

**LA HISTORIA MÉDICO LEGAL EN CASOS DE DELITOS SEXUALES EN NIÑOS
-UN ENFOQUE MÉDICO FORENSE-**

(The medical-legal history in cases of sexual assault in children.

A forensic medical approach-)

**Dr. Édgar Alonso Madrigal Ramírez⁴²
Dr. Jorge Mario Roldán Retana⁴³**

RESUMEN

Se ha considerado al Interrogatorio Médico Forense en casos de Delitos Sexuales en Niños como revictimizante. La Historia Médico Legal en Delitos Sexuales recoge la información necesaria para orientar el Examen Físico y para la recolección de evidencias en la víctima y en su contexto. Existen técnicas médico forenses para interrogar al niño con el afán de evitar la revictimización, entendida esta como el sufrimiento que experimentan las víctimas al promoverse una actualización del evento traumático. La Historia Médico Legal persigue objetivos diferentes al resto de los interrogatorios dentro del proceso judicial y sigue las pautas del Arte y Ciencia de la Medicina y bien implementadas no produce la revictimización del paciente.

PALABRAS CLAVE

Delitos Sexuales en Niños, Historia Médico Legal en Niños, Revictimización en Niños, Técnicas de Interrogatorio en Niños, Peritación Médico Legal en Niños.

Recibido 24-04-2007

Aceptado 25-06-2007

SUMMARY

The Forensic Medical interrogation has been considered as revictimizing in cases about Sexual Assaults on Children. The Medical Legal History in Sexual Assaults meets the necessary information to guide the two main procedures: the physical examination and the gathering of evidence on the victim as well as in its context. There are forensic techniques to avoid revictimization on children during interrogation, understanding the revictimization as the suffering the victim experiences, when remembering a traumatic event during the Medical Legal Examination. The medical-legal history pursues goals that are different from those of other interrogation procedures within the judicial process, and when following the guidelines of the art and science of medicine, it well established, do not produce revictimization of the patient.

KEY WORDS

Sexual Assaults in Children, Medical Legal History in Kids, Revictimization, techniques to ask the child, the Medical Legal Examination.

⁴² Médico Forense, Clínica Médico Forense - Departamento de Medicina Legal.

⁴³ – Médico Forense, Consejo Médico Forense – Departamento de Medicina Legal.

Introducción

El presente trabajo se encuentra motivado por la creciente creencia de que la toma de la Historia Médico Legal en los niños es revictimizante, siendo que en los últimos meses se han recibido solicitudes de Dictamen Médico Legal en la Clínica Médico Forense por asunto de abuso sexual en menores, en que la Autoridad Judicial expresamente pide no tomar el relato de los hechos al menor para no revictimizarlo.

Este estudio pretende constituirse en una guía informativa a las diferentes instancias que trabajan con niños en el ámbito del delito sexual, acerca de la técnica de toma de la Historia Médico Legal como un instrumento imprescindible en el contexto de la valoración médica bajo una perspectiva no revictimizante.

Y es que el niño, entendido este como un individuo menor de 12 años, merece un trato en que se le respete su integridad física y psicológica y en que su relato pueda ser apreciado desde una doble perspectiva científica y humanista.

Las diversas técnicas a tratar pueden ser utilizadas también en adolescentes.

Objetivos de la Historia Médico Legal

Con el fin de analizar la dinámica de las lesiones, se pretende cumplir con dos objetivos primordiales:

1. Recoger la mayor cantidad posible de información útil relativa al delito sexual propiamente dicho desde la perspectiva médico forense.
2. Recoger la mayor cantidad posible de información de otros delitos que hayan acaecido concomitantemente al delito sexual desde la perspectiva médico forense.

Estos objetivos persiguen orientar el examen físico con el fin de documentar las lesiones sufridas y para la toma de muestras y demás evidencias; así como tener suficiente información en caso de valorar el daño corporal sufrido y aportar desde el enfoque médico los elementos necesarios para colaborar en la tipificación del delito.

