

EVALUACIÓN FORENSE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSOS FÍSICOS O SEXUALES.

Por Carolina Raheb Vidal

Algunas definiciones...

¿Qué se entiende por negligencia?

La negligencia es el fallo voluntario en proporcionar un cuidado y protección adecuado a los niños. La negligencia física puede involucrar el fallo en alimentar al niño manera apropiada, al proporcionarle cuidados médicos o al protegerle del peligro.

¿Cómo se define el abuso físico?

Es la imposición de lesiones o daños por parte del responsable del niño. Puede tener la forma de golpes, pinzamientos, patadas, mordiscos, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros métodos. El abuso puede dar como resultado daños como son la rotura de huesos, hemorragias internas, moratones, quemaduras y envenenamientos. Se deben considerar los factores culturales a la hora de evaluar si la disciplina que se aplica a un niño es abusiva. Es imprescindible el carácter intencional, nunca accidental, del daño llevado a cabo por los responsables del cuidado del niño, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

¿Qué es el abuso sexual en niños?

El abuso sexual comprende los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse él mismo sexualmente, al niño u a otra persona. También puede verse cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor.

Los abusos sexuales se definen a partir de los conceptos de coerción y la diferencia de edad entre el agresor y la víctima. La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada por sí misma criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual del menor, independientemente de la edad del agresor. La diferencia de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes; esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

El autor y la víctima pueden ser del mismo sexo o de sexos opuestos. El abuso sexual comprende un amplio abanico de conductas físicas:

- Violación (penetración de la vagina, ano o boca con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona)
- Penetración digital (inserción de un dedo en la vagina o en el ano)
- Exposición (mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como el exhibicionismo)
- Coito vaginal o anal

- Penetración anal o vaginal con un objeto
- Caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración, tanto si estas se producen con o sin ropa)
- Contacto genital oral
- Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales.

La fotografía pornográfica esta incluida normalmente en la definición de abuso sexual. Es importante considerar los factores de desarrollo al evaluar si el comportamiento sexual entre dos niños es abusivo o normativo.

¿A qué se refiere el término abuso psicológico?

El *abuso psicológico* sucede cuando una persona convence a un niño de que carece de valor, tiene defectos, no es querido o resulta peligroso. El agresor puede rechazar, aterrorizar, aislar o regañar al niño. El abuso psicológico puede también estar causado por someter al niño a tratamientos médicos constantes e innecesarios. Cuando el abuso psicológico es severo, a menudo esta acompañado de negligencia, abuso físico y/o abuso sexual.

El maltrato de niños ocurre en un amplio rango de circunstancias. Puede haber sido puntual o haber supuesto una tortura durante un periodo de años. Puede haber sido perpetrado por los padres o por otros miembros de la familia, por cuidadores no relacionados con la familia o por personas totalmente extrañas. Existe una variedad de posibilidades a la hora de ejercer la función paterna, que está determinada parcialmente por la cultura y las creencias religiosas de la familia. El contexto cultural del supuesto acto debe ser tomado en cuenta al evaluar sospecha de abuso y/o negligencia.

¿Cuál es la epidemiología de los abusos en España?

Un 23% de niñas y un 15% de niños sufren abusos sexuales en España antes de los 17 años. Los abusos sexuales a menores son, por tanto, mucho más frecuentes de lo que se piensa, aunque hay que precisar que en estos porcentajes se incluyen desde conductas sexuales sin contacto físico, como el exhibicionismo, hasta conductas más íntimas, como el coito anal o vaginal.

Los abusos sexuales pueden afectar a niños o niñas de cualquier edad y situación social. Sin embargo, los estudios efectuados destacan algunas características comunes por parte de las víctimas. Los resultados de los estudios coinciden en que las niñas sufren abuso sexual infantil de una y media a tres veces más que los niños. Los abusos, aunque se dan en niños de todas las edades, son más frecuentes entre los 10 y los 13 años, edad esta última a partir de la cual se registra un descenso debido, probablemente, a que ofrecen una mayor resistencia a los abusos. Es decir, los abusos son más frecuentes en los preadolescentes que ya tienen rasgos sexuales, pero que todavía no tienen mucha capacidad de autoprotección. Entre esas edades ocurren más del doble de casos de abusos que en cualquier otra edad.

