

19. TESTIMONIOS DE EXPERTOS

JOHN E. B. MYERS
PAUL STERN

Frecuentemente el abuso sexual es difícil de probar en el tribunal (*In re Cindy L.*, 1997, *Pennsylvania v. Ritchie*, 1997). El abuso ocurre en secreto y, habitualmente el niño es el único testigo ocular. Aún cuando muchos niños son excelentes testigos, algunos son demasiado pequeños para testificar y otros son ineficaces en el estrado. Debido a que con frecuencia es difícil encontrar evidencia del abuso, los testimonios de expertos desempeñan un papel importante en los juicios de abuso infantil. Este capítulo describe el alcance y los límites de los testimonios de expertos.

Los expertos testifican en el tribunal criminal, tribunal juvenil y en otras arenas legales. En la mayoría de los casos criminales hay un jurado. Sin embargo, los jurados no son universales en tribunales criminales y cuando no hay jurado, el juez cumple la responsabilidad de descubrir los hechos normalmente encomendada a los miembros del jurado. En los casos de tribunales juveniles y de familia, normalmente no hay jurado. En este capítulo, la palabra '*jurado*' se usa por conveniencia para describir al descubridor de los hechos, sea un jurado o un juez.

TESTIGOS LEGOS Y EXPERTOS

Dos tipos de testigos testifican en el tribunal: los testigos legos y expertos. Un testigo lego es alguien que tiene un conocimiento personal de los hechos relevantes. Ejemplos de testigos legos son un testigo ocular en un robo a un banco y la víctima en un caso de abuso infantil. Un testigo lego relata al jurado lo que vio o escuchó.

Un testigo experto es una persona con conocimiento especial que ayuda al jurado a comprender aspectos técnicos, clínicos o científicos. Dependiendo del tipo de caso, un experto puede o no necesitar conocimiento personal de los hechos del caso. Un ejemplo de un testigo experto es un profesional de salud mental quien ayuda al jurado a comprender que algunos niños abusados sexualmente se retracten después de dar a conocer el abuso.

En juicios de abuso y abandono infantil, los profesionales proporcionan testimonio como legos y expertos. Por ejemplo, suponga que un niño revela un abuso sexual al psicoterapeuta. El relato del niño constituye evidencia, y el terapeuta es un testigo ocular de la '*revelación del hecho*'. En el tribunal, el psicoterapeuta podrá testificar como testigo lego para repetir la revelación del niño al jurado. En otro caso, el mismo terapeuta podrá testificar como experto. De hecho, en algunos casos, el profesional testifica como lego y como experto. Suponga, por ejemplo, que un niño revela un abuso sexual a una enfermera que lo examina para detectar un posible abuso sexual. En el tribunal, la enfermera testifica

como testigo lego cuando repite lo que le relató el niño. La enfermera ofrece testimonio como experta cuando interpreta los resultados del examen físico.

Dos categorías de evidencia: substantiva y de rehabilitación

Los casos se ganan y se pierden sobre la base de la evidencia, la cual se define como “cualquier asunto, verbal o físico, que se puede usar para apoyar la existencia de una propuesta real” (Lilly, 1996, p. 2). Por consiguiente, la evidencia incluye testimonios de testigos legos y expertos, documentos escritos, fotografías y objetos tales como armas usadas para asaltar el banco. La admisibilidad de evidencia es regida por reglas complejas administradas por el juez.

Evidencia substantiva. La evidencia ofrecida en el tribunal para demostrar que un niño fue abusado se llama evidencia substantiva. En un caso de abuso físico, la evidencia substantiva puede ser la ficha médica del niño más el testimonio de un experto en el síndrome del niño golpeado. En un caso de abuso sexual, la evidencia substantiva puede ser los hallazgos de un examen físico, la revelación del abuso por parte del niño a una trabajadora social, el testimonio lego del niño, el testimonio lego de la madre del niño, y el testimonio experto de un profesional de salud mental. En los casos de abuso físico y abuso sexual, el testimonio del experto es evidencia substantiva, es decir, evidencia de que se produjo el abuso.

Rehabilitación. Existe una segunda categoría de testimonio experto. El testimonio de la segunda categoría no se ofrece como evidencia substantiva del abuso pero cumple el papel más limitado de rehabilitar la credibilidad de un testigo infantil después de que el abogado de la defensa lo ataca. Las dos categorías de testimonio de expertos -evidencia substantiva y rehabilitación- se analizan más adelante en este capítulo.

Testimonio de experto en procesos criminales versus no criminales

En el papel, reglas similares rigen el testimonio de expertos en procesos criminales y no criminales. Sin embargo, en la práctica, los jueces, frecuentemente permiten a los expertos más flexibilidad en casos no criminales, como procesos de tribunales juveniles y juicios de tribunales de familia relacionados con la custodia o las visitas de los niños. Por consiguiente, en un proceso de un tribunal juvenil, un juez puede permitir a un experto dar una opinión que el juez no permitiría en un caso criminal. Los jueces tienen más probabilidades de limitar o no autorizar el testimonio del experto cuando hay un jurado. Los jueces se preocupan de que algunos miembros del jurado deleguen muy rápidamente a los expertos renunciando a su responsabilidad como jurado para decidir el caso.

Metaprincipios de testimonio de expertos

El testimonio de expertos se permite cuando los miembros del jurado necesitan ayuda para comprender aspectos técnicos, clínicos o científicos (Chadwick, 1990; Myers, 1997a; Stern,

1997). En muchos casos de abuso físico, por ejemplo, el acusado argumenta que las lesiones del niño son accidentales. El jurado no tiene el conocimiento necesario para diferenciar entre lesiones accidentales e inflingidas. Por lo tanto, para ayudar al jurado, un médico testifica en calidad de experto. En esencia, el médico es un profesor, y ayuda al jurado a comprender evidencia médica compleja.

En el caso de abuso sexual, algunos niños se retractan. Muchos miembros del jurado no comprenden que los niños abusados se retractan (Morison & Greene, 1992). El abogado de la defensa puede atacar la credibilidad del niño en un esfuerzo por convencer al jurado que la única explicación de la retractación es que el abuso no ocurrió. A la luz de este ataque a la credibilidad del niño, un experto puede rehabilitar al infante explicando que la retractación ocurre frecuentemente en niños víctimas de abuso sexual.

Por consiguiente, los testigos expertos ayudan a los miembros del jurado a comprender aspectos técnicos, clínicos y científicos. Como ayuda para el jurado como guía para el testimonio de expertos, la sigla HELP es útil para organizar los metaprincipios subyacentes al testimonio de expertos.

H – honestidad

E - imparcialidad

L – límites de la pericia profesional

P – preparación

Honestidad. Los testigos expertos deben ser honestos con el jurado, el juez, los abogados, y, en el análisis final, con ellos mismos (*Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychology*, 1991). El deber de proporcionar un testimonio honesto deriva en parte del juramento. Sin embargo, la honestidad tiene raíces más profundas. La honestidad yace en el centro del profesionalismo y la integridad personal. Los expertos que permiten que medias verdades queden sin verificar o que tiñen la verdad para favorecer a una parte del litigio socavan el objetivo de la ley. Los expertos medianamente honestos con poca frecuencia ayudan al jurado.

Imparcialidad. En nuestro sistema legal un experto desempeña un papel muy diferente del de un abogado. El papel del abogado es ganar el caso para su cliente. El objetivo final del sistema legal es la verdad, pero la teoría de nuestro sistema de justicia adversario es que la verdad emerge a través de la confrontación de los adversarios en la sala del tribunal. Por consiguiente, los abogados son defensores de sus clientes y no se supone que tengan que ser objetivos.

A diferencia de los abogados, los testigos expertos no son, o al menos, no debieran ser defensores partidarios. La responsabilidad del experto no es ganar el caso sino que ayudar al jurado a comprender aspectos técnicos, clínicos o científicos. La responsabilidad del experto es educar, no reclamar la victoria. Los expertos que ven el juicio a través de los ojos de defensor pierden la dirección y se hunden al nivel del “arma contratada”.

En un esfuerzo por evitar transformarse en un defensor, ¿deben los expertos aspirar a la objetividad total? ¿Está un experto irreparablemente manchado si sus simpatías se inclinan hacia un lado u otro? Aún cuando puede ser posible en teoría lograr objetividad incondicional, tal pureza es rara en el “mundo real” de los juicios (Saks, 1990). Más aún, en un sistema en que cada lado mantiene a su propio experto, es poco realista esperar que los profesionales sean completamente imparciales acerca del resultado. Lo que es importante no es la imparcialidad incondicional sino que un grado de objetividad que sea compatible con la honestidad y el profesionalismo.