No debe confundirse la toma de información de parte de un médico forense con la de un psiquiatra o psicólogo, los objetivos de cada uno son diferentes. El fin primordial del Médico Forense al recoger la información es no revictimizar y no introducir información que el niño pueda alterar al ser nuevamente interrogado por otros especialistas.

Técnica de Historia Médico Legal

Planeamiento

Es necesario priorizar la atención de las víctimas de delitos sexuales, principalmente si se trata de niños. El criterio para esta selección está en la recolección de la evidencia y estado del menor. Si el abuso tiene menos de cinco días esta debe realizarse al momento de la denuncia, si tiene más de ese tiempo, entonces preferiblemente en horas de la mañana o la tarde en que el niño esté descansado, tranquilo y pueda mostrarse cooperador.

El entrevistador evitará sentirse agobiado por situaciones particulares que le produzcan ansiedad, ira u otros sentimientos que puedan interferir en el proceso de entrevista; debe encontrarse emocionalmente dispuesto.

Debe contarse con tiempo suficiente para realizar la valoración.

El Espacio

Una adecuada implementación del espacio colaborará en la obtención de mayor confianza con el menor.

La Entrevista debe llevarse a cabo en un lugar tranquilo, en que se eviten interrupciones, esto con el fin de que el menor se concentre.

El ambiente debe garantizar confidencialidad y que el niño se sienta razonablemente a gusto. Si es un sitio “formal” debe procurarse convertirlo en lo más amistoso posible, pudiendo ser decorado con figuras o dibujos, que no llamen exageradamente la atención, por cuanto afectan la memoria, la atención y el funcionamiento cognitivo y verbal del menor (1).

Algunos autores recomiendan sentarse cerca del menor, no detrás del escritorio, sin embargo debe guardarse una distancia prudente.

El Entrevistador

El Entrevistador Médico Forense debe demostrar capacidad profesional, lo cual no solo infunde confianza al niño sino también a sus acompañantes. Se presentará ante su paciente. Se mostrará paciente en relación con el proceso de entrevista, más aún tratándose de niños, los cuales por lo general se muestran asustados; debe ser percibido por estos como una persona agradable y neutral. El entrevistador debe apoyar al niño sin tomar partido de la situación.

No debe ser rudo o duro en sus actitudes para con el paciente y en general con el proceso de entrevista, no deberá tocar o palpar al paciente durante esta fase pero se enfatizará en el contacto visual (mirar a los ojos del niño); tampoco se permitirán interrupciones o interferencias como contestar llamadas telefónicas o

revisar la agenda (esto puede interpretarse como que el entrevistador tiene asuntos más importantes que hacer) (1,2).; manejará al menor con mucho tacto y prudencia, siempre recordando que los menores no están preparados ante las preguntas ni los exámenes que debe enfrentar en el proceso judicial que se sigue.

El entrevistador debe mostrarse tranquilo y calmado aunque lo que el niño le transmita pueda remover sus sentimientos; en caso que esto ocurra, es aconsejable consultar con un especialista en la esfera de lo psicológico con el fin de manejar la situación y mantener la objetividad.

Es necesario que el entrevistador esté entrenado y cuente con experiencia; este utilizará un lenguaje que el niño pueda comprender, de acuerdo a su edad cronológica y desarrollo mental, así como de acuerdo al entorno en que el niño se ha desenvuelto (no es igual si ha crecido en un ambiente campestre que en la ciudad), para esto sondeará el nivel y tipo de lenguaje con que responde el menor.

Se sugiere que el Médico no utilice su gabacha blanca durante la entrevista con niños, por cuanto asocian este elemento con situaciones no agradables o en las que han sentido dolor (inyecciones, procedimientos médicos diversos, etc.) esto los atemoriza, produciendo reacciones de enojo y miedo que pueden dar al traste con el interrogatorio. Lo que se busca es que el niño no asocie el dolor con nuestra intervención.

