al mismo factor.

RECHAZO INTERNACIONAL A LA IDEA DE NEUTRALIDAD DE GÉNERO EN EL SAP/AP

La cuestión tiene plena vigencia y máxima urgencia a nivel mundial. En un comunicado reciente de la comunidad científica se advierte sobre el uso que se da a la neutralidad de género enmascarando la violencia hacia las madres protectoras. Por su relevancia, solo se puede en la medida de lo posible reproducir partes de este comunicado como cita literal. El título y fragmentos de dicho comunicado (38):

> «*Una respuesta internacional colectiva a la afirmación de que la llamada «alienación parental» es un fenómeno empírico «neutral en cuanto al género» bien estudiado que puede medirse fácilmente*».

«El 4 de junio de 2024, 13 académicos suecos (…) y psicólogos plantearon una advertencia relacionada con el uso del llamado sistema de creencias de «alienación parental» en los Tribunales de Familia suecos a través del artículo «La alienación parental es pseudociencia» publicado en la revista sueca dirigida a psicólogos, «Psykologtidningen». A esto le siguieron dos refutaciones, ambas publicadas… Por lo tanto, nosotros, un grupo de 105 académicos internacionales, profesionales de la salud y del derecho de 18 países, nos hemos unido para proporcionar una refutación final a las dos respuestas críticas…»

«La etiqueta de AP debe evitarse, como explicamos, ya que el marco original de Gardner de (S)AP era altamente misógino y reproducía un sistema de creencias en el que principalmente las madres servían como las llamadas «alienadoras» (por ejemplo, hasta el 90%). (…) De hecho, poco ha cambiado en la práctica en los tribunales de familia al cambiar la terminología de SAP a AP (citas…)»

El concepto de madres protectoras: «Como se ha demostrado empíricamente a nivel mundial, son en su gran mayoría las madres, en particular las madres que denuncian abusos, las acusadas de AP en los procedimientos judiciales de familia, véase (citas…) Los valores de género que rodean la etiqueta de AP, y los procedimientos judiciales de familia en general, se han puesto de manifiesto en todo el mundo, incluso dentro y fuera de los EE. UU. (citas…)»

«Son principalmente las madres protectoras las que terminan perdiendo la custodia, la residencia o el contacto cuando se contraalega el abuso sexual infantil en los informes de abuso doméstico en los tribunales de familia, y en particular en el contexto del abuso sexual infantil (citas…)»

Y la conclusión, en torno a la neutralidad de género: «Los intentos de proclamar la neutralidad de género en la llamada alienación parental y en la perpetración de violencia y abuso domésticos requieren un desprecio involuntario o deliberado por las relaciones de poder social y por los datos empíricos y estadísticos de una amplia gama de jurisdicciones a nivel internacional».

¿Constituye el SAP/AP de una forma explícita de violencia de género de naturaleza institucional?

La respuesta es afirmativa. En este trabajo se revela que las madres son las únicas destinatarias del «diagnóstico» en la construcción del SAP. Así lo establece también el informe «Custodia, violencia contra la mujer y violencia contra los niños» del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 13 abril 2023 (39).

«El presente informe de la Reem Alsalem, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer y la niña, sus causas y consecuencias, se presenta al Consejo de Derechos Humanos de conformidad con la resolución 50/7. En el informe se aborda el vínculo entre los casos de custodia, la violencia contra la mujer y la violencia contra los niños, centrándose en el uso abusivo del término «alienación parental» y pseudoconceptos similares».

Los títulos respectivos del apartado IV y de su primer punto A del mismo informe son explícitos al respecto: (IV) *La alienación parental y su vínculo con la violencia doméstica*; (A) *Invocar la alienación parental como una extensión de la violencia doméstica.*

V. CONCLUSIONES

El SAP (u otras formas equivalentes) constituye al mismo tiempo: a) Una forma de violencia de género y b) una violencia contra la infancia, la adolescencia y las madres protectoras; ambas, de naturaleza institucional. De acuerdo con la primera afirmación, los niños, niñas y adolescentes pasaron de considerarse «testigos» a ser víctimas directas de la violencia de género. La segunda está íntimamente vinculada con lo institucional cuando, ciertos juzgados aceptan las premisas del SAP y ponen en marcha sus medidas protocolizadas. Estas se diseñaron de una forma muy específica para disuadir y castigar a hijos y las madres que los protegen de toda revelación de maltrato o de ASII. La vinculación entre el SAP y la violencia de género no es nueva; ya se firmó institucionalmente en las conclusiones del capítulo 2 (40) del III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer de 2010.

Aunque se afirma aquí que el síndrome de alienación parental no es neutral al género, las medidas coercitivas del SAP poseen una naturaleza tan violenta que, no debieran aplicarse sobre ninguna persona. En este sentido también, la idea de neutralidad de género en el SAP es un distractor. Lo es tanto de que se trata de una forma de violencia dirigida hacia las madres, como de su propia violencia. Esta, pareciera como más aceptable si se considera su aplicación equitativa entre géneros.

Como enlace con el siguiente capítulo, se comprobará la integración en las medidas coercitivas de la teoría genética del SAP y su concepto derivado de programación. Ambos se incluirán en una clasificación «cosificadora» de la madre y los hijos. Dicha clasificación se trata del denominado «diagnóstico diferencial de tres niveles de gravedad del SAP». En él se incluyen dos «diagnósticos», tanto el de la madre, como el de un reelaborado diagnóstico de «12» síntomas del hijo. Lo que se valora realmente (especialmente en las madres) son las reacciones de éstas y los NNyA (y el grado de colaboración) ante las medidas dictadas. Se determinará desde ahí un mayor o menor agravamiento de estas, según sus respuestas. Sin embargo, este diagnóstico diferencial incluye la «compulsión genética» de la madre a programar, deslizando los niveles asignados de SAP (sobre todo el de la madre), a sus categorías más graves. Por la «programación» se justificarán también, tanto la remoción de la madre a los hijos de forma indefinida, como el que «posibles» posteriores encuentros sean mínimos o inexistentes. En todo caso estarán supervisados, de forma también indefinida, por «evaluadores del SAP». Esto se tratará de una monitorización «preventiva» de la teoría de la programación genética en las

madres. Toda la coerción del SAP derivará por tanto del grado de sumisión de madres, niños y adolescentes a las medidas dictadas.

Referencias

1. Gardner RA. Recent trends in divorce and custody litigation. The Academy Forum. [Internet] 1985;29(2)3-7. New York: The American Academy of Psychoanalysis. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://fact.on.ca/Info/pas/gardnr85.pdf
2. Gardner RA. Judges interviewing children in custody/visitation litigation. New Jersey Family Lawyer. [Internet] 1987;7(2):26ff. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr87.htm
3. Gardner RA. Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families: when psychiatry and the law join forces, Court Review. [Internet] 1991;28(l):14-21. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: https://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr01.htm
4. Gardner RA. The Detrimental Effects on Women of the Misguided Gender Egalitarianism of Child-Custody Dispute Resolution Guidelines, The Academy Forum. [Internet] 1994;38 (1/2): 10-13. New York: The American Academy of Psychoanalysis. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr94.htm
5. Gardner RA. Child sex abuse and hysteria 1890s (Austria)/1990s (U.S.). En: Gardner RA, editor. Psychotherapy with Sex-Abuse Victims True False and Hysterical [Internet]. Cresskill, NJ, Estados Unidos de América: Creative Therapeutics; 1996. [consultado el 14 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20021026163235/http://www.rgardner.com/refs/exc/bk40-7.html (08/12/2002)
6. Gardner RA. Recommendations for Dealing with Parents who Induce a Parental Alienation Syndrome in their Children. J Divorce Remarriage [Internet]. 1998;28(3–4):1–23. [consultado el 8 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar3.html
7. Gardner RA. The Burgess Decision and the Wallerstein Brief. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. [Internet] 1998;26(3):425-431. [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020811193710/http://www.rgardner.com/refs/ar9.html (08/12/2002)
8. Gardner RA Differentiating Between the Parental Alienation Syndrome and Bona Fide Abuse/Neglect. Am J Fam Ther [Internet]. 1999;27(2):97-107. [consultado el 3 de noviembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar1.html (08/12/2002)
9. Gardner RA. Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome. Am J Fam Ther. [Internet].1999;32(2):79–27(3):195-212. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar2.html (08/12/2002)
10. Gardner RA. Guidelines for Assessing Parental Preference in Child-Custody Disputes, Journal of Divorce & Remarriage.[Internet] 1999;30(1/2):1-9. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20051026084054/http://www.rgardner.com/refs/ar4.html (26-oct-2005)

11. Gardner R. Basic Facts About The Parental Alienation Syndrome [Internet] 2001[consultado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/pas_intro.html (08/12/2002)

12. Gardner RA. Comments on Carol S. Bruch's Article «Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation: Getting it wrong in child custody cases». [Internet] Family Law Quarterly 2001;35(3):527-552 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar17.html (08/12/2002)

13. Gardner RA. Parental Alienation Syndrome Diagnosis and Treatment Tables 1-3 v.2.4 7/1/02 [internet]. 2001[consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20031212194403/http://www.rgardner.com/refs/pastable41.pdf (08-dic-2002). Versión rev.4.2 (1/13/03) Disponible en: https://web.archive.org/web/20040720210905/http://www.rgardner.com/refs/pastable.pdf (20-jul-24)

14. Gardner RA. Parental alienation syndrome (PAS): Sixteen years later [Internet].2001 [consultado el 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: Wayback Machine: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/pas16yrlater.html (08/12/2002)

15. Gardner RA. Should courts order PAS children to visit/reside with the alienated parent? A follow-up study. [Internet]. 2001 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en https://web.archive.org/web/20020806220724/http://www.rgardner.com/refs/ar11w.html (08/12/2002)

16. Gardner RA. Denial of the parental alienation syndrome also harms women. Am J Fam Ther [Internet]. 2002;30(3):191–202. [consultado el 3 de noviembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar13.html (08/12/2002)

17. Gardner RA. Does DSM-IV have equivalents for the parental alienation syndrome (PAS) diagnosis? Am J Fam Ther [Internet] 2002;31(1):1–21. [consultado el 3 de noviembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar12.html (08/12/2002)

18. Gardner RA. Parental alienation syndrome vs. Parental alienation: Which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? Am J Fam Ther [Internet] 2002;30(2):93–115.[consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar10.html (08/12/2002)

19. Gardner RA. Commentary on Kelly and Johnston's «the alienated child: A reformulation of parental alienation syndrome». Speak Out for Children (a publication of the Children's Rights Council) [Internet]. 2002;17(2):6-10. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020607181454/http://www.rgardner.com/refs/ar15.html (08/12/2002)

20. Gardner RA. The empowerment of children in the development of PAS. Am J of Forensic Psychology [Internet] 2002;20,2;5-29. [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020806221056/http://www.rgardner.com/refs/ar14.html (08/12/2002)

21. Gardner R. The Parental Alienation Syndrome: Past, Present, and Future. International Conference on the Parental Alienation Syndrome (PAS). Frankfurt/Main, Germany. [Internet]. 2002 [consultado el 26 de octubre de 2024]. Disponible en: https://richardagardner.com/ar22.

22. Gardner RA. The role of the judiciary in the entrenchment of the Parental Alienation Syndrome (PAS). [Internet]. 2002 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/http://www.rgardner.com/refs/ar11w.html (08/12/2002)

23. Gardner RA. The three levels of Parental Alienation Syndrome alienators: Differential diagnosis and management. [Internet]. 2002 [consultado el 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://richardagardner.com/ar21

24. Gardner RA. The judiciary's role in the etiology, symptom development, and treatment of the parental alienation syndrome (PAS). [Internet]. 2003 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://richardagardner.com/ar11w

25. Gardner RA. The relationship between the parental alienation syndrome (PAS) and the false memory syndrome (FMS). Am J Fam Ther [Internet]. 2004;32(2):79–99. [consultado el 16 de noviembre de 2024] Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/01926180490424181

26. Muhr T. ATLAS.ti 9. Berlin: Scientific Software Development GmbH; 2021.

27. Escudero A, Aguilar L, Cruz J de la. La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Revista electrónica]. 2008;28(2):285–307. [consultado el 10 de noviembre de 2024] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200004

28. Quoting and paraphrasing [Internet]. The Writing Center. [consultado el 06 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://writing.wisc.edu/handbook/assignments/quotingsources/

29. Heflick NA, Goldenberg JL, Cooper DP, Puvia E. From women to objects: Appearance focus, target gender, and perceptions of warmth, morality and competence. J Exp Soc Psychol [revista electrónica]. 2011;47(3):572–81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2010.12.020

30. Gardner RA. The embedment-in-the-brain-circuitry phenomenon (EBCP). En: Gardner RA, editor. Psychotherapy with Sex-Abuse Victims True False and Hysterical [Internet]. Cresskill, NJ, Estados Unidos de América: Creative Therapeutics; 1996. Disponible en: https://web.archive.org/web/20060819203344/http://www.rgardner.com/refs/exc/bk40-2.html http://www.rgardner.com (08/12/2002)

31. Fearer, Brett, «»Prodigals of Traitors: American POWs during the Korean War, Brainwashing, and National Security»» (2023). History Theses and Dissertations. 18. [consultado el 21 de noviembre de 2024]: Disponible en: https://scholar.smu.edu/hum_sci_history_etds/18

32. Singer MT, Lalich J. Las sectas entre nosotros.2ª Ed. Barcelona: Gedisa; 2003.

33. Simeon D, Loewenstein RD. Dissociative disorders. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P., editores. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry – 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1965-2026.

34. Project Mk-ultra [Internet]. Cia.gov. [consultado el 06 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.cia.gov/readingroom/document/06760269

35. Meeropol R. Una ejecución en la familia. Viaje de un hijo de los Rosenberg. Libros Corrientes; 2022.

36. Richardson JT Ginsburg G. Brainwashing and Daubert. En: Reece H, editor. Law and Science: Current Legal Issues, vol 1 [revista electrónica]. Walton Street, Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 265–88. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/oso/9780198267942.001.0001

37. Introvigne M. ¿Las teorías del «lavado de cerebro» están regresando? [Internet]. Bitter Winter. 2023 [consultado el 28 de noviembre de 2024]: Disponible en: https://bitterwinter.org/las-teorias-del-lavado-de-cerebro-estan-regresando/

38. Technical Report. A collective international response to the claim that so-called 'parental alienation' is a well-studied 'gender neutral' empirical phenomenon which can easily be measured [Internet]. London: University College London; 2024, june [consultado el 03 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/381760625_A_collective_international_response_to_the_claim_that_so-called_'parental_alienation'_is_a_well-studied_'gender_neutral'_empirical_phenomenon_which_can_easily_be_measured

39. United Nations. Human Rights Council. Custody, violence against women and violence against children. Report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences, Reem Alsalem. 23th Sess. 2023 UN Doc A/HRC/53/36 (13 April 2023). [consultado el 24 de septiembre de 2024]: Disponible en: https://unwomen.de/wp-content/uploads/2023/06/G2307018-Report-of-the-Special-Rapporteur-on-violence-against-women-and-girls-its-causes-and-consequences-Reem-Alsalem-2023.pdf

40. Observatorio Estatal de Violencia sobre las Mujeres. Informe del grupo de trabajo de investigación sobre el llamado síndrome de alienación parental [Internet]. Gob.es. [consultado el 07 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/ALIENACIONPARENTAL_cap2_lib7.pdf

EL USO DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (S)AP) COMO PROTOCOLO COERCITIVO DISUASORIO Y PUNITIVO EN RESPUESTA A NOTIFICACIONES DE POSIBLE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR.

THE USE OF PARENTAL ALIENATION SYNDROME PA(S) AS A DETERRENT AND PUNITIVE COERCIVE PROTOCOL IN RESPONSE TO REPORTS OF POSSIBLE INTRAFAMILIAL CHILD SEXUAL ABUSE.

Antonio Escudero Nafs
Médico especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
Centro de Salud Mental. Sección de psiquiatría de la Infancia
y la Adolescencia. S de psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda. SERMAS. C. Costa Rica, 1. 28221.–Majadahonda
anescudero@gmail.com

Resumen: En este capítulo se describe el protocolo de coerción que propone el síndrome de alienación parental (SAP). El SAP es un mecanismo disuasorio de notificaciones sobre posibles malostratos y abusos sexuales infantiles intrafamiliares. A través del «diagnóstico diferencial» de niveles de SAP se modifican las medidas a aplicar según el comportamiento de la madre en el procedimiento judicial. Cuanto más intente defender a sus hijos y a sí misma de la designación de SAP aumenta la severidad asignada. Constituye un protocolo de medidas coercitivas. Estas son, la amenaza de la retirada radical e indefinida de la madre a los hijos y su ejecución final, o parentectomía materna. Al aceptarse su uso desde juzgados se constituye en forma de violencia institucional. Para demostrar cómo la construcción del SAP se creó para la coerción sobre madres, se realizó un análisis de contenido de 25 documentos de R. Gardner (1985-2004). Independientemente de la falsa neutralidad de género, por su naturaleza al máximo coercitiva no debiera aplicarse sobre ninguna persona.

Palabras clave: coerción institucional, madres protectoras, parentectomía, síndrome de alienación parental, SAP/AP, trauma complejo

Abstract: This chapter describes the coercion protocol proposed by Parental Alienation Syndrome (PAS). PAS acts as a deterrent mechanism for reporting potential intrafamilial child abuse and sexual mistreatment. Through the «differential

diagnosis» of PAS levels, the measures applied are adjusted based on the mother's behavior during judicial proceedings. The more the mother attempts to defend her children and herself from being labeled with PAS, the greater the severity assigned to her. It constitutes a protocol of coercive measures, including the threat of the radical and indefinite removal of the mother from her children and its ultimate execution, known as maternal parentectomy. When accepted for use in courts, it becomes a form of institutional violence. To demonstrate how the construction of PAS was designed to exert coercion on mothers, a content analysis of 25 documents by R. Gardner (1985–2004) was conducted. Regardless of its false neutral gender framing, its inherently coercive nature suggests it should not be applied to anyone.

Key words: Complex trauma, institutional coercion, parentectomy, parental alienation syndrome, PAS/AP, protective mothers

«*(…) Donde la función no cambia, la forma no cambia*»
(LH Sullivan; conclusión de la frase «*la forma sigue a la función*»)

Este capítulo, junto con el anterior, señalan los objetivos reales para los que se construyó el SAP. Las investigadoras Ávila, Franzé, Peñaranda y Pérez, autoras de los capítulos previos, demuestran este uso en la realidad; una realidad que hace que el SAP «exista». El trabajo está orientado hacia profesionales de diversas disciplinas. Se enfoca en el síndrome de alienación parental, como constructo carente de respaldo científico y ético. Su mayor impacto, es que la violencia contra la infancia y la adolescencia se realice desde entidades establecidas para su protección y ello lo convierte en un paradigma de violencia institucional por su aceptación desde ciertos juzgados o tribunales. Esta afirmación no la hace más relevante que otras violencias ejercidas o facilitadas desde otras instituciones. El término «institución» hace referencia, en lo que concierne a este capítulo, a determinados tribunales ubicados en ciertas jurisdicciones territoriales. Por tanto, nos referimos solo a aquellos que «optan» por asumir los presupuestos del SAP. Cada jurisdicción territorial abarca decenas de miles de residentes. La presencia del SAP se encuentra diseminada en el territorio nacional. Su impacto variará según el porcentaje de población inferior a los 18 años de cada jurisdicción. Su aplicación por un solo un juzgado de una comunidad autónoma uniprovincial, somete al arbitrio de este constructo a la mayoría de su población. Esto puede generar la percepción del problema como una serie de fenómenos aislados, desvinculados del funcionamiento judicial en otras zonas, a veces colindantes. Pero igual ocurre con el acoso escolar, que no se manifiesta de manera uniforme en todas las instituciones educativas, pero no por ello atenúa la percepción de su gravedad.

METODOLOGÍA

Se va a utilizar la misma metodologia cualittiva que en el anterior capítulo, de la que hacemos una breve síntesis sobre cómo se ha realziado la revisión de los artículos originales de Richard Gardner. El dominio de la página de Richard Gardner, «rgardner.com» expiró el 26 de junio de 2007. Para este trabajo se ha utilizado Wayback Machine. Se trata de un proyecto sin ánimo de lucro consistente en un archivo digital de la WWW fundado por Internet Archive. Se optó por revisar los archivos de la página original de Richard Gardner «rgardner.com», correspondientes a 08/12/2002, fecha previa a su muerte. Las citaciones en el formato MLA (N. Vancouver) de Wayback Machine, según la respuesta a dicha página desde MLA son complejas (al tratarse de documentaciones histórica) y no está totalmente definida. Constituye no obstante de un acceso completamente legal. Otro repositorio, entre otros, no institucional es «*richardagardner.com*». Algunas publicaciones (si bien en número escaso) han llegado a publicarse de nuevo a través de la revista «The American Journal of Family Therapy», siendo accesibles desde la página web «tandfonline.com» de la editorial Taylor & Francis.

Se trata de 25 publicaciones originales de Gardner en relación con la construcción del SAP. Estos se citan en las primeras 25 referencias por orden de publicación (1-25). Todos ellos se han analizado con el apoyo del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti, versión 9.

Justificación del uso de citas directas de R. Gardner. Según varias academias de escritura (26) esto se da cuando, (a) las citas evidencian que una postura es respaldada por una autoridad (en este caso, la del propio R. Gardner), (b) critican o inician un argumento, (c) incorporan un lenguaje particularmente evocador o históricamente significativo, o (d) describen un fragmento textual que puede perder o modificar su significado si se parafrasea o sintetiza. La evaluación de los 25 trabajos del autor se realizó sobre el idioma original de sus publicaciones y por tanto sobre citas literales.

Este capítulo, junto al anterior, es la síntesis de un trabajo de análisis del contenido de los textos de R. Gardner y sobre cómo se construyó el SAP. Es continuación, pero con planteamientos nuevos, de una investigación como documento de la AEN - PSM (27). De forma más breve, se publicó en la Revista de la AEN en 2008 (28), pero nos remitimos al mismo para conocer en detalle cómo se construyó y otros aspectos relevantes, como los intentos de introducirlo como síndrome y la construcción de los síntomas. Aquel trabajo surgió a partir de la experiencia que como psiquiatra del sistema público tuve con dicho constructo. Fue tras la recepción en el centro comunitario de un requerimiento judicial para «preparar», a dos hermanos y a su madre, para «sus aceptaciones» de la remoción radical de la custodia materna, que «iba» a realizarse, y que finalmente se cumplió. Aquel estudio surgió de la necesidad de «explicar», que no comprender, sobre cómo y por qué ocurrió aquello.

Este trabajo, dieciséis años después, surge de una necesidad parecida. También desde la misma posición, pero tras la suma de experiencias profesionales en torno al mismo. Al respecto de lo referido sobre la diseminación, y el azar, ocurrió casi inmediatamente después de un traslado desde otra área sanitaria en la que esto era y es desconocido.