Tan importante como la objetividad razonable es la disposición a reconocer la parcialidad propia y reconocer la influencia modeladora que la parcialidad puede ejercer en el testimonio de uno. Finalmente, los expertos no se deben presentar como objetivos cuando, en realidad, no lo son. Esta última exigencia tiene relación, por supuesto, con el metaprincipio de la honestidad.

Límites de la Pericia Profesional. Durante los últimos 30 años, se ha aprendido mucho sobre abuso infantil, sin embargo, todavía quedan muchas preguntas por responder. En particular, con respecto del abuso sexual, nuestro conocimiento se encuentra en la etapa formativa de desarrollo. Por ejemplo, continúa la controversia sobre el significado de diferentes hallazgos genitales y anales (*American Academy of Pediatrics*, 1999; Wells, McCann, Adams, Voris, & Dahl, 1997; ver Capítulo 12, de este libro). Incluso existe más incertidumbre en relación con la importancia diagnóstica de conductas como pesadillas, regresión y desempeñar roles (ver más abajo).

Los testigos expertos deberán estar familiarizados con la literatura relevante y apreciar los límites del conocimiento actual. Mientras se está en el estrado de testigos, los expertos deberán reconocer estos límites y rehusar excederlos, incluso cuando se ven enfrentados a la presión de los abogados o el juez (Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 1997). Además de comprender los límites del conocimiento en el área, los expertos deberán tener claro los límites de su propio conocimiento (Saks, 1990).

Preparación. La preparación es la clave del testimonio eficaz de un experto. El experto deberá evaluar toda la información relevante y estar familiarizado inmediatamente con el caso. El experto deberá revisar completamente los expedientes pertinentes. Los abogados utilizarán los expedientes como base de las preguntas, y el abogado opositor buscará inconsistencias entre los expedientes y el testimonio del experto.

Antes de testificar, el experto deberá reunirse con el abogado que solicitó su testimonio. Chadwick (1990) destaca que tales reuniones “son siempre deseables y rara vez no se pueden realizar” (p. 963).

¿Quiénes cumplen los requisitos para testificar en calidad de testigo experto?

Antes de que una persona pueda testificar como testigo experto, el juez deberá estar convencido de que la persona tiene conocimiento, habilidad, entrenamiento o la educación suficientes para cumplir los requisitos de un experto (Fed. R. Evid. 702). Normalmente, los expertos propuestos suben al estrado de los testigos y responden preguntas sobre sus logros profesionales, formación especializada, y experiencia relevante. Un profesional no tiene que ser una autoridad reconocida para testificar como testigo experto. Por ejemplo, no se exige la publicación de libros o artículos. El asunto importante es si el jurado recibirá la ayuda que necesita del testimonio del profesional (Wigmore, 1974). El tipo y grado de pericia necesaria dependerá del testimonio.

La forma del testimonio del experto

El testimonio del experto habitualmente adopta una de las formas siguientes: (a) una opinión, (b) una respuesta a una pregunta hipotética, (c) una disertación con información sobre un tema pertinente, o (d) una combinación de las anteriores.

Testimonio de opinión

Los testigos legos generalmente circunscriben su testimonio a la descripción de lo que vieron o escucharon y se abstienen de ofrecer opiniones. Los expertos, por el contrario, están autorizados para emitir opiniones. Por ejemplo, en caso de abuso físico, un médico podría testificar que, en su opinión de médico, el niño presenta un síndrome de niño golpeado, y las lesiones del niño no son accidentales. Los expertos deben tener confianza razonable en sus opiniones. Los abogados y jueces usan el término *certeza razonable* para describir el grado necesario de confianza (Lewin, 1998). Por lo tanto, la pregunta que se le formula a un experto podría ser “Tiene usted una opinión basada en un grado razonable de certeza, acerca de si las lesiones del niño fueron accidentales?”

Desgraciadamente, la norma de certeza razonable no se define por sí misma y la ley hace poco por dilucidar el término. Es claro que los testigos expertos no pueden especular ni adivinar (Wigmore, 1974). Es igualmente claro que los expertos no tienen por qué estar completamente seguros antes de emitir sus opiniones (Mueller & Kirkpatrick, 1994). Por lo tanto, el grado de certeza necesaria para el testimonio del experto yace entre la conjetura y la certeza. Desgraciadamente, colocar una certeza razonable en algún lugar entre la conjetura y la certeza agrega poco al concepto, y, al final, la norma de certeza razonable fracasa en ser una herramienta significativa para evaluar el beneficio del testimonio del experto. Con la perspectiva que ha honrado su carrera brillante, David Chadwick manifestó alguna vez “La certeza médica razonable significa que a pesar de que pueden haber varios diagnósticos posibles, el médico está ‘suficientemente seguro’ como para extraer el apéndice del paciente” (comunicación personal, 2001).

Un enfoque más productivo para evaluar el beneficio del testimonio del experto va más allá de la rúbrica de certeza razonable y formula preguntas como las siguientes:

1. Al formular una opinión, ¿consideró el experto todos los hechos relevantes?
2. ¿Cuánta confianza se puede atribuir a los hechos en los cuales se basa la opinión del experto?
3. ¿Tiene el experto conocimiento adecuado sobre los principios clínicos y científicos pertinentes?
4. En la medida en que la opinión del experto se basa en los principios científicos, ¿han sido estos principios sometidos a prueba?
5. ¿Han sido los principios o teorías en las cuales se basa el experto publicados en revistas revisadas por sus pares?
6. ¿Son los principios o teorías en los cuales se basa el experto generalmente aceptados como confiables por los expertos en el área?
7. ¿Empleó el experto métodos de evaluación apropiados?
8. ¿Se pueden defender las inferencias y conclusiones obtenidas por el experto?
9. ¿Es el experto razonablemente objetivo?

En el análisis final, la pregunta importante es si la opinión del experto es lógica, coherente, objetiva, se puede explicar y se puede defender. El valor de la opinión del experto depende de las respuestas a estas preguntas (Black, 1988).

La pregunta hipotética

En tiempos pasados, el testimonio del experto con frecuencia se obtenía en respuesta a una larga pregunta hipotética formulada por un abogado. Tal pregunta contiene hechos hipotéticos que se asemejan a los hechos reales del caso. La pregunta hipotética es un método extraño y está cayendo en desuso. Hoy día, es más frecuente que el abogado que contra interroga formule a los expertos preguntas hipotéticas. Su pregunta hipotética podría ser, “¿Cambiaría su opinión si los hechos A, B y C fueran diferentes?” En la medida de que A, B y C son razonables, el experto podrá estar de acuerdo con la salvedad que “Por supuesto que debemos considerar que cuando evalué al niño, no encontré evidencia de A, B y C, lo que fundamenta la opinión que tengo”.

Testimonio de experto en la forma de una disertación

Más que ofrecer una opinión, un experto puede testificar en la forma de “una disertación o exposición de principios científicos o de otro tipo relevantes para el caso, dejando al jurado la responsabilidad de aplicarlos a los hechos” (Fed. R. Evid. 702, 1975, Advisory Comité Note). Un ejemplo común de esta forma de testimonio ocurre en los casos de abuso sexual infantil en que un experto ayuda al jurado a comprender la causa del retraso en hacer la denuncia y la retractación que ocurre en niños víctimas de abuso sexual.

Tipos de información en que los testigos expertos se pueden basar para formarse las opiniones ofrecidas en el tribunal

Los profesionales obtienen información de muchas fuentes para llegar a una conclusión sobre el abuso infantil. Cuando se trata de la opinión de un experto en el tribunal, la ley generalmente permite a los profesionales basar su testimonio en las mismas fuentes de información en las que se basan en su práctica normal diaria fuera de la sala del tribunal. Por consiguiente, en un caso de abuso sexual, un experto puede basar su testimonio de experto en la revelación del niño, los resultados de los servicios de protección del menor, investigación, y consultas con colegas. En un caso de abuso físico, el médico se puede formar una opinión sobre la base de una entrevista y un examen físico del niño, las declaraciones de los padres, los resultados de los exámenes de laboratorio, radiografías y la literatura. Pueden existir muchas otras combinaciones de información.

Testimonio de expertos sobre principios o técnicas científicas

Una regla especial regula la admisibilidad del testimonio de los expertos que se basan en principios o técnicas científicas. El objetivo de la regla especial es excluir el testimonio del experto basado en principios o técnicas científicas no confiables. En Estados Unidos, la regla adopta dos formas: (a) la regla de aceptación general, comúnmente conocida como *Frye*, y (b) el análisis de la relevancia, comúnmente conocido como *Daubert*. Las dos reglas se describen brevemente a continuación.