Las condiciones que favorecen el uso de la violencia con los niños están también asociadas a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales: pobreza, bajo nivel cultural, viviendas inadecuadas, familias caracterizadas por la violencia domestica, aislamiento social, enfermedad mental de los padres, y uso de sustancias por parte de los padres, especialmente alcoholismo. Situaciones familiares como: ausencia de padres biológicos; incapacidad o enfermedad de la madre; conflictos en la relación de pareja; las relaciones pobres, escasas o deficitarias con los padres y tener padrastro. En un 46% de los casos los abusos se repiten más de una vez sobre la misma víctima.

Las diferentes estadísticas llevadas a cabo en Estados Unidos distribuyen los casos de abusos de la siguiente forma: negligencia 45%, abuso físico 26%, abuso sexual 11%, abuso emocional 3% y otros casos sin especificar 16%. Casi 1.300 niños mueren a causa de maltratos. La edad media de la victima es de 7 años. De las victimas, cerca del 53% son niñas y el 47% niños. Se sabe que el 77% de las victimas han sido abusadas por sus propios padres, 12% de otros familiares, 5% de no cuidadores y el 2% de padres adoptivos, personal de servicios varios o de guardería. Estos datos son aproximativos, ya que actualmente el total de abusos es incierto, aunque el número de denuncias ha aumentado en los últimos años.

Según algunos autores, el maltrato en niños debe ser entendido dentro de una perspectiva psicopatológica de desarrollo. La probabilidad de maltrato puede ser incrementada por factores de riesgo, tales como que el niño sea prematuro, el retraso mental e impedimento físico. Esta probabilidad desciende al aparecer factores protectores, como por ejemplo un apoyo paterno adecuado.

¿Existe una manifestación clínica típica en los abusos sexuales o físicos?

Los niños que han sufrido abusos manifiestan diversos síntomas, incluyendo reacciones emocionales, conductuales y somáticas. Estos síntomas no son ni específicos ni patognomónicos, ya que pueden presentarse en niños sin historia de abusos.

¿Cuáles son las características de los niños que han sufrido abusos?

Alguno estudios han descrito las **características de los niños que han sufrido abusos físicos** así como las de **sus padres**:

- Los padres retrasan la búsqueda de atención médica cuando se han producido heridas
- El relato ofrecido por los padres es incompatible con los daños encontrados
- Existe evidencia de lesiones sospechosas repetidas
- Los padres culpan a un hermano o dicen que se lo ha hecho el propio niño
- Expectativas irreales de los padres sobre el niño.

¿Qué comportamientos deben alertar al clínico sobre un posible abuso?

Diversas investigaciones concluyen que los siguientes comportamientos del niño deberían prevenir al clínico sobre un posible abuso sexual:

- el niño se comporta de manera anormalmente temerosa, dócil, destructiva o cautelosa
- carece de expectativas sobre su posible bienestar
- es cauto en el contacto físico
- se muestra hipervigilante y alerta frente al peligro, intentando controlar su entorno
- aparece una inversión de roles: el niño anticipa las necesidades de los padres o mantiene relaciones superficiales con adultos
- tiene miedo de ir a casa.

¿Cuáles son los efectos psicológicos de la negligencia física y el abuso?

- disregulación del afecto
- comportamiento agresivo y disruptivo
- modelos de apego inseguros y atípicos
- deterioro en las relaciones con los pares
- aumento de la agresividad
- fracaso escolar
- sicopatología, que incluye: depresión, trastorno de la conducta, TDAH y TEP.

¿Se pueden distinguir fases en el modelo familiar donde sucede el abuso?

Modelo intrafamiliar típico del abuso sexual o físico que ocurre en un determinado periodo consta de 5 fases:

- (1) fase de compromiso, donde el abusador induce al niño a una relación especial
- (2) fase de interacción sexual, en la que el comportamiento sexual progresa desde formas de abuso menos íntimas a más íntimas
- (3) fase de secretismo
- (4) fase de apertura, cuando se descubre el abuso
- (5) fase de supresión, cuando la familia presiona al niño para que se retracte de sus afirmaciones.