SOBRE LA RELEVANCIA ACTUAL DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP), BAJO ESTE TÉRMINO U OTROS EQUIVALENTES

Desde 1985 (1), año en que R. Gardner acuñó el término hasta 2003, fecha de su muerte, transcurrieron 18 años. El grueso de su producción se concentró entre los años 2001 y 2004. R. Gardner, impelido por una necesidad de publicar, repitió bloques enteros de argumentos entre las distintas publicaciones. El único cambio detectado en sí, fue la sustitución de las figuras parentales alienadoras en dos grupos: *Madres tipo 1* y *tipo 2*. Realmente se trata de una clasificación para todas las mujeres, al aplicar su teoría genetista. Esta clasificación de las madres cambió en el llamado «diagnóstico diferencial de los tres niveles de intensidad del SAP» (leve, moderado y severo). Las nuevas publicaciones no añaden aportaciones «conceptuales nuevas», se tratan de artículos eminentemente argumentales de difusión y defensa del SAP. Desde su muerte, han transcurrido 22 años. Y el SAP se mantiene igual. Pueden haberse desarrollado por investigadores de ese campo diversos intentos de escalas, propuestas de intervención y básicamente intentos de demostración de su existencia fuera de su campo. Muchos de estos intentos de «objetivación» toman las propias sentencias donde el SAP se ha aceptado como evidencia de su existencia.

El «síndrome de alienación parental», muchas veces bajo el nombre de «alienación parental» u otros, fue construido por Richard Gardner para un objetivo específico. Fue diseñado para ser utilizado desde los juzgados en aquellos casos en los cuales había una revelación por un niño, niña o adolescente (NNyA) sobre un posible abuso sexual o maltrato intrafamiliar. Este autor construyó un mecanismo argumental que permitiera la rápida remoción de las madres en los litigios por la custodia de los hijos. R. Gardner, desempeñó su carrera profesional testificando en litigios por la custodia de menores. Se estima que lo hizo en más de 400 casos (29). Fue contratado fundamentalmente por padres varones, en litigios por custodia de los hijos, y sobre quienes gravitaba un posible abuso sexual infantil. El SAP se construyó para su «fácil» aplicación. Ello lo consigue a través de la inmediatez de su ejecución redefiniendo inmediatamente a la madre y al hijo como alienadores de la figura paterna. El SAP, al no cambiar (su estructura interna se lo impide), actúa universalmente y de forma automática. Esto determina que la aplicación de las medidas del SAP se realice sobre «todas» las madres e hijos

que residan en la jurisdicción de un juzgado de familia al que esté adscrito un Equipo Psicosocial que apoye el SAP y cuyo juez o jueza asuma también sus presupuestos.

Su presencia, es equiparable en cualquier lugar del mundo de cultura o influencia occidental. Ante esto, se introducen tres preguntas:

a) Qué hay en el SAP, para que se realicen llamamientos explícitos contra su uso desde instancias tales como el Consejo de Derechos Humanos de la ONU (con especial señalamiento al Estado español), su rechazo en el DSM-5 y la CIE-11, la prohibición de su uso por la LOPIVI o que, desde el Consejo General del Poder Judicial se hagan reiterados llamamientos a los jueces para que abandonen su empleo. (En capítulos anteriores se citan todas las instancias de máxima representatividad en distintos ámbitos que rechazan la aplicación del SAP).
b) Alguna posible explicación se apunta desde aquí; como el haberse convertido en un masivo negocio. Para ello basta consultar el número creciente de páginas, en todos los países, de gabinetes de abogados que se anuncian para defenderlo. La realidad es que el SAP se viene aplicando sin modificaciones reales desde hace cuarenta años, y que actúa de igual forma en todos los países.
c) ¿Qué lo hace tan relevante como violencia institucional hacia la infancia y la adolescencia? Que se aplica sobre ambas etapas en esencia vulnerables del ser humano y además contra una figura parental en su función como «madre protectora». Que sea asumido contra toda evidencia desde algunos juzgados que imponen las medidas del SAP (o equivalentes). Que dichas medidas estén protocolizadas y que por su propia naturaleza constituyen una expresión máxima del concepto de coerción. Sobre este aspecto coercitivo trata este capítulo.

PORCENTAJES MÍNIMOS ESTIMADOS DE FALSEDAD EN LOS TESTIMONIOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Desde los CAC de Indiana (EE. UU.), con los datos del 4 de enero de 2024 (30) se incidía en que:

> «es de vital importancia que, si un niño te dice que está sufriendo abusos, o si parece no estar seguro de que lo que le está sucediendo sea un abuso, le creas. Hay demasiado en juego como para no hacerlo, incluso si se trata de un pequeño porcentaje de niños que hacen una afirmación falsa». […]las denuncias falsas representan tan solo el 2 % de todas las denuncias de abuso sexual infantil Esto significa que el 98 % de las denuncias de abuso sexual infantil son verdaderas o tienen una validez significativa».

El predominio del abuso por figuras parentales masculinas tampoco es un mito (31, 32):

> «Los padres y padrastros son los familiares más frecuentemente condenados por abuso sexual infantil intrafamiliar. […] El abuso por parte de las madres y las cuidadoras femeninas es mucho menos común. Entre 986 niños derivados a un centro de referencia para casos de agresión sexual en Inglaterra durante un período de tres años, las figuras parentales femeninas (por ejemplo, madres, madrastras o cuidadoras principales) fueron sospechosas de abuso en solo 18 casos, en comparación con 177 casos que involucraban figuras parentales masculinas. […]

1. DEFINICIÓN DE «MADRES PROTECTORAS»

Se sabe tanto de la existencia de los abusos sexuales infantiles intrafamiliares (ASII) como de su ocultamiento. En este efecto de silenciamiento participan también muchas madres que no dan crédito a las palabras de su hijo o hija. Para muchas otras, esta revelación supone un enorme impacto, pero escuchan a los hijos. Algunas de forma inmediata, y otras necesitadas de un tiempo para asimilarlo, promueven acciones en defensa de los hijos. Estas constituyen las «madres protectoras». La definición es común en todos los lugares. Su universalidad surge de tres elementos. Dos de ellos lo desencadenan: (a) Un desvelamiento de abusos y malostratos por niños, niñas y adolescentes (NNyA), y (b) la actuación de madres que quieren protegerlos. (c) El tercer elemento común, es la persecución a la que se somete por ello a NNyA y a sus madres protectoras.

Coombes la define así en 2016 (33):

> «Se podría decir que las mujeres que revelan su victimización y los riesgos que enfrentan sus hijos ante los profesionales y funcionarios del tribunal de familia son a menudo las que cumplen con las expectativas sociales de madres protectoras, ya que cumplen con las expectativas de que notificarán a las autoridades y buscarán ayuda para proteger proactivamente a sus hijos».

El tercer elemento nombrado (c), de persecución y coerción, se describe en otro fragmento:

> «Una forma particular de patologizar a las madres que responden con miedo y preocupación por la seguridad de sus hijos, cuestionando la custodia y el acceso, es el uso del concepto de «alienación parental» por parte de muchos evaluadores judiciales […]. Las madres involucradas […] pueden entenderse como experimentando una victimización secundaria a través de los procesos de culpabilización y desempoderamiento a los que se ven sometidas mientras toman medidas proactivas para proteger a sus hijos de más daños».

Este elemento de persecución y coerción se apoya en una construcción social por la que niños como mujeres (o madres) disponen de menor credibilidad. La siguiente cita, sobre datos oficiales, nos habla de que esto es algo estructural:

> «En los casos en que las madres denuncian abuso y los padres responden con denuncias de alienación parental, aproximadamente se duplican las posibilidades de que una mujer pierda la custodia en los tribunales según un estudio nacional de 2020 sobre alienación parental (34) (financiado por el Departamento de Justicia de Estados Unidos. […] Otro estudio financiado por el Departamento de Justicia (35) concluyó que la principal razón por la que los jueces otorgan la custodia a un padre abusador es que la madre no es considerada creíble. Dos tercios de las madres del estudio fueron desestimadas por estar psicológicamente enfermas y, en algunos casos, se les negó la custodia incluso después de que se determinó que sus preocupaciones sobre el abuso eran válidas». Fuente: ProPublica (36).

Natalia Amatiello (37) sobre las «Madres protectoras o referentes protectoras», expresa que:

> «son las personas que a partir del develamiento de abuso sexual de sus hijos/as comienzan la ruta crítica en el sistema judicial para defender a los niños/as. Muchas de ellas son perseguidas, patologizadas, desestimadas y hasta criminalizadas…»

En su desarrollo del concepto de «madre protectora», Amatiello lo enraíza con una larga trayectoria de las madres en Argentina:

> «la colectivización de las demandas de mujeres tiene sus antecedentes ejemplares en las Madres de Plaza de Mayo. Capítulo aparte merecería su lucha, sin embargo, es imposible pensar el camino de las madres protectoras, sin tener en cuenta la ruta que ellas trazaron».

2. LA «TERAPIA DE LA AMENAZA» ES UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN QUE SE INICIA CON EL «DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRES TIPOS DE SAP»

Como desarrollamos en el capítulo anterior, R. Gardner creó en 1987 una clasificación dicotómica entre la *«Madre tipo 1»* (no colaboradora con las doctrinas del SAP) y la *«Madre tipo 2»* (la cual, «a regañadientes» y bajo amenaza, aceptaba las medidas). Se trata de una clasificación sumamente denigratoria hacia las mujeres y las madres en particular.

En la siguiente, el carácter de protocolo de actuación está siempre presente.

«El propósito de este artículo es proporcionar criterios para dividir a los padres alienadores en niveles similares, a saber, leve, moderado y severo. Así como la delimitación de los niveles de los niños es importante para que los evaluadores puedan hacer recomendaciones adecuadas a los tribunales con respecto a la terapia y la colocación en custodia, una diferenciación similar entre los padres alienadores puede ser igualmente útil, si no crucial.» [RG (24)]

Componentes principales en el «diagnóstico diferencial de tres niveles de SAP en madre e hijo»

1. El «argumento o razonamiento circular» es la base que sustenta la aplicación del «diagnóstico diferencial del SAP». En este se establecen dos falacias que se refuerzan entre sí: La premisa principal por la que «la negación del SAP es la defensa primaria del alienador» y el «desplazamiento del «peso» (o «carga») de la prueba».
2. El diagnóstico de gravedad se hace explícitamente a partir de las reacciones de la madre durante el procedimiento y ante las medidas. Se aplica el nombre de síntomas a lo que son conductas de defensa y apelación por parte de la madre.
3. Se incorpora en el «diagnóstico diferencial del SAP», como se demuestra en el anterior capítulo, la premisa de un origen genético que determina la «programación» de las mujeres y madres hacia los hijos. Esta «compulsión» biológica se agravaría con el tiempo convirtiendo los pasos entre niveles hasta los de grave y severo como «inevitables». Desde esta teoría se «justifica» el «arrancamiento» o parentectomía de la madre a los hijos e hijas.

Niveles de gravedad de SAP en el hijo y el alienador. Medidas derivadas (Gardner)

Como nota previa, se señala que, salvo su contenido textual, el diseño de las líneas de las celdas no se corresponde son su configuración original. Su propósito es ayudar a su explicación. Las líneas quebradas sugieren un paso permeable y fácil entre niveles. Las líneas más gruesas recalcan similitudes, e incluso equivalencias de contenidos. Por otro lado, su diseño tan visual facilita el criterio propio del lector.

TABLA SAP (1 de 3). NIVEL DE SÍNTOMAS DEL NIÑO v.2.4 (1-jul-2002) y rev.4.2 (13-ene-2003) (13)

Tabla 6Tabla sobre los niveles de SAP en el niño. v.2.4 y rev.4.2

Síntomas	LEVE (*MILD*)	MODERADO	GRAVE
1) La campaña de denigración (*Puede incluir o no una acusación falsa de abuso sexual*)	*Mínima*	Moderada	Formidable
2) Racionalizaciones débiles, frívolas o absurdas para la desaprobación	*Mínima*	Moderada	Racionalizaciones absurdas múltiples
3) Falta de ambivalencia	*Ambivalente/ normal*	Sin ambivalencia	Sin ambivalencia
4) fenómeno del pensador independiente	*Gralm. ausente*	Presente	Presente
5) Apoyo reflexivo al padre alienante en el conflicto parental	*Mínima*	Presente	Presente
6) Ausencia de culpa sobre la crueldad y/o explotación del padre «odiado»	*Culpa normal*	Mínima o sin culpa	Sin culpa
7) La presencia de escenarios prestados.	*Mínimo*	Presente	Presente
8) Propagación de la animosidad a la familia extensa y a los amigos del progenitor alienado	*Mínimo*	Presente	Formidable, a menudo fanático
Consideraciones adicionales al diagnóstico diferencial			
9) I. Dificultades transitorias en el momento de la visita	*Generalmente ausentes*	Moderadas	Formidables, sin posibilitar la visita
10) II. Comportamiento durante la visita	*Bueno*	Antagonismo intermitente y provocador	No hay visitas o comportamiento destructivo y continuamente provocador en la visita
11) III. Vínculo con el alienador	*Fuerte, saludable*	Fuerte, de leve a moderadamente patológico	Vínculo severamente patológico, a menudo paranoico
12) IV. Vínculo con el padre alienado antes de la alienación	*Fuerte, saludable o mínimamente patológico*	*Fuerte, saludable o mínimamente patológico*	*Fuerte, saludable o mínimamente patológico*

**Nota importante perteneciente a la tabla: Se señala que: «El diagnóstico de SAP se basa en el nivel de síntomas en el niño, no en el nivel de síntomas del alienador». [RG, 2001 (14)].*

La edad de los niños, niñas y adolescentes es omitida en las tablas, cuestión que ocurre en toda la obra de R. Gardner. Nada de lo conocido sobre el desarrollo psicoevolutivo se considera. Se les denomina en los escritos de Gardner, solo como «niños SAP». Se amplían a 12 los síntomas del SAP. Se añaden cuatro síntomas al común de ocho síntomas clásicos. Del «I» al «IV», tienen el mismo formato descriptor de conductas del «alienador».

Los síntomas III y IV (o también 11 y 12) «marcan» a la madre como la alienadora y al padre como alienado. El síntoma en el niño de «Vínculo con el alienador» (síntoma «III» -u «once»-) se describe para cada nivel como: «*Fuerte, saludable*» (L); «*Fuerte, de leve a moderadamente patológico*» (M); y «*Vínculo severamente patológico, a menudo paranoico*» (G). Por el contrario, en el síntoma 12 o IV, el *vínculo con el padre alienado antes de la alienación* se describe en los tres grados del SAP con las mismas palabras: «*Fuerte, saludable o mínimamente patológico*». Esto rompe toda lógica salvo la del SAP: Establece una comparación celda a celda entre ambas «filas» y muestra al padre varón como opción válida para el cambio de custodia. El nombre del síntoma 12 o IV, al asociar su primera parte como *«Vínculo con el padre alienado…»* con el señalamiento de *«… antes de la alienación»,* incide en que el padre alienador es quien originalmente mantuvo la custodia. R. Gardner adujo, especialmente en su teoría genética, la estrecha relación entre madre y el hijo en la primera relación. Igualmente, explicó cómo la doctrina de los «tiernos años» otorgaba la custodia principal a la madre como «favorecida». También, como se señaló en el anterior capítulo, se instituyó que había una «*programación precoz*» desde el nacimiento. Todo esto sitúa al padre alienado en el «después» de esa programación y designa como alienadora a la madre. No se explica a qué se alude por «antes». No se reseña ni la edad del niño durante ese vínculo, ni el tiempo de duración. La valoración sobre cómo fue ese periodo anterior, será según lo describa el padre.

Sobre la cualidad del padre como «mínimamente patológico». Colocado de forma invariable en los tres niveles, su función es la de contrastar con lo que se adscribe a la madre. Este «moderadamente patológico» paterno, señala que, en todo caso, la transferencia al padre es aceptable.

La replicación de las apreciaciones de gravedad del grado moderado en el severo se hace en los «síntomas»: «3», «4», «5», «6» y «7». Esto ayuda al «deslizamiento» entre estos dos niveles, en sí prácticamente equivalentes.

TABLA SAP (2 de 3). NIVELES DE SÍNTOMAS DEL «ALIENADOR» (13)

Tabla 7 Sobre los niveles de SAP del padre (parent) alienador. v.2.4 t rev.4.2.

Notas*	Síntomas	LEVE (*MILD*)	MODERADO	GRAVE
1*	1. Presencia de psicopatología grave previa a la separación	Casi siempre ausente	*Puede haber estado presente o no*	Casi siempre presente
	2. Frecuencia de pensamientos de programación	Ocasional	Frecuente	Persistente
	3. Frecuencia de verbalizaciones de programación	Ocasional	Frecuente	Persistente
4*	4. Frecuencia de maniobras de exclusión	Ocasional	Frecuente	Siempre que sea posible
	5. Frecuencia de quejas a la policía y los servicios de protección infantil	Ocasional	Frecuente	Repetidamente
	6. Litigiosidad (o actitud litigante)	Ocasional	Frecuente	Repetidamente
7*	7. Episodios de histeria	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
	8. Frecuencia de violación de órdenes judiciales	Ocasional	Frecuente	Repetidamente
9*	9. Éxito en la manipulación del sistema legal para mejorar la programación	Intentos mínimos	Éxito ocasional a moderado	Repetidamente exitoso
	10. Riesgo de intensificación de la programación si se concede la custodia primaria	Muy bajo	Leve a moderado	Extremadamente alto hasta el punto de ser casi inevitable

(*) Los síntomas 1, 4, 7 y 9 conllevan comentarios adjuntos en la tabla. Pero estos por su extensión y escasa relevancia se omiten. Si lo son las notas adicionales de las tablas.

Notas adicionales para la interpretación de la Tabla 1 y las Tablas 2 y 3: Realmente las notas se aplican a la tabla 1 frente a las 2 y 3. Estas últimas «notas» (2 y 3) tienen el mismo texto. Lo único que informan es relevante: *son las reacciones («síntomas») de la figura parental alienadora durante el procedimiento,* las que determinarán las medidas a adoptar.

> *Nota de la Tabla 1:* «El *diagnóstico* de SAP se basa en el nivel de síntomas en el niño, no en el nivel de síntomas del alienador».
>
> *Notas de las Tablas 2 y 3*: «Si bien el diagnóstico de PAS se basa en el nivel de síntomas del niño, la decisión del tribunal sobre la transferencia de custodia debe basarse principalmente en el nivel de síntomas del alienador y solo en segundo lugar en el nivel de síntomas de SAP del niño».

En la tabla 2 se genera un segundo diagnóstico en el SAP. Al igual que los síntomas añadidos I a IV a los hijos, son los comportamientos de aceptación/rechazo de quien es asignado como alienador lo que determinarán los «evaluadores del SAP». Al igual que en la primera clasificación entre *Madres tipo 1* y *tipo 2*, lo que se «mide» es la «docilidad» mostrada ante las disposiciones. Cuanta menos conformidad haya, como les ocurría a las *Madres tipo 1*, más probables será la realización de una parentectomía materna. En relación a los síntomas, solo nos vamos a centrar en algunos enunciados. Enunciados de los síntomas 5 y 6 (junto al 9) en la madre. Estos corresponden respectivamente con: el acceso a la policía y a los servicios de protección infantil, el derecho a litigar, y (difícil cómo explicarlo) derecho a la posibilidad de ganar en algún contencioso. Todos son derechos de cualquier ciudadano que en el SAP se transforman en conductas patológicas y fuente de acciones coercitivas sobre su uso. Lo desconcertante en el penúltimo síntoma «9» es que se llegara a formular como síntoma al «*éxito en la manipulación del sistema legal para mejorar la programación*». Realmente alude quienes intervienen en dicho sistema, alcanzando también a jueces y fiscales. Es el ejemplo más singular del SAP sobre cómo a través de él, «todo» se transforma en patología.

El décimo y último síntoma: Confirma el papel de la teoría sobre la «compulsión» genética de las madres a «programar». Justifica así la parentectomización materna del SAP. Se trata de la materialización de los expuesto en el anterior capítulo. La «compulsión genética» en las madres a adoctrinar es la que sirve de base al síntoma más definitorio de esta escala. A esta compulsión, se le añade como propiedad una tendencia al empeoramiento y a la irreversibilidad. Esto, se vinculará con el «plan B» de la última tabla. Desarrollaremos en ese punto la correspondencia entre las «respuestas» de los evaluadores del SAP» con las medidas propuestas.

Con esto se llega tercera tabla del SAP, en la cual, con base al diagnóstico diferencial, se establece el nivel de gravedad SAP y las medidas judiciales propuestas.

TABLA SAP (3 de 3): «Manejo y tratamiento diferencial de los tres niveles de alienadores del síndrome de alienación parental (SAP) para cada uno de los niveles de síntomas del niño» (13)

Tabla 8 Medidas a adoptar conforme al nivel de SAP del padre alienador y el hijo.

	1. CAT. LEVE	2. CATEGORÍA MODERADA		3. CAT. SEVERA
		MODERADO	MODERADO/SEVERO	
ENFOQUES JURÍDICOS	Sentencia judicial que establece que la custodia principal permanecerá en manos del progenitor alienante.	**PLAN A**: **Para Alienadores en la categoría moderada**	**PLAN B**: **Para Alienadores en la categoría severa**	
		A.1 Sentencia judicial que establece que la custodia principal permanecerá en manos del progenitor alienante	**B.1** Sentencia judicial que establece que la custodia principal se transferirá al progenitor alienado.	**B.1** Sentencia judicial que establece que la custodia principal se transferirá al progenitor alienado.
		A.2 Designación judicial del Terapeuta SAP	**B.2** Designación judicial del Terapeuta SAP	
		A.3 SANCIONES -pagar una fianza; -multas; -servicio comunitario; -libertad condicional; -arresto domiciliario; -encarcelamiento.	**B.3** Visitas extremadamente restringidas por parte del padre alienante. Vigiladas para evitar Adoctrinamientos.	Programa de sitios de transición ordenados por la corte.
ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS	Generalmente no es necesario	**Planes A y B** : Tratamiento por un terapeuta SAP designado por el tribunal	Programa de sitio de transición supervisa- do por un terapeuta SAP designado por el tribunal.	

« ANEXO: Comentario anexo a la tabla 3: Mientras que el diagnóstico de SAP se basa en el nivel de síntomas del niño, la decisión del tribunal para la transferencia de custodia debe basarse principalmente en el nivel de síntomas del alienador y solo secundariamente en el nivel de síntomas de SAP del niño».*

EL «DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRES NIVELES DEL SAP» SIEMPRE AVANZA HACIA NIVEL SEVERO.

Este empeoramiento y avance a grave/severo lo determina la teoría genética de «compulsión» de las madres a programar. Antes y después de la parentectomía materna, y en función de ella se establecen las amenazas coercitivas de la «terapia de la amenaza» [RG 2001 (15)]. Estas se desarrollan, «antes», como amenaza de la retirada materna. Pero igualmente «después» de realizarse. Estas amenazas posteriores surgen de vagas posibilidades sugeridas a las madres, de poder ver al hijo en tiempos y espacios controlados por los «evaluadores del SAP». El retorno, con base también a la «compulsión» genética en las madres para programar y su propiedad añadida de empeoramiento, lo hace prácticamente «inviable».

Esto se demuestra en la propia tabla 3. La categoría moderada se desdobla en dos planes. El plan B, se señala que es para la categoría severa. Su «enfoque legal» es igual al del grado severo: «*Sentencia judicial que establece que la custodia principal se transferirá al progenitor alienado*». Se explica en el artículo correspondiente de la siguiente forma:

> «El plan B (Tabla 2) es aplicable cuando los niños que están en la categoría moderada son todavía visitados, pero *el padre alienador es tan tenaz con respecto a alienar a los niños, está tan impelido* (*compelled*) *a continuar con la programación* que la transferencia de custodia es la única esperanza para los niños si se quiere aliviar de algún modo su sintomatología de SAP». […] *La compulsión por alienar se ha quedado atrapada en el circuito cerebral y tiene vida propia».* [RG 2001 (15), 2002 (23)]

La compulsión a la programación instalada genéticamente en la mujer explica el avance a nivel severo y a la supervisión constante impuesta a la madre.