Aceptación General – *Frye*

La regla de aceptación general adquiere su nombre de un caso de 1923 llamado *Frye v. Estados Unidos*. En *Frye*, la corte decidió que el testimonio del experto basado en un principio científico nuevo es admisible sólo cuando el principio obtiene “aceptación general en el área a la cual que pertenece” (p. 1014). Un abogado que ofrece testimonio de experto basado en un principio científico nuevo debe convencer al juez de que el principio es generalmente aceptado como confiable en la comunidad profesional relevante.

Alguna vez la regla de aceptación general fue la regla predominante en Estados Unidos. En los últimos años, sin embargo, la mayoría de los estados han rechazado la regla de aceptación general porque la regla algunas veces excluye testimonios de expertos que pueden ayudar al jurado.

Análisis de la Relevancia – *Daubert*

En 1993, la Corte Suprema de EE.UU. adoptó el análisis de la relevancia para las cortes federales, rechazando la regla de aceptación general de *Frye* (*Daubert v Merrel Dow Pharmaceuticals, Inc.*, 1993). A pesar de que la decisión de la Corte Suprema sobre *Daubert* no es vinculante sobre los jueces de la corte del estado, *Daubert* ha influido en un creciente número de jueces de cortes estatales para cambiar de *Frye* a *Daubert*.

Con el análisis de la relevancia, el juez conduce una exploración acerca de la confiabilidad de los principios científicos que sustentan el testimonio del experto. Para evaluar la confiabilidad, el juez considera lo siguiente:

- Si el principio “puede ser (y ha sido) sometido a prueba” para determinar su confiabilidad y validez (*Daubert*, p. 581).
- Con qué frecuencia el principio ofrece resultados precisos.
- La existencia de normas que rigen el uso del principio para asegurar resultados precisos (Ej., criterios de diagnóstico claros).
- El grado en que el testimonio del experto se basa en un análisis subjetivo, comparado con un análisis objetivo. El testimonio de un experto basado en un análisis subjetivo puede ser de una confiabilidad no verificable si el proceso de toma de decisión subjetiva del experto es difícil de evaluar.
- La publicación de literatura revisada por los pares.

La Corte Suprema escribió:

Otra consideración pertinente es si la teoría o la técnica ha sido sometida a la revisión de pares y ha sido publicada. La publicación (que es un elemento de la revisión de los pares) no es *sine qua non* de admisibilidad; no se correlaciona necesariamente con la confiabilidad,... y en algunos casos las teorías innovadoras, bien fundadas no han sido publicadas... Más aún, algunas propuestas, son demasiado particulares, demasiado nuevas, o de interés muy limitado para ser publicadas. Sin embargo, el sometimiento al escrutinio de la comunidad científica es un componente de una “buena práctica científica” en parte porque aumenta la probabilidad de que se detecten los defectos substantivos de metodología. ... Por consiguiente, el hecho de que la publicación (o la falta de ella) en una revista revisada por los pares, será una consideración relevante aunque no dispositiva para evaluar la validez científica de una técnica o metodología particular en que se ha basado la opinión (*Daubert*, pp. 593-594).

- Si el principio científico o clínico es generalmente aceptado por los expertos del área (la regla de *Frye*). La Corte de *Daubert* escribió que “la aceptación ampliada puede ser un factor importante para decidir que una evidencia particular es admisible” (p. 594).
- Si el principio o técnica es coherente con métodos de análisis establecidos y demostrados (Black, Francisco, & Saffran-Brinks, 1994).

¿Cuándo se aplica la evidencia científica que rige la regla especial?

La regla especial que rige la evidencia científica no se aplica cada vez que un testimonio de un experto se basa completa o parcialmente en principios científicos. Muchos principios científicos están suficientemente bien establecidos de modo que el juez toma lo que se llama ‘nota judicial de la confiabilidad de los principios’. Por ejemplo, el síndrome del niño golpeado es un diagnóstico médico aceptado. Los jueces toman nota judicial de la confiabilidad del síndrome, y el testimonio del experto basado en el síndrome no está sujeto a *Frye* o a *Daubert*.

La decisión de *Daubert* de la Corte Suprema en 1993 tenía que ver con evidencia científica. Después de *Daubert*, no quedaba claro si *Daubert* se aplicaba a testimonios de expertos no científicos o parcialmente científicos. Por ejemplo, ¿se puede aplicar *Daubert* al testimonio de un experto basado en principios psicológicos y clínicos? ¿Se puede aplicar *Daubert* a un testimonio médico basado en conocimiento científico junto con criterio clínico? Mucha de esta incertidumbre se eliminó con la decisión de la Corte Suprema en 1993 en *Kuhmo Tire Co. v. Carmichael*, en que la Corte decidió la aplicabilidad de *Daubert* no sólo al conocimiento científico sino que también al conocimiento “técnico” y “otro conocimiento especializado”. En el análisis final, la regla especial para la evidencia científica se puede aplicar cada vez que el testimonio del experto se basa en principios científicos o clínicos que son de confiabilidad desconocida o no probada. Dicho esto, sin embargo, se debe agregar que muchos tribunales no aplican ni *Frye* ni *Daubert* a criterios clínicos y diagnósticos de médicos o profesionales de salud mental. La conclusión es que con frecuencia es difícil predecir si un juez aplicará *Frye* o *Daubert* a un testimonio particular. Cuando se aplica *Frye* o *Daubert*, el abogado que ofrece el testimonio de experto debe convencer al juez de que los principios científicos o clínicos en los que se basa el testimonio son suficientemente confiables.

Testimonio de expertos en casos de abuso físico y descuido

El testimonio de expertos sobre lesiones no accidentales es un tema complejo. Las limitaciones de espacio no permiten una discusión extendida de este interesante e importante tema, por lo que el lector deberá consultar otras fuentes (Helfer, Kempe & Krugman, 1997; Reece, 2000, Reece & Ludwig, 2001; ver Capítulo 13, de este libro).

Brevemente, en los juicios de abuso físico infantil, los individuos acusados habitualmente recurren a una o dos defensas. La defensa más común es que las lesiones del niño fueron accidentales. Alternativamente, el acusado puede reconocer que el niño fue víctima de abuso pero afirma que lo hizo otra persona.

El testimonio experto de profesionales médicos desempeña un papel clave para demostrar que la lesión no es accidental (Chadwick, 1990; Myers, 1997a). Los médicos regularmente proveen testimonio sobre hematomas, mordeduras, lesiones de la cabeza, lesiones abdominales, quemaduras y fracturas.

Testimonio médico experto sobre la causa de una lesión

Un profesional médico debidamente calificado puede testificar que las lesiones de un niño probablemente no fueron accidentales. En general, se permite a los expertos describir los medios usados para infligir la lesión (Myers, 1997a). En *People v. Jackson* (1971), por ejemplo, el tribunal escribió que “un testigo médico experto puede dar su opinión sobre los medios usados para infligir una lesión particular, sobre la base de su deducción de acuerdo al aspecto de la lesión misma” (p. 921). En *Estado v. Wilding* (1999), un médico “testificó que la lesiones que habían causado la muerte de Cassandra parecían relacionadas con un

golpe de una mano humana” (p. 1238). Un experto puede ofrecer una opinión sobre “si la explicación dada sobre las lesiones son razonables” (*Gideon v. Estado*, 1986, p. 1336). Finalmente, un experto puede ofrecer una opinión sobre la causa de muerte o del daño potencial de las lesiones inflingidas en ciertas partes del cuerpo (Myers, 1997a). En *People v. Sargent* (1999), el Dr. John McCann declaró que

El zamarreo que sufrió Michael fue probablemente la circunstancia que le causó el daño corporal grave o la muerte. Para que una caída haya causado las lesiones sufridas, Michael se tendría que haber caído desde la ventana de un segundo piso no del sofá o de los brazos de su padre. (p. 838).

Síndrome de niño golpeado

En su artículo prominente, Kempe y sus colegas acuñaron el término *síndrome de niño golpeado* (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, & Silver, 1962). Kempe et al. describen al niño golpeado:

El síndrome del niño golpeado puede ocurrir a cualquier edad pero, en general, el niño afectado es menor de 3 años. En algunos casos las manifestaciones clínicas se limitan a aquellas que resultan de un episodio único de trauma, pero con mayor frecuencia la salud general del niño es peor a la de sus pares y presenta evidencia de descuido, incluida una mala higiene corporal, múltiples lesiones de tejidos blandos y desnutrición. Generalmente uno obtiene una historia de episodios anteriores que sugieren descuido o trauma. La discrepancia marcada entre los hallazgos clínicos y la información de la historia del niño proporcionada por los padres es una característica diagnóstica importante del síndrome del niño golpeado... El hematoma subdural, con o sin fractura de cráneo... es un hallazgo extremadamente frecuente incluso en ausencia de fracturas de huesos largos... La distribución característica de estas fracturas múltiples y la observación de que las lesiones están en distintas etapas de evolución son de valor adicional para hacer el diagnóstico. (p. 17).