Algunos autores describen el **síndrome de acomodación del abuso sexual en niños**, caracterizado por el secretismo; la falta de ayuda; el atrapamiento y la acomodación; una apertura demorada, conflictiva y poco convincente; y la retractación. El proceso de acomodación ocurre porque el niño aprende que “debe estar dispuesto y no quejarse ante las demandas sexuales del padre”. El niño puede encontrar varias formas de acomodarse: manteniendo el secreto para mantener unida a la familia; inventando amigos imaginarios, y empleando estados de consciencia alterados. Otros pueden mostrarse agresivos, demandantes e hiperactivos. Este “síndrome” pretende ayudar a los clínicos a entender la dinámica del abuso, no a diagnosticarlo. No existe un conjunto específico de síntomas que sean diagnósticos de abuso sexual.

¿Cuáles son los efectos emocionales y conductuales más importantes?

Efectos emocionales y conductuales del abuso sexual:

- miedo
- ansiedad
- depresión
- ira
- hostilidad
- comportamiento sexual inapropiado, que incluye masturbación con o sin un objeto; curiosidad sexual excesiva; exposición frecuente de los genitales; intentos de desnudar a otros; hablar excesivamente sobre actos sexuales; imitación de relaciones sexuales; insertar objetos en la vagina o el ano; y arrimar su cuerpo al de otras personas.

Todas estas conductas necesitarían ser numerosas y persistentes.

¿Se pueden apreciar efectos a corto plazo en el abuso sexual?

Entre los *efectos a corto plazo del abuso sexual* en niños se encuentra una mayor probabilidad de manifestar un comportamiento sexual inapropiado. En los niños la preocupación por la sexualidad se manifiesta con el juego sexual, la masturbación, el comportamiento agresivo, seductor y sexual, y el conocimiento sexual inapropiado para su edad. En los adolescentes, existen evidencias de promiscuidad y una tasa alta de contactos homosexuales. Los factores que se asocian con síntomas más severos en las víctimas de abuso sexual son: mayor frecuencia y duración del abuso, si conlleva fuerza o penetración y si ha sido perpetrado por el padre o padrastro del niño.

¿Cuáles son los efectos inmediatos y a largo plazo del abuso sexual?

Entre los *efectos inmediatos y a largo plazo* en el niño que ha sufrido abuso sexual se encuentran:

- Trastornos de ansiedad: miedos, pesadillas, fobias, quejas somáticas y trastorno de estrés postraumático
- Reacciones disociativas y síntomas histéricos: periodos de amnesia, estados de trance
- Trastornos de personalidad;
- Depresión
- Baja autoestima
- Conducta suicida
- Distorsiones de la conducta sexual, que incluye la agresividad sexual o la evitación de estímulos sexuales a través de fobias e inhibiciones.

Algunos autores, al describir el impacto de los abusos sexuales en niños incluyen: miedos, TEP, trastorno de conducta, comportamientos con connotaciones sexuales y baja autoestima, aunque aproximadamente un tercio de las víctimas no presentan síntomas.

Entre las secuelas psicológicas de los niños que han experimentado traumas agudos y crónicos, al igual que en algunos casos de abuso físico y sexual, se distinguen 4 características: (1) visualización o rememoración del suceso; (2) conducta repetitiva; (3) miedos específicos del trauma; y (4) cambio de actitud hacia la gente, la vida y el futuro. Según algunas investigaciones, los niños que presentan traumas únicos y agudos manifiestan recuerdos completos y detallados del suceso; cierta sensibilidad para los “presagios”, como el buscar las razones de por qué sucedió el incidente; y percepciones, incluyendo las alucinaciones visuales y las distorsiones temporales. Por otra parte, muchos niños que experimentan traumas crónicos severos, como abuso sexual repetido, manifiestan falta de sensibilidad física y abnegación, autohipnosis, disociación y rabia.

¿En qué consiste la evaluación forense?

¿Es importante conocer la conducta sexual normal de los niños?

Se debe estar al corriente del comportamiento sexual normal en los niños por dos razones. La primera, porque la actividad sexual durante el juego no debe ser tomada como un abuso sexual. Al evaluar este tema se deben considerar: la diferencia de edad entre los niños, el nivel de desarrollo, si ha existido coacción y si el acto en sí mismo ha sido intrusivo, forzoso o peligroso. La segunda razón es que los niños que han sufrido abusos sexuales manifiestan más comportamientos sexuales de lo normal, por ello es necesario conocer cuál es la línea base.