La siguiente, es una de las citas con mayor capacidad de explicación de lo expuesto hasta ahora tanto en este como en el anterior capítulo.

> (I)*«El plan B (Tabla 2) es aplicable cuando los niños están en la categoría moderada, siguen visitándolos, pero el padre alienador es tan tenaz con respecto a alienar a los niños, está tan obligado a continuar con la programación que la transferencia de custodia es la única esperanza para los niños si se quiere aliviar de algún modo su sintomatología SAP.* ||| (II) *El proceso de alienación se ha convertido en un modus vivendi y se ha arraigado tan profundamente en la estructura psíquica del alienador que es poco probable que los procedimientos de programación se detengan cuando termine el litigio.* ||| (III) *La compulsión a alienar se ha quedado atrapada en el circuito cerebral y tiene vida propia.* ||| (IV) *A veces el padre alienador es paranoico y el padre alienado es el centro del sistema delirante paranoico.* ||| (V) *Los niños, aunque todavía están en la categoría moderada, claramente están yendo por el camino hacia la categoría severa, y todo indica que, una vez que termine el litigio, lo harán porque se habrá eliminado la perspectiva de sanciones judiciales».*[RG 2001(15)]

Se extraen los siguientes contenidos literales de cada bloque. El fragmento II requiere extraer toda la secuencia del fragmento:

> [(IA) «*el padre alienador … está tan obligado a continuar con la programación*] [(IB) *la transferencia de custodia es la única esperanza»*]
>
> [(IIA) «*El proceso de alienación se ha convertido en un modus vivendi*] debido a que [(IIB) *se ha arraigado tan profundamente en la estructura psíquica del alienador*]. En consecuencia [(IIC) *es poco probable que los procedimientos de programación se detengan cuando termine el litigio*»].
>
> [(IIIA) «*La compulsión a alienar se ha quedado atrapada en el circuito cerebral] y [(IIIB) tiene vida propia*»].
>
> («A veces) [(IVA) *el padre alienador es paranoico* {(IVA-1) *y el padre alienado es el centro del sistema delirante paranoico»*}].
>
> [(VA) «*Los niños,* (inducidos) *claramente están yendo por el camino hacia la categoría severa*], [y (VB) *todo indica que, una vez que termine el litigio lo harán*] [(VC) *porque se habrá eliminado la perspectiva de sanciones judiciales*»].

1. Naturaleza biológica de la programación: (IA), (IIA), (IIB), (IIIA), (IIIB)
2. Aplicación de la teoría de RG de integración/incrustación cerebral o EBCP, «Embedment-in-the-Brain-Circuitry Phenomenon»: (IIB) (IIIA) (IIIB)
3. Irreversibilidad del empeoramiento de la programación: (IA), (IIA), (IIC), (VA) (VB)
4. Necesidad de continuar la supervisión «estrecha» de la madre: (IIC) (VB)
5. Necesidad de intervención de las medidas coercitivas del SAP: (IB), (VC)
6. Explicación alternativa o en apoyo de la afectación del SAP: (IVA {IVA-1})

Las seis agrupaciones, en esta propuesta, podrían representarse como seis subcategorías de codificación cualitativa. Estas incluirían códigos previamente formulados como: «integración neuronal», «programación irreversible» (o «modus vivendi»), «involuntariedad» (o «vida propia»), etc. Un mismo código puede pertenecer a varias subcategorías. Esto se aprecia en IIC, que señala la «integración neuronal», aunque más intensamente la «irreversibilidad». Una categoría o familia de códigos implica un nivel de mayor abstracción conceptual y diferenciación. Aunque todavía no se las ha denominado a estas agrupaciones como categorías (pues requieren más delimitación), algunas parecen empezar a configurarse: Las agrupaciones 1 y 2 (y sus códigos)

pueden diferenciarse en una categoría llamada, por ejemplo, «C: Impronta Genética». Las agrupaciones 3 y 4 podrían constituir la categoría de «C: Desplazamiento a nivel Grave»; o quizá, ser demostrativas de «C: Coerción tras la Remoción». El conjunto 5., podría ser una categoría como «justificación de parentectomía», relacionada con la anterior.

La última se trataría ya de una clara categoría. R. Gardner se reserva siempre, si la aplicación del SAP no es suficiente, la designación de la madre como enferma mental y la revelación de un posible abuso como «delirio». Si la madre desconfía de los evaluadores del SAP, que a su vez la supervisan como señal de que ella no es confiable, la denomina como «paranoide». Incluso, el concepto de campaña de denigración por la madre y el hijo, lo llega a denominar como «psicosis compartida»; término aún hoy reconocido por su nombre original como «Folie à deux» acuñado en 1877 por Lasègue y Falret (38).

> «En casos extremos, como resultado del adoctrinamiento de la madre, el niño puede llegar al punto de tener delirios paranoides sobre el padre. Puede desarrollarse una relación llamada *folie à deux* en la que el niño adquiere los delirios paranoides de la madre sobre el padre. En tales casos, la transferencia es obligatoria» [RG (2)]

> «Se unen con sus madres en una relación de *folie à deux* en la que comparten sus fantasías paranoicas sobre el padre» [RG (6)]

Lo anterior ha pretendido mostrar la vinculación entre conceptos ya comentados y que hemos agrupado de 1 a 6. Queda por añadir, para dar más sentido a todo que, a partir de los presupuestos anteriores queda contestado el décimo síntoma de la Tabla 2 sobre el «*Riesgo de intensificación de la programación si se concede la custodia primaria*». La respuesta en la presentación grave del SAP de la madre es: «*Extremadamente alto hasta el punto de ser casi inevitable*».

Aunque Gardner insistirá en que sólo el 10 por ciento de los casos que él veía se encontraban en el nivel severo, este porcentaje era necesariamente, por el deslizamiento a grave y severo, rápidamente renovado. En la siguiente cita queda patente que, lo que se evalúa es la actitud de la madre.

> «En los casos graves de SAP, que representan una minoría muy pequeña de los casos de SAP (aproximadamente entre el cinco y el diez por ciento según mi experiencia), se deben tomar medidas más estrictas. Si hay alguna esperanza de aliviar los síntomas de los niños, el primer paso debe ser transferir la custodia física al hogar del padre. *El que esto sea permanente depende de la conducta de la madre*.» [RG 1998 (6)]

Pero ¿cuántos están en el moderado-severo? Ese 10% de casos graves de SAP es el que ve Gardner en cada momento, donde no explica el periodo de esa «prevalencia». Ese 10% finaliza conforme la resolución de los litigios

y se renueva, entre otros, con los casos severos incluidos en la columna de «moderados». Gardner establece también la posibilidad de pasos inmediatos de leve a severo. Gardner conceptualizó estos niveles en un *continuum* de una sola dirección, sin retorno:

> […] la decisión del tribunal de transferir la custodia debe basarse principalmente en el nivel de síntomas del alienador (Tabla 2) […] Al igual que sucede con el niño, los evaluadores hacen bien en considerar los síntomas del alienador como […] fluctuaciones de ida y vuelta a lo largo de este continuo. […] especialmente cuando las audiencias judiciales se vuelven inminentes. En esos momentos, el padre(parent) alienador puede volver de severos a moderados, e incluso a leves […] Los evaluadores que conocen este fenómeno *deberían informar al tribunal y recalcar que en el pasado el alienador se encontraba en un nivel moderado o severo y que el nivel leve actual de alienación no es confiable*».

CONCLUSIONES GENERALES EN TORNO A LAS TRES TABLAS DE NIVELES DE GRAVEDAD EN EL SAP

Conclusión 1: Los criterios que se aplican son erróneos, confunden y translocan objetividad por subjetividad. Son formalmente falsos. Los síntomas siempre pertenecen a la persona que los describe. En el SAP, sin embargo, son atribuidos por quien evalúa de acuerdo con su criterio.

Los «adjetivos calificativos» y la atribución de sentido son heteroasignaciones no válidas, a las que se pretende dar, emitidas (subjetivamente) por otro sujeto, la propiedad de «objetivas».

Importa aquí el término gramatical de «adjetivo calificativo». Este califica al sustantivo, atribuyéndole una cualidad, sea positiva o negativa. Pero, las atribuciones nunca pertenecen a aquello que se señala, pertenecen exclusivamente al emisor (u observador). Los evaluadores del SAP atribuyen imponiéndolos, cualidades a los niños, niñas, adolescentes y madres protectoras como propiedades de los últimos. A esto, equivocadamente, lo llaman «objetivación». Pero esto, formalmente, se trata de un «*juicio de realidad falso*»: «En los juicios de hecho, los objetos carecen de significado sin los valores que les atribuye el sujeto» (39). Lo que realiza un «evaluador del SAP», es aplicar ideas generadas por Gardner y que aparecen en las tablas. Estas, no son otra cosa que juicios de valor. Su «imposición» como propiedades de las personas designadas de padecer un SAP, no les da una validez formal de la que carecen. Debido a que no actúan solo como emisión de meras calificaciones impropias, sino a que son impuestas y tienen la capacidad de cambiar traumáticamente las vidas de las personas, se tratan de actos coercitivos violentos. Cuando Richard Gardner atribuye a la madre la presencia de psicopatología como señal de severidad, realiza el mismo tipo de acto violento. En el anterior capítulo, utilizamos parte de una cita para demostrar la ausencia de criterios científicos en el SAP. Aquí, es útil para remarcar lo anterior.

> «[…] la terapia tradicional para la madre no suele ser posible. Por lo general, no tiene la menor idea de sus problemas psiquiátricos profundos y, por lo tanto, no es receptiva al tratamiento. A menudo, considerará que los terapeutas y otros evaluadores que creen que sus delirios no están justificados se están uniendo a su marido. Estos examinadores, por lo tanto, se incorporan al sistema paranoico». [RG, 1991(3)]

Conclusión 2: El diagnóstico diferencial actúa como un mecanismo que categoriza de forma «deslizable» entre tres grados de severidad del SAP, a la madre y al hijo/a.

Ya abordado en los comentarios anteriores, se hace una síntesis: 1. A la teoría de la «compulsión genética» de las madres para programar, se le añadió la propiedad de empeoramiento e irreversibilidad. Esta determina que la gravedad del SAP se desplace siempre a los niveles más intensos. 2. Esta «compulsión» genética explica también a los síntomas del SAP en los hijos. 3. A los 8 síntomas del SAP se suman cuatro que describen las conductas de los hijos en las visitas a los padres. Este último formato es equivalente al usado sobre la madre, describiendo sus reacciones ante las medidas procesales. Los ocho síntomas en los hijos no son tales, sino piezas argumentativas incluidas en la definición del SAP.

Conclusión 3. El «argumento o razonamiento circular» es la base que sustenta la aplicación del «diagnóstico diferencial del SAP».

Una premisa que demuestra el grado en que se aplica el pensamiento circular es: «la negación del SAP es la defensa primaria del alienador» («*The Denial of the PAS is the Primary Defense of the Alienator*») (17). Esto es el generador de una vivencia de alogia o locura en la persona a la que se aplica el SAP. Esta imposibilidad de resolver la pregunta que hace quien detenta el poder, es sin duda uno de los mecanismos más destructivos en el SAP. Como definición del razonamiento circular usamos: «*falacia lógica en la que la premisa de un argumento supone que la conclusión es verdadera*» (40).

Las palabras «negación» y «defensa», las usará Gardner para hablar sobre «el uso de mecanismos de negación» por «los adoctrinadores del SAP».

> «En casos graves, los adoctrinadores inyectan diariamente toxinas en los cerebros de sus hijos, toxinas que pueden envenenarlos de por vida porque el veneno se incrusta cada vez más profundamente en el circuito cerebral. Deben operar poderosos mecanismos de negación en los adoctrinadores del SAP, mecanismos que les permitan cegarse ante lo terrible que están haciéndoles a sus hijos» [RG 2002 (23)]

El mecanismo de «programación» o «lavado de cerebro», se explicó en el anterior capítulo. Sigue siendo imprescindible en el SAP para explicar su relato alternativo al de malos tratos o abusos. La idea de integración en los circuitos cerebrales la denominó Gardner como (EBCP), siglas de una

teoría propia cuyo contenido es el que recoge su enunciado: «Fenómeno de la Integración/inserción/incrustación…en el circuito cerebral» («*Embedment-in-the-Brain-Circuitry Phenomenon*») (41). Esa rigidez e integración cerebral de consignas programadoras contradice además todo lo conocido sobre la neuroplasticidad (42-43).

3. EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP) COMO «PROTOCOLO» DE COERCIÓN

Como definición: «Los Protocolos de Actuación especifican actividades rutinarias y a quién corresponde acometerlas, la forma en la que han de realizarse y contienen, además, los modelos y documentos estandarizados a utilizar» (44).

El «Protocolo para determinar el recurso de transición de los hijos para su transferencia al padre y el manejo de la madre» aparece en el tercer punto del «programa B para alienadores severos» (aunque incluidos en la columna previa sobre alienadores moderados): *«Visitas extremadamente restringidas por parte del padre alienante. Vigiladas para evitar adoctrinamientos».* Esto determina que la vigilancia y la amenaza sobre las expectativas «dadas» a la madre de posibles contactos con el hijo sean muy paulatinas, y siempre, en función de su conducta de sumisión.

> «[…] la transferencia de la custodia es necesaria para proteger a los niños de la progresión hacia el tipo grave de SAP y la desintegración final del vínculo padre-hijo. «Después de la transferencia, son posibles distintos grados de acceso materno a los niños, dependiendo de la capacidad de la madre para reducir las manipulaciones que inducen el SAP. A menudo se indican visitas supervisadas con la madre para proteger a los niños». [RG, 1998 (6)]

El siguiente protocolo aparece en la misma publicación a la que corresponde la cita anterior. Tiene el propósito de *«facilitar el traslado de los niños del hogar de la madre al del padre».* El grueso de su contenido, como afirma su título, trata de: *«Recomendaciones para el manejo de padres* (parents) *que inducen el síndrome de alienación parental en sus hijos».* Establece tres niveles sobre los lugares de «restricción transitoria» supervisados. Esta supervisión se hará por un tutor «ad litem» o un terapeuta designado por el tribunal que, «*también tenga acceso directo al tribunal para obtener apoyo judicial y emitir las órdenes judiciales*».

Tabla 9
Tres niveles de «restricción transitoria»

Tres niveles de restricción transitoria
Nivel 1. Observación por cuidadores: «*apreciar la profundidad de la patología de la madre y […] prohibir el correo y las llamadas telefónicas […] e informar a las autoridades (sobre) el incumplimiento de la madre de la orden judicial que le prohíbe visitar a los niños o incluso ir a su vecindario o escuela*».
Paso al nivel 2 ante conductas maternas: «*si la madre continuara haciendo caso omiso de las órdenes judiciales de no llamar ni visitar a los niños (ya sea en el hogar de transición o en el entorno escolar). (O) si los niños continuaran escapándose de un centro de transición de nivel 1 para regresar con su madre*».
Nivel 2 localizado en: *«un refugio comunitario, el tipo de lugar donde se coloca a delincuentes, niños abandonados, niños maltratados y otras personas que justifican ser sacadas de sus hogares».*
Nivel 3 Hospitalización. *[…] Es fundamental que el personal que los atiende tenga conocimiento del PAS y la oportunidad de hacer aportes al tribunal, ya sea directa o indirectamente. […]*

Tabla 10 Seis fases para la transición entre recursos

En cada transición de recursos se establecen seis fases
La transferencia debe monitorizarse cuidadosamente. Objetivos: No se trata de terapia sino «*movimiento de cuerpos*». Que los niños experimenten «en vivo» que su padre: «*no es la persona terriblemente peligrosa que la madre*» retrató.
Fase 1. *«Se debe cortar todo contacto con la madre, incluido el correo y las llamadas telefónicas».* Tras unos días, el padre visitaría el lugar.
Fase 2. Las visitas a la casa paterna se alargarían hasta que empiecen a vivir allí de forma permanente. *«No debería haber contacto con la madre, ni siquiera por correo o llamadas telefónicas».*
Fase 3. Los niños viven con su padre de forma permanente: *«una vez más, no se debe permitir que la madre envíe correo ni llame por teléfono».* En caso de incumplimiento por la madre: 1. comunicación inmediata con el juzgado si se ve a la madre próxima a la casa. 2. aplicación a la madre de «sanciones graves»: multa; reducción de los pagos de pensión alimenticia. 3. en casos seleccionados: Encarcelamiento (u hospitalización). Objetivo de 3. «*Los niños necesitan experimentar en vivo que las terribles consecuencias que han previsto no se harán realidad*».
Fase 4. Se plantearía «a modo de prueba» un contacto con la madre «cuidadosamente controlado»: «*El primer paso debe consistir en conversaciones telefónicas limitadas y controladas*». «*Se pueden permitir comunicaciones por correo igualmente controladas*».
Fase 5. Intento de visitas supervisadas de la madre en el hogar paterno: «*cuya frecuencia y duración se determinarán según en qué medida ella pueda reducir la inculcación de animosidad hacia el padre».*
Fase 6. Intentos de visitas al hogar materno *«cuidadosamente vigiladas y juiciosamente restringidas»* Restricciones a la fase 6 cuando: «*Hay algunos casos en los que nunca se llegaría a esta fase porque la madre podría secuestrar a los niños, negarse a devolverlos o someterlos de alguna otra manera a una programación implacable contra el padre*».

El uso del género neutro para las figuras parentales (parents) «que inducen el síndrome de alienación parental en sus hijos» cambia, para definir a la madre como objetivo del protocolo. El trato que sugiere desde aquí, subjetivamente si se quiere, es de tipo indigno, dirigido a una «malhechora». Las fases 5 y 6, muestran la presencia activa como justificación de las medidas, de la teoría de «compulsión genética» para «programar» con que se marcó a las mujeres y a las madres.

4. LA PARENTECTOMÍA MATERNA. FIN ÚLTIMO DEL SAP

La radical retirada forzosa de un hijo a una madre no es una medida terapéutica, es una pena impuesta, más grave que la que le correspondería como «delito» que no existe y nunca lo fue. (Artículo 11.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos).

¿Por qué el uso de «parentectomía» para nombrar lo que R. Gardner llama «transferencia al padre», «cambio de custodia», «emplazamiento del niño», etc.?

El origen y uso del término «parentectomía» es médico. Frente a tantos usos eufemísticos en el SAP para enmascarar su naturaleza, es el término técnico que, de acuerdo a los antecedentes, mejor describe la medida del SAP. Estos empleos sobre las parentectomías como tratamientos de los niños con asma (45) y de niños autistas (46) está ampliamente documentado. La parentectomía atiende pues a una práctica médica ya desatendida y criticada por sus efectos emocionales en los niños. De hecho, en las anteriores condiciones, pese a la sugerencia de organicidad, se buscaba realmente la separación de los niños a los padres vistos estos como la causa principal. Su nombre es evidentemente «crudo», pero está en correspondencia con la intensidad y violencia de la medida adoptada. Todos los eufemismos, como «transferencia», buscan evitar la alarma y su aceptabilidad del entorno. Aunque R. Gardner evitó el uso del término parentectomía, lo reflejó magníficamente con una respuesta que se dio a una pregunta que el mismo formuló sobre el SAP:

> «"¿Cómo puede ser una enfermedad si se puede curar simplemente transfiriendo la custodia del niño del hogar de uno de los padres al hogar del otro?" [...] Una persona con un tumor benigno puede ser completamente curada con una simple extirpación». [RG, 2002 (21)]

Uso actual del término parentectomía

Elvira Reale (47) expuso lo que sintió la primera vez que leyó el término «parentectomía».

> «Parentectomía: primero un shock al leer la palabra en un artículo de psicólogos italianos, sujetos a un código de ética común, aunque notoriamente partidarios de la alienación parental, también conocida como SAP . Luego, con frialdad , la evaluación de que no podría haber una terminología más apropiada para la intervención que los defensores del SAP (*citas de autores*) proponen en los casos de alienación parental: la eliminación del padre como si fuera un tumor, de un órgano enfermo en el contexto de la vida de un menor.»

Tras el primer «shock», la palabra «frialdad» no denota indiferencia, tampoco impresiona de ser estuporosa; más bien parece ser una reproducción

literal de la propia palabra, como congelamiento; y en todo caso, el «embotamiento afectivo» que se genera tras un trauma.

Tras su uso en el asma y en el autismo, es el síndrome de alienación parental quien lo ha rescatado para su uso vigente. Véase el artículo de Polak, Altobelli, y Popielarczyk de 2020 (48) «Respuesta a casos graves de rechazo entre padres e hijos sin una parentectomía: un modelo de intervención secuencial combinado y el papel de los tribunales».

Crítica al uso de la parentectomía por Johnston y Williams en 2020, en representación de la Alienación Parental (multicausal)

En 2020, Johnston y Williams, representantes del concepto de alienación parental multicausal, realizaron una crítica sobre la parentectomía en el SAP (49). Igualmente, defendieron el «bien superior del menor», (reemplazado por Gardner por el «mejor interés de la familia» -paterna-), y coinciden con la conclusión de este trabajo de que el SAP es un protocolo de actuación.

> «[…] justificar una revocación de la custodia (junto con otras intervenciones punitivas, coercitivas y costosas ordenadas por el tribunal) únicamente sobre la base de la negativa del niño a cumplir con las órdenes de contacto (e ignorando el ajuste positivo en otros indicadores) es, en efecto, elevar este factor en importancia por encima de todos los demás factores del BIOC (Interés Superior del Niño)».

En una clara crítica contra el SAP, definen al síndrome de alienación parental, al igual que se hace desde este capítulo, como protocolo, y lo enuncian de esta forma:

> «Por el contrario, los protocolos (del SAP) de tratamiento para el niño AP dictan que se debe modificar o eliminar la influencia negativa del padre preferido alienante, evitar afirmar la voz del niño (considerada como percepciones distorsionadas y falso recuerdo de eventos familiares críticos), desempoderar el papel inapropiado del niño en la toma de decisiones y restablecer el contacto del niño con el padre objetivo lo antes posible por orden judicial a pesar de las objeciones del niño».

Johnston y Williams describen, en correspondencia con las citas incluidas en el SAP, cómo se actúa en el síndrome frente el niño, censurando para ello «su voz» y transformándola en «*percepciones distorsionadas y falso recuerdo de eventos familiares críticos*». Desempoderar al niño, es restarle su autoestima y autoconfianza. Destaca sin duda, y en esto se desmarcan en absoluto de la ideología propia del SAP, priorizar la decisión del niño sobre cualquier argumento precipitado determinado desde el juzgado.

> […] al decidir si se debe o no revertir la custodia y cómo hacerlo, pueden ser pertinentes las siguientes distinciones según el contexto y otros factores relevantes: para un niño que está seriamente vinculado con un padre dependiente y deprimido, la amenaza de cualquier separación del padre favorecido *puede ser aterradora; una reversión de la custodia es una «parentectomía», análoga a la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo sin anestesia».*

5. EL ACTO DE LA «HUMILLACIÓN» COMO FORMA DE PÉRDIDA DE LA CONFIANZA EN EL MUNDO.

Todo lo anterior tiene un efecto de «ruptura» de la lógica construida respecto de un mundo en el que se depositó una seguridad de «ser y estar». El adulto, como una madre protectora, pierde la confianza porque la violencia SAP ordenada por el tribunal se presenta de manera «regulada». Para el niño o adolescente, la ruptura del sentido ya se produjo antes de la revelación. Esto ocurrió cuando un adulto actuó de manera opuesta a lo que esa figura de seguridad representaba para él o ella. La madre protectora y el niño maltratado comparten una experiencia similar: ambos reciben lo opuesto de lo que esperaban y necesitaban. La principal diferencia entre el adulto y el niño o adolescente es que «ese» sentido de confianza se encontraba precisamente en construcción.