El Menor

La literatura mundial defiende el hecho que la entrevista se realice a solas con el paciente, con el fin de evitar que los acompañantes ejerzan algún tipo de coerción o amenazas que influyan en lo que el niño tenga que narrar, o bien,

que el niño esté preocupado por agradar al acompañante o que sus alegaciones estén estimuladas por los padres. (1,2)

Puede ocurrir que no brinden la información solicitada al sentir temor de ser castigados o por experimentar vergüenza.

Siempre hay que tener a la vista que los niños (sobre todo si son pequeños) pueden experimentar ansiedad por la separación en situaciones con las que no están familiarizados; para esto puede ayudar que el entrevistador pida previamente a los cuidadores que lo preparen para quedarse solo o indicar al niño dónde lo van a estar aguardando sus padres y permitirle, de ser necesario, que compruebe que siguen ahí. (1, 2)

Si aún así el niño desea estar acompañado, debe permitirselo (la experiencia indica que entre más pequeño sea el menor, hay más probabilidades de que quiera estar con el adulto).

Debe tomarse en cuenta en la formulación de las preguntas, que los niños, sobre todo los más pequeños, no manejan el concepto del tiempo, por lo cual sus respuestas pueden no resultar del todo congruentes con el tiempo transcurrido a partir de los hechos.

El Consentimiento Informado

El consentimiento informado se solicitará, adecuándolo a la edad y capacidad de discernimiento del niño.

El Interrogatorio

En el ámbito psicológico, se utiliza el término rapport para describir la empatía necesaria para poder intervenir con el paciente de una manera efectiva. Este

rapport consiste en una relación cálida y de confianza antes de abordar el tema del abuso. El entrevistador puede ganarse la confianza del niño a través de actividades como un juego corto, el dibujo o una pequeña charla sobre sus actividades favoritas. (1, 2)

Es importante averiguar las palabras específicas que el niño o niña usa para las partes anatómicas privadas de su cuerpo, las cuales serán utilizadas por el entrevistador ante alguna aclaración que sea prudente, aún cuando nos pueda resultar una palabra vulgar o inadecuada. Esto puede implementarse preguntando con un dibujo o diagrama de un monigote sencillo el nombre que le da a las diversas regiones y estructuras corporales.

Para nadie es un secreto que en nuestra cultura, el sexo sigue siendo un tema tabú del que ni la familia ni la sociedad han querido responsabilizarse (esto aunado a una temerosa educación sexual en escuelas y colegios), es así que los niños manejan el tema de la sexualidad asociada a un lenguaje inapropiado y a creencias distorsionadas; no correspondiendo al perito en su quehacer forense criticarlo u ofrecer una clase de educación sexual al menor o a sus acompañantes.

Es apropiado solicitar al menor que aclare ciertas palabras o términos que no estén claros y a su vez indicarle que si alguna de nuestras preguntas no es comprendida se nos puede pedir que le expliquemos o se la replanteemos. (1, 2)

En niños es importante al momento de recoger la información, utilizar estrategias que eviten la inducción o que sugieran las respuestas. (1, 2)

El norte del interrogatorio debe ser "no revictimizar", lo cual se logra no permitiendo que el menor sienta que está "en problemas" o "que se sienta culpable"; no se criticarán las palabras o el lenguaje que el niño escoge para

expresarse, no se presionará al niño o niña para que responda a cosas que no desea responder y no se mostrará horror o desaprobación por los padres o cuidadores del niño, por el niño mismo, su narración o por la situación (1,2)

Datos necesarios que se deben tomar en el Interrogatorio.

Se anotarán los aspectos esenciales de lo sucedido con el fin de guiar el examen físico y determinar la relación de lo narrado con los hallazgos obtenidos.