Las diferentes investigaciones han descubierto que no es inusual, en niños de 2 a 10 años, haber tocado alguna vez los genitales de los padres: al menos un 15% de los niños entre 2 y 6 años, exhibe su sexo a niños y adultos, se masturba con la mano o se toca sus genitales en público y en casa. Por lo que respecta a las niñas de entre 2 a 6 años, un 15% habla como si de manera seductora, se masturba con la mano, muestra sus genitales a los adultos o se los toca en público o en casa.

¿Cuáles son las directrices para la evaluación forense de niños que han sufrido abusos?

Existe acuerdo sobre el rol del examinador durante el examen del niño que ha sufrido abuso sexual, ya que el objetivo no es ejercer de terapeuta o abogado del niño, sino llegar a conclusiones objetivas basadas en datos sin prejuicios.

¿Cuáles son las técnicas empleadas en la entrevista?

El clínico que dirige la evaluación forense de niños que han sufrido abusos debe: descubrir lo que ha sucedido, evaluar la posible presencia de trastornos emocionales en el niño, considerar explicaciones alternativas para estos trastornos, conocer los problemas del desarrollo, evitar influenciar los resultados con las preconcepciones propias, seguir los objetivos rigurosamente con el fin de no volver a traumatizar al niño, servir de ayuda a todos los familiares y registrar todos los datos para futuros procedimientos legales.

La **Entrevista de Peritaje por Pasos** (Step-Wise Interview) presenta una aproximación sistemática para conseguir estos objetivos. Aunque no existe apoyo empírico que demuestre la supremacía de este tipo de entrevista frente a otros, y puesto que cada examinador puede desarrollar su propio método, a continuación se describen brevemente sus componentes.

1. Elaboración del informe. El examinador observa libremente el comportamiento del niño, sus habilidades sociales y su capacidad cognitiva.

2. Descripción de dos sucesos específicos. El examinador pide al niño que describa dos experiencias pasadas específicas, como una fiesta de cumpleaños o una excursión del colegio. Se pretende modelar la forma de la entrevista al niño, haciéndole preguntas con finales abiertos y no directivas, lo cual se mantendrá a lo largo de toda la entrevista.
3. Veracidad. El examinador establece la necesidad de decir la verdad, de una forma controlada. Empieza haciendo preguntas generales y después, si es necesario, preguntas más específicas. Se debe llegar al acuerdo de que en la entrevista sólo se discutirá sobre la verdad, no sobre lo que se pretenda o imagine.
4. Presentar el tema de preocupación. Se empieza con preguntas más generales, como “¿sabes porque estas hablando conmigo hoy?”. Proceder, si fuera necesario, a preguntas más específicas, como “¿te ha pasado algo?” o “¿alguien te ha hecho algo?”. Los dibujos pueden ser de ayuda al inicio de la entrevista. Bien el examinador bien el niño hace la descripción de una persona. Luego se le pide al niño que añada y nombre cada parte del cuerpo y describa su función. Si se sospecha un abuso sexual, cuando se describan los genitales el examinador podría preguntar al niño si alguien le ha visto o le ha tocado esta parte. Si se sospecha un abuso físico, el examinador podría preguntar si de alguna parte en concreto ha sido dañada.
5. Discurso libre. Una vez el tema del abuso ha sido introducido, el examinador insta al niño a describir cada suceso desde el principio sin omitir detalles. Al niño se le permite hacerlo a su manera, sin correcciones ni interrupciones. Si se ha producido el abuso durante cierto periodo de tiempo, el examinador puede pedir una descripción del patrón general y luego una descripción de los episodios específicos.
6. Preguntas generales. Estas preguntas no deben ser directivas ni sugestivas y deben ser formuladas de tal forma que la incapacidad para revocar o la falta de conocimiento deben aceptarse. Una pregunta dirigida es: “El tío Antonio te tocó el culo, ¿verdad?”. Una pregunta sugestiva es: “¿te tocó el culo el tío Antonio?”.
7. Preguntas específicas (si fuera necesario). El examinador puede continuar preguntando de forma no amenazante. Si el niño ha utilizado un termino que parece inapropiado para su edad, el examinador debe preguntarle dónde ha aprendido esa palabra. Se debe evitar las preguntas repetitivas así como premiar las respuestas.
8. Ayudas durante la entrevista (si fuera necesario). Las muñecas anatómicas (con representación de los genitales) pueden ser útiles para entender exactamente qué tipo de abuso ha sucedido, aunque no establecen un diagnostico.
9. Concluir la entrevista. Hacia el final de la entrevista, el examinador debe hacer varias preguntas acerca de temas irrelevantes, del tipo “has venido en taxi, ¿verdad?”. Si el niño se muestra susceptible, el examinador debe verificar que la veracidad de la información que ha obtenido durante la entrevista. Al final, se agradece al niño su participación, sea cual sea el resultado de la entrevista, sin hacer promesas que no puede cumplir.