Para expresar de forma sintética esta imposibilidad de comprender «el lugar» desde donde nace esta violencia se encontró el concepto de «humillación» en su formulación por Phil Leask (50). Este, diferenciado del de vergüenza, es el término que mejor representaba la idea. El título del trabajo alude directamente a ella: «Perder la confianza en el mundo: La humillación y sus consecuencias». Como definición conceptual la describe como:

> «un ejercicio demostrativo de poder contra una o más personas, que implica de manera consistente una serie de elementos: despojo de estatus; rechazo o exclusión; imprevisibilidad o arbitrariedad; y un sentimiento personal de injusticia acompañado de la falta de cualquier remedio para la injusticia sufrida».

Cada elemento que describe Leaks en torno a la humillación es aplicable en el síndrome de alienación parental. *Despojo de estatus*: en la madre, lo es de su figura de cuidadora primaria, y de su identidad, cuando cualquier conducta suya pasa a ser imagen de una «manipuladora». *Excluida* del sistema legal, pues es privada de derechos y pasa a ser «vigilada» por un «cuerpo» de profesionales del SAP. *Excluida* del lazo social, porque, ¿quién va a entender por qué le han retirado la custodia de sus hijos?

En la violencia, por definición, la agresión es *siempre imprevisible*. Sea una notificación de desacato o la publicación de una resolución, se hace más presente en cuanto se desconoce cuándo irrumpirá. Sin duda, *la arbitrariedad es la*

marca principal del SAP. Lo es la asignación como alienadora y su marca como leve, moderado o severo. Son *arbitrarias* las medidas dictadas sobre la posibilidad de ver a su hijo o hija, cuánto tiempo y a qué ritmo. Es arbitrario que su aplicación dependa de la jurisdicción zonal del juzgado donde se resida. Es *injusto* al estar rechazado por las máximas instancias del derecho y de los derechos humanos. Sobre la falta de *cualquier remedio* Leaks cita a Judith Herman: «*la recuperación nunca es completa. El impacto de un evento traumático continúa reverberando a lo largo del ciclo de vida del sobreviviente*».

En los NNyA, todo se antoja más absurdo. El *rechazo* se transforma en forzamiento a estar con quien se rechaza. La expresión habitual de Gardner de *«niños del SAP», priva del estatus* de niño o niña igual a sus amigos. La *exclusión de la figura de la madre* es, radical e indefinida. La *imprevisibilidad* los aboca al silencio pues, cada vez que hablan ante un evaluador del SAP, sus situaciones empeoran. *La arbitrariedad* está en las preguntas a las madres: ¿por qué me obligas a ir al punto (de encuentro)? Y, el sentimiento de *injusticia*, más que una justicia perdida, se convierte en un estado de ánimo. La *recuperación*, por la plasticidad neuronal y por los mecanismos de resiliencia, quizá es posible.

Generación por el SAP de un estado de «indefensión». No utilizamos aquí el concepto de «indefensión aprendida de Seligman». Seligman lo explicó como experimentos diseñados para conocer la génesis de estados depresivos (51), y el concepto fue aplicado a mujeres bajo maltrato por Lenore Walker (52). Por otra parte, en la tesis cualitativa defendida en 2004 (53) y en uno (54) de los dos artículos publicados a partir de ella se apreció, en contra de lo esperado, que no había una relación directa entre el maltrato impredecible y la pasividad de la indefensión aprendida. La investigación se realizó con una muestra de 43 mujeres víctimas de violencia de género, no convivientes con el maltratador durante el estudio. Se constituyeron nueve grupos de discusión según, especialmente, el tiempo desde el último maltrato o, en el caso de una submuestra de 20 mujeres y cuatro grupos, de madres en distintas etapas de «recuperación» en un centro donde convivían con sus hijos un máximo de 18 meses. Se definió a la indefensión aprendida con la categoría de «Inmovilización-Paralización». Esta se entendió como la vivencia de «incapacidad» para abandonar la relación con la pareja maltratadora. Lo que se halló fue que la emoción del miedo actuaba como mediadora entre ambas categorías:

«Maltrato impredecible» → «MIEDO (terror)» → «Inmovilización-Paralización»

El miedo era efecto de la imprevisibilidad y a su vez el principal generador de inmovilización, pero también de acción (casi impulsiva). Este efecto del miedo rompiendo la paralización fue producido por dos «amenazas» concretas. Estas fueron, la amenaza contra la vida de la mujer y la de «quedarse» con los hijos.

El segundo tipo de amenaza interesa aquí como coerción. Se señala este trabajo previo por cuatro motivos. (a) La equiparación en intensidad por su efecto de romper la «inmovilización» entre la amenaza de «quedarse» con los hijos y la de actuar contra la vida de mujer. (b) Su similitud con la «terapia» de la amenaza, consistente en la remoción materna en el SAP. (c) La investigación se defendió como tesis en 2004 y se inició en el año 2001. Estos años coincidieron con la época de mayor producción de R. Gardner. Derivado de lo anterior y (c), porque el uso de arrebatar a los hijos para amenazar a las mujeres estaba ya instituido como forma natural de violencia de género antes de la irrupción relevante en este país del SAP.

Como código, a esta huida ante la amenaza referida a los hijos, se la denominó como ««el error de ellos»». Se reproduce una cita de dicha investigación que le dio este nombre:

> Yo de todas formas creo que ellos, dentro del control que intentan de todos los ámbitos de tu vida, ellos están ahí siempre, no tienes una parcela libre, (…) pero yo creo que se equivocan en alguna, en algo y ahí te das cuenta, yo creo que es un fallo de ellos, tú no eres suficientemente capaz (para verlo), a mí al menos me pasó así, para decir: «Voy a ver, reflexiono, qué me pasa», sino que en uno de sus despistes ahí te das cuenta. --A mí me pasó lo que dices tú, que me amenazó con quitarme a mi hijo, y hasta entonces lo tenía todo absolutamente distorsionado, pero no me había tocado esa parcela, y se equivocó y la tocó, y al tocarla dices: «También». Tocó algo que a mí me hizo saltar, lo otro lo puedo tolerar, ya me he hecho a la idea, pero mi hijo no. Cuando me dijo: «Me lo llevaré si te separas», pensé… «¿Qué es esto?». [Grupo de Discusión 6].

La amenaza constituyó uno de los cuatro tipos de acciones violentas hacia la mujer además de la violencia sexual intramatrimonial, los actos físicos (no sexuales) y la violencia psicológica. Aunque esta separación es artificial, por la presencia de elementos de cada tipo de violencia en las otras formas, las amenazan mostraron unas características propias y diferenciadoras. Toda amenaza se compone de un elemento psicológico y otro físico. Permite hacerse como amenaza verbal o extraverbal; en el segundo caso basta un simple signo que atraviesa el cuello del maltratador a la vez que señala a la mujer. Sitúa a ésta en una actualización constante de la violencia en un tiempo futuro no localizable. Constituye una postergación de carácter principalmente eidético sobre un acto físico. Ocurra o no, instala a la mujer en un estado de alerta suspendida en el tiempo.

Como conclusión de lo anterior. La amenaza de arrebatar a los hijos ya era una forma instituida de maltrato hacia la mujer antes del SAP. La naturaleza psicológica y física propia de la violencia de género está presente en el síndrome de alienación parental. Nada hay más violento que una parentectomía, que Gardner definió en la efectividad del SAP como «simple extirpación» (aquí de un «tumor benigno») que permite que la afectación pueda

ser «completamente curada». [RG, 2002 (21)]. De hecho, como se constató en las seis fases de transición, R. Gardner definió la «transferencia» como «*movimiento de cuerpos*».

6. CONCLUSIÓN. EL SAP CREA ASÍ LAS CONDICIONES DE MÁXIMA COERCIÓN DESCRITAS POR J. HERMAN EN LA GENERACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO (TEPT-COMPLEJO).

Se habló al principio del concepto de «madres protectoras». Este fue escuchado por primera vez a madres a quienes retiraron la custodia en la forma aquí descrita, y que efectivamente se habían comportado como tales. Este concepto se citó al inicio como ya validado en la literatura. Otro término, también escuchado por primera vez de dichas madres es el de «*arrancamiento*» (55). Esta acción es doble, pues supone tanto del arrancamiento de los hijos a madres protectoras, como la de estas madres a los primeros. Realmente los han protegido más allá de que las consecuencias fueran la remoción. Les han dado elementos fundamentales en su resiliencia durante el proceso posterior y para su recuperación, cuando la separación, aun transcurridos años cese. Constatar esto fue parte también de la experiencia de conocimiento profesional del SAP en 2006. El término «arrancamiento» sería quizá la única palabra sustitutiva de lo que «técnicamente» es una «parentectomía materna». Este último término se emplea, pero también se camufla bajo formas que lo banalizan, como hizo el propio Gardner con «transferencia». Solo *arrancamiento materno* expresa de forma similar a *parentectomía materna* la realidad de una acción de tal violencia.

El término «Trauma Complejo» se introdujo por Judith Herman en 1992 (56,57). En su forma como artículo, lo tituló: «*TEPT complejo: un síndrome en sobrevivientes de traumas prolongados y repetidos*». En una cita de este, Herman nombró como agentes de esta violencia a individuos y a colectivos de la «esfera pública» política y de la más, teóricamente, «íntima».

> «*El cautiverio, que pone a la víctima en contacto prolongado con el perpetrador, crea un tipo especial de relación, una de control coercitivo. Esto es igualmente cierto tanto si la víctima es capturada principalmente por la fuerza física (como en el caso de prisioneros y rehenes), como por una combinación de medios físicos, económicos, sociales y psicológicos (como en el caso de miembros de cultos religiosos, mujeres maltratadas y niños maltratados). El impacto psicológico de la subordinación al control coercitivo puede tener muchas características comunes, ya sea que esa subordinación se produzca dentro de la esfera pública de la política o dentro de la esfera supuestamente privada (pero igualmente política) de las relaciones sexuales y domésticas*». (Herman, 1992).

La violencia tiene como objeto anular la identidad previa de la víctima. En niños, niñas y adolescentes se les interrumpe la búsqueda psicoevolutiva de su identidad, dándoles la de Niños del SAP. R. Gardner usa «PAS

Children» en prácticamente toda su obra analizada (6, 8-9, 11-12, 14-25), en ocasiones hasta treinta veces en una publicación (15). En las madres, la identidad será como madre SAP :«*PAS Mothers who program PAS*»(8). Pero, la identidad, siempre descalificadora hacia la madre será, a través de la atribución masiva de adjetivos del orden de denigradora, manipuladora, programadora y todos sus sinónimos. Ninguno de ellos dedicado a la figura del padre, como se refirió en el anterior capítulo. (Salvo la recriminación a algunos de ellos como «pasivos» (20) en sus acciones).

Pero todo está al servicio de que, el síndrome de alienación parental es básicamente un relato que se ofrece como narrativa alternativa a la de toda revelación de abusos o malostratos hacia la infancia y la adolescencia. Y es un relato que se impone bajo coerción desde algunas instituciones.

Como final, se insiste en que el síndrome de alienación parental no es neutral al género. Su diseño se dirige a designar a las madres protectoras como causantes de un constructo sin validez. Pero el sentido de esta conclusión es señalar que, *independientemente de la neutralidad de su uso*, y aunque lo hubiera, constituye una serie de medidas coercitivas protocolizadas de naturaleza tan violenta, que no debieran aplicarse sobre ninguna persona. La idea de «neutralidad de género» del SAP distrae tanto de su real aplicación como de la violencia que esta supone.

Referencias

1. Gardner RA. Recent trends in divorce and custody litigation. The Academy Forum. [Internet] 1985;29(2)3-7. New York: The American Academy of Psychoanalysis. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://fact.on.ca/Info/pas/gardnr85.pdf

2. Gardner RA. Judges interviewing children in custody/visitation litigation. New Jersey Family Lawyer. [Internet] 1987;7(2):26ff. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr87.htm

3. Gardner RA. Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families: when psychiatry and the law join forces, Court Review. [Internet] 1991;28(l):14-21. [consultado el 8 de noviembre de 2024].
Disponible en: https://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr01.htm

4. Gardner RA. The Detrimental Effects on Women of the Misguided Gender Egalitarianism of Child-Custody Dispute Resolution Guidelines, The Academy Forum. [Internet] 1994;38 (1/2): 10-13. New York: The American Academy of Psychoanalysis. [consultado el 8 de noviembre de 2024] Disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/pas/gardnr94.htm

5. Gardner RA. Child sex abuse and hysteria 1890s (Austria)/1990s (U.S.). En: Gardner RA, editor. Psychotherapy with Sex-Abuse Victims True False and Hysterical [Internet]. Cresskill, NJ, Estados Unidos de América: Creative Therapeutics; 1996. [consultado el 14 de diciembre de 2024]
Disponible en: https://web.archive.org/web/20021026163235/
http://www.rgardner.com/refs/exc/bk40-7.html (08/12/2002)

6. Gardner RA. Recommendations for Dealing with Parents who Induce a Parental Alienation Syndrome in their Children. J Divorce Remarriage [Internet]. 1998;28(3–4):1–23. [consultado el 8 de noviembre de 2024];
Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/ar3.html

7. Gardner RA. The Burgess Decision and the Wallerstein Brief. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. [Internet] 1998;26(3):425-431. [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020811193710/
http://www.rgardner.com/refs/ar9.html (08/12/2002)

8. Gardner RA Differentiating Between the Parental Alienation Syndrome and Bona Fide Abuse/Neglect. Am J Fam Ther [Internet]. 1999;27(2):97-107. [consultado el 3 de noviembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/ar1.html (08/12/2002)

9. Gardner RA. Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome. Am J Fam Ther. [Internet].1999;32(2):79–27(3):195-212. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/ar2.html (08/12/2002)

10. Gardner RA. Guidelines for Assessing Parental Preference in Child-Custody Disputes, Journal of Divorce & Remarriage.[Internet] 1999;30(1/2):1-9. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20051026084054/
http://www.rgardner.com/refs/ar4.html (26-oct-2005)

11. Gardner R. Basic Facts About The Parental Alienation Syndrome [Internet] 2001[consultado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/pas_intro.html (08/12/2002)

12. Gardner RA. Comments on Carol S. Bruch's Article «Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation: Getting it wrong in child custody cases». [Internet] Family Law Quarterly 2001;35(3):527-552 [consultado el 8 de noviembre de 2024].
Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/ar17.html (08/12/2002)

13. Gardner RA. Parental Alienation Syndrome Diagnosis and Treatment Tables 1-3 v.2.4 7/1/02 [internet]. 2001[consultado el 8 de noviembre de 2024].
Disponible en: https://web.archive.org/web/20031212194403/
http://www.rgardner.com/refs/pastable41.pdf (08-dic-2002). Versión rev.4.2 (1/13/03)
Disponible en: https://web.archive.org/web/20040720210905/
http://www.rgardner.com/refs/pastable.pdf (20-jul-24)

14. Gardner RA. Parental alienation syndrome (PAS): Sixteen years later [Internet].2001 [consultado el 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: Wayback Machine:
https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/pas16yrlater.html (08/12/2002)

15. Gardner RA. Should courts order PAS children to visit/reside with the alienated parent? A follow-up study. [Internet]. 2001 [consultado el 8 de noviembre de 2024].
Disponible en https://web.archive.org/web/20020806220724/
http://www.rgardner.com/refs/ar11w.html (08/12/2002)

16. Gardner RA. Denial of the parental alienation syndrome also harms women. Am J Fam Ther [Internet]. 2002;30(3):191–202. [consultado el 3 de noviembre de 2024]
Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/
http://www.rgardner.com/refs/ar13.html (08/12/2002)

17. Gardner RA. Does DSM-IV have equivalents for the parental alienation syndrome (PAS) diagnosis? Am J Fam Ther [Internet] 2002;31(1):1–21. [consultado el 3 de noviembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/ http://www.rgardner.com/refs/ar12.html (08/12/2002)

18. Gardner RA. Parental alienation syndrome vs. Parental alienation: Which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? Am J Fam Ther [Internet] 2002;30(2):93–115.[consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/ http://www.rgardner.com/refs/ar10.html (08/12/2002)

19. Gardner RA. Commentary on Kelly and Johnston's «the alienated child: A reformulation of parental alienation syndrome». Speak Out for Children (a publication of the Children's Rights Council) [Internet]. 2002;17(2):6-10. [consultado el 8 de diciembre de 2024] Disponible en: https://web.archive.org/web/20020607181454/ http://www.rgardner.com/refs/ar15.html (08/12/2002)

20. Gardner RA. The empowerment of children in the development of PAS. Am J of Forensic Psychology [Internet] 2002;20,2;5-29. [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020806221056/ http://www.rgardner.com/refs/ar14.html (08/12/2002)

21. Gardner R. The Parental Alienation Syndrome: Past, Present, and Future. International Conference on the Parental Alienation Syndrome (PAS). Frankfurt/Main, Germany. [Internet]. 2002 [consultado el 26 de octubre de 2024]. Disponible en: https://richardagardner.com/ar22.

22. Gardner RA. The role of the judiciary in the entrenchment of the Parental Alienation Syndrome (PAS). [Internet]. 2002 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20020802152055/ http://www.rgardner.com/refs/ar11w.html (08/12/2002)

23. Gardner RA. The three levels of Parental Alienation Syndrome alienators: Differential diagnosis and management. [Internet]. 2002 [consultado el 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://richardagardner.com/ar21

24. Gardner RA. The judiciary's role in the etiology, symptom development, and treatment of the parental alienation syndrome (PAS). [Internet]. 2003 [consultado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://richardagardner.com/ar11w

25. Gardner RA. The relationship between the parental alienation syndrome (PAS) and the false memory syndrome (FMS). Am J Fam Ther [Internet]. 2004;32(2):79–99. [consultado el 16 de noviembre de 2024] Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/01926180490424181

26. Pressbooks.pub. [citado el 26 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://ecampusontario.pressbooks.pub/cs050academicwritingandgrammar/chapter/direct-quoting/

27. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet] Documento de la AEN: La construcción teórica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de su aplicación. 2008. Escudero, A.; Aguilar, L. https://aen.es/download/documentos_informes/generales/otros/analisis_sap_(pas).pdf [Nota: la página de publicaciones de la web de la AEN está en reconstrucción. Acceso por: Wordpress.com. [consultado el 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://heterodoxia.files.wordpress.com/2009/08/sap-y-falacias.pdf

28. Escudero A, Aguilar L, Cruz J de la. La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): «terapia de la amenaza». Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Revista electrónica]. 2008;28(2):285–307. [consultado el 10 de noviembre de 2024] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200004

29. Lavietes S. Richard Gardner, 72, dies; Cast doubt on abuse claims. The New York times [Internet]. 9 de junio de 2003 [consultado el 24 de enero de 2025];
Disponible en: https://www.nytimes.com/2003/06/09/nyregion/richard-gardner-72-dies-cast-doubt-on-abuse-claims.html

30. Children's advocacy centers [Internet]. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. [consultado el 21 de noviembre de 2024].
Disponible en: https://ojjdp.ojp.gov/programs/childrens-advocacy-centers

31. Scott S. Intra-familial child sexual abuse [Internet]. CSA Centre. 2023 [consultado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.csacentre.org.uk/research-resources/key-messages/intra-familial-csa/

32. Org.uk. [Internet] [consultado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.vkpp.org.uk/assets/Files/Publications/National-Analysis-of-police-recorded-CSAE-Crimes-Report-2022-external.pdf

33. Coombes MML. Protective mothers: Women's understandings of protecting children in the context of legal interventions into intimate partner violence [Internet]. Org.au. [consultado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://groups.psychology.org.au/Assets/Files/Morgan-ACP-28-1-2016.pdf

34. Meier JS. U.S. child custody outcomes in cases involving parental alienation and abuse allegations: what do the data show? Journal of social welfare and family law [Revista electrónica] 2020;42(1): 92–105. [consultado el 5 de noviembre de 2024]
Disponible en: https://doi.org/10.1080/09649069.2020.1701941.

35. Silberg J, Dallam S. (2019). Abusers gaining custody in family courts: A case series of over turned decisions. Journal of Child Custody. [Revista electrónica] 2019;16(2), 140–169. [consultado el 5 de noviembre de 2024] https://doi.org/10.1080/15379418.2019.1613204

36. Dreyfus H. Parental alienation: A disputed theory with big implications [Internet]. #creator. 2023 [consultado el 12 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.propublica.org/article/parental-alienation-and-its-use-in-family-court

37. Amatiello N. El mito de la madre maliciosa. TraHs [Internet]. 2024;
Disponible en: http://dx.doi.org/10.25965/trahs.6192

38. Balducci PM, Gobbicchi C, Moretti P, Tortorella A. Delusional sharing: a history focus-on and case report of folie à deux. Riv Psichiatr [revista electrónica] 2017;52(4):168-171. [consultado el 27 de noviembre de 2024] Disponible en: doi 10.1708/2737.27910

39. Valls Blanco JM. Los sentimientos en el modelo relacional de Castilla del Pino. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista electrónica] 2023 Dic; 43(144): 211-224. [consultado el 01 de enero de 2025] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000200012&lng=es. Epub 15-Ene-2024.
https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000200012.

40. Murtoff J. «Circular argument». Encyclopedia Britannica. [Internet] 8 de noviembre de 2023, [consultado el 11 de noviembre de 2024].
Disponible en: https://www.britannica.com/topic/circular-argument.

41. Gardner RA. The embedment-in-the-brain-circuitry phenomenon (EBCP). En: Gardner RA, editor. Psychotherapy with Sex-Abuse Victims True False and Hysterical [Internet]. Cresskill, NJ, Estados Unidos de América: Creative Therapeutics; 1996.
Disponible en: https://web.archive.org/web/20060819203344/
http://www.rgardner.com/refs/exc/bk40-2.html

42. Marzola P, Melzer T, Pavesi E, Gil-Mohapel J, Brocardo PS. Exploring the role of neuroplasticity in development, aging, and neurodegeneration. Brain Sci [revista electrónica]. 2023;13(12):1610. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/brainsci13121610

43. Mateos-Aparicio P, Rodríguez-Moreno A. The impact of studying brain plasticity. Front Cell Neurosci [revista electrónica]. 2019;13:66.
Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fncel.2019.00066

44. Justicia en Euskadi. ¿En qué consisten los Protocolos de Actuación? 2020 [consultado el 6 de enero de 2025]; Disponible en: https://www.justizia.eus/faqs/en-que-consisten-los-protocolos-de-actuacion/webjus00-contentgen/es/

45. Definition of parentectomy [Internet]. RxList. 2021 [consultado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.rxlist.com/parentectomy/definition.htm

46. Durbin B, Mandas K. The causes of autism: a historical perspective. Evolution of the Treatments of Autism [revista electrónica].
Disponible en: https://bdkmsw.umwblogs.org/what-is-autism/aba-therapy/

47. Reale E. Parentectomia: la madre asportata come un tumore [Internet]. FeministPost. 2 February 2021 [consultado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: https://feministpost.it/en/primo-piano/parentectomia-la-madre-asportata-come-un-tumore/

48. Polak S, Altobelli T, Popielarczyk L. Responding to severe parent–child rejection cases without a parentectomy: A Blended Sequential Intervention model and the role of the courts. Fam Court Rev [revista electrónica]. 2020;58(2):507–24.
Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/fcre.12496

49. Johnston JR, Sullivan MJ. Parental alienation: In search of common ground for a more differentiated theory. Fam Court Rev [revista electrónica]. 2020;58(2):270–92.
Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/fcre.12472

50. Leask P. Losing trust in the world: Humiliation and its consequences. Psychodyn Pract. [revista electrónica] 2013 May;19(2):129-142. [consultado el 01 de diciembre de 2024]
Disponible en: doi: 10.1080/14753634.2013.778485.