Nuestra intervención en relación con el interrogatorio estará limitado a conocer, a través de preguntas abiertas, el cuándo, dónde, quién, qué y cómo ocurrieron los hechos; no el ¿por qué? ya que puede resultar culpabilizante; además es importante conocer la evolución de los hechos hasta el estado actual y la existencia de estados anteriores y/o posteriores.

Mucha de esta información puede ser cotejada con datos que puedan ofrecer los acompañantes (progenitores, trabajadores sociales, etc.).

Cada hecho que se describa debe anotarse individualmente.

La pregunta ¿Cuándo?

El ¿cuándo sucedió? trata de enmarcar la fecha y hora más exactas posibles en que ocurrieron los hechos, esta pregunta contextualiza el hecho y es de suma relevancia en la determinación de la relación cronológica con los hallazgos del examen físico, además sirve como punto de referencia para la búsqueda o solicitud de datos de atención médica en los diversos centros médicos en caso que así se requiera.

Si ocurrió en varias ocasiones, éstas deben de anotarse con los respectivos sitios del traumatismo en cada una de ellas. Se debe anotar el número de veces que ocurría y las circunstancias. Su utilidad versa acerca del criterio de Simonin en cuanto a la relación cronológica con el trauma y para la idoneidad en la toma de las muestras. (3)

La pregunta ¿Dónde?

El ¿dónde? tiene utilidad para determinar el sitio en que el paciente se encontraba al momento de los hechos; lo cual es necesario en la explicación de la dinámica de la producción de las lesiones y poder correlacionarlo con los hallazgos (Vía pública, parque, potrero, edificio, automóvil, etc.) (3)

La pregunta ¿Quién?

La importancia del ¿quién? radica en la determinación de la identificación del agresor, filiación con la víctima (padre, madre, hermano, padrastro, vecino, etc.), el número de sujetos que intervinieron y da una idea de la fuerza aplicada (3)

De ser posible, si hay información adicional debe ser recabada. En ocasiones es de importancia para el proceso investigativo, por ejemplo, las lesiones que pudo sufrir el agresor, la zona geográfica y otros elementos del medio, además de algunas características físicas del imputado. Esta información no solo es importante para el ámbito policial sino que desde el punto de vista médico sirve para correlacionar y buscar evidencia en la víctima, como por ejemplo los arañazos en los que se buscaría tejido en las uñas.

La pregunta ¿Cómo?

El ¿cómo? se refiere a la dinámica de los hechos traumáticos, con este fin, se indagará hasta donde el paciente logre producir, en relación con las características del abuso sexual; si se realizó con o sin ropas, las partes del cuerpo que fueron involucradas, las regiones que fue obligado a tocar en el supuesto abusador, la vía en caso de penetración (vía vaginal, anal, oral), el objeto con que se produjo el evento traumático (pene, dedos, objetos contundentes, etc.), historia de eyaculación y los sitios de contacto con fluidos biológicos (saliva, semen, etc.); el acaecimiento de lesiones y si medió el uso de fármacos, drogas o alcohol en alguno de los individuos involucrados, además de la posibilidad de intimidación y amenazas; si posterior al hecho recibió atención médica, si se lavó o bañó el o las áreas afectadas o si hubo cambio de ropas. Toda esta información es de suma importancia para determinar relaciones de causalidad, orientación de la toma de muestras, etc.

El Estado Actual

El Estado Actual se refiere al cuadro sintomatológico de las lesiones que el paciente esté experimentando en la actualidad (dolor, sangrado, etc.), dependiendo del tiempo transcurrido desde la fecha de los hechos

La Evolución

La Evolución del cuadro clínico es importante porque nuestro sistema penal valora la incapacidad temporal y secuelas para tipificar y valorar el delito. Hay que recordar que en algunos pacientes se producen lesiones y/o secuelas físicas. Si durante la entrevista se considera que el estado mental está muy afectado o pueden existir secuelas en la esfera de lo mental, se referirá al especialista en psicología o psiquiatría.