¿Se recomienda el uso de dibujos durante las entrevistas?

Los dibujos ayudan en las evaluaciones forenses, se incluyen aquí los dibujos espontáneos; pedir al niño que dibuje a un hombre y una mujer; dibujos de una familia en movimiento, los autorretratos, que ocurrió y dónde o incluso un dibujo del probable agresor. La utilidad de los dibujos reside en el afecto y la información que transmiten; algunos aspectos que pueden sugerir un abuso sexual pueden ser el dibujo de los genitales o evitar las características sexuales. Deberían ser interpretados en el contexto de un dibujo clínico general.

¿Qué se sabe de la utilización de muñecos anatómicos en la entrevista?

No es necesario el uso de muñecos anatómicos en la evaluación del abuso sexual. Son útiles para nombrar las diferentes partes de la anatomía y para permitir al niño, que no es capaz de dibujar o narrar el suceso, describir lo que ha pasado. Los muñecos pueden incluso activar recuerdos de incidentes sexuales. Se debe prestar especial cuidado en no utilizar estos muñecos con fines instructivos, directivos o como manera de simplificar la evaluación comprensiva del niño y su familia.

Estos muñecos se deben utilizar de forma específica: como algo tranquilizador; como manera de romper el hielo en la entrevista; como modelo anatómico; como ayuda para la demostración; como un estímulo para la memoria; como un reflejo del posible diagnóstico (en el que el comportamiento sexual del niño se toma como posible indicador del abuso que garantiza la evaluación posterior). Los muñecos anatómicos son una fuente de información escasa para poder llegar a la conclusión de si un niño había sufrido abusos, en ausencia de otras historias pertinentes.

En un estudio donde se ha comparado el juego con muñecos anatómicos de niños que han sufrido abusos sexuales con niños control se ha comprobado que ambos exploran los muñecos de manera sexual (como insertando los dedos en los agujeros del muñeco), pero los niños que han sufrido abusos tienen mayor probabilidad de manifestar comportamientos relacionados con la sexualidad. Al describir el juego de niños normales con muñecos anatómicos casi el 6%, de edades entre 2-5 años, manifiestan un juego explícitamente sexual: Suele ocurrir cuando éstos se encuentran solos (sin presencia del examinador) y más entre niños (chicos), aunque el interés por estos muñecos es el mismo que por otro tipo de juguetes; concluyen pues que cualquier tipo de muñeco proporciona la misma información durante la entrevista.

¿Cómo se entrevista a niños pequeños?

La evaluación de un bebé (menos de 12 meses), un niño pequeño (12-36 meses) o un niño en edad preescolar requiere técnicas más especializadas.

Los padres o cuidadores deben dar información adecuada para elaborar la historia del desarrollo, se incluyen: las percepciones y actitudes de los padres así como el papel del niño en la familia. El examinador puede entrevistar al niño solo, con uno de los padres o a todos juntos. Esto permite tener una orientación sobre el estado mental en relación con la edad del niño, evaluar el estilo de los padres y la relación con su hijo.

Otras entrevistas...

No es apropiado entrevistar al niño junto con al presunto agresor con el fin de evaluar la validez o naturaleza de la acusación. Una entrevista conjunta sólo está indicada cuando se quiera evaluar la posibilidad de consolidar la relación del niño con el padre acusado, en los casos donde la evaluación inicial sugiere que la denuncia de abuso sexual es falsa. El examinador debe considerar el impacto potencial de dicha entrevista en el niño antes de proceder a ella.

Tests psicológicos: ¿son capaces de diagnosticar un abuso sexual?