51. Peterson Ch, Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness: a theory for the age of personal control. Nueva York: Oxford University Press; 1993.

52. Walker LE., The battered women. New York, Harper and Row; 1979.

53. Escudero Nafs A. Factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer: un análisis cualitativo [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004. Recuperado a partir de: https://repositorio.uam.es/handle/10486/156?show=full

54. Escudero Nafs A, Polo Usaola C, López Gironés M, Aguilar Redo MD. La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 95 (25), 2005: p. 85-117.

55. VV. AA. En la tela de araña. Las violencias contra la infancia y la lucha de las madres protectoras. Madrid: La Laboratoria; 2024.

56. Herman J. Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa Calpe; 2004.

57. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress [Revista electrónica]. 1992;5(3):377–91.[consultado el 2 de octubre de 2024]
Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490050305

DEL ESTRÉS AL TRAUMA Y OTROS IMPACTOS DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

FROM STRESS TO TRAUMA AND OTHER IMPACTS OF INSTITUTIONAL VIOLENCE

Iñaki Markez
Médico especialista en Psiquiatría. Doctor por la Universidad del País Vasco-EHU. Especialista Universitario en Psiquiatría Legal y Forense. Bilbao;
imarkezalonso@gmail.com

Resumen: Tenemos notorio desconocimiento del coste humano por comportamientos violentos en la población infantil y adolescente. Es un complejo fenómeno cuyo origen, relaciones y recorridos causales van más allá del ámbito biomédico, afectando a lo social, conductual y antropológico, entre otros. Es conveniente lograr metodologías multidisciplinarias y considerar el entorno donde se produce, así como la relación entre este y las víctimas para comprender mejor las alteraciones de la salud. La violencia institucional hacia la infancia y adolescencia, no solo vulnera sus derechos humanos, también daña a las instituciones mismas. Habrá importante impacto social y en la salud por esa violencia en las víctimas, con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o Trauma Complejo y alteraciones emocionales con riesgos de retraumatización. Frente a esto, precisamos una atención, psicosocial y sociosanitaria, que considere y esté atenta al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento, que ayudarán a comprender el sufrimiento humano. Erradicar la violencia es imposible por el simple hecho de que, para combatirla, también se emplea violencia, con lo que esta se realimenta. Pero sí es posible tratar de fortalecer la resiliencia ante el trauma institucional. Fortalecer la identidad, la autoestima institucional sólida, el liderazgo y los vínculos positivos.

Palabras clave: violencia institucional, trauma complejo, retraumatización, metodología multidisciplinar, atención psicosocial y sociosanitaria.

Abstract: We are notoriously unaware of the human cost of violent behaviour in children and adolescents. It is a complex phenomenon whose origin, relationships and causal paths go beyond the biomedical field, affecting the social, behavioral and anthropological, among others. It is advisable to achieve multidisciplinary methodologies and consider the environment where it occurs, as well as the relationship between it and the victims in order to better understand health disorders. Institutional violence against children and adolescents not only violates their human rights, it also damages the institutions themselves. There will be a significant social and health impact of this violence on the victims, with Complex Post-Traumatic Stress Disorder or Complex Trauma and emotional alterations with risks of retraumatization. In the

face of this, we need psychosocial and socio-health care that considers and is attentive to the knowledge accumulated by the health sciences, history, sociology, anthropology and other branches of knowledge, which will help to understand human suffering. Eradicating violence is impossible for the simple fact that, to combat it, violence is also used, with which it feeds back. But it is possible to try to strengthen resilience in the face of institutional trauma. Strengthening identity, strong institutional self-esteem, leadership, and positive bonds.

Key words: Institutional violence, complex trauma, retraumatization, multidisciplinary methodology, psychosocial and socio-health care.

Primum vivere, deinde philosophari

Antes de filosofar sobre la vida hay que asegurar la vida misma

Se nos ofrecen muchas cifras, pero muy poco del impacto social real y sobre la salud de la violencia, de las agresiones, y menos aún, de las repercusiones a largo plazo en la salud mental de las personas (1). Mayor desconocimiento hay aún, cuando tratamos de conocerlo de los menores, de la población infantil y adolescente. Tímidamente, se ha comenzado a contabilizar el coste humano sobre estos sectores por determinados comportamientos violentos, aunque, no obstante, el análisis de la violencia desde otra perspectiva diferente al discurso político, sociológico, jurídico o educativo continúa siendo difícil. Estamos ante un complejo fenómeno, como es el de los comportamientos violentos que afectan a poblaciones jóvenes, cuyo origen, relaciones y recorridos causales van más allá del ámbito tradicional biomédico, afectando el social, conductual y antropológico, entre otros. Ello sugiere la conveniencia de adoptar aproximaciones y metodologías multidisciplinarias (2), hasta el punto de llamar la atención sobre la importancia de considerar el entorno donde se produce, así como la relación entre este y las víctimas; formas para poder comprender las alteraciones de la salud de manera más completa.

UNIVERSALIDAD DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La primera vez que el término *violencia institucional* aparece en un documento oficial es en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas, aprobada en 1993. Esta aludía a violencia física, sexual o sociológica que puede estar «perpetrada o tolerada por el Estado». Hay situaciones que son directa o indirectamente violencia institucional. Antes, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), el

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) o el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación sobre la Mujer (CEDAW, 1981). Después, la Convención sobre los derechos del niño de Naciones Unidas (1989), la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989), el Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños (Estrasburgo, 1996), los Protocolos facultativos (2000), el Convenio sobre las relaciones personales del menor (Estrasburgo, 2003) y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas (2006). En 2011, llegó el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, o Convenio de Estambul. Un largo camino para afianzar los derechos fundamentales, la igualdad y la no discriminación. Mucha documentación institucional existente que seguirá desarrollándose.

La violencia institucional, o mejor, la violencia machista institucional, puede producirse por la acción u omisión de los poderes públicos con impacto de vulneración de los derechos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes. Puede integrar formas de victimización primaria, secundaria o como revictimización. Esta se manifiesta como un maltrato adicional ejercido contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situaciones de violencia machista; consecuencia esto, muchas veces, de los déficits de las intervenciones llevadas a cabo por los organismos responsables y, las actuaciones negligentes de otros agentes implicados (3).

VIOLENCIA INSTITUCIONAL PÚBLICA. HACIA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Debiéramos hablar en estas ocasiones de violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes como formas específicas de violencias machistas que pueden acontecer en diversos ámbitos. Los estudios y las estimaciones son muy alarmantes, y orientan sobre la grave vulneración a los derechos humanos de la infancia.

- El Consejo de Europa calculaba que la violencia sexual afecta a 1 de cada 5 niñas y niños antes de cumplir los 18 años (4). Un estudio más reciente en España (5), supera dicha estimación y la eleva a 2 de cada 5 niñas y niños.
- Si un tercio de las víctimas nunca lo revelarán a alguien -según el Consejo de Europa y el estudio de Ferragut-, y ante las estimaciones de violencia sexual de género de la Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019 que cifran en el 90 % las silenciadas, todo indica que el número de abusos sexuales a niñas, niños y adolescentes sería aún mayor.

Así mismo, como reflejan Ávila et al. (3), otro elemento de preocupación y limitación son las fuentes jurídicas. Los registros judiciales disponibles no incluyen el total de procedimientos iniciados en tribunales, pues excluyen los archivados con anterioridad al juicio y no discriminan por grupos de edad, ni desglosan la violencia sexual en el ámbito familiar. En este sentido:

- Save the Children España calcula en un 72 % los sobreseimientos (6), lo que equivale a 3 de cada 4 casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes denunciados. Dato tan elevado dificulta conocer las razones que motivan estos archivos.
- Esto, sin contar con el hecho de que llegan a los tribunales solo entre el 10 % y el 15 % de las situaciones de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, según la Fundación ANAR (7) y Save The Children (6), respectivamente.

Carencias desde parte de las instituciones jurídicas, que no ofrecen datos, dificultan conocer el número total de denuncias interpuestas por violencia sexual contra menores de 16 años; así como quiénes son los acusados, quiénes las interponen, o el número de archivos, condenas, sobreseimientos y absoluciones. Más aún, cuando las razones de los sobreseimientos permanecen inaccesibles.

En un análisis de 200 sentencias judiciales por violencia sexual donde se analizaron 233 casos (de 200 sentencias judiciales) de agresiones y abusos sexuales de las audiencias provinciales de Cataluña (8), País Vasco, Aragón, Asturias y La Rioja, se ofrecen datos que observan algunas carencias:

- El 59,23 % (138 casos) de las víctimas eran menores de edad.
- En el 78,99 % (109 casos) de los casos con víctimas menores de edad la víctima era una niña, y en el resto de los casos, un niño.
- En los casos de víctima menor de edad las cifras de las resoluciones comprenden que, el 33,33 % son absoluciones, el 37,68 % son condenatorias, 26,09 % de conformidad y el 2,9 % condenatorias por tentativa.
- En el 75,36 % de los casos (104 casos) los agresores fueron los abuelos, amigos, pareja, expareja, padre, pareja de la madre, primo, profesional de la enseñanza, tío, conocido (sin especificar).
- Por su parte, Themis advierte que el 62 % de las agresiones sexuales a menores se produce antes de los 12 años (9); encontrándose entre los 5 a 12 años el mayor porcentaje de víctimas (59,38 %). La cifra de violencia sexual en el ámbito familiar es el 47 %.

Sin olvidar que, la aplicación del falso SAP en los procedimientos judiciales por violencia machista contra niñas, niños y adolescentes y violencia sexual en el medio familiar se trata de un acto de violencia institucional, pues

se vulneran derechos humanos recogidos en instrumentos jurídicos internacionales. Es obligado aclarar que, una consecuencia de la violencia institucional es el daño que también sufren las instituciones mismas. Como muestra de complejidad, Rémi Casanova habla de tres tipos de violencia institucional (10): 1) la violencia de misión de la institución, 2) la violencia organizacional de la institución, y 3) la violencia en la institución y que es mal abordada o no tratada por la propia Institución.

Las madres relatan una pérdida de confianza en las instituciones. De ahí que haya madres que opten por abandonar la vía judicial y cesar en sus denuncias ante el temor a que sus palabras puedan tergiversarse. Pero a la vez, sienten la desprotección hacia sus hijas e hijos, y como consecuencia, el deterioro de la relación maternofilial. Con ello se sigue vulnerando el derecho a la salud de madres, niños, niñas y adolescentes. Lo señalado apunta a significativas dimensiones no divulgadas de la violencia sexual en el ámbito familiar, contra niñas, niños y adolescentes que, permanecen fuera de la mirada social. Esto los convierte en hechos con alta probabilidad de infravalorarse, porque no se revelan, no se denuncian; o porque, mencionado antes, en caso de iniciar la vía judicial, muchos casos son archivados y no contabilizados. Existe un gran desconocimiento de la magnitud real del maltrato infantil, y en particular, de la violencia sexual en el ámbito familiar.

Impacto social y en la salud de la violencia

Oímos con frecuencia la asociación de comportamientos violentos y de la violencia como la imposición de elementos verbales, físicos, aversivos o gestuales de personas o de instituciones contra otras. La Organización Mundial de la Salud sumaba otros elementos, como la amenaza o el uso de poder; las relaciones de poder pueden causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (11). Se trata de una violencia que implica restricciones en la libertad, vinculándose de ese modo con las cuestiones éticas, ignoradas con excesiva frecuencia. Sólo, recientemente, se está comenzando a percibir que la violencia, a pesar de que responde a determinantes que exceden el ámbito estrictamente sanitario, es también un problema de salud pública, responsable de muerte y de carga de enfermedad evitables. La interpretación de la violencia como problema de salud pública está, sin duda, sujeta a matices (12). Es difícil determinar cuál será el valor añadido que las acciones de salud pública. puedan tener en la búsqueda de soluciones.

Conocemos que la salud o los trastornos mentales son parte y consecuencia a medio y largo plazo de las relaciones sociales (13); pero nos preguntamos por aquellas más habituales, interpersonales e intergrupales, que se puedan ver afectadas ante cualquier acontecimiento extraordinario como las catástrofes naturales, los accidentes en el acontecer humano, las crisis socioeconómicas o, las guerras. Estas últimas, sin duda, son las más severas al tener

las consecuencias propias y las que acompañan a los demás acontecimientos, además del componente irracional y deshumanizante.

DESARROLLO CONCEPTUAL DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO, TEPT-C (OMS, 2022) O TRAUMA COMPLEJO DESDE LA «NEUROSIS DE GUERRA»

Se trata de una aproximación al recorrido del concepto de trauma, sin pretender ser una reseña historiográfica sobre las clasificaciones. Se tratan de conceptos en curso, cambiantes en las últimas décadas, adecuándose a los avances científicos, o distorsionándose ante presiones institucionales o de otra índole. (Es el caso de la industria farmacéutica que invierte cantidades económicos en algunos médicos influyentes y en sociedades científicas en forma de «transferencias de valor» (14).

Trastornos de las víctimas

Las víctimas de la violencia presentan, con frecuencia, síntomas variados y de distinta intensidad. El Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, ya incluía en su 3.ª edición (DSM-III) (15), el factor etiológico (el estrés) entre sus criterios de inclusión; aunque excluyéndolo cuando el factor estresante no figuraba como un trauma aceptado. El trastorno adaptativo, era definido como reacción clínicamente significativa a un estresor psicosocial con un nivel de psicopatología inferior a los umbrales de criterio requeridos. La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud clasificaba estos trastornos de modo similar (16).

Después de 1980, los esfuerzos de grupos de excombatientes de la guerra de Vietnam (o veteranos) legitimaron el concepto de estrés postraumático, siendo ya reconocido por la APA en el DMS III y cambios significativos, desde 1983. Desde entonces, los trabajos sobre los sobrevivientes de la persecución nazi o durante acontecimientos bélicos más recientes constataron la tolerancia al trauma psíquico, pero mostrando una alta prevalencia de trastornos psicosomáticos (y de alexitimia). Sin embargo, tras la guerra de Vietnam y, posteriormente, en invasiones y guerras en Oriente Medio y en las de los Balcanes, se detectaron en cientos de miles de combatientes, cuadros de ansiedad, depresión, sueños repetitivos, escenas de evocación de situaciones de pánico vividas y pérdidas de energía, que se vinieron a llamarse estrés postraumático. La Organización Mundial de la Salud (OMS), no lo incluyó hasta la novena versión en 1977, en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en la categoría «reacción aguda ante gran tensión». En la CIE-10 (1992), propuso una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma, en los cuales se incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de

adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica (F62.0).

Pronto quedó evidenciado que, el síndrome psicológico observado en víctimas de violación, de violencia doméstica e incesto, era esencialmente el mismo que el observado en los sobrevivientes de las guerras. En el DSM-IV, en 1992, se agrupa un conjunto de síntomas y de problemas funcionales, unidos a criterios diagnósticos invariables, pero la «neurosis traumática» permaneció con el término *trastorno por estrés postraumático*, anulando la diferencia de naturaleza introducida desde el psicoanálisis entre traumatismo y estrés. El discurso biologicista hegemónico en aquellos años, llamados «la década del cerebro», se alió con el fármaco como el recurso para las perturbaciones codificadas. En mayo del 2013, la APA presentó su última versión, el DSM-5. Esta introdujo modificaciones en la clasificación de los trastornos relacionados con los traumas. Adecuándola a la siguiente versión de la CIE, la Clasificación de la OMS, se generaron vínculos entre los responsables de ambas. Pero en lo relativo al trastorno de estrés postraumático, la armonización no estuvo presente, con unos criterios diagnósticos confusos. Esta versión generó gran polémica, pues la Asociación Británica de Psicología, la Asociación Americana de Psicología y otras muchas asociaciones de psicoterapeutas, generaron un movimiento mundial crítico contra la publicación del DSM-5. Aquellas se mostraron contrarias a la aplicación de un modelo exclusivamente biomédico para la comprensión de los trastornos mentales, sin considerar los factores psicológicos y sociales. Incluso el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (National Institute of Mental Health, NIMH) dijo que la agencia federal dejaría de financiar investigaciones basadas en categorías del DSM. Por todo ello es preciso un replanteamiento de la burbuja farmacéutica en la medicina, con particular desmesura de ciertas corrientes en la psiquiatría (17). Esto significa reorientar la perspectiva unidimensional, de reduccionismo biologicista que tanta omnipotencia, iatrogenia y derroche ha ocasionado y lo sigue haciendo.

Los criterios diagnósticos del TEPT incluyen la existencia de historia de exposición a un hecho traumático que cumpla con los síntomas específicos de los cuatro grupos de síntomas: intrusión, evitación, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo y alteraciones en la excitación y reactividad. Aparece una nueva categoría llamada el trauma y los trastornos del factor de estrés relacionados que se haya en el listado del trastorno por estrés postraumático. En el DSM-5 hay nuevos descriptores que incluyen alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el evento traumático. El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático tiene cambios notables. Una diferencia es que, según el DSM-5, una persona ya no necesita experimentar reacciones emocionales («miedo intenso, desamparo u horror») como describe el DSM-IV en el trauma. Acontecimientos violentos como el atentado del 11 de septiembre de 2001 o las terribles consecuencias sobre las personas durante las guerras influyeron e influyen en este diagnóstico.

El DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana (18) y la CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud (19) han volcado la atención clínica en la definición y reconocimiento del trauma y sus consecuencias en salud mental. En el DSM-5, se entienden desencadenados por acontecimientos traumáticos externos, por exposición o amenaza de lesiones graves, violencia sexual o de muerte vividos de forma directa o indirecta o presenciando algún evento. Se optó porque los aspectos del trauma interpersonal se mantuviesen incluidos. En contraste al TEPT y otros diagnósticos relacionados en el DSM-5 (20), ya los borradores de la CIE-11 incluyeron el trastorno de estrés postraumático complejo (CPTSD) (21). El diagnóstico de TEPTC, constituye ahora en la CIE-11 un trastorno diferenciado del TEPT, hasta el punto de ser excluyentes entre sí. Esto es un reconocimiento a las particularidades del trauma generado por la acción, no ya de un desastre inesperado, sino del proveniente de otras personas: Esto provoca una especial afectación sobre las personas, de su regulación afectiva, el autoconcepto, las relaciones y los vínculos afectivos subsiguientes al trauma.

Los enfoques con, conciencia sobre el trauma en salud mental, ubican a las personas afectadas en sus contextos sociales y políticos. Es desde ahí, desde donde se puede comprender cómo los traumas complejos afectan a los estados de las personas, tanto en su pasado (donde pueden quedar viviendo), como del momento presente. No obstante, la preocupación se mantiene entre supervivientes. Las conceptualizaciones terminológicas generan dudas cuando se rigidifican, y surge la inquietud de que, el concepto del trauma, pueda perder su significado original. Por ello, es fundamental reconocer la gravedad de las vivencias y los efectos del trauma, pero al tiempo, considerar que las personas son capaces, aún con todo, de dar continuidad a sus narrativas.

EL TRAUMA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATRAPADOS CON LA VIOLENCIA Y EL EFECTO DE RETRAUMATIZACIÓN

Abordaremos en este apartado el abuso o maltrato íntimo, doméstico o familiar, en largos periodos de tiempo, con los menores atrapados y condicionados por muchas circunstancias estresantes. Al ser una víctima en desarrollo, con los elementos psicológicos y físicos en proceso de cambio, por tanto inmaduro, éste queda seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de algunos miembros de la familia, o de otros cuidadores. Es la situación cuando una madre niega o no impide la relación incestuosa del padre con una hija. Este fenómeno, del/la menor inmerso/a en una situación en la cual el trauma ocurre repetidamente, es una de las principales causas de «trauma complejo» (22); como indica su nombre, por ser un trauma interpersonal con consecuencias psicológicas más complicadas (23). En estos casos, el trauma psicológico grave, se desarrolla en condiciones vitales que desbordan

las posibilidades de entender cognitiva y emocionalmente la experiencia, alterando la percepción de sí mismo, y de su mundo afectivo.

En nuestro país, algunos estudios aportan datos en este sentido, y señalan que el desarrollo del TEPT como consecuencia de cualquier abuso lo experimenta el 25 % de todas las víctimas, pero este porcentaje asciende hasta el 50-60 % en el caso de mujeres y niñas agredidas sexualmente y al 51-55 % en el caso de víctimas de maltrato doméstico (24). Así mismo, cuando las condiciones estresantes son tan intensas y causadas por un ser humano, el cuadro clínico resultante es más grave y duradero, ya que aumenta la percepción de incontrolabilidad (25).

Los recuerdos traumáticos que necesitan ser asociados, no guardan relación con el recuento verbal del pasado, sino que están relacionados con los elementos sensoriales o emocionales fragmentarios de la experiencia traumática desencadenados en las personas con TEPT (26). Cuando estos se activan, la red neural completa en la cual está almacenado el recuerdo, resulta estimulada, precipitando, así, la repetición de la vivencia de un antiguo y terrorífico suceso (27). De este modo, en el trastorno nuclear del TEPT, determinadas sensaciones o emociones relacionadas con experiencias traumáticas siguen repitiéndose y no se diluyen con el tiempo. Una situación es traumática cuando un suceso o conjunto de sucesos, definen la manera en que las personas organizan sus percepciones. Con frecuencia encontramos que estas personas tienen dificultad para comunicar verbalmente la esencia de lo que les ha sucedido. Las improntas de su trauma, por el contrario, consisten en sensaciones y percepciones que pueden no tener equivalentes verbales. Los pacientes, al enfrentarse con sensaciones que reinstalan un estado traumático, tienen sentimientos, conductas desadaptativas y sensaciones corporales molestas y extrañas, sin que sepan de dónde proceden. Las palabras proporcionan un contexto, una capacidad, para dar una explicación a estas sensaciones y emociones, pero es poco probable que logren neutralizar las asociaciones emocionales de estas sensaciones hasta hacerlas desaparecer. Se complica cuando en muchas de las personas traumatizadas se instala la alexitimia (28), un proceso que consiste en la falta de capacidad para interpretar el significado de sus sensaciones corporales, lo que las desconecta de aquello que están sintiendo.

La retraumatización puede relacionarse con experiencias de trauma histórico o cultural de las personas, como, por ejemplo, patologizar la respuesta de una persona al racismo (29). Hay otras formas menos obvias de traumatización que incluyen las relaciones de poder que reproducen el dominio y la impotencia al ignorar experiencias, puntos de vista y preferencias de la persona. Es importante evitar en lo posible la re-traumatización, aunque sea difícil sortear ese riesgo. Muchas personas con TEPT, al recordar el trauma, se sienten tan perturbadas emocionalmente que ya el mero hecho de su recuerdo actúa en ellas como si estuvieran volviendo las vivencias traumáticas. Ello tiene como resultado que muchas eviten hablar de su sufrimiento. Se debe tener cuidado en tratar a estas personas donde el

impacto sufrido en su historia ha generado un quebrantamiento del sí mismo, especialmente en contextos de gran vulnerabilidad. Los terapeutas que trabajamos con traumas sabemos de la fragilidad que existe en la relación terapéutica. Las frecuentes pérdidas de confianza, las interrupciones bruscas del tratamiento, la gran cantidad de diferentes terapeutas que se han requerido para obtener alivio a lo largo del tiempo, o los intensos dilemas de transferencia en los que se mezclan amor y odio en toda su intensidad, todo ello, nos lleva a tener que generar una alianza terapéutica muy sólida para que el paciente nos permita entrar al umbral de dolor que padece y ayudarle a salir de ahí. Se trata de poder acceder a la gran herida, pero sin re-traumatizar. Muchas de estas personas logran elaborar una narración del trauma que satisface la necesidad de comunicar la esencia de lo que han sufrido, pero dejan excluidos algunos de los elementos críticos de la experiencia. El trauma queda grabado no solo en la conciencia, sino que también está incrustado en las experiencias sensoriales de las personas.