El Estado Anterior y Posterior

El Estado Anterior y Posterior se refiere al acaecimiento de hechos similares antes o después de los hechos denunciados así como de patología previa en las áreas involucradas; su utilidad versa en el criterio de Simonin relacionado con la exclusión de una causa extraña al trauma (criterios de concausa) (3)

Ninguna de estas preguntas se realizará a priori desde el principio de la evaluación, las preguntas serán abiertas, con el fin de no introducir ideas falsas o que la pregunta lleve incluida la respuesta. A este respecto se utilizarán técnicas como las citadas en la siguiente guía para preguntar al niño:

Conociendo al paciente

Hola, me llamo (...), ¿Cómo te llamas tú?.

¿Dónde vives?, ¿Cuántos años tienes?, etc.

A este nivel es apropiado aplicar algunas técnicas de rapport y puede introducirse las siguientes oraciones:

“Mi trabajo consiste en hablar con las personas sobre las cosas que han vivido y es muy importante todo lo que me digas”.

“Si te hago una pregunta y no sabes qué significa o qué quiero decir, podés decirme que no sabes qué quiero decir o qué te estoy diciendo y entonces yo te haré la pregunta de otra forma. Igual, si yo no entendiera algo de lo que me cuentas, te pediré que me ayudes a entenderlo mejor”. (1,2).

En relación con los hechos propiamente dichos

Se pueden formular preguntas como:

“Quisiera que me contaras si sabes ¿por qué te trajeron hoy aquí?”.

“Me gustaría pedirte que me cuentes todo lo que recuerdas de lo ocurrido”.

“¿puedes decirme un poco más respecto de eso?, ¿cómo ocurrió?”.

Se le permitirá entonces al menor que narre abiertamente lo que él desee y se le permitirá que cuente la historia sin interrumpirse, excepto para instarlo a que continúe el relato del evento. Todo aquello que se transcribe literal se anotará entre comillas.

Bajo ninguna circunstancia se realizarán preguntas tales como ¿Alguien te tocó?, ¿Quién te abusó?, ¿Qué fue lo que te pasó?, ¿Te gustó?

Si el paciente no desea, no quiere o se resiste a proporcionar historia, lo conveniente es no insistir y buscar otras fuentes de información (podría ayudar ofrecer preparación psicológica y/o psiquiátrica).

Al finalizar, el entrevistador puede darle las gracias al niño por su participación en el proceso de entrevista, no por haber revelado los abusos; además no deben hacerse promesas o afirmaciones sobre el futuro del curso del caso. (1,2).

Otras consideraciones

Debe recordarse que el abuso sexual no puede diagnosticarse de la historia clínica, esta será un instrumento para orientar el examen físico y la toma de muestras biológicas.

A pesar de narraciones en que se habla de eventos de gran traumatismo físico, no siempre se encontrarán signos de violencia física, ya sea porque ha pasado tiempo a partir de la fecha de los hechos (el cuerpo del niño pudo haber sanado de sus lesiones) o bien porque los hechos no produjeron lesión física observable y no necesariamente porque el niño haya mentido.

También es importante tomar en cuenta muchas veces, lo que el niño cuenta es una interpretación de lo que él considera sucedió, como por ejemplo decir “me metieron la pipí en el culito”, cuando en realidad se trató de un frotamiento de un pene entre las nalgas.

Si el Médico Forense no habla con su paciente, hará más traumática la valoración, se habrá saltado el proceso de rapport y el de la oportunidad de que el menor conozca un poco más acerca de nuestra forma de intervenir como médicos (lo cual baja la ansiedad del niño).