Los tests psicológicos no diagnostican el abuso sexual, pero pueden ser útiles como una parte del proceso de evaluación. Existen diferencias sistemáticas y significativas entre los niños que han sufrido abusos y aquellos que no, aunque estas diferencias no serían resultado del abuso sexual, sino el resultado del distrés o traumas psicológicos más generalizados. En una investigación sobre la evaluación de niñas que han sufrido abusos sexuales con el Test de Rorschach se ha descubierto que éstas niñas muestran un pensamiento más perturbado y experimentan un alto nivel de estrés con relación a su capacidad de adaptación.

¿Qué listas conductuales proporcionan información relevante?

Los niños que han sufrido abusos tienen niveles más altos, en comparación con los controles normativos, en de la escala de Problemas Sexuales del *Child Behavior Checklist* (CBC, Achembach). Se ha utilizado el *Sexual Abuse Symptoms Checklist* para discriminar a niños que han sufrido abusos sexuales de aquellos que han sufrido abusos físicos. El *Child Sexual Behavior Inventory* se emplea para discriminar niños que han sufrido abusos sexuales de aquellos que no los han sufrido. El *Louisville Behavior Checklist* y el *Emotional Indicator Scoring System for human Figure Drawings* es útil para discriminar a los niños que han sufrido abusos sexuales, pacientes clínicos que no han sufrido abusos y controles.

Al utilizar los listados de control, es importante diferenciar entre comportamientos sexuales que se manifestaron durante el periodo del abuso y el periodo donde fue revelado. Es decir, niños que no han sufrido abusos y han sido sometidos a interrogatorios repetidos pueden desarrollar síntomas sexuales que se asemejan a los síntomas de los niños que sufrieron abusos.

¿Cuáles son las razones que pueden llevar a un niño a hacer declaraciones falsas?

Los niños pueden hacer una declaración falsa o retractarse de una revelación previa debido a varias razones, incluyendo la presión por parte del agresor o de la familia y el miedo al proceso judicial. El niño puede "olvidar" lo que ocurrió, minimizar al abuso o defenderse de los sentimientos desagradables autorizándose a sí mismo ("Él solía tocarme, pero yo le golpeaba y se iba"). Puede negar el abuso a causa del miedo de haber hecho algo malo ("Tenía miedo de que no me quisieras si sabias lo que había hecho").

Los niños pueden también hacer denuncias falsas. La evaluación de estos niños es compleja porque existe un gran número de procesos mentales diferentes, conscientes e inconscientes, que pueden resultar en denuncias falsas. Se ha descrito cómo algunos de los niños evaluados en un juzgado juvenil manifestaron mentiras patológicas al presentar denuncias de abusos. En algunos casos, examinadores ineptos, mediante la repetición de preguntas dirigidas o sugestivas, han inducido a los niños a realizar falsas acusaciones de abuso.

Algunos investigadores han descrito cómo los niños pueden mentir conscientemente sobre el abuso: los niños más pequeños pueden inventar "chismorreos" y éstas mentiras inocentes pueden convertirse en falsas acusaciones de abuso. Los niños más mayores pueden mentir sobre abusos por venganza o por algún beneficio personal.

Las acusaciones de abusos sexuales que ocurren en el contexto de disputas por la custodia de un niño, pueden ser particularmente complejas. Se han identificado 4 contextos que pueden acabar en demanda durante o después del divorcio: abuso que conduce al divorcio, abuso confesado durante el divorcio, abuso precipitado por el divorcio y demandas improbables durante las disputas de custodia.

¿En que ayudan las investigaciones sobre memoria y sugestibilidad?

Los diferentes estudios afirman que los niños más jóvenes son menos agudos en su memoria y tienen una mayor probabilidad de ser influenciados por proposiciones sugestivas. Al comparar la veracidad del recuerdo de la interacción con una persona adulta que no pertenece a la familia así como la resistencia las preguntas sugestivas, en niños muy pequeños (3 años), pequeños (6 años) y adultos se ha descubierto que los niños más pequeños son menos agudos al responder preguntas objetivas y con mayor probabilidad pueden ser desviados por preguntas sugestivas.