No todas las víctimas de abuso físico tienen lesiones en diferentes etapas de evolución. Kempe et al. (1962) observaron que algunas veces las lesiones abusivas son producto de un “episodio único de trauma” (p. 17). Muchas muertes por abuso infantil carecen de un patrón de lesiones repetidas.

En forma rutinaria se acepta el testimonio de un experto en el síndrome del niño golpeado. Se permite a los médicos que declaren que el niño presenta el síndrome y que probablemente fue víctima de lesiones no accidentales. Como se afirmó anteriormente, generalmente se acepta el diagnóstico de síndrome de niño golpeado como un diagnóstico confiable y no es sometido a *Frye* o *Daubert*.

Síndrome de niño zamarreado

Los cuidadores de niños frustrados algunas veces toman a niños pequeños de los hombros o debajo de las axilas y los zamarrean. El daño neurológico causado por el zamarreo violento se llama síndrome de niño zamarreado o síndrome de impacto de zamarreo (Duhaime, Christian, Rorke, & Zimmerman, 1998; ver Capítulo 13 de este libro). El testimonio de un experto en síndrome de niño zamarreado es admisible y no se somete a *Frye* o *Daubert* (*Ej. Steggall v. Estado*, 2000).

Síndrome de ‘Munchausen’ por poder

El síndrome de ‘Munchausen’ es “un cuadro caracterizado por la presentación habitual para recibir tratamiento médico por una enfermedad aparentemente aguda, en que el paciente relata una historia dramática y creíble, la cual es absolutamente falsa” (*Dorland’s Illustrated Medical Dictionary*, 1994, p. 1635). El síndrome de ‘Munchausen’ por poder ocurre cuando los adultos utilizan a un niño como un vehículo para su enfermedad fabricada (ver Capítulo 7, de este libro). Zumwalt y Hirsch (1987) escriben que:

El síndrome de ‘Munchausen’ por poder ocurre cuando un padre o un tutor falsifican la historia médica de un niño o alteran los exámenes de laboratorio del niño o realmente causan una enfermedad o lesión a un niño con el fin de obtener la atención médica para el niño la cual puede resultar en innumerables procedimientos hospitalarios perjudiciales (p. 276).

Los tribunales aceptan el testimonio de un experto para que describa el síndrome de Munchausen por poder (*Reid v. Estado*, 1998). En *People v. Phillips* (1981), por ejemplo, el tribunal aprobó el testimonio de un psiquiatra experto en el síndrome para establecer el motivo del acusado para envenenar a su bebé agregando grandes cantidades de sal en su alimento. El tribunal decidió que el síndrome no era evidencia científica que debiera ser sometida a *Frye*.

Casos de descuido

El descuido es un concepto muy amplio que comprende varios tipos de malos tratos. El testimonio de un experto desempeña un papel importante en numerosos casos de descuido. Por ejemplo, el testimonio de un experto es la norma en casos de negligencia médica (Dubowitz, 1999; ver Capítulo 14 de este libro). El testimonio de un experto es necesario para diagnosticar el fracaso en prosperar, síndrome de ‘Munchausen’ por poder, y otras materias. Se recurre a profesionales de salud mental en casos de descuido para evaluar las habilidades de los padres y la condición mental de los padres e hijos.

Testimonio de expertos en juicios de abuso sexual

El testimonio de un experto desempeña un papel importante en algunos litigios de abuso sexual infantil (Bulkley, 1992; Myers, 1997a). Al comienzo, el testimonio de un experto sobre abuso sexual puede estar dividido en cuatro categorías: (a) testimonio que describe evidencia médica, (b) testimonio basado principalmente en los efectos psicológicos del abuso, (c) testimonio sobre entrevistas, y (d) testimonio relacionado con el acusado.

Evidencia médica

La primera categoría de testimonio de un experto se relaciona con evidencia médica de abuso sexual, como lesión genital y enfermedad de transmisión sexual (Bays & Chadwick, 1993; Finkel & Giardino, 2002; ver Capítulo 12 de este libro). A pesar de que se encuentra evidencia médica sólo en bajo porcentaje de los casos, cuando existe evidencia médica, los jueces permiten a los médicos y a otros profesionales médicos calificados que describan tal evidencia.

Testimonio basado principalmente en los efectos psicológicos del abuso sexual

El testimonio de un experto en relación con los efectos psicológicos cae en dos categorías: (a) evidencia substantiva y (b) rehabilitación.

Evidencia Substantiva

El testimonio substantivo experto entregado por un profesional de salud mental adopta varias formas. El experto puede ofrecer una opinión de que el niño tiene un diagnóstico de abuso sexual. Hay cierto desacuerdo sobre si los profesionales de salud mental debieran utilizar terminología diagnóstica para describir la determinación de abuso sexual. Los que se oponen, argumentan que el abuso sexual es un evento, no una enfermedad o una lesión que se pueda diagnosticar. Por ejemplo, un médico de un servicio de urgencia no diagnostica un “accidente automovilístico”. El médico diagnostica una fractura de una pierna causada por el accidente. El abuso sexual, al igual que el accidente automovilístico es un evento, y no se debería usar terminología de diagnóstico. Por otra parte, los profesionales se sienten cómodos usando terminología de diagnóstico con el abuso físico. El síndrome de ‘niño golpeado’ es un diagnóstico médico aceptado a pesar del hecho de que el abuso físico es un evento. Parece que la palabra *diagnóstico* es suficientemente elástica para describir un hallazgo de salud mental o de abuso sexual. Esta posición es apoyada en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Revisión Técnica) del American Psychiatric Association (2000), que incluye el abuso sexual infantil como un diagnóstico.

El experto puede evitar la terminología diagnóstica y ofrecer una opinión de que el niño fue víctima de abuso sexual. El experto puede declarar que los síntomas del niño coinciden con los de abuso sexual. Alternativamente, el experto puede afirmar que el niño demuestra tener conocimientos sexuales inusuales para un niño de esa edad. Finalmente, el experto puede evitar mencionar al niño en el caso en cuestión y limitar su testimonio a la descripción de los síntomas que se observan en niños que son víctimas de abuso sexual, como grupo. Cualquiera sea la forma, el objetivo es el mismo: demostrar el abuso. Por consiguiente, el testimonio constituye evidencia substantiva.

Controversia en la literatura. Hay desacuerdo sobre si los profesionales de salud mental tienen el conocimiento necesario para determinar si se produjo o no abuso (ver *Estado v. Konechny*, 2000). Melton y Limber (1989) afirman que “bajo ninguna circunstancia un

tribunal debiera aceptar la opinión de (un profesional de salud mental) si un niño en particular a sido víctima de abuso sexual” (p. 1230). Melton et al. (1997) reiteran esta posición en *Psychological Evaluations for the Courts*, en que escriben lo siguiente:

No hay razón alguna para creer que la capacidad de los clínicos para determinar si un niño ha sido víctima de abuso sexual o no es producto de conocimiento especializado. Las conclusiones que se obtienen de la descripción gráfica del niño del encuentro sexual, por ejemplo, son cuestión de sentido común y no conocimiento científico o incluso discernimiento clínico.

Debido a que el testimonio de un experto involucra una representación implícita de que las opiniones presentadas están basadas en conocimiento especializado, un profesional de salud mental éticamente debiera rehusar ofrecer una opinión de si el niño dijo o no la verdad o si ha sido abusado. Del mismo modo, bajo las reglas de la evidencia, no se debiera aceptar tal opinión.

A pesar de que la posición de Melton et al. (1997) es respetada y es la ley en algunos estados, Melton probablemente se pronuncia en nombre de una minoría de profesionales de salud mental. Muchos profesionales creen que los expertos de salud mental pueden proporcionar evidencia substantiva útil en algunos casos. Por supuesto, que un profesional de salud mental no puede “saber” si ocurrió abuso sexual porque el profesional no fue testigo del delito. Sin embargo, muchos profesionales creen que es posible basarse en la literatura y en criterios clínicos para interpretar síntomas, conductas, afirmaciones, y otra evidencia para ayudar al jurado.