Revictimización

La revictimización, conocida también como victimización secundaria, se refiere a “sufrimientos que a las víctimas, a los testigos y mayormente a los sujetos pasivos de un delito se le infieren las instituciones más o menos directamente encargadas de hacer justicia: policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, etc.” y podría promover una

actualización de lo sucedido, configurándose en una experiencia traumática.
(4)

Se puede definir como toda acción u omisión que empeore el estado físico y/o psíquico de la víctima (5). A este respecto en el sistema judicial costarricense, existe toda una política de protección a los menores, como puede observarse en el documento de “Directrices para reducir la Revictimización de las personas menores de edad en los procesos penales” de la Comisión Nacional para el Mejoramiento de la Administración de Justicia y que fue acogido en la sesión N° 28-03 del 28 de julio del 2003 de la Corte Plena del Poder Judicial de Costa Rica.

Es así, que para evitar la revictimización, las diversas instancias judiciales hacen su mayor esfuerzo, sin embargo, algunas han confundido la labor del Médico Forense como revictimizante, solicitándole que “no tome el relato de los hechos al menor para no revictimizarlo”, remitiendo al médico a la copia de la denuncia judicial que se adjunta a la solicitud de Dictamen Médico Legal. Es necesario que la Autoridad Judicial conozca que la Historia Médico Legal es el interrogatorio que se realiza al paciente utilizando técnicas que evitan la revictimización (tal y como se demostró con anterioridad) y no puede ser reemplazada por la denuncia judicial por cuanto persigue objetivos diferentes y por cuanto no fue tomada con la técnica médico legal especializada.

Con el fin de ilustrar el proceso de entrevista al menor, se cita el siguiente ejemplo hipotético:

Caso

Médico Forense: Dirigiéndose a la Paciente (“Ana”) y a su madre: “Buenas tardes, pasen adelante y tomen asiento, mi nombre es (...) y estoy para servirles”

El médico no se identifica como “el doctor” para evitar reacciones de miedo de la paciente, la cual se nota llorosa y asustada (previamente se despojó de la gabacha blanca). El médico ha hecho contacto visual con la menor y se muestra tranquilo e interesado en el caso.

Médico Forense: “Hola” (dirigiéndose a la niña), “¿cómo te llamas?”

Paciente: “Ana”

Médico Forense: “Muy bien... ¿Y cuántos años tienes, Ana?”

Paciente: “Nueve” (años)

Médico Forense: “¿Adónde vives?”

Paciente: “En Limón”

Médico Forense: “¿Vas a la escuela?”

Paciente: “Sí”

Médico Forense: “¿En qué grado estás?”

Paciente: “En tercero”

Médico Forense: “¿Te acuerdas de tu fecha de nacimiento?” (intento de valorar memoria)

Paciente: “Sí, el nueve de julio de mil novecientos noventa y siete”

Médico Forense: “¿Con qué mano escribes?”

Paciente: “Con esta (levanta la derecha)”

Médico Forense: “Y usted señora, cuál es su nombre y qué es de Ana?”

Madre de Paciente: “Mi nombre es Eva y soy la madre de Ana”

Médico Forense: “Doña Eva, ¿usted me permitiría conversar un momento a solas con Ana?”

Madre de Paciente: “Está bien (dubitativa)”

Médico Forense: “Gracias, puede quedarse cerca de la puerta y dejarla entreabierta, sólo vamos a conversar”. (con el fin de bajar defensas en su madre)

Madre de Paciente: La madre sale tranquila

Médico Forense: “Muy bien Ana, cuéntame ¿cómo te va en la escuela?”

Paciente: “Bien”

Médico Forense: “¿Cuál es tu materia favorita?”

Paciente: “Ciencias”... ¿Usted me va a inyectar? (la menor corta las posibilidad de realizar más técnicas de rapport).

Médico Forense: “No Ana, aquí no tengo inyecciones. Mi trabajo es conversar con niños, jóvenes y adultos sobre algunas situaciones que hayan vivido... Por cierto, ¿quisieras contarme si sabes por qué te trajeron aquí el día de hoy?”