La investigación llevada a cabo sobre el recuerdo libre, afirma que el número de recuerdos correctos aumenta con la edad. Los niños pequeños (menores de 8 años) tienen más dificultad que los niños mayores y adultos para distinguir entre sucesos imaginados y verídicos.

¿Cómo se puede establecer la competencia del niño?

La competencia se refiere a la capacidad del niño para testificar ante un juez de manera fidedigna y coherente. Se requieren 4 criterios para establecer la competencia:

- Capacidad de percibir hechos exactos (ej., capacidad mental en el momento de la observación del incidente o la recepción de impresiones exactas)
- Capacidad para almacenar y evocar (ej. memoria suficiente para retener una serie de hechos independiente a la observación)
- Capacidad para entender el juramento (ej. capacidad para diferenciar la verdad de la falsedad, para comprender la obligación a decir la verdad y para entender las consecuencias de no cumplir la obligación)
- Capacidad para expresarse basada en el conocimiento personal de los hechos (ej. capacidad para comunicar el recuerdo de dicha observación y entender preguntas simples sobre el incidente).

¿Qué factores evalúan la credibilidad del niño?

La credibilidad se refiere a la exactitud y la verdad. La credibilidad del niño está determinada en última instancia por el jurado o el juez, no por el examinador forense.

Los **factores que aumentan la credibilidad** del niño son:

- Utiliza su propio vocabulario (más que términos adultos) y cuenta la historia desde su propio punto de vista
- Recuerda el trauma en el transcurso del juego espontáneo
- Presencia de temas sexuales en el juego o los dibujos
- Concordancia del afecto con las acusaciones
- Comportamiento seductor, precoz o regresivo
- Existe un buen recuerdo de los detalles, incluyendo detalles sensoriales, motores e idiosincráticos
- Normalmente cuenta la verdad

Algunas de las **características de las afirmaciones de los niños** que se repiten en **denuncias ficticias e irreales**, a pesar de que se basan en la experiencia clínica, son:

- Con el paso del tiempo, son más inconsistentes
- Suelen ser dramáticas o inverosímiles, como el relatar la presencia de múltiples agresores o situaciones en las que el agresor no ha seguido los pasos normales cuando ha sido descubierto
- Siguen una progresión desde el comportamiento relativamente inocuo hasta actividades cada vez más intrusivas, abusivas y agresivas
- Una afirmación espontánea del niño realizada durante una situación de tensión emocional puede, más adelante, tener valor substancial ante el juez.

¿Cuál es la validez del examen físico en niños que han sufrido abusos?

En la mayoría de los casos de abuso sexual no hay hallazgos físicos anormales, aunque algunas investigaciones describen hasta un 14% de exámenes anormales en niñas que han sido víctimas de abuso sexual. Es necesaria una aproximación interdisciplinaria en la evaluación de estos casos, que incluye tanto la evaluación psicológica como el examen médico. Se ha descubierto que tanto el testimonio del niño como los hallazgos físicos anormales están significativamente e independientemente asociados con el diagnóstico de abuso sexual realizado por el equipo, mientras que la presencia de conducta sexual, los problemas somáticos y la respuesta del niño al examen (físico) no contribuye al diagnóstico.

Sobre el testimonio de los niños...

En algunos casos el niño tiene que testificar. Los abogados del niño son conscientes de que los procedimientos del juicio pueden volver a traumatizar al niño, especialmente al tener que relatar la experiencia del abuso y estar en la misma estancia que el agresor. Aunque testificar puede ser traumático para algunos niños, puede ayudar a otros.

¿Cuáles son los problemas más frecuentes con los que se enfrenta el clínico forense?

¿Debe el clínico saber a quién va dirigido el informe?

El clínico forense necesita saber si esta llevando a cabo una evaluación forense que va a ser leída por abogados y utilizada en un juicio o una evaluación clínica con fines terapéuticos. El terapeuta del niño no debe ser la persona que realice la evaluación forense, aunque éste debe estar disponible para facilitar la información que el clínico forense requiera. Debe conocer quién requiere sus servicios. Independientemente de quien ha contratado al clínico forense, el proceso y las conclusiones permanecen igual; difiere quién recibe el informe. Debe ser consciente de las expectativas, como la preparación de un informe o su requerimiento como testigo en un juicio.

Comunicación clara: ¿a quién se está evaluando?