Oberlander (1995) encuestó a 31 profesionales de salud mental de Massachussets que evalúan a niños para determinar si han sufrido abuso sexual:

Se preguntó a los evaluadores si era posible determinar si la conducta y los síntomas de un niño coincidían con las respuestas típicas ante el abuso sexual... En esta muestra, el 67,7% de ellos afirmó que creía que era posible hacer tal determinación, 9,7% dijo que no estaba seguro o que dependía del caso, y 22,5% dijo que creía que no era posible hacer tal determinación. (p. 482).

Se pidió a los profesionales que dieran su opinión acerca de si la evaluación psicosocial podía establecer si el niño había sido víctima de abuso sexual:

En esta muestra, el 58,1% dijo que creía que los resultados de la evaluación podían establecer el abuso, 12,9% dijo que no estaba seguro o que dependía del caso, y 29,0% afirmó que creía que los resultados de la evaluación no podían establecer el abuso. (La mayoría de los evaluadores hizo una distinción clara entre “establecer” y “demostrar”, lo que sugiere que sus opiniones son probabilísticas). (Oberlander, 1995, pp. 482-483).

Esta muestra de Massachussets ilustra la diversidad de opiniones entre profesionales de salud mental informados. Sin embargo, en respuesta a ambas preguntas, la mayoría creía que los profesionales de salud mental pueden llegar a decisiones razonadas sobre el abuso.

En 1996, el *American Professional Society on the Abuse of Children* emitió pautas para la evaluación psicosocial del abuso sexual en niños pequeños. Las pautas afirman que un “evaluador puede dar una opinión sobre si se produjo o no abuso, una opinión sobre la

probabilidad de que se haya producido abuso, o simplemente entregar una descripción y un análisis de la información reunida” (p.2).

Síntomas y conductas compartidas por niños abusados y no abusados – índices base. Un profesional de salud mental que provee evidencia substantiva de abuso sexual infantil debe tener un gran dominio de la literatura que describe los síntomas y las conductas de los niños abusados y no abusados sexualmente (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). No existe un conjunto único de síntomas que se observen en todos los niños abusados sexualmente. No obstante, la presencia de ciertos síntomas puede proporcionar evidencia de abuso. Los síntomas relacionados con estrés son relativamente habituales, incluido el temor, trastornos del sueño y pesadillas, recuerdos del pasado, reacciones de sobresalto, hipervigilancia, regresión, enuresis nocturna, conductas fóbicas, aislamiento de actividades habituales, nerviosismo, y no querer separarse de alguna persona (Browne & Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino & Cohen, 1986; ver Capítulo 3 de este libro). Algunos niños víctimas de abuso sexual presentan depresión (Lanktree, Briere, & Zaidi, 1991).

95 % de los niños no abusados sexualmente (28,5 millones) no presenta pesadillas ni regresión
5% de los niños no abusados sexualmente (1.500.000) presenta pesadillas y regresión

Figura 19.1. 30 millones de niños no abusados, 5% de los cuales tiene pesadillas y regresión.

75 % de los niños abusados sexualmente (225.000) no presenta pesadillas ni regresión
25% de los niños abusados sexualmente (75.000) presenta pesadillas y regresión

Figura 19.2. Un total de 300.000 niños abusados sexualmente que presentan pesadillas y Regresión.

Niños no abusados sexualmente. 1.500.000 presenta pesadillas y regresión
Niños abusados sexualmente. 75.000 presenta pesadillas y regresión

Figura 19.3. Un total de 300.000 niños abusados sexualmente que presentan pesadillas y regresión.

El hecho de que un niño tenga pesadillas y regresión indica poco sobre abuso sexual porque hay otras circunstancias que también causan tales síntomas. De hecho, si todo lo que sabemos de un niño es que sufre de pesadillas y regresión, es más probable, desde un punto de vista estadístico, que el niño no haya sido abusado que lo contrario. Considere a Sally de 4 años de edad. Hasta hace un mes, Sally era una preescolar feliz que vivía con sus padres felizmente casados. Sally asiste a una institución durante el día donde cuidan de ella mientras sus padres trabajan. Repentinamente, hace un mes, Sally comienza a presentar pesadillas aterradoras tres o cuatro veces a la semana. Se despierta llorando y es muy difícil calmarla para que se duerma nuevamente. Además, Sally comenzó a mojar la cama, algo que no sucedía por años. Sally no tiene antecedentes de pesadilla o regresión ni hay una historia familiar de tales problemas.

Claramente algo está sucediendo, pero ¿qué? Los padres de Sally se preguntan si algo le sucedió a su hija en el lugar donde pasa todo el día. ¿Si es posible que su hija haya sido víctima de abuso sexual en ese lugar? Ayudan los síntomas de Sally a aclarar esa pregunta? La literatura clínica nos dice que las pesadillas y la regresión se observan en algunos casos de abuso sexual. Sin embargo, si todo lo que sabemos de Sally es que tiene pesadillas y regresión, lo más probable es que Sally no haya sido víctima de abuso sexual. Esta conclusión se deriva del índice base a la que ocurren las pesadillas y la regresión en el total de población de niños no abusados (Meton & Lamber, 1989). El índice base de un síntoma o conducta es esencialmente la prevalencia del síntoma o conducta (para un análisis detallado de las tasas base ver Koehler, 1993; Lyon & Koehler, 1996; Word, 1996; Word & Wright, 1995).

Para ilustrar el efecto del índice base, considere el siguiente caso hipotético. Las cifras de la población en este caso hipotético sólo tienen el fin de ilustración y no son exactas. Suponga que hay 30 millones de niños no abusados en Estados Unidos, y 5% de estos niños no abusados sufren pesadillas serias y regresión. Por lo tanto, del total de la población de niños no abusados, un millón y medio tiene pesadillas y regresión. La Figura 19.1 ilustra el número de niños no abusados que presenta pesadillas y regresión.

Ahora, desplace su atención hacia los niños que han sido víctimas de abuso sexual. Suponga que en Estados Unidos hay 300.000 niños abusados sexualmente y que el 25% de ellos presenta pesadillas serias y regresión. ¿A qué se debe el porcentaje más alto en los niños abusados sexualmente? Debido a que aceptamos para los fines de esta ilustración que el abuso sexual causa pesadillas y regresión en muchas víctimas. Por consiguiente, entre los niños abusados sexualmente 75.000 sufre pesadillas y regresión. La Figura 19.2 ilustra el número de niños abusados sexualmente que presentan pesadillas y regresión.

Cuando se combinan los niños abusados y no abusados que presentan pesadillas y regresión, el número total de niños con estos síntomas es 1.575.000. La Figura 19.3 ilustra el punto importante que en el *total* de la población de niños que presentan pesadillas y regresión, la gran mayoría no ha sido víctima de abuso sexual.

Sin embargo, la Figura 19.3 es engañadora porque los niños abusados sexualmente se distinguen claramente de los no abusados. En realidad, por supuesto, los niños abusados y no abusados se asemejan. Por lo tanto, para tomar en cuenta los efectos de los índices base es necesario mezclar el millón y medio de niños no abusados y los 75,000 niños abusados sintomáticos para formar un gran grupo indiferenciado. La Figura 19.4 ilustra ese punto.

Ahora, suponga que llevamos a los 1.575.000 niños que presentan pesadillas y regresión a su pueblo y los deja libres. Con todos esos niños circulando, usted sale y agarra al primero que se cruza. ¿Elegió usted a un niño abusado o a uno no abusado? Es fácil decir que la probabilidad es muy alta de que haya elegido a un niño que no ha sido víctima de abuso sexual. Entre el total de la población de niños que presentan pesadillas y regresión, la gran mayoría no ha sido abusado sexualmente. Esta ilustración ayuda a comprender por qué las pesadillas y la regresión de Sally nos indican tan poco de si ha sido abusada o no. Si todo lo que sabemos es que tiene pesadillas y regresión, lo más probables es que no haya sido abusada.

1.575.000 niños con pesadillas y regresión

Figura 19.4 Ponga a Todos los Niños -los abusados y no abusados- con pesadillas y regresión en un gran grupo indiferenciado (los niños no abusados sobrepasan ampliamente a los abusados).