Paciente: “Es que me da vergüenza”

Médico Forense: “No te preocupes, yo he escuchado muchas historias que me han contado otros niños y niñas como tú, inclusive gente grande y estoy acostumbrado, además de que ese es mi trabajo”

La paciente narró fluidamente y sin interrupción todo lo siguiente (se transcribirá entre comillas en el informe): “Un muchacho me agarró hoy a las doce”

Médico Forense: “¿Quieres contarme más...?”

Paciente: “Yo iba para mi casa con un vecino que es un chiquito y nos topamos de frente a un muchacho, mi vecino salió corriendo a pedir ayuda, el muchacho me haló del brazo y me metió al cafetal, no me dejó gritar porque dijo que si gritaba me mataba y me acostó en el cafetal en mis pantalones, me quitó toda la ropa y se bajó el pantalón y me metió el palo en la vagina y me chupó los pechos”.

Médico Forense: “¿Me podrías explicar qué es un palo para ti?”

Paciente: “Es por donde orinan los hombres”.

Médico Forense: “Te acuerdas de algo más?...”

Paciente: “Ah, sí, me preguntó dónde vivía y yo le dije que vivía en otra parte, también me preguntó quién era el niño que iba conmigo y luego me echó una baba blanca en la vagina y luego dijo ya terminamos”

Médico Forense: “Y que pasó después?”

Paciente: “Me puse la ropa, pasamos por un río y me dejó ahí, unos compañeros míos llegaron a rescatarme, ellos vieron cuando el muchacho salió corriendo, también me pidió que le chupara abajo y yo lo hice porque si no me mataba”.

Médico Forense: ¿Te acuerdas como era ese muchacho?

Paciente: “Ya no quiero hablar más con usted y ya quiero irme a mi casa”

Médico Forense: “Muy bien, tranquila, te agradezco por haber conversado este rato conmigo, todo lo anoté y luego se lo voy a dar a un Juez que es una persona que necesita conocerlo para tomar algunas decisiones ¿qué te parece?”

Paciente: “Está bien”.

Médico Forense: “Bueno, ahora vas a salir un momento y va a entrar tu mamá... Quieres pintar un ratito mientras converso con ella?”.

Paciente: “Está bien”.

Médico Forense: “Siéntese doña Eva, cuénteme ¿qué sabe usted del caso?”

Madre de Paciente: “Lo que dijo Ana en la Fiscalía, que venía con un amiguito para mi casa, se toparon a un señor, él la agarró del brazo, la metió a un cafetal, le pidió que hiciera todo lo que quería si no la mataba, le puso un suéter en la cara, le bajó los calzoncitos y la tocó con un palo, creo que con una bandola de café, pero no quiso contarle nada más al Fiscal”.

Médico Forense: ¿Es la primera vez que le sucede algo así a Ana? (en relación con estados anteriores).

Madre de Paciente: “Sí, es la primera vez”.

Médico Forense: “¿Padece de alguna enfermedad, la han operado o se ha fracturado algún hueso? (en relación con antecedentes patológicos, quirúrgicos y traumáticos)”.

Madre de Paciente: “Sólo de un fuerte estreñimiento”

Médico Forense: “Bueno, vamos a hacer pasar a Ana, me gustaría que usted le explicara que le vamos a examinar el cuerpecito incluyendo la vagina, que va a estar tapadita y que le vamos a ir descubriendo parte por parte de su cuerpo, también que va a venir una muchacha, es muy profesional (la enfermera) para acompañarnos y quisiéramos que cooperara, es algo rápido y no va a sentir dolor, o si prefiere yo hablo con ella”.