No se puede dejar de lado que, las secuelas de la violencia y, en concreto, de una guerra, se reflejan no sólo en los cuerpos afectados, sino también en el ámbito de la política y la moral. Las humillaciones en forma de odio contra el enemigo, contra el vencido, el agredido, facilitarán la transmisión intergeneracional de poso mantenido tras las guerras, hasta el punto de ser una justificación encubierta de nuevos conflictos bélicos. Esto ocurre en ambas partes, agresoras y agredidas, vencedoras y vencidas, con heridas que no cicatrizan atrapadas en un olvido imposible.

Estrés postraumático

Siguiendo este repaso, en estas clasificaciones se señalaba que algunos cuadros clínicos, como la depresión o la psicosis reactiva breve, específicos de la situación de estrés, podían activarse de forma persistente a causa de este; esto no justificaría, sin embargo, considerarlos como solo síndromes de estrés. Finalmente, existían reacciones psicopatológicas muy frecuentes en la población general relacionadas con situaciones estresantes, que se consideraban sin entidad suficiente como para ser aceptadas como síndromes (30). Pero esto influye en los hijos e hijas, provocando impactos importantes en el desarrollo infantil. Aquí, situaciones adversas y cotidianas, pueden determinar síntomas y alteraciones psicológicas, y arriesgar el desarrollo de la personalidad. Se observó que en menores que viven en condiciones amenazantes, si no hay calma y control de los adultos que les atienden, les afecta más que si los adultos reaccionan con equilibrio (31).

La violencia colectiva y su diferencia con el TEPT

El estudio de los efectos de la violencia, desde la perspectiva de la salud y la salud mental obliga, metodológica y teóricamente, a la inclusión de las ciencias sociales y las ciencias biomédicas como referentes para el análisis. Además, hemos de evitar los reduccionismos biologicistas o sociologizantes; que niegan las relaciones causales o diluyen la experiencia traumática de la persona afectada. Hay que desechar la idea de un síndrome de la violencia colectiva; aunque sí se recoge, con diversos grados de adhesión, como una patología específica reconocible por sus síntomas, en algunos casos, parecido al trastorno de estrés postraumático (TEPT) aunque no alcance a la totalidad del trauma. No obstante, la crítica al TEPT (12, 28, 32) permite despejar algunas controversias del trauma por la violencia colectiva que lo diferencian a otros acontecimientos traumáticos.

- La historia pretraumática: no se refleja en la historia clínica de la víctima. La experiencia de violencia colectiva queda instalada en una persona de quien desconocemos su psiquismo preexistente y aparece desconectada de los procesos sociales que antecedieron y desencadenaron dicho trauma.
- La persona: el TEPT lo descontextualiza de sus vínculos relacionales, de las relaciones sociales que caracterizan el estamento socioeconómico al que pertenece, de sus redes sociales (organizaciones sociales, políticas, religiosas, familiares, etc.) y de la propia relación con el hecho traumático, un proceso de influencia recíproca entre persona y trauma, con posibles cambios en la víctima.
- El hecho traumático: es un acontecimiento inespecífico al que se exige una capacidad de generar una fuerte descarga energética en el psiquismo del individuo. El trauma es producido consciente y planificado contra una persona o grupo con el fin de conculcar su voluntad o sencillamente liquidarlo.

El diagnóstico de TEPT, aislado, no es un indicador fiable de la necesidad de tener un tratamiento psicológico, por otro lado, cuestionado por la sobreestimación de personas que lo necesitan. Efectivamente, hay una prevalencia de este trastorno en las personas afectadas por alguna forma de violencia colectiva y las cifras internacionales ofrecen un amplio rango. Pero ni el TEPT ni ninguna otra enfermedad psiquiátrica per se pueden llegar a englobar la totalidad del trauma. El 11-S, el 11-M y otras grandes catástrofes bélicas han condicionado que se generen y que salga a la luz un número hasta ahora desconocido de estos cuadros. Ello ha hecho que se intenten utilizar numerosos instrumentos de diagnóstico y, concretamente en Estados Unidos, más de cinco millones de personas sufren cada año de TEPT. En ese país, tras el 11-S el aumento de la prevalencia fue del 4 %; en Nueva York del 11.2 % y en

Washington del 2,7 % (33). Un estudio del terrorismo crónico contra civiles en Israel concluye que tanto los expuestos directa como indirectamente mostraron niveles semejantes de TEPT (34). Entre los factores que intervienen en la prevalencia se detectaron la resiliencia, la magnitud y duración del trauma, y la exposición directa o indirecta al mismo. Previamente, precisamos de registros unificados de las víctimas por la violencia colectiva para conocer la demanda real, qué tipo de victimización ha de ser tratada y conocer el modelo de reparación preciso, pues la mayor parte de quienes han experimentado un trauma suele ser capaz de continuar su vida cotidiana sin estar angustiado por el suceso, aunque sí existan memorias intrusivas (35).

Alteraciones emocionales con matices en la violencia colectiva

La violencia política, como tipo de violencia colectiva, que persigue la imposición de una agenda política mediante la agresión a personas o colectivos de una comunidad, tiene como hecho de mayor trascendencia las lesiones por causas externas (agresiones directas) y la mortalidad. El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre testigos presenciales de la violencia, entre quienes prestan auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas directas. Pese a que no hayan sufrido directamente el hecho violento, son como decíamos anteriormente, víctimas secundarias. A los efectos en la salud, la violencia colectiva añade otros efectos psicosociales que no son reducibles al impacto individual. La victimización secundaria por rememoración o sensibilización es especialmente importante. Además, puede instaurar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad; producir mayor aislamiento y menor confianza social e institucional. El trauma psicosocial se expresa como cristalización de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. La desesperanza, la desconexión cognitiva (atención, lenguaje, percepción...), las conductas evitativas, el abuso de sustancias tóxicas, etc., son frecuentes en estos casos. El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, pérdida de autoestima, desesperanza y la sensación de injusticia de las víctimas pueden facilitar la perpetuación de comportamientos violentos.

Los traumas que afectan a una colectividad sustentada en determinado tipo de relaciones sociales provocan efectos psico-sociales globales, los cuales no son reducibles al impacto individual que sufre cada persona. Los traumas sociopolíticos inducen extrema ansiedad, desorientación, desesperanza y desmoralización en la población directa o indirectamente afectada. Instauran un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad. Se produce un mayor aislamiento social, descohesión grupal y menor solidaridad. También se observa pérdida de confianza social e institucional y el mundo se percibe con menos

sentido, menos controlable y más injusto. El apoyo social interpersonal y el contexto social tienen un papel importante en la modulación de estos efectos; así como la capacidad de afrontamiento del individuo, y sus creencias básicas sobre el mundo y sobre el clima social. Así se ha encontrado que personas víctimas y supervivientes de violencia colectiva en contextos de apoyo del hecho violento mantienen un buen funcionamiento psicosocial.

Trauma psicológico en el último siglo. Nacimiento de la Victimología

Conocido tras las Iª y IIª Guerras Mundiales, en el marco postbélico se utilizó el término de la *neurosis de guerra*. Después llegó la denominación de *síndrome post-Vietnam* que alcanzaba al 25 %, personas que habían tenido comportamientos antisociales y ahora manifestaban padecer estados de alerta permanente, alteraciones de conducta, agresividad, vivencia de incomprensión, etc., toda una transfiguración de la personalidad. Fue precisa la apertura de muchos centros para la atención de tan elevada demanda, atender a los trastornos psicológicos, gestionar compensaciones y lograr la reparación. En los años ochenta se fundiría este síndrome en *trastorno de estrés postraumático* (TEPT), nueva etiqueta diagnóstica introducida en los manuales diagnósticos y con ello se produjeron importantes cambios entre víctimas y sus terapeutas clínicos. Así nació la victimología, donde psiquiatras y psicólogos tenían instrumentos para identificación y clasificación diagnóstica hasta su mundialización mediante el Manual diagnóstico y estadístico de las alteraciones mentales, DSM, de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE, de la Organización Mundial de la Salud. A los cientos de miles de muertes y gentes que enferman con trastornos en su salud mental no debemos de olvidar el enorme número de veteranos de guerra muertos por suicidio que, solo en las guerras de este siglo XXI, sobre todo entre quienes estuvieron en Afganistán e Irak, es superior a los ciento veinte mil (36). Estos veteranos sufrieron problemas como desempleo, pobreza, trastorno de estrés postraumático, depresión y lesiones diversas, determinando en algunos el suicidio, y todas las heridas invisibles de la guerra al volver a casa.

UNIVERSALIDAD DEL TRAUMA INSTITUCIONAL

El sufrimiento es un estado de displacer o dolor que forma parte de la vida, que se estructura en nuestra vida psíquica insatisfecha o ante el fracaso. Sensación, consciente o inconsciente, reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad. Según Kaës este sufrimiento, es una evolución incontrolada de la angustia, es patológico (37), que genera daño no solo en la vida psíquica interna individual, sino también en la trama de las redes de sus vínculos. Con

búsqueda de los diferentes sufrimientos que se generan en la vida institucional, desde la historia personal, o la red vincular.

El trauma afecta a las organizaciones y a las personas, en sus familias y comunidades. Que tengamos escasa comprensión sobre el trauma limita y dificulta a las personas o a las organizaciones. Por ello, la mirada del trauma desde una perspectiva institucional puede ser de importante ayuda, pues se acerca a las experiencias individuales a través de los sistemas y estructuras que tanto influyen sobre las personas. Generar una *cultura institucional* refuerza que las personas aprendamos y adoptemos valores, creencias, vínculos sociales, una identidad colectiva y una personalidad propia.

Las instituciones realizan un trabajo constante para lograr una unidad ilusoria entre los elementos heterogéneos que la constituyen y se expresa en la diversidad de componentes y de lógicas presentes, tales como las sociales, políticas, culturales o económicas. Kaës anticipa que la maraña de estas lógicas forma un nudo de resistencia al análisis, lo que ofrece un problema metodológico junto al modelo teórico (38). Hay concepciones de René Kaës vinculadas al sufrimiento en las instituciones y frente a lo cual expuso iniciativas para afrontarlo en su trabajo Institucional. Fue tras la IIª Guerra Mundial, en pleno intento de recuperación económica y social. Reflexionar sobre el *trauma en las instituciones* exige abordar los recursos que permitan tener mayor conocimiento de los procesos intervinientes. El trauma institucional puede generarse desde diferentes fuentes: un incidente o desastre catastrófico, heridas continuadas o relación hostil, actitud redentora que persigue el cambio o la empatía intrínseca en la actividad. El trauma puede dañar nuestras estructuras de protección y hacer sentirnos vulnerables. Además, el trauma tiene impactos duraderos a nivel psíquico y cultural, más si queda sin resolver, ofreciendo síntomas como estrés y ansiedad, depresión, angustia y desesperanza, erosión de la identidad, retraimiento social, fenómenos de amnesia, etc.

Kaës se refiere a tres fuentes de sufrimiento. Una fuente de sufrimiento vinculada al hecho institucional mismo; otra relacionada con la institución en particular, y una última asociada a la configuración psíquica de la persona (39). La primera fuente es el hecho institucional mismo, se refiere a la renuncia pulsional ya anticipada por Freud en *Malestar en la Cultura,* donde explica cómo la comunidad de derecho y el posible amor provienen de la renuncia pulsional mutua. Así, la felicidad individual y la pertenencia a la comunidad luchan en cada persona (40). Una pieza clave para entender nuestro vínculo con las instituciones y el sufrimiento institucional es la noción de formaciones intermediarias. Estas son formaciones bifrontes que, como se dijo, tienen como función ligar a través de pactos, alianzas, acuerdos y contratos inconscientes los elementos heterogéneos que configuran las instituciones (41).

EL TRAUMA COMPLEJO O TEPT-C DIRIGIDO HACIA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ya el CIE-11 en 2022 incorporó el 'TEPT complejo', el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), como un trastorno con entidad diagnóstica propia. Tres décadas antes y había trabajos importantes que lo abordaban (42, 43) introduciendo conceptos de «trauma complejo» y «'trastorno de estrés postraumático complejo» que en diversos artículos más recientes se vienen desarrollando (44-47). Quienes tienen «trauma complejo» presentan desregulación afectiva, somática y disociativa, con impedimentos psicosociales. Sus síntomas incluyen signos del «trastorno de estrés postraumático» –recuerdos traumáticos intrusivos recurrentes, alteraciones en atención y consciencia, evitación de estímulos que recuerdan al trauma, aumento de la alerta/reactividad y entumecimiento emocional– pero las manifestaciones clínicas se presentan con mayor gravedad yendo más allá de las de este síndrome.

En la infancia y adolescencia pueden darse padecimientos de 'trauma complejo' si ha habido una historia de victimización por sus familiares u otros cuidadores primarios, con abusos y vínculos afectivos inadecuados, alteraciones en la relación interpersonal: dificultades para confiar, carencia o modelos de apego inseguro, violencia en el medio familiar con maltrato repetido, con dificultades para el desarrollo emocional, o mejor la capacidad de autorregulación emocional, en situaciones de estrés de la población joven (48). Como consecuencia, el 'trauma complejo' impediría o limitaría el desarrollo de habilidades básicas de la personalidad. No es difícil de entender que estos jóvenes incorporen el sistema de creencias del agresor como recurso defensivo, pues no han podido estructurar su conocimiento y experiencias cognitivas y afectivas. Sin olvidar el riesgo de revictimización de quienes con una historia de 'trauma complejo' pueden volver a ser víctimas de maltrato físico o sexual en sus vidas. El concepto de 'trastorno de estrés postraumático complejo'propone que sustituya a los conceptos clásicos de «personalidad masoquista» y «compulsión a la repetición», que son formas de culpabilizar a las víctimas (48).

Mientras que la DSM-5 no lo ha incluido como diagnóstico separado, como se ha dicho, sí ha sido recogido por la CIE 11 –de la Organización Mundial de la Salud– (19), el trastorno de estrés postraumático complejo –TEPT complejo– como entidad diagnóstica distinta del trastorno de estrés postraumático. Ubicado anteriormente bajo un código casi residual, por su importancia empezó a adoptar como nombre propio, las siglas bajo las que se registró en el DSM: DESNOS, o Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified («trastorno de estrés extremo no especificado»).

La distorsión de la violencia convirtiéndola en estigma contra las víctimas. Aprendizaje desde el estigma hacia la enfermedad mental

Las expresiones violentas en la comunidad están ocasionando notorio riesgo social y, también en un considerable número de personas, trastornos mentales. El impacto de los trastornos por conductas violentas en la vida social nos acompaña con excesiva frecuencia. La violencia intrafamiliar y de género están muy presentes, como también el pandillismo o la coerción entre menores, en la infancia y adolescencia. Que lo observemos con tanta frecuencia entre sectores jóvenes debiera ser motivo de honda preocupación en las familias, educadores y debiera serlo a nivel institucional.

El sensacionalismo mediático en torno al trastorno mental rellena horas y páginas hasta atosigarnos en la comunidad, expandiendo noticias generadoras de confusión y certezas erróneas sobre una relación entre violencia y locura. Sabemos que los trastornos mentales no son la causa necesaria ni suficiente de las acciones violentas de la población joven, como sabemos que el trastorno mental grave no ocasiona mayor violencia que la población general presunta sana. Desde una perspectiva psicosocial, no se trata solo de atender las consecuencias o la deuda moral con las víctimas que no han tenido el debido reconocimiento social, sino también de enfrentar el impacto de la violencia y abordar el sufrimiento como una contribución a la búsqueda de soluciones y del proceso de reconstrucción social. Han de estar presentes para ello: El reconocimiento y empatía con las víctimas, superación de la frustración y la desesperanza, mitigación del daño y reparación psicosocial, el acompañamiento psico-social a víctimas, el impulso para aprendizajes sobre el diálogo y la participación social. Se trata de un proceso con respeto a los derechos de las personas, con el máximo consenso posible y de acuerdo a las reglas acordadas. Los derechos humanos atañen a la violencia como fenómeno social, pero van mucho más allá y cruzan cada paso que damos en nuestra vida cotidiana. Hay que alcanzar un horizonte de progresiva deslegitimación de toda violencia y de educación ética, donde los derechos humanos han de estar presentes, como el mayor recurso para reflexionar mientras se hace camino. Siguiendo un documento de consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (49), se sugiere «establecer, de acuerdo con las pruebas disponibles, las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales». Los estereotipos más frecuentes se acompañan de peligrosidad y relación con actos violentos (12), responsabilidad sobre la enfermedad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de sus reacciones y falta de control. Estigma, alejado de la realidad que se mantiene por el desconocimiento y por creencias y prejuicios muy arraigados en la población, enfrentados a la argumentación lógica.

EL ESTIGMA INSTALADO SOBRE LAS MUJERES, LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Está cada vez más asumido desde las vanguardias y desde los ámbitos institucionales que la violencia tiene cara de mujer, pues ellas son sus víctimas habituales. Ocurre en las guerras, en los recorridos migratorios, las colonizaciones o en las crisis económicas y sociales. La condición de género es determinante para que recaiga un papel difícil. Pueden ser víctimas de las agresiones más duras: torturas, asesinatos, amenazas, desapariciones, detenciones, violencia sexual o reclutamiento forzado. Todo ello afecta a las poblaciones infantiles. Según Naciones Unidas, las niñas tienen un 90 % menos de probabilidad de acceder a la escolarización que los niños; son víctimas de matrimonios infantiles, trabajo esclavo o ser reclutadas como niñas soldados, o convertirse en desplazadas o refugiadas huyendo de guerras siendo objeto de violencias sexuales. Tienen enormes riesgos en su salud y vida, y pierden sus derechos humanos fundamentales en muchas regiones del planeta. También en Europa, no están lejos las atrocidades en las guerras de los Balcanes en la antigua Yugoslavia hace tres décadas. Las desigualdades de género alcanzan, no lo dudemos, a las poblaciones jóvenes.

Erradicar por completo la violencia es imposible por el simple hecho de que, para combatirla, también se emplea violencia, con lo que esta se realimenta y el proceso se hace interminable (50). Aunque la violencia tenga vestimenta de legitimidad, puede adquirir forma de venganza, con determinados intereses, ser conservadora del orden establecido por el poder y de nuevo realimentarse al margen de los límites del derecho y del derecho a la paz de cualquier sociedad. Así mismo, condenar por principio toda violencia participa de los intereses del discurso oficial, pues excluye a las acciones (violentas) ejercidas por sus representantes que se atribuyen el derecho a legitimar y monopolizar ciertas expresiones violentas, mientras castiga a quienes sean contrarios al poder hegemónico.

Es posible tratar de fortalecer la resiliencia frente al trauma institucional y afrontarlo si ocurre. Fortalecer la identidad, una autoestima institucional sólida, procesos facilitadores, un liderazgo y conexiones positivas, son elementos que pueden ayudar a la protección. De notoria importancia es mantenernos alerta.

Referencias

1. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA et al. Prospective of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence. Am J Psychiatry, 2000;157: 911-895.

2. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Markez I y cols. ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. Gaceta sanitaria 2011; 25(3): 246-253.

3. Ávila D, Franzé A, Peñaranda MC, Pérez, M. Violencia institucional contra las madres y la infancia. Aplicación del falso síndrome de alienación parental en España. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, M.º de Igualdad; 2022.

4. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Estrategia de la UE para una lucha más eficaz contra el abuso sexual de menores. [Internet]. Bruselas; 2020 [consultado el 27 de julio de 2024] Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0607

5. Ferragut M, Ortiz-Tallo M, Blanca M. Prevalence of Child Sexual Abuse in Spain: A Representative Sample Study. J. Interpers. Violence, 2022; 37:21-22.

6. Save the Children España. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema. Ojos que no quieren ver [Internet] 2017 [consultado el 27 de julio de 2024] Disponible en Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf

7. Fundación ANAR. Abuso sexual en la infancia y la adolescencia según los afectados y su evolución en España (2008-2019).[Internet] 2020 [consultado el 27 de julio de 2024] Disponible en: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf

8. Bodelón E. (coord.). Agresiones sexuales, argumentaciones jurídicas y estereotipos. Madrid: Dykinson; 2023.

9. Themis, Asoc. Mujeres Juristas. La respuesta judicial a la violencia sexual que sufren los niños y las niñas. [Internet] 2019. [consultado el 27 de julio de 2024] Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/respuesta_judicial.htm

10. Casanova R, Pesce S. (dir.). La violence en institution. Situations critiques et significations, Rennes. Presses universitaires de Rennes, coll. «Des Sociétés»; 2015.

11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis. Ginebra: OMS; 2002.

12. Markez I. Freud y Einstein no van a la guerra. Bilbao: Ediciones Beta,2023.

13. Martín-Baró I. Guerra y salud mental. Revista de Psicología de El Salvador 1990; 9 (35): 71-88.

14. Gérvas J, Sánchez R. Lo que recibieron de las industrias farmacéuticas los líderes de opinión en vacunas, en España en 2022. No gracias, 4 de julio, 2024. [internet] 2024 [consultado el 27 de julio de 2024] Disponible en: https://www.nogracias.org/2024/07/04/lo-que-recibieron-de-las-industrias-farmaceuticas-los-lideres-de-opinion-en-vacunas-en-espana-en-2022-por-juan-gervas-y-roberto-sanchez/?s=09

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª ed. (DSM III). Washington, DC; 1980.

16. CIE-10. 43.ª Asamblea Mundial de la Salud en 1990. Nueva York: WHO; 1990.

17. Tizón JL. Prólogo en J. Moncrieff: ·Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder Editorial; 2013.

18. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5). American Psychiatric Publishing; 2013.

19. Organización Mundial de la Salud. CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Undécima revisión. Guía de Referencia (versión 14 de noviembre 2019). [Internet]. 2019 [consultado el 25 marzo 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es

20. Friedman MJ. Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. J. Trauma. Stress. 2013; 26:548–56.

21. Karatzias T, Cloitre M, Maercker A et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. European Journal of Psychotraumatology, 8 (suppl 7): 1418103; 2018.

22. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2004; 41(4), 412-425.

23. Herman J. Trauma and recovery: The aftermath of violence-From domestic to political terror. New York: Basic Books; 1992.

24. Amor PJ, Echeburúa E, Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2002; 2: 227-246.

25. Echeburua E, Corral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI; 1998.

26. Barrenetxea O, Markez I. Intervención psicosocial con víctimas de la violencia. II Jornadas de DD.HH. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Gandía; 2011.

27. Pitman R, Orr S. Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 1990; 27: 245-247.

28. Markez I. Violencia colectiva y salud mental. Madrid: Edit Grupo 5; 2015.

29. Jackson V. In our own voice: African-American stories of oppression, survival and recovery in mental health systems. Off Our Backs, 2003; 33(7/8): 19-21.

30. Guimón J. Violencia y abusos. Controversias psicopatológicas en el DSM-5. Core Academic / Libros Edit. Punto Rojo, 2013.