El fenómeno del índice base es complejo. De hecho, el ejemplo anterior es una sobresimplificación. Para los lectores como para los autores de este capítulo, los cuales probablemente se sentirán desconcertados e iluminados por los gráficos circulares, hay otra forma de pensar sobre los índices base: Piense en porotos. ¡Sí, porotos! Imagine una bolsa de papel llena de 1000 porotos rojos. Los porotos rojos representan a los niños no abusados que presentan pesadillas y regresión. Ahora, imagine otra bolsa con 25 porotos blancos. Los porotos blancos representan a los niños abusados sexualmente que presentan pesadillas y regresión. El número de porotos rojos (niños no abusados) es mucho más grande que el número de porotos blancos (niños abusados) porque el número de niños no abusados en el total de la población (abusados y no abusados) excede ampliamente al número de niños abusados. Usted puede ver el efecto de los índices base al vaciar los porotos blancos a la bolsa con los porotos rojos, mezclando los porotos y eligiendo un poroto al azar. La probabilidad más alta es que elija un poroto rojo (niño no abusado). El primer autor ha realizado esta demostración muchas veces, y sólo una vez eligió un poroto blanco. Sean gráficos circulares o porotos, la lección es muy simple: Si todo lo que sabemos sobre un niño es que tiene síntomas compartidos por un número de niños abusados y no abusados, entonces, estadísticamente, el niño probablemente no ha sido víctima de abuso sexual. Claramente, los profesionales no deberían emitir opiniones sobre abuso sexual basados principalmente en síntomas que se traslapan considerablemente entre niños abusados y no abusados.

Conocimiento y conducta sexual inusual para la edad de desarrollo. A pesar de que varios síntomas y conductas observadas en niños que han sido víctimas de abuso sexual se observan en niños que no han sido abusados sexualmente, algunas conductas se observan con mucho más frecuencia en niños abusados sexualmente. Las conductas que parecen tener una relación más estrecha con el abuso sexual comprenden el conocimiento sexual inusual para la etapa de desarrollo del niño y los juegos sexuales en niños pequeños (Davies, Glaser, & Kossoff, 2000; Friedrich, 1993; Friedrich, Brambsch, Broughton, & Beilke, 1991; Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998; Koldo & Moser, 1988; Mannarino & Cohen, 1986).

En 1991, Friedrich informó sobre la conducta sexual estándar en niños estadounidenses (Friedrich et al., 1991), destacando que

(a) un hallazgo relativamente claro es que a pesar del hecho de que los niños entre 2-12 años exhiben una amplia variedad de conductas sexuales con frecuencias relativamente altas, Ej., autoestimulación y exhibicionismo, hay una serie de conductas que son bastante inusuales... Estas conductas tienden a ser conductas más agresivas o más imitativas de la conducta sexual adulta (p. 462).

En el estudio de Friedrich et al. (1991), las conductas sexuales observadas con *menor* frecuencia en niños no abusados fueron colocar la boca del niño en un órgano sexual, solicitar participar en una relación sexual, masturbarse con un objeto, insertar objetos en la vagina/ano, imitar una relación sexual, emitir sonidos sexuales, beso francés, desvestir a otras personas, pedir ver sexo explícito en la televisión, e imitar conductas sexuales con muñecas. Sobre la base de su investigación niños abusados y no abusados, Friedrich desarrolló un Inventario de Conductas Sexuales Infantiles, el cual es una herramienta útil para evaluar la posibilidad de haber sufrido abuso sexual (Friedrich, 1993; Friedrich et al., 1992).

En 1998, Friedrich y sus colegas proporcionaron más datos sobre la conducta sexual estándar. La conducta sexual observada en niños pequeños alcanza un máximo alrededor de los 5 años. Después de esa edad, los niños comienzan a comprender las restricciones sociales con respecto de conductas como tocarse sus genitales en público. Friedrich et al. Encontraron que los siguientes factores aumentan la probabilidad de que un niño exhiba una conducta sexual: (a) violencia familiar, (b) número de horas a la semana en tuición infantil, (c) circunstancias de vida estresantes, y (d) actitudes familiares en relación al sexo, como nudismo, dormir juntos, bañarse juntos, y pornografía. Friedrich et al. escriben:

Los resultados fueron sumamente coherentes con la investigación anterior, y claramente indican que los niños exhiben numerosas conductas sexuales con diferentes niveles de frecuencia. Las conductas sexuales que parecen ser más frecuentes comprenden conductas de autoestimulación, exhibicionismo, y conductas relacionadas con los límites personales. Las conductas menos frecuentes son claramente las conductas más intrusivas... A pesar de que la conducta sexual es normativa, una conducta sexual excesiva parece relacionarse con otros problemas de conducta como el abuso sexual (pp. 6-8).

Schoentjes, Deboutte y Friedrich (1999) estudiaron la conducta sexual en una muestra de niños de habla holandesa que vivía en Amberes. Los autores escriben “nuestros resultados confirmaron que los niños de entre 2 y 5 años son relativamente sexuales comparados con los de 10 a 12 años y esto se cumple en ambos géneros”. (p. 892). Los autores concluyen que:

Esta descripción de la conducta sexual en una muestra normativa de niños de habla holandesa de 2 a 12 años confirma los hallazgos anteriores en esta área. Una serie de conductas sexuales parecen ser normales y su ocurrencia tiende a depender de la edad... Las conductas sexuales inusuales como las conductas sexuales intrusivas o agresivas, o una conducta sexual exacerbada, debiera alertar al pediatra sobre la posibilidad de otros problemas conductuales o emocionales, incluida la posibilidad de abuso sexual. (p. 893).

Lindblad y sus colegas (Lindblad, Gustafsson, Larsson & Lundin, 1995) examinaron la frecuencia de las conductas sexuales en una muestra de preescolares suecos que atendían a centros de cuidado infantil. Las conductas siguientes son de interés: 99,6% de los niños nunca intentó hacer que un adulto tocara sus genitales, 91,2% nunca intento tocar los pechos de alguna de las asistentes; el 99,6% nunca intento tocar los genitales de un adulto en el centro; el 91,6% de los niños nunca exhibió sus genitales en el centro, 92,0% nunca jugó a juegos de exploración sexual como jugar al “doctor” y 96,8% nunca inició juegos de imitar la actividad sexual adulta.

Davies et al. (2000) entrevistaron a 58 asistentes de centros de preescolares en Inglaterra sobre el comportamiento sexual de los niños. Los autores escriben:

Las conductas que se observan con menos frecuencia fueron los intentos de los niños de introducir el pene o el dedo en, o el contacto oral con, los genitales de otro niño, que un niño colocara la boca en los genitales de una muñeca, y que un niño pidiera que se le tocaran los genitales... Nuestros hallazgos con respecto de las conductas observadas con menos y más frecuencia son muy similares a los informadas por Friedrich y colegas y Lindblad y colegas. (p. 1340).

Phipps-Yonas y colegas (Phipps-Yonas, Yonas, Turner, & Kauper (1993) encuestaron a 564 proveedores certificados de tuición diaria en Minnesota sobre las “observaciones de la conducta de los niños y su aparente conocimiento sexual” (p. 2). Phipps-Yonas et al. (1993) escriben,

Todos somos criaturas sexuales y el aprendizaje sexual comienza en la infancia temprana... Entre los preescolares con frecuencia existe bastante libertad con respecto de sus cuerpos, como también, para tocar sus cuerpos, a sus pares y a miembros de la familia. Los niños en esta etapa participan en juegos como jugar al doctor o a la casa que involucran exploración a través del tacto y mirar las partes íntimas del otro.

Solicitamos a las personas que respondieran cómo los niños entre 1 y 3 años se comportan y cómo se comportan los de 4 a 6 años... Los niños más grandes fueron considerados mucho más curiosos que los más pequeños sobre la mecánica de las actividades sexuales y la reproducción. También participaban con más frecuencia en juegos de exploración sexual como “yo te muestro el mío si tu me muestras el tuyo” o al doctor o a la casa.

Como han informado otros investigadores, el tocar los genitales de otros niños es relativamente común... Se informó que ciertas conductas se observan muy rara vez, especialmente en niños menores de 4 años, como por ejemplo, participar o imitar una relación sexual, beso francés, solicitar a otro lamer, chupar o besar sus genitales, e intentos de introducir objetos en sus genitales o en los de otro niño. (pp. 1, 3-4).

Conte y sus colegas encuestaron a 212 profesionales que regularmente evalúan a niños para detectar un posible abuso sexual (Conte, Sorenson, Fogarty, & Dallas Rosa, 1991). Se solicitó a los evaluadores que clasificaran la importancia de 41 indicadores de abuso sexual. Los siguientes indicadores fueron considerados ser importantes por más del 90% de los evaluadores: evidencia médica de abuso, conocimiento sexual inapropiado para la edad, juegos sexuales durante la entrevista, conducta precoz o seductora, masturbación excesiva, coherencia en la descripción del niño a lo largo del tiempo, y el relato del niño de ser objeto de presión o coerción.