Madre de Paciente: “No se preocupe doctor, yo ya conversé con ella y me dijo que ella estaba de acuerdo”

Médico Forense: “Entonces pásela adelante para hacerle el Examen Físico”

Discusión del caso

¿En qué colaboró el anterior interrogatorio médico al caso?, precisamente en que gracias a la información que la paciente ofreció en el presente caso al Médico Forense, este logró orientar e implementar un adecuado examen físico en que se revelaron zonas corporales de suciedad por polvo y hojarasca, además de excoriaciones lineales en varias partes de su cuerpo (lo cual concordaba con el sitio en que la niña narró que fueron ocasionados los hechos, un cafetal y su desnudez), además se encontró un desgarró en el introito vaginal aún sangrante (que pudo haber sido ocasionado por el efecto de presión de un objeto como puede ser un pene) y se tomaron muestras para semen (las cuales resultaron positivas), también se encontró una fisura anal no sangrante que impresionaba antigua (lo cual concordaba con la historia de estreñimiento crónico), asimismo el Médico Forense tomó muestras orientadas al sitio anatómico (gracias a la descripción de la niña) para determinar saliva en la piel del pecho y semen en cavidad oral (las cuales resultaron positivas a posteriori); dicha información no fue ofrecida a la Fiscalía ni tampoco a su madre, por lo cual, de no haberse efectuado un adecuado interrogatorio, se habrían perdido evidencias, las cuales resultaron positivas y sirvieron para establecer relaciones de causalidad. Además, fue el Médico Forense quien pudo dilucidar que en realidad en lugar de un “palo” o “bandola de café”, la menor se refería a un “pene”. También es de hacer notar que el Médico Forense respetó las normas de interrogatorio para evitar la revictimización.

Conclusiones

1. Los profesionales que intervienen en la valoración de casos de abuso sexual en menores deben coordinar acciones que no dañen ni la integridad física ni mental del menor.

2. La entrevista médico legal en casos de delitos sexuales en menores es necesaria por cuanto:
 - A. Los mejores datos se obtienen del menor, es por esto que cuando la Autoridad Judicial no permite el interrogatorio con el menor, se pierde valiosa información acerca de la dinámica de las posibles lesiones y en la búsqueda de evidencias físicas o de laboratorio.
 - B. La entrevista dirigida por un profesional no médico no podrá sustituir los objetivos que persigue el Interrogatorio Médico.
 - C. El interrogatorio médico colabora en el establecimiento de la relación de rapport con el paciente lo que usualmente facilita la exploración física.
 - D. Al recogerla se obtiene la posibilidad de que el paciente informe sobre aspectos técnicos médicos necesarios para orientar la exploración física, la toma de muestras y da una idea del estado psicológico del paciente, también orienta en relación con la dinámica de los hechos, para el establecimiento de relaciones causa – efecto y diagnósticos diferenciales; siendo que la denuncia judicial no está orientada desde la esfera médico legal, por cuanto no fue tomada con la técnica médica especializada.

3. Toda institución en que se realicen valoraciones médico forenses, deberá contar con protocolos de valoración en que se establezcan requisitos mínimos por cumplir para recoger una adecuada historia médico legal que a su vez no sea revictimizante.

4. Las técnicas de interrogatorio médico, aún en víctimas de delitos sexuales, siguen las disposiciones del Arte y Ciencia de la Medicina y bien implementadas no producen la revictimización de los pacientes.

Bibliografía

1. Cantón, J. 2000. Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Barcelona: Editorial Pirámide.
2. Jiménez, F. 2001. Evaluación Psicológica Forense. Barcelona: Amarú Ediciones.
3. Vargas, E. (1991). Medicina Forense y Deontología Médica. México. Editorial Trillas.
4. Marcón, O. (2005). Tras el Abuso, Revictimización. El Santafesino. Recuperado el 15 de junio del 2006.
<http://www.elsantafesino.com/opinión/2005/03/18/3420>
5. Consejo Nacional para el Mejoramiento de la Administración de Justicia. (2002). Directrices para reducir la revictimización de las personas menores de edad en procesos penales. (1° edición). Costa Rica.