31. López Soler C. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. Revista de psicopatología y psicología clínica 2008; 13(3): 159-174-

32. Markez I, Fernández Liria A, Pérez-Sales P. (Coords.). Violencia y salud mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid: AEN (Colección Estudios 42), 2009.

33. Schlenger W, Caddell J, Ebert L, Jordan B, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. JAMA 2002; 288(5): 581-8.

34. Shalev A, Tuval R, Frenkiel-Fishman S, Hadar H, Eth S. Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel. Am J Psychiatry 2006; 163(4): 667-73.

35. Ibáñez V, Díaz D. El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas. En P. Pérez-Sales (comp.). Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Barcelona: Exlibris, 2006.

36. Glantz A. The War Comes Home: Washington's Battle against America's Veterans. University of California Press, 2009.

37. Kaës R. Sufrimiento y psicopatología en las instituciones. En: Kaës, comp. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós, 2002; pp. 54-67.

38. Kaës R. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos instituidos. En R. Kaes, A. Correale, E. Diet, B. Duez, O. Kemberg, J. P. Pinel. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Buenos Aires: Paidós, 1998.

39. Kaës R. (1989), Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaes (comp.) La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós,1989; pp. 15-67.

40. Freud S. (1930). El Malestar en la Cultura. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

41. Bernard M. Introducción a la lectura de la obra de René Kaës. Buenos Aires: Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo, 1991.

42. Terr L. Childhood traumas: An outline and overview. Am J Psychiatry 1991; 148 (1): 10–20.

43. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992;5(3): 377-91.

44. Brenninkmeyer F. Complex trauma in children: An overview of theoretical developments. En A. Hendry y J. Haster (Eds.), Creative therapies for complex trauma. Jessica Kingsley, 2017.

45. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. BJPsych. 2020; 216: 129-131.

46. Gold S. Benefits of a contextual approach to understanding and treating complex trauma. J. Trauma Dissociation 2008; 9(2): 269-292.

47. McDonnell M, Robjant K. y Katona C. (Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations. Curr. Opin. Psychiatry 2012; 26(1): 1-6.

48. Herman J. Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa Calpe, 2004.

49. Asociación Española de Neuropsiquiatría/PSM. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: AEN, 2007.

50. Seguí L. Sobre responsabilidad criminal. Psicoanálisis y criminología. Madrid: Ed. Fondo de Cultura Económica, 2012.

NECESIDAD DE TERAPIA: VIOLENCIA INSTITUCIONAL EJERCIDA HACIA LAS VÍCTIMAS Y HACIA LAS MADRES O AUTORIDADES APROPIADAS QUE INTENTAN AYUDAR

NEED FOR THERAPY: INSTITUTIONAL VIOLENCE EXERCISED TOWARDS VICTIMS AND TOWARDS MOTHERS OR APPROPRIATE AUTHORITIES WHO TRY TO HELP

Yolanda Mozota García
Psicoterapeuta. Socióloga. Experta en Trauma: Relaciones sensibles a las heridas emocionales y al trauma por la Universidad de Alcalá (Madrid).
Landa – Centro Gestalt. C/Arenal 22. 3º d. 28012 Madrid;
yolandamozota@gmail.com

Resumen: El objetivo de este trabajo es examinar la importancia del apoyo terapéutico para mejorar la vida y los síntomas de las víctimas con TEPT complejo. Es fundamental enmarcar lo que se denomina violencia institucional. Esto siempre ocurre cuando las «autoridades competentes» distorsionan la función de intervención, apoyo y protección del daño, abandonándola por negligencia, o cuando ellas mismas son las que se convierten en perpetradores de la violencia y el trauma. Tratar el Trauma Complejo de forma segura siempre es necesario. En este texto se utiliza la Gestalt como forma de mostrar un lugar seguro y un vínculo que da credibilidad a la víctima, incluso cuando el «horror» (componente del trauma) no permite ponerle palabras ni construir una narrativa coherente a lo vivido. Este capítulo aborda cómo este apoyo terapéutico da la posibilidad de tener un futuro para «sentir la vida y no sólo vivirla».

Palabras clave: violencia, infancia, abuso, culpa, miedo, vergüenza, disociación, acompañamiento terapéutico, memoria somatosensorial.

Abstract: The aim of this paper is to examine the importance of therapeutic support in improving the lives and symptoms of victims with complex PTSD. It is essential to frame what is called institutional violence. This always happens when the «competent authorities» distort the function of intervention, support and protection from harm, abandoning it through negligence, or when they themselves become the perpetrators of violence and trauma. Treating Complex Trauma safely is always necessary. In this text, Gestalt is used as a way of showing a safe place and a bond that gives credibility to the victim, even when the «horror» (component of trauma) does not allow putting words to it or constructing a coherent narrative to what has been experienced. This chapter addresses how this therapeutic support gives the possibility of having a future to «feel life and not just live it.»

Keywords: violence, childhood, abuse, guilt, fear, shame, dissociation, therapeutic support, somatosensory memory.

I. INTRODUCCIÓN

Existen diferentes formas y disciplinas terapéuticas desde distintos enfoques para acompañar el trauma, este capítulo se va a centrar en la terapia humanista como es la terapia Gestalt o el psicodrama. Observaremos algunas de las consecuencias que se pueden producir en la psique de las víctimas que sufren o han sufrido algún tipo de violencia o de abuso sexual, y también otro tipo de daños emocionales y sociales que se producen a raíz de compartirlo o denunciar, haciendo referencia al trauma posterior como consecuencia de cuando, las víctimas piden ayuda o lo cuentan y, no solo no son creídas, sino que no son entendidas y son ellas las cuestionadas. En tal caso, se produce una retraumatización y otro trauma, provocado a veces por las diferentes instituciones, o profesionales que necesitan datos, demostraciones, relatos coherentes, narrativas de las escenas detalles que corroboren que han sido víctimas. Esto en sí mismo, es imposible en la mayoría de los casos, ya que las víctimas y el cerebro, trata de olvidar lo doloroso para no revivirlo y el cerebro se protege: se disocia, se atrofia, se colapsa para no recordar y no revivir lo vivido.

Estas respuestas pueden venir por parte del entorno personal, familiar, educativo, y, en el caso de atreverse a denunciar, puede intensificarse más el infierno de no ser creído si no hay detalles, pruebas, recuerdos, etc..; Esto podría derivar en otro tipo de violencia que es la institucional, que revierte la «supuesta autoridad apropiada» en «autoridad negligente», cuyo punto de partida no solo es cuestionar a la víctima, sino que tampoco la protege del «posible agresor». Ahí puede comenzar la violencia institucional, o yo hablaría, del «daño Institucional». Aquí comienza otro periplo, otro trauma, otro infierno interior y de cuestionamiento externo que, lleva al propio cuestionamiento interno. Este, probablemente lleve a las víctimas a cerrarse, a autocuestionarse nuevamente, a autoinculparse de ser malas, sucias, provocadoras… a cuestionarse lo vivido, a preguntarse a sí mismas: ¿para qué denunciar?, ¿para qué contarlo si van a romper la familia?, ¿si van a hacer más daño si lo cuentan?. Si se atreven, entonces se preguntan: ¿para qué han denunciado? Cuando parece que por las preguntas a las que son sometidas en distintos ámbitos, jurídicos, psicosociales y otras instancias que, o bien han exagerado -en el mejor de los casos-, o en el más común de los casos, que MIENTEN o NO LAS CREEN.

Es importante recordar y saber que en la mayoría de los casos, según la gravedad de los abusos o de la violencia vivida, tanto en el pasado como en el presente, la narrativa no es coherente, o no la tienen. No hay un recuerdo nítido en tiempo o espacio –precisamente por eso son traumáticas, postraumáticas o es un trastorno traumático–. Las dudas, el miedo, la vergüenza y la culpa, *la negación de la vivencia se quiere imponer, el recuerdo se niega*, para no volver a pasar por las emociones aterradoras que tanto limitan la vida. Y aparecen preguntas cómo: ¿no me lo habré inventado?, ¿yo soy la culpable de que mi familia se rompa si lo cuento?, ¿hay algo malo en mí?, ¿me merecía las palizas

porque no soy obediente?, ¿todo lo hago mal?, ¿es por mi propio bien que me peguen?, ¿es por mi propio bien no contarlo para no hacer daño a mi madre?, etc., Esto puede llevar a las víctimas de malos tratos nuevamente, a cerrarse, negar lo que han vivido y disociarse nuevamente.

No quiero entrar en materia directamente en la introducción, sino señalar que en estos párrafos voy a compartir, nombrar, aclarar e intentar aportar mi experiencia, no solo personal al haber sido víctima en la infancia de incesto y violencia/maltratos paternos, sino que también quiero aportar una mirada profesional humanista terapéutica, que como socióloga y profesional de la terapia de ayuda me han servido para salir del trauma y que utilizo para acompañar estos casos. Esta aportación va a ser, por tanto, más cualitativa y experiencial. Si aludimos al refranero español: «la letra con sangre entra», ya nos empezamos a referir a los introyectos sistémicos, algunos de los cuales están basados en la «pedagogía negra» a la que se refiere Alice Miller en su libro «Por tu propio bien»(1), en la que explica los métodos educativos y familiares con los cuales se educa y con los que crecieron alguna de nuestras generaciones anteriores.

> *«Quien se informa sobre nuestra infancia quiere saber algo de nuestra alma. Si la pregunta no es meramente retórica y el que interroga tiene paciencia para escuchar, tendrá que darse cuenta de que amamos con horror y odiamos con un amor inexplicable, aquello que nos procuraba los máximos pesares y dificultades.»* Erika Burkart (2).

La Gestalt es un tipo de terapia que todavía no cuenta con abundantes estudios científicos, aunque se está trabajando en esta línea. La Asociación Española de Terapia Gestalt (A.E.T.G.) comenzó, a través de su comité científico y de investigación, a desarrollar una revisión sistemática de todos los estudios relevantes sobre la Gestalt; hasta el momento se han podido aportar 42 estudios científicos relevantes y se continúa con el trabajo hasta la fecha.

Este tipo de corriente ha dedicado su tiempo a otras formas de entender la intervención terapéutica y de poder acercarse, desde y con, una mirada humanista que comprende la realidad individual y social del ser humano. Muchos pacientes/clientes con Trauma Complejo se están beneficiando de esta forma de intervención que se basa en, el VÍNCULO terapéutico, la ESCUCHA, y la INTEGRACIÓN y diferenciación en esta escucha de los tres cerebros (racional, emocional, instintivo) que nombra Claudio Naranjo en una amplia bibliografía. En, por tanto, el AQUÍ Y EL AHORA, EL DARSE CUENTA, y en la importancia en lo transferencial y contratransferencial de la relación terapeuta paciente/cliente y, el ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL desde una mirada global del ser humano. La terapia Gestalt no trata únicamente el síntoma, sino al individuo como un todo, con sus vivencias, sus circunstancias actuales, sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Parece fundamental seguir trabajando para ofrecerle un buen aval científico a este tipo de intervención, acompañamiento, terapia/psicoterapia.

Como bien dice Peñarrubia en «el oficio de escuchar» (3):

> «*Terapia Gestalt, de Fritz Perls. Basada en la Presencia (aquí y ahora, experiencia del presente, actitud despierta y comprometida), Conciencia (darse cuenta, alerta y fluidez) y Responsabilidad (como hecho: somos responsables de nosotros querámoslo o no) Despenaliza la agresión, enfocada como "destrucción integradora", el uso terapéutico de la contratransferencia y la "fe en la autorregulación organísmica" como sinónimo de confianza en la rectitud de la naturaleza. Más allá de los diferentes abordajes técnicos, la psicología humanista ha traído a la cultura terapéutica un cambio significativo en lo temporal (valoración del aquí ahora frente a la tiranía del pasado) en lo espacial y relacional (cara a cara del paciente y del terapeuta, sin divanes ni mesas protectoras), y en el aprecio a lo expresivo y lo experiencial, transmitiendo una correlación entre espontaneidad y salud.*»

El trauma está asociado al secreto, al silencio, y es importante para la sociedad y los profesionales empezar a reconocerlo y sacarlo a la luz como forma de proteger a las víctimas. Al tratar o acompañar a personas traumatizadas, puede que no estén aún preparadas para nombrar el trauma y poder sostener las consecuencias de tomar conciencia de la experiencia vivida, y es muy probable en estos casos que empeore y, en el mejor de los casos, se vayan de consulta. En el campo específico de trauma de abusos sexuales y maltrato, el interés de muchos profesionales parte no solo de las personas que acompañan sino de la propia experiencia vivida y de una necesidad vital de dar sentido y entender determinados comportamientos, sensaciones y sentimientos incompresibles. Se citan varios párrafos de profesionales que desde su propia vivencia traumática dedican su vida a acompañar, investigar y escribir sobre el tema.

Barudy «El dolor invisible de la infancia» (4):

> *«Mi experiencia de cárcel, tortura y exilio, y mi testarudez por sobrevivir, explican mi participación en 1976 en la creación en Bélgica del COLAT (Colectivo latinoamericano de trabajo psicosocial) y mi trabajo en este programa como psiquiatra de exiliados víctimas de las dictaduras militares latinoamericanas. Mas tarde, dicho programa se amplió ofreciendo nuestros compromisos y experiencias clínicas al servicio de otras comunidades de exiliados a través de la constitución del proyecto Exil: Centro médico psicosocial belga para refugiados políticos víctimas de la tortura, animado por el equipo interdisciplinario y multicultural».*

Alice Miller en «el cuerpo nunca miente» (5):

> *«Porque ¿cómo voy a demostrar a alguien que puede librarse de las obligaciones con las que ha cumplido durante su vida, las cuales necesitó en el pasado para sobrevivir y las que ya no se imagina la vida? Reconozco que, si digo que he conseguido esta libertad gracias a que pude descifrar mi historia, no soy un buen ejemplo, pues he tardado más de cuarenta años en llegar al punto en el que estoy ahora. Pero hay otros casos. Conozco a personas que en mucho menos tiempo han conseguido desenterrar sus recuerdos y, gracias al descubrimiento de su vedad, han podido abandonar el escondite en el que se habían guarecido. En mi caso, el viaje duró mucho porque durante décadas tuve que recorrer el camino sola y hasta el final no encontré el tipo de acompañante que necesitaba. Por el camino tropecé con personas para quienes conocer su historia también era una prioridad.»*

Y se nombran muchos otros autores que se dedican y dedicaron a acompañar desde sus propias experiencias de vida traumáticas:

Edith Eger en «la bailarina de Auschwitz» (6):

> *«En otras palabras, empecé a plantearme una nueva relación con mi propio trauma. No era algo que silenciar, eliminar, evitar o negar. Era un pozo donde acudir, una fuente profunda de conocimientos e intuición sobre mis pacientes, su dolor y el camino a la curación»* […].
>
> *«La autoaceptación fue para mí la parte más dura de la curación, algo con lo que todavía batallo. El perfeccionismo surgió en mi infancia como una conducta para satisfacer mi necesidad de aprobación, y se convirtió en un mecanismo de adaptación aún más integrado para hacer frente a mi sentimiento de culpa por haber sobrevivido. El perfeccionismo es la creencia de que algo está roto: tú. De modo que disfrazas tu rotura con títulos, logros, premios, pedazos de papel, ninguno de los cuales puede arreglar lo que crees que estás arreglando. Al tratar de combatir mi baja autoestima, estaba en realidad reforzando mi sentimiento de indignidad. Al aprender a ofrecer a mis pacientes amor y aceptación total, afortunadamente , aprendí la importancia de ofrecérmelos también a mí misma».*

Breve autobiografÍa

> *Mi búsqueda partió de un malestar emocional continuo que a los treinta años me lleva a terapia, primero psicoanalítica y posteriormente gestáltica, sintiendo -«entiendo hoy»- una gran desidentificación de mí, y siendo una persona aparentemente funcional -«absolutamente disociada»- de mi sentir; sin identificarme como víctima, aun habiendo pasado, a los catorce años, por el Tutelar de Menores por vivir un incesto por parte de mi padre, maltrato físico y por tanto psicológico, y un trauma de apego grave. Esto, ya que con menos de un año mis padres, que viven en Suiza, me entregan en España a una tía que tiene cinco hijos y al año, me entregan a mis abuelos maternos que se ocupan de mí y de mi hermana. Y, desde los 3 años, los veranos comienza mi padre a abusar de mí sexualmente. Cuando tengo 9 años, vuelven mis padres a España y comienza un horror cotidiano, donde el abuso sexual y las palizas son casi diarias. Al fallecimiento de mi madre, cuando tengo 12 años, y vivimos dos años más con mi padre que, nos desescolarizó, nos puso a trabajar y nos impidió cualquier relación con mi familia materna. A los 14 años, con el apoyo de mis abuelos maternos y mucha resiliencia, le quitan la custodia a mi padre alcohólico y voy a vivir con mis abuelos; a partir de aquí empieza una nueva vida.*
>
> *Mi mente olvida las escenas, las bloquea, las niega, sólo hay síntomas que no entiendo de dónde vienen. Es sólo a raíz de comenzar primero con una psicoterapia psicoanalítica, y posteriormente una psicoterapia Gestalt, y después de años, cuando, escuchando los síntomas, creyéndolos, dándole valor a mis heridas y a mis recuerdos somatosensoriales, a mis defensas de ataque, evitación, bloqueo y algún que otro colapso, empiezo a leer, buscar y comprender que soy una persona traumatizada. Y también, que hoy por hoy encontré la salida y me reconozco como una persona con heridas de trauma.*
>
> *Con todo esto quiero justificar de dónde viene mi interés por saber acompañar, entender el TEPT; ya que a mi entender sobre trauma complejo e identificar mis flashbacks, síntomas,*

desregulación emocional, ello me dio un sentido, una identidad de la que des-identificarme como víctima y una posibilidad de ser conmigo misma «autoridad apropiada»; además de que me ha devuelto y facilitado la vida, aceptando que el pasado pasó, asegurando cada día mi presente y viendo luz en el futuro desde hace ya tiempo.

II. OBJETIVOS

¿Para qué la terapia?

En cuanto al ¿para qué profundizar o escarbar?, o, ¿el para qué de la terapia?, no se me ocurre otra cosa que responder que: *«para sentir la vida y dejar de saber que estás viva pero sin sentirla»*, sin «*sensarla*», sin poder disfrutarla; porque sentir es amenazante, porque sensibilizarse es conectarse con el horror, porque disociarse es necesario para sobrevivir y para tan solo, poder funcionar con todas y cada una de las emociones y sensaciones que, tuvieron que desconectarse, o atrofiarse, o insensibilizarse, o inhibirse en el cerebro, en la memoria y los recuerdos, y en el cuerpo, para «aparentemente vivir».

> *«Quizás pensemos que recuperar un funcionamiento normal es demasiado costoso, que reconectar con esas emociones y sensaciones profundamente enterradas supone un sufrimiento innecesario. Pero no hacerlo equivale a saber que tenemos en el jardín de nuestra casa una mina antipersona. Creemos que con no pisar en la zona donde está enterrada será suficiente. Un día, sin embargo, podemos tropezar y caer encima. Y aunque esto no suceda, nunca podremos disfrutar totalmente de nuestro jardín.»* Anabel González (7).

Babette Rothschild (8) cita a Bessel van der Kolk, quien expresa lo siguiente:

> *«Es verdad que en el núcleo de la desorganización de nuestros pacientes traumatizados y descuidados está el problema de que no pueden analizar qué es lo que está sucediendo cuando vuelven a experimentar las sensaciones físicas del trauma pasado, por lo que si esas sensaciones solo producen emociones intensas sin que sean capaces de moldurarlas, entonces nuestra terapia debe consistir en ayuda para que las personas puedan permanecer en sus cuerpos y para comprender estas sensaciones corporales. Y, ciertamente, eso no es algo que ninguna de las psicoterapias tradicionales, que todos hemos aprendido, ayude a las personas a hacer bien.»*

Para quienes han vivido experiencias traumáticas o están viviendo situaciones de violencia o abusos, recordarlos es como volver a sentirlos y revivirlos y en tal caso, tendrán problemas de relación. El trauma es algo terrible que mata la mente, el cuerpo y el cerebro y podemos clasificarlo como un diagnóstico de la memoria, de gente atormentada. Dichas personas se sienten desesperanzadaa, el recuerdo o los recuerdos son tan abrumadores que las personas no recuerdan, el simple recuerdo les atemoriza.Algo importante a

tener en cuenta es que no hay historia de la secuencia. Cuando acompañamos a víctimas de trauma, debemos tener en cuenta el cuerpo y cómo funciona el cerebro si queda traumatizado y cómo por ello es muy difícil llevar a cabo una vida normal.

Darwin estudió la relación entre las personas y los animales y las diferentes evoluciones del cerebro. En los últimos 100 años, se han estudiado las maneras de relacionarse las personas entre ellas, es decir, si te presentas amenazante me protejo, si me insultas reacciono, pero, si tu cuerpo registró una respuesta de indefensión o te congelaste para no sentir el miedo o la impotencia, tu cuerpo reaccionará de una determinada manera ante determinados estímulos.

III. CÓMO LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS CAMBIAN LA FORMA EN QUE LAS PERSONAS PERCIBEN EL MUNDO. FUNCIONAMIENTO DEL CEREBRO.

El abuso y abandono pueden privar al niño de tener experiencias vitales que faciliten y promueven la maduración del hemisferio derecho. Se produce un estancamiento en la tendencia innata del cerebro hacia la complejidad, una fragmentación de la narrativa, una disgregación de partes de la memoria, creándose agujeros en la historia. El dolor asociado al trauma queda codificado y almacenado sin procesar en las estructuras subcorticales, en el cuerpo. Como respuestas:

1. El *sistema de percepción de amenaza* está intensificado. Se percibe peligro en situaciones en que personas sin trauma consideran manejables. Este tipo de percepción no está en el área cognitiva del cerebro, sino en la parte más primitiva. Van der Kolk se refiere al sistema relacionado con la Neurocepción, concepto acuñado por Porges.

Personas con heridas emocionales con experiencias traumáticas buscan desesperadamente la conexión, la relación, pero sus cuerpos dicen NO.

El cuerpo, el estado corporal les ha defendido muchas veces, les ha ayudado a sobrevivir, si no puedes luchar con la inmovilización, la disociación te ha protegido.

2. *Sistema de filtro* que permite distinguir entre lo que es relevante en este momento y lo que podemos dejar pasar está alterado. Lo que las personas tienden a ignorar o no prestar atención, en el cerebro con trauma se comienza a prestar atención, y esto hace que el foco en el momento presente no funcione, es difícil prestar atención a las situaciones ordinarias o habituales.

3. *El sistema de autorreferencia está embotado.* Probablemente, es una respuesta defensiva. Cuando estás en un estado de terror, lo sientes en el cuerpo,

y para afrontar este malestar corporal la gente tiende a escapar del malestar; a veces, abusando de tóxicos, medicación, alcohol, sustancias, comida… De esta forma, se amortigua el estado displacentero, y también se amortigua la repuesta al placer, la sensualidad, la excitación y a la conexión a sentimientos que forman lo nuclear del ser humano.

Personas con experiencias traumáticas se sienten embotadas, y no tienen ese sentimiento de vitalidad. De forma no consciente, buscan situaciones peligrosas, similares a las originales, que producen activación y sensación de estar vivos.

La corteza prefrontal con trauma está alterada, inactiva, y el tálamo se inhabilita; además, la ínsula está inactiva, o, a veces, hiperactivada, e igualmente se desactiva el área de broca.