Conte et al. (1991) advirtieron no confiar indebidamente en los hallazgos, destacando que el consenso entre los profesionales “no asegura que la práctica profesional o las creencias profesionales se basen en el conocimiento, y no se puede considerar que el acuerdo entre las personas que respondieron valide varias prácticas como confiables y eficaces” (p. 433). De hecho, el juicio profesional basado sólo en la experiencia clínica a veces es una base poco sólida para tomar decisiones (Dawes, Faust, & Meehl, 1989; Garb, 1989; “Wood, 1996).

Wells y colegas estudiaron los síntomas en tres grupos de mujeres pre-púberes: no abusadas, con confirmación de abuso, y con sospecha de abuso no confirmado (Wells, McCann, Adams, Voris, & Ensign, 1995). Los autores escriben,

Los niños que se sabe o se sospecha que han sido abusados sexualmente tuvieron más probabilidades de presentar cambios emocionales y conductuales, tener temor de que se les dejara con una persona en particular, saber más sobre sexo y estar más interesados y ser más curiosos sobre asuntos sexuales o las partes íntimas. No se observaron diferencias entre los grupos con respecto de enuresis nocturna, dolores de cabeza, constipación, o sangrado vaginal. Se observaron problemas significativos de concentración y cambios en el desempeño escolar en aquellos niños en que se sospechaba abuso sexual, pero no se observaron diferencias significativas en relación con las hábitos en el baño, intentar hacer la cimirra, o participación extracurricular. Ninguno de los niños de la muestra de niños no abusados fue descrito como demostrando conductas demasiado maduras o de adultos para su edad, mientras que los padres del 33% de los niños del grupo de niños abusados expresó haber observado ese tipo de conductas en sus hijos. Similarmente, ninguno de los padres del grupo de niños no abusados manifestó que sus hijos tuvieran temor de hombres o tuvieran demasiada conciencia sobre sus cuerpos. Por el contrario, el 27% de los niños en que se sospechaba abuso sexual demostraba temer a hombres y el 28% tenía conciencia exagerada de su cuerpo... Los niños en que el abuso había sido confirmado presentaban mucho más temor de ser dejados solos, temor a los hombres, y tenía más conciencia de su cuerpo... Síntomas como pesadillas, llanto fácil, temor de ser dejados solos eran comunes en la muestra de niños no abusados, como también, problemas de enuresis nocturna, dolores de cabeza y dolores de estómago. Estos síntomas no parecen reflejar necesariamente abuso sexual. Por el contrario, los temores específicos a una persona en particular, conciencia del cuerpo y temor a hombres parecen ser aspectos que difieren entre las muestras de niños abusados y no abusados...

Los cambios bruscos en la conducta del niño y particularmente temores aumentados y específicos y mayor interés y curiosidad sobre asuntos sexuales parecen ocurrir relativamente con poca frecuencia en la

muestra de niños no abusados, pero se observan en el 30% a 66% de los niños que se sospecha que han sido víctimas de abuso sexual.

Billeslijper, Kater y Baartman (2000) estudiaron a 63 niños holandeses de entre 2 y 7 años de edad. La investigación demostró que los niños muy pequeños preguntan sobre las diferencias genitales, el embarazo y el nacimiento. Los niños pequeños habitualmente no preguntan sobre conductas sexuales adultas como una relación sexual. En este estudio, los niños menores de 5 años tenían muy poco conocimiento sobre sexualidad. Entre los 5 y 6 años, los niños comienzan a aprender algunos aspectos de la sexualidad, aun cuando la mayoría de ellos sabía muy poco o no sabía nada sobre una relación sexual u otras conductas sexuales adultas.

Herman, Leblum, Esquilin, y Payito, (1998) estudiaron “lo que los profesionales creen que constituye un desarrollo sexual normal” en niños (p. 298). Herman et al. escriben que

Las creencias de los adultos sobre lo que constituye un conducta sexual infantil normal reveló tendencias y patrones que replican la investigación anterior. El hallazgo más sistemático es que los actos sexuales que involucran penetración oral, vaginal o anal fueron considerados anormales en niños menores de 12 años de edad. (p. 298).

Heiman et al. (1998) buscaron determinar si los profesionales que trabajan con niños abusados sexualmente “exageran el aspecto patológico de sus conductas sexuales” (p. 300). Heiman et al. encontraron poca evidencia “que apoyara la visión de que los expertos en abuso sexual exageran la patología de las conductas sexuales infantiles” (p. 300).

La Lista de Verificación de Conductas Infantiles - CBC (Achenback, 1991) es un cuestionario bien conocido que se usa para clasificar la frecuencia de conductas durante un período de 6 meses. Seis ítems de la lista se relacionan con conductas sexuales. Friedrich (1997) desarrolló un Inventario de Conductas Sexuales Infantiles – CSBI, como una medida de la conducta sexual de niños. Ni el CBC ni el CSBI son “pruebas” de abuso sexual. Estos instrumentos tampoco se pueden usar aisladamente para diagnosticar abuso sexual. Más bien, el CBC y el CSBI pueden desempeñar un papel en la evaluación de posible abuso. Drach, Wientzen y Ricci (2001)

No encontraron ninguna relación significativa entre el diagnóstico de abuso sexual y los problemas de conducta sexual medidos mediante el Inventario de Conducta Sexual Infantil entre niños evaluados para detectar abuso sexual en un entorno de evaluación forense multidisciplinario. Similarmente, el estudio no encontró ninguna relación entre el diagnóstico de abuso sexual y los problemas de conducta medidos mediante la Lista de Verificación de Conducta Infantil. (p. 498).

El estudio de Drach et al. examinó sólo los puntajes resumen del CSBI y el CBC. El estudio no examinó las relaciones posibles entre el abuso sexual y las conductas sexuales específicas. En particular, el estudio no examinó la relación entre el abuso sexual y las conductas sexuales que se observan rara vez en niños no abusados.

La investigación actual tiene limitaciones. No obstante, los hallazgos descritos más arriba constituyen una base empírica para concluir que la presencia de conductas sexuales que se observan rara vez en niños no abusados pueden proporcionar evidencia de abuso sexual. Evidentemente, que el hecho de que un niño presente uno o más conductas sexuales no habituales no es evidencia conclusiva de abuso sexual. Friedrich et al. (1991) nos recuerda que “la conducta sexual en niños se relaciona con el contexto familiar del niño, más específicamente con la conducta sexual de la familia” (p. 462). Un niño no abusado puede adquirir conocimiento sexual mirando pornografía o mirando a los adultos participar en conductas sexuales. Finalmente, los problemas de índices base surgen incluso con conductas sexuales poco comunes. Melton et al. (1997) señala que “debido a que una gran proporción de una pequeña población todavía puede ser más pequeña que una pequeña proporción de una gran población y debido a que sólo una minoría de la población abusada exhibe conductas sexuales, el problema del índice base todavía es aplicable” (p. 758, nota 211).

En el análisis final, no hay ninguna conducta o conjunto de conductas -sexuales o no sexuales- que sea patognomónica de abuso sexual. Asimismo, no existe ninguna “prueba” psicológica para confirmar la ocurrencia de abuso sexual. Más aún, no hay ningún síndrome psicológico que detecte el abuso sexual. A pesar de las limitaciones, el conocimiento sexual inusual para la etapa de desarrollo puede ser un “marcador” de abuso sexual y una pieza importante de una evaluación psicosocial general.

¿Cuándo puede uno confiar con bastante certeza de que un niño ha sido víctima de abuso sexual? La mayor confianza se garantiza cuando existe coalescencia de cinco tipos de datos:

1. Conducta y conocimiento sexuales inusuales para la etapa de desarrollo del niño, o síntomas que proporcionan evidencia relativamente poderosa de experiencia sexual (Ej. niño de 4 años con conocimiento detallado sobre sexo oral, incluida la eyaculación);
2. Conducta no sexual o síntomas comúnmente observados en niños abusados sexualmente (Ej. síntomas como pesadillas y regresión);
3. Evidencia médica de abuso sexual;
4. Informe convincente del niño;
5. Evidencia que corrobora el abuso (Ej. declaraciones incriminadoras por el supuesto autor).

La confianza en la evidencia habitualmente (aunque no invariablemente) aumenta a medida que la cantidad y la calidad de la evidencia aumenta. Por ejemplo, la confianza puede aumentar a medida que el número o la persuasión de conductas sexuales inusuales para la edad aumentan, los tipos de síntomas no sexuales se expanden, la fuerza de la evidencia médica se incrementa, la evidencia corroborativa se torna más convincente, y cuando hay evidencia de que los profesionales que interrogaron al niño usaron la técnica apropiada.