Debe asegurarse de quién esta siendo objeto de evaluación y que los padres entiendan el objetivo de la evaluación así como el papel del examinador. El niño debe entender, según su nivel de desarrollo, que se está llevando a cabo una evaluación y no una terapia, que la evaluación se realiza a demanda de alguien (persona o agencia) y que los resultados serán enviados a quien corresponda.

¿Es confidencial la evaluación forense?

Las evaluaciones forenses son normalmente realizadas a petición de alguna persona o institución más que en nombre del propio niño o sus padres. Es importante para el padre y el hijo saber que la evaluación no será confidencial. Si un clínico tiene razones para creer que ha sucedido un abuso físico o sexual, las leyes estatales requieren que se informe de las circunstancias a las instituciones pertinentes. El clínico forense debe saber que cualquier informe escrito puede ser leído en un futuro por el propio individuo que esta siendo evaluado u otras personas.

¿Puede alguien quedar exento de testificar?

La exención es una forma de confidencialidad que puede levantarse en un juicio. Una persona tiene derecho a la exención de testimonio ya que tiene derecho a negarse a testificar o prevenir a otra persona de testificar acerca de información específica. Por ejemplo, una persona puede apelar que su terapia esta cubierta por el secreto profesional clínico-paciente, previniendo al clínico de testificar sobre su paciente. La persona puede renunciar a este derecho y permitir al clínico que declare. En algunos casos el juez puede ordenar al clínico que testifique a pesar de las objeciones del paciente.

¿Hasta dónde pueden influir los prejuicios?

Los prejuicios son importantes en los casos forenses en dos sentidos. En primer lugar, los prejuicios crean un filtro distorsionado a través del cual el examinador ve la situación. En segundo lugar, un clínico que aborda un caso con una serie de prejuicios probablemente cambie la situación, la cual debería ser estudiada de manera objetiva. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental a menudo se ven a sí mismos como curanderos o cuidadores; esta perspectiva puede afectar su capacidad para considerar un caso de forma completamente objetiva.

Como medida preventiva los clínicos forenses deben conocer sus emociones, así como explicitar detalladamente la razón de sus conclusiones en el informe escrito, de forma que el juez pueda comprender en que se basa su opinión. El clínico debe preservar un registro de los datos sin filtrar para que otra persona los pueda revisar.

Reconocer las limitaciones...

Es importante para los profesionales de salud mental reconozcan los límites del conocimiento científico en esta área. Varios clínicos forenses pueden llegar a una conclusión diferente al revisar un mismo caso. La divergencia de opiniones se debe a la sutil influencia de los prejuicios, el énfasis que cada uno dé a los diferentes aspectos de la evaluación o si se ha ocultado información al examinador.

¿Se pueden distinguir grados de certeza en una decisión judicial?

Existen estándares de pruebas o niveles de certeza que se deben establecer para que una decisión judicial adopte un itinerario en particular.

- El nivel mínimo exigido de certeza es “causa probable”. En la práctica clínica, eso puede ser un nivel suficiente de certeza para informar de un caso sospechoso de abuso de niños.
- En casos civiles, predomina la parte que establece una “preponderancia de la evidencia”. Esto puede ser expresado de manera cuantitativa con una certeza del 51%.
- En algunos casos que involucran pruebas psiquiátricas, el nivel de certeza es “una prueba clara y convincente”, que es la prueba necesaria para persuadir por un margen substancial, que es más que una preponderancia escueta. Por ejemplo, la prueba de un abuso en niños como base para retirar la tutela debe de ser clara y convincente.
- Los casos criminales requieren pruebas que están “más allá de una duda razonable”, o cuestión más lejana. Condenar a una persona por haber abusado de un niño requerirá pruebas que van más allá de una duda razonable.
- Cuando los clínicos testifican en un juzgado, se les suele preguntar si sus opiniones están dadas con “un grado razonable de certeza médica”. Ello implica que el grado de certeza dependerá de la situación clínica.

Acerca del conocimiento de la ley...

Cuando se realiza una evaluación forense, es importante conocer el tema legal, es decir la base original de la disputa y la evaluación. El abogado involucrado en el caso puede proporcionar la información legal relevante. El tema legal pertinente puede estar definido en alguna ley actual que la legislación vigente haya aprobado o puede estar incorporada en la propia ley.