4. *Dificultad para poner en palabras lo sentido.* Como resumen, podríamos decir que, tras las experiencias traumáticas, la consolidación y recuperación de un recuerdo claro de un evento se ve comprometido. La actividad en el hipocampo que procesa la experiencia, se inhibe durante la amenaza, y la corteza frontal no es testigo de la experiencia. Los datos brutos, no procesados, son codificados en la amígdala, como elementos sensoriales, recuerdos musculares, y recuerdos autonómicos que, como se explica en «La teoría polivagal» de S. Porges, son necesarios para entender cómo funciona bajo estas condiciones el sistema nervioso.

A partir de 1980 se empezó a estudiar el término estrés postraumático, debido a los numerosos casos que surgían dando lugar al trauma psicológico. Fruto de esto, surgieron otros conceptos relacionados, de los cuales emergieron otras tipologías y se efectuaron numerosas investigaciones sobre las causas, consecuencias y sintomatologías. Es necesario diferenciar los diversos términos que dan lugar a tal impacto en los diferentes profesionales que acompañamos a personas que han sufrido algún tipo de trauma, ya que existen características comunes que pueden surgir de forma independiente. Los más destacados son:

- El «burnout».
- El desgaste por empatía.
- La traumatización vicaria.
- El estrés traumático secundario.

IV. LA TERAPIA O EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

1. Sus funciones

Hacen una doble función a mi modo de ver, *una primera función* fundamental es de *apoyo, de contenedor,* un lugar y una manera de relacionarse donde

las personas son comprendidas, escuchadas, recogidas y también creídas, no por lo que cuentan que, en estos casos, cómo la mayoría que nos dedicamos a acompañar a estas personas ya sabemos, hay poca narrativa, sino que es, por tener un lugar donde ser y poder expresar lo que sienten y/o aprender a identificarlo. En la mayoría de los casos de víctimas de violencia en la infancia, según a que edad comenzaron, hay pocos recuerdos o son confusos, pero, en cambio, las emociones, las sensaciones son inconfundibles. En algunos casos la mirada perdida, la incapacidad de mirar de frente, el miedo en la mirada, la dificultad en el contacto, la rigidez y frialdad en el contacto, la ausencia emocional, o la alerta o desconfianza excesiva o el miedo, o la culpa o la vergüenza, etc., como ya todos sabemos, la memoria traumática está en el cuerpo y hay más memoria somatosensorial que recuerdos.

La segunda función sería, *la relación segura/vínculo* seguro con el/la terapeuta, más allá de toda la función transferencial, contra transferencial, la función principal es de «autoridad apropiada», esa precisamente que no han tenido o por la que han sufrido algún tipo de daño, esa figura que comprende los límites, que ayuda al paciente/cliente a identificar los suyos, a autorregularse, a trabajar la seguridad del presente, de sus tiempos, a sentir sin la amenaza de ser, *relación segura, vínculo seguro, lugar seguro.*

La presencia terapéutica tiene que ver con la capacidad de estar presente, de saber estar ante las emociones difíciles del paciente, sostenerlas y ayudar al paciente a autorregularse, poder acogerlas e invitar a la escucha de la información y la historia que cuentan. Geller y Greenberg (9) la definen como el mantener nuestro ser completo en el encuentro con el paciente, estando completamente en el momento en múltiples niveles: físico, emocional, cognitivo y espiritual.

> *«Cuando eres capaz de respirar lo bastante hondo como para saber lo que sientes en tu cuerpo, ya no es necesario que salgas del mismo.»* M. Wolyn (10)

Barudy (4) propone un trabajo serio y gradual (en una terapia individual sistémica que resulta muy convincente) hasta un doble reconocimiento.

> *«Por lo que respecta a la víctima, cuyos procesos, también son cognitivos, están deformados por el proceso mismo de victimización, se trata de acompañarla en la toma de conciencia de la gravedad del daño sufrido y de la legitimidad de sus sentimientos de odio y venganza. Por la respuesta al perseguidor, se trata de guiarlo hacia el reconocimiento del dolor infligido a la víctima y de la existencia en él mismo de defectos estructurales, sean de la conciencia moral o de los procesos de vinculo, defectos que no son congénitos, sino que están ligados a las experiencias que ha vivido en la infancia y adolescencia. Sólo a partir de estos procesos paralelos de toma de conciencia se podrá llegar en algún caso a una reconciliación que no ofenda la dignidad de la víctima ni falsifique la realidad.»*

2. ¿PARA QUIÉN, LA TERAPIA?

Para las víctimas, las familias, su entorno, la sociedad; en definitiva, a las víctimas de las violencias y a la sociedad violenta que: perpetua, permite y en algunas ocasiones por desconocimiento, o por no querer saber o por otros intereses, es cómplice o contribuye siendo una figura negligente o una «autoridad negligente», como lo nombra Kate Hudgins en el triángulo del trauma psicodramático.

Precisamente en relación con lo anteriormente dicho, considero que también va dirigido a las profesiones específicas que rodean la infancia, la adolescencia y las desigualdades sociales, humanas, de género y de los ámbitos de la salud física, mental, educativa, social y jurídica. Cuanto más sepamos de las consecuencias limitantes de las víctimas y del trauma, más y mejor se va a poder intervenir en la protección en la infancia y en la violencia de género que suele ser subyacente; y algo que me parece más importante, en la prevención y evitación que ocurra.

3. METODOLOGÍA (CÓMO) DESDE UNA METODOLOGÍA GESTÁLTICA

El «CÓMO»– abarca la justificación del tema, el marco conceptual, el marco teórico y las herramientas utilizadas como metodología.

También es importante una segunda pregunta o mirada en la pregunta, el «QUÉ». Es decir, qué mirada hay que poner en el trauma, explicar posibles pautas que pueden ayudar en la intervención terapéutica con este tipo de casos.

A) Aspectos básicos considerados para trabajar en cualquier terapia serían:

- La identidad, como el modo en que la persona se ve a sí misma y cómo se veía antes de la experiencia traumática.
- Las emociones.
- Las creencias.
- Palabra y memoria, pues toda experiencia extrema necesita un relato para que le dé sentido y pueda integrarse en el mundo, *pero que no tiene por qué ser exacta con los hechos.* El objeto no es el recuerdo por el recuerdo, sino permitir a la persona integrar esa experiencia de una manera aceptable con una visión compatible de sí con el mundo.

B) Algunas herramientas gestálticas de intervención en trauma

En muchas ocasiones podemos observar cómo las víctimas suelen contar escenas estando disociados. Significa que lo cuentan a veces sin estar en contacto con la emoción; lo cuentan como refiriéndose a otros en tercera persona, como si no tuviera que ver con ellos y a veces sólo a través de la emoción. Aquí, «*la escucha empática del terapeuta*» pueden empezar a acercarse a sus propias emociones y precisamente en este momento, el terapeuta tiene que calibrar en qué momento puede hacerle una devolución emocional o no. Evitando que no sobredimensione, o para que no se asuste de la vivencia que está contando; en este momento, la persona disociada está protegiéndose de algo que todavía no puede contar, pero en contacto con lo emocional y experimentando este mecanismo traumático de defensa que le permitió pasar por encima de lo vivido, «para pasarlo no atravesarlo».

En un primer momento, *NO es importante que lo NOMBREN en primera persona*, como a veces se señala en Gestalt; en estos casos es la única manera de empezar a expresar.

B1. «AQUÍ AHORA» como entrada y salida en la intervención

B2. RELATAR: A veces son solo frases, recuerdos corporales, sensaciones o sentimientos: primero hay que acompañar a la persona a que haga el vínculo, y que pueda encontrar en la relación con el terapeuta e incluso con el espacio terapéutico un lugar seguro. Hecho el vínculo con el terapeuta, vamos acompañando al paciente a que explore las imágenes, historia y biografía traumática desde el PRESENTE a lo pasado, intentando que en todo momento sienta un espacio seguro en «EL AQUÍ AHORA». Trabajar con el «*aquí ahora*» *facilita que vaya instalando una sensación de seguridad* en la relación y en el espacio terapéutico; con lo cual, esto facilita la intervención y posibilita que la persona vaya regulando el ritmo y no se sienta abrumada o se retraumatice y se disocie. Cuando se vaya trabajando con el trauma, el terapeuta estará pendiente de que no se disocie, y una forma de ayudarlo a ir incorporando que ahora puede defenderse, es TRAERLE AL MOMENTO PRESENTE e ir instaurando que hay salida en el AQUÍ AHORA.

Lo primero que debemos tener en cuenta cuando tratamos a pacientes con trauma, es que este tipo de pacientes vienen de diferentes maneras a terapia (en el caso de las violencias que estamos abordando en esta ponencia, suelen venir con la situación latente o activa que están sufriendo en presente). En estos casos las primeras intervenciones, «que no terapia», es asegurar el entorno, el contexto, y la relación, porque a veces la terapia en si misma les pone en más riesgo. Esto es así, ya que el perpetrador ve amenazante la terapia y puede intensificar las agresiones en la medida que el terapeuta, la terapia, desvela «la ley del secreto» que es una de las armas del agresor, pues en la medida que se desvela se sienten «amenazados» y las agresiones se

disparan. Con lo cual, lo más importante es asegurar la relación, teniendo en cuenta las circunstancias presentes de las víctimas, y que el apoyo, la escucha, la comprensión y tanto la terapia como el espacio supongan para las víctimas un lugar seguro.

En el caso que el paciente venga ya de adulto, y ya hayan pasado la situación de violencia o abusos, y acuda por las consecuencias del mismo, normalmente no se lo suelen contar, ni así mismos, ni al terapeuta y no suele ser «eso» lo que les trae a terapia. Sino que muchas veces es porque están repitiendo en el presente otras situaciones que repiten determinadas violencias. Teniendo en cuenta que han aprendido a vivir así y en tener normalizado el maltrato y la violencia como una forma de amor (y/o su forma de apego), verlo, lo tienen muy negado, o ciego. Salvo, que vengan con un caso grave de trauma o por una experiencia inminente que les haya traumatizado como una violación una agresión, o alguna situación traumática inminente.

En el caso del abuso sexual, en algunas ocasiones el conocimiento de que se fue o se es víctima comienza con una sensación, o con un minúsculo sentimiento, una secuencia de imágenes o sueños repetidos, pesadillas, sensaciones corporales raras, una vivencia de ser raros o diferentes. En este caso hay que confiar en esta voz interior y ver a partir de ahí qué se va dando, qué síntomas tienen, qué actitudes tienen en el presente.

B3. PRESENCIA. Como terapeuta, hay que chequear nuestras propias respuestas cuando trabajamos con personas con trastorno por estrés postraumático (TEPT), TEP complejo, relacional o cualquier tipo de herida emocional.

El material traumático que traen las personas evoca poderosas emociones, tanto en el terapeuta, como en el cliente/paciente. En muchos casos, como terapeutas, podemos sentirnos abrumados/as, experimentar emociones en respuesta a lo que están expresando y cómo lo están expresando (contratransferencia); o estar experimentando su propia respuesta traumática en ese momento. Estas respuestas pueden poner en peligro la eficacia del terapeuta si, ocurren fuera de la conciencia al estar completamente en contacto con uno mismo en el momento. A la vez, debemos permanecer abiertos, receptivos e inmersos en lo que está emergiendo en el momento, con un sentido extenso de espaciosidad y expansión de consciencia y percepción.

Esta consciencia arraigada, inmersa y expandida se acompaña de la intención de estar con y para el paciente, al servicio del proceso de reparación de las víctimas…

El dedicar unos momentos a respirar, y a enraizarse antes de empezar la sesión, facilita que los resultados de los clientes/pacientes sean mejores. De esta forma, somos más capaces de establecer un entorno seguro y de apoyo en el que las personas puedan procesar sus estados emocionales y narrativas acerca del trauma.

Todas las demás habilidades pueden aprenderse y aplicarse, *pero el desarrollo de la presencia terapéutica debe ser un proceso continuo*.

En la terapia Gestalt, tanto el «aquí y ahora» como la «presencia» son dos pilares de intervención.

Peñarrubia, en su libro «La vía del vacío fértil» (11), cita a Naranjo y la actitud gestáltica:

> *«El profesional con habilidad en psicoterapia es, sobre todo, aquel que puede producir acción real, más allá de las acciones superficiales, las cuales, si no están respaldadas por la actitud apropiada, no son más que un ritual vacío. Cualquier libro puede describir una técnica, pero una actitud debe ser transmitida por una persona.* «(Naranjo, 1989).

> *«Para poder comprender el trauma, necesitamos comprender la memoria. Para poder apreciar el modo en que los niños sanan, necesitamos entender cómo aprender a amar, cómo afrontan los desafíos, cómo les afecta el estrés. Y al conocer el efecto destructivo que la violencia y las amenazas pueden tener sobre la capacidad de amor y de trabajar, somos capaces de comprendernos mejor a nosotros mismos y de cuidar a la gente que forma parte de nuestra vida, sobre todo a los niños.»* Perry y Szalavitz , «el chico que criaron como a un perro» (12)

Ante las trazas que ha dejado en nuestro mundo emocional y sensorial, y sin querer entrar ahí, las personas traumatizadas solo reaccionan ante percepciones y sensaciones que aparecen. Tenemos que ayudar a las personas a que se acerquen a sí mismas y se acerquen a su interior. Y necesitan acercarse a esas sensaciones interoceptivas y ayudarles a que sea un entorno más seguro.

El problema, es que esta parte interoceptiva no funciona muy bien, entonces ¿cómo acceder a esta parte interior ¿Si no pueden acceder a su interior, no podrán mejorar?

Una parte importante del trauma es que no hay palabras suficientes, y por ello no se puede hablar. Hay que ayudar a las personas a encontrar palabras para definir sus experiencias; esto lo hace mucho más difícil en *los niños*, ya que no pueden encontrar palabras para definir la experiencia traumática. (Un niño no puede decir, estoy sintiendo que estas abusando de mí y esto me hace sentir una mierda o culpable).

No poder poner en palabras una experiencia es lo que la convierte en traumática. No se puede contar y no se puede compartir. Es traumático lo inenarrable y el trauma que nos aísla, y nos deja solos.

C) ¿Qué debe incluir el tratamiento de las consecuencias de las experiencias traumáticas?

Un trabajo de *reconstrucción de narrativas* en el que éstas se reconforman para dar cabida a la experiencia o a la existencia de una experiencia inenarrable.

La *experiencia de un lugar seguro* desde el que poder volver a aproximarse a la experiencia y sus consecuencias, y a un trabajo en el aquí y ahora que parte de la experiencia somática y que hace emerger nuevos significados de abajo arriba.

Lo que recuerdan las personas traumatizadas suele ser muy sutil, como: un olor, una fecha, un sabor y no pueden expresarlo con palabras.

Las personas traumatizadas no distinguen el pasado del presente. Conlleva mucho tiempo ver y valorar esto, y tiene mucha relevancia considerarlo y entenderlo cuando acompañamos a personas con trauma de este tipo.

Janet acuñó el término de «Disociación» *para describir la separación y el aislamiento de los recuerdos traumáticos*. También vio el alto coste de mantener esos recuerdos traumáticos a raya. Predijo que a menos de que las personas fueran conscientes de los elementos separados y los reintegraran en una historia que sucedió en el pasado (pero que ahora ya había terminado), experimentarían un lento declive en su funcionamiento personal y profesional. La disociación impide que el trauma se integre en los almacenes conglomerados y cambiantes de recuerdos autobiográficos, creando un sistema dual de recuerdos. El objetivo del tratamiento sería la asociación: *integrar los elementos recortados del trauma en la narración continua de la vida, para que el cerebro pueda reconocer que «aquello era antes y esto es ahora».*

Los profesionales somos clave en este sentido, por eso necesitamos trabajarnos nosotros mismos para poder acompañar, ya que somos espejos para las personas que tratamos. Se predice el futuro con base en las experiencias pasadas, si hay recuerdos pasados donde recordarse, tienen proyección del futuro, pero si tienes unas experiencias traumáticas, el mensaje será: «nadie me quiere», «soy malo»…, y eso se impregnará como una huella de indeseado. Lo que importa es «reescribir» en el cerebro de las personas, que los pensamientos abstractos no son procesos racionales, se basan en las experiencias.

Las herramientas gestaltistas para trabajar con el trauma:

- *La silla vacía*, por ejemplo, ayuda al paciente a apropiarse de la capacidad de defensa, la memoria de miedo ancla la indefensión o, al contrario, que de una manera u otra pudo enfrentarse o escapar de agresor. Lo que trabajamos es cómo apropiarse de la experiencia, en estos casos de la defensa.
- *El aquí ahora*, diferenciándolo del pasado.
- *La escucha* presente y lo relacional del vínculo con el terapeuta…
- *Ayudamos al paciente a la Re-consolidación de la Memoria* que perdió o disoció, le ayudamos a la INTEGRACIÓN DE LA EXPERIENCIA.

La polaridad de contacto/retirada que lleva a la autorregulación

También querría traer a colación al psicodrama, como una herramienta que la terapia Gestalt a incorporado al trabajo al trabajar las escenas. Debemos

tener especial cuidado en interpretar las escenas traumáticas si no hemos abordado antes con la persona sus fortalezas, sus recursos o mecanismos de defensa que le permitieron salir del terror o de la experiencia que vivieron, en el caso de los niños aun es más difícil, y mucho más si están viviéndolo en ese momento. Conviene citar a Kate Hudgins, una psicodramatista que propone el «triángulo del trauma» y un sistema o metodología basada en tres premisas:

1. *Seguridad*: no se mueve nada ni se interviene en nada con el paciente hasta que no haya una relación con el terapeuta.
2. *Experiencia profunda.*
3. *Futuro.*

Kate Hugins trabaja con una técnica a la que llama «Modelo de la Espiral Terapéutica». Para facilitar el abordaje utiliza una serie de roles que divide en: roles prescritos (yo observador, fortaleza personal, fortaleza interpersonal, doble contenedor); roles basados en el trauma (la víctima, el agresor y la autoridad negligente o abandónica); y roles transformadores que surgen de la interacción de los anteriores. Esta técnica hay que ponerla en práctica después de mucho trabajo en terapia, cuando la víctima ya sienta el vínculo, el lugar seguro, tenga interiorizadas las fortalezas, la salida y entrada del pasado y del presente. Aconsejo entonces trabajar con escenas presentes, para así ir incorporando los mensajes de la «autoridad apropiada» ya interiorizada y poder escuchar al cuerpo como otro rol externo que ya no es amenazante. Quisiera destacar que, en términos de legalidad es importante que se cuide y vele por los niños y que los adultos pongamos en conciencia la responsabilidad de cuidar el derecho que tiene un niño a ser niño y que preservemos y protejamos el que no se les arrebate estos derechos con un abuso de poder de los adultos responsables de su educación y cuidado.

Normalmente, el niño, por su posición de dependencia vital con respecto a sus padres, se encuentra en la imposibilidad de comunicar su tragedia denunciando su paradójica situación. Cualquier forma de desvelar qué le pasa puede acarrearle más violencia. La única alternativa que le queda es aguantar y guardar el silencio y adoptar la dinámica y la comunicación patológica y violenta de sus padres. Mi propuesta ante este asunto tan tremendamente extendido y dramático, es que los que hayamos vivido una experiencia similar o estemos cerca de alguna, tratemos de algún modo, social, legal, terapéuticamente, estos asuntos, que tengamos principalmente en cuenta la atención puesta en el menor o en la víctima, y abramos la escucha. También que escuchemos o consideremos en la medida que podamos al agresor, mirando el entorno, la estructura y el sistema familiar en el que viven, la situación en la que se producen los hechos, la época en la que se produjo, los síntomas… Y que, alejándonos del juicio, pudor o prejuicios, intervengamos teniendo en cuenta siempre la necesidad del niño o de la víctima. Que la sutileza en el trato y la escucha nos abra la mirada y nos indique la ayuda que podemos aportar.

«La vergüenza es un sentimiento de fracaso, inferioridad, transgresión y alienación, producidos como un tormento y una enfermedad del alma. Una herida que se siente internamente y nos separa de los otros. La vergüenza es un efecto que está en la base de muchos estados internos: depresión, alienación, falta de seguridad, soledad y aislamiento.» (13)

Dominique Vrignaud, jueza de menores que ejerce en Lille, dice así:

«Las situaciones abordadas son mucho más amplias y no recubren la totalidad de los incestos. En consecuencia, el juez de menores no está ligado al enunciado de las reglas consuetudinarias, morales, religiosas o a las leyes positivas, sino a la calidad de las condiciones de vida y de desarrollo del niño producidas por el o los detentores de la autorizad paterna.» (14).

UN GRITO DE SOLEDAD
Camino por la vida con el alma marchita
Sólo el miedo, el dolor, la vergüenza la agitan…
Siento frío de muerte, y no hay nada de abrigo…
Me han herido tan hondo los que tanto he querido,
me han robado los sueños, sin haberlos tenido,
me han dejado sin fuerzas, sin amor, sin estima,
con la fe y la esperanza ya por siempre perdidas.
Pero un día cualquier cuando pude contar
susurrando en palabras el tormento vivido,
la ilusión me cegó pensé: ¡conmovido!
«que la ley y los jueces cambiarían mi destino».
Y así fue que muy débil empecé otro camino,
muy difícil, muy duro de poder transitar,
porque lo imperdonable que habían hecho conmigo
paradójicamente, yo debía probar.
Cómo puede probarse lo que es imposible,
porque hoy todavía nadie pudo inventar,
algo que llegue y vea en el fondo del alma,
las heridas y marcas que por siempre estarán?
Por eso yo les pido en el nombre de todos,
a los que de algún modo algo puedan hacer,
que recuerden que somos no sólo un expediente,
sino aquellos que quieren del infierno volver.
Finalmente les dejo estas simples palabras,
ojalá que ellas siempre orienten su accionar,
porque en su interior llevan nuestra fe y confianza
y lo que siempre en ustedes esperamos encontrar.

Referencias

1. Miller A. Por tu propio bien: Raíces de la violencia en la educación del niño: 4 (Condición Humana). Barcelona: Tusquets Editores, 2021.
2. Burkart E. Der Weg zu den Schafen. Zürich: Artemis, 1979.

3. Peñarrubia F. El oficio de escuchar. Barcelona: Ediciones La llave; 2022 (p. 29-30).
4. Barudy J. El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós, 1998; p. 19.
5. Miller A. El cuerpo nunca miente: 3 (Condición Humana). Barcelona: Tusquets Editores, 2004; p. 4.
6. Eger E. La bailarina de Auschwitz: Una inspiradora historia de valentía y supervivencia (Biografías y Memorias). Editorial: Planeta, 2019
7. González A. No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes y profesionales. Autor-editor, 2017.
8. Rothschild B. El cuerpo recuerda La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma. Barcelona: ED. ELEFTHERÍA, 2015.
9. Geller S M, Greenberg L S. Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association, 2012.
10. Wolynn M. Este dolor no es mío. Identifica y resuelve los traumas familiares heredados. Gaia Ediciones, 2016.
11. Peñarrubia F. Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil (Alianza Ensayo). Madrid: Alianza Editorial, 2008.
12. Perry B, Szalavitz M. El chico a quien criaron como perro: y otras historias del cuaderno de un psiquiatra infantil. Madrid: Capitán Swing, 2016.
13. La voz de la vergüenza [Internet]. Gestalt Barcelona. 2024 [citado el 26 de enero de 2025]. Disponible en: https://gestaltbarcelona.com/la-voz-de-la-verguenza/
14. Héritier F, Cyrulnik B, Naouri A, Vrignaud D, Xanthako M. Del incesto. Madrid: Ed. Nueva Visión, 1995; p. 104.

ISBN: 978-84-95287-41-0



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 71