La confianza en la evidencia frecuentemente (aun cuando no invariablemente) disminuye cuando la cantidad y la calidad de la evidencia decrece. La declinación de la confianza

puede ser particularmente precipitada cuando falta evidencia clara de abuso. Por ejemplo, es posible que no haya evidencia médica, el niño no exhiba ninguna de las conductas sexuales inusuales para su edad que se relacionan con abuso sexual, y no exista ninguna evidencia corroborativa. En tal caso, la evidencia de abuso sexual consiste en síntomas no sexuales y el relato del niño. Para llevar el proceso un paso más adelante, supongamos en un caso en que no hay evidencia médica, no hay conductas inusuales para la edad, ninguna corroboración, y ninguna revelación convincente. En este caso, la única evidencia de abuso son los síntomas no sexuales observados en niños abusados y no abusados. Obviamente, no podemos tener *ninguna* confianza en ésta evidencia debido a los índices base.

De lo anterior no se puede concluir que la *cantidad* de evidencia es una base satisfactoria para tomar una decisión. Más bien, las decisiones fundamentadas yacen en una evaluación cuidadosa de la cantidad, la calidad y el contexto de la evidencia.

¿Permiten los jueces estadounidenses a profesionales de salud mental ofrecer evidencia sustantiva de abuso sexual infantil? A pesar de que los jueces no cuestionan la capacidad de los profesionales de salud mental para tomar decisiones *clínicas* sobre abuso sexual, el nivel de certeza que es suficiente para un juicio clínico puede no ser suficiente en el tribunal. Como se discutió anteriormente, los profesionales de salud mental continúan debatiendo si el conocimiento actual es adecuado para apoyar el testimonio experto ofrecido como evidencia sustantiva. Sobre-simplificando, es posible afirmar que los jueces estadounidenses adoptan tres posiciones con respecto del testimonio experto proporcionado por profesionales de salud mental ofrecido como evidencia sustantiva de abuso sexual: si, no y tal vez.

Un grupo de tribunales permite a los profesionales debidamente calificados a ofrecer *algunas formas* de evidencia sustantiva. Un segundo grupo de tribunales rechaza la mayoría o todas las formas de evidencia sustantiva de profesionales de salud mental. Un tercer grupo de tribunales -los tribunales que dicen tal vez- adoptan una posición intermedia. Estos tribunales tratan la evidencia sustantiva de los profesionales de salud mental como evidencia científica que se debe someter a *Frye* o *Daubert*. Bajo este enfoque, el tribunal deja la puerta abierta para tal testimonio *siempre y cuando* se establezca que es confiable (ver Estado v. Konechny, 2000).

Rehabilitación del testimonio del experto

El testimonio de salud mental de un experto ofrecido como evidencia sustantiva es complejo, controvertido, y evoluciona. Por el contrario, el testimonio de experto ofrecido para rehabilitar la credibilidad dañada de un niño es directo y no controvertido. Tal testimonio cumple el objetivo limitado de rehabilitar la credibilidad de un niño *después* de que ha sido atacada por el abogado de la defensa. Cuando un testimonio de experto se limita a la rehabilitación, el testimonio *no* se ofrece como evidencia sustantiva.

¿Cómo ataca el abogado de la defensa la credibilidad del niño? El abogado de la defensa puede afirmar que no se puede creer al niño porque el niño no denunció el abuso por un

período considerable de tiempo, porque la declaración del niño no es coherente, o debido a que el niño se retractó. Cuando la defensa se concentra en el retraso, la incoherencia, y la retractación, los jueces de la mayoría de los estados permiten que el abogado querellante responda con el testimonio de un experto para informar al jurado que tal conducta no es infrecuente en niños víctimas de abuso sexual (Myers, 1997a). Los tribunales generalmente sostienen que el testimonio experto de rehabilitación no está sujeto a *Frye* o a *Daubert*.

Las pautas siguientes se ofrecen para ayudar a los profesionales a mantener el testimonio de rehabilitación dentro de los límites apropiados:

1. En algunos estados, el abogado querellante debe decir al juez y al abogado de la defensa cuáles conductas analizará el experto (*People v. Bowker*, 1998). Por ejemplo, si el abogado de la defensa limita el ataque a la credibilidad del niño al retraso de la denuncia, el abogado querellante informa al juez y al abogado de la defensa que el testimonio del experto se limitará a ayudar al jurado a comprender la causa de la demora. El experto deberá limitar su testimonio a la conducta enfatizada por el abogado de la defensa y no deberá ofrecer una lectura amplia sobre las reacciones del niño al abuso sexual.
2. En la mayoría de los casos, el testimonio de rehabilitación del experto se limita a la descripción de las conductas observadas en niños abusados sexualmente *como grupo*. Salvo que se le pida, generalmente es preferible evitar describir a un niño en particular y, especialmente, al niño en cuestión.
3. Si es necesario referirse al niño del caso, el experto deberá evitar usar la palabra *víctima*. Referirse al niño como víctima envía un mensaje al jurado de que el experto cree que el niño fue abusado. Sin embargo, recuerde que cuando el testimonio del experto se limita a la rehabilitación, el experto no está allí para dar al jurado evidencia substantiva en relación a si el niño fue abusado.
4. En la mayoría de los casos de abuso sexual, el experto debe evitar referirse a síndromes, como síndrome de adaptación al abuso sexual infantil (Summit, 1983). El experto no debe usar la palabra síndrome para ayudar al jurado a comprender que es común en casos de niños abusados sexualmente que se produzca retraso en la denuncia, retractación, e incoherencia en la declaración.

El continuo de la pericia sobre el abuso sexual infantil

Los profesionales con relativamente poca experiencia pueden ofrecer un testimonio de experto para rehabilitar la credibilidad del niño. La rehabilitación habitualmente se limita a explicar la retractación o el retraso de la denuncia del niño. El experto no se aventura a dar una opinión acerca de si el niño fue abusado o no. El testimonio de rehabilitación es directo y simple. Para dar ese testimonio, el único requisito es conocer la literatura relevante.

A diferencia del conocimiento *limitado* necesario para el testimonio de rehabilitación, se necesita un nivel *extraordinario* de experiencia para ofrecer evidencia substantiva de abuso sexual. Sólo una pequeña fracción de profesionales sabe lo suficiente para entregar evidencia substantiva.

Testimonio de experto sobre síndromes psicológicos

Los síndromes psicológicos a veces desempeñan un papel en los juicios de abuso sexual infantil. Para un análisis detallado del uso y el abuso de los síndromes, ver Myers (1993, 1997a) y Richardson, Ginsburg, Gatowski y Dobbin (1995).

Síndrome de adaptación al abuso sexual. En 1983, Summit describió el síndrome de adaptación al abuso sexual infantil (CSAAS por su sigla en inglés). Summit destacó cinco características que se observan comúnmente en niños abusados sexualmente: secreto; impotencia, sensación de estar atrapado, y adaptación; la revelación retrasada, conflictiva y no convincente, y la retractación. El objetivo de Summit al describir el síndrome de adaptación fue proporcionar un “lenguaje común” para los profesionales que trabajan para proteger a los niños abusados sexualmente. Summit no tuvo la intención de que el síndrome cumpliera el papel de ser un mecanismo de diagnóstico (Summit, Millar, & Veltkamp, 1998). El síndrome de adaptación no detecta el abuso sexual. Más bien, el CSAAS supone que ha ocurrido abuso y explica las reacciones del niño ante ese hecho. Por consiguiente, el síndrome de adaptación no demuestra que ha ocurrido abuso y no constituye evidencia substantiva.

El síndrome de adaptación ayuda a explicar por qué algunos niños que han sido abusados retrasan la denuncia del hecho y por qué algunos niños se retractan de su acusación de abuso y niegan que sucediera. Cuando el síndrome se limita a estos fines de rehabilitación, el síndrome cumple una función forense útil.

Síndrome de trauma de violación. El síndrome de trauma de violación (STV) fue descrito por Burgués y Homstrom (1974) como “la fase aguda y el proceso de reorganización de largo plazo que ocurre como consecuencia de una violación forzada o intento de violación forzada. Este síndrome de reacciones conductuales, somáticas y psicológicas en una reacción de estrés agudo a una situación que amenaza la vida” (p. 982). A pesar de que el testimonio del experto en el caso de STV se usa con más frecuencia en litigios que involucran víctimas adultas, el STV es útil en juicios de abuso sexual infantil que involucran a niños más grandes y adolescentes.

El testimonio del experto sobre STV ha sido ofrecido por los abogados querellantes con dos fines: (a) como evidencia substantiva para demostrar la falta de consentimiento a mantener relaciones sexuales y (b) como evidencia de rehabilitación para explicar la conducta como el retraso para denunciar la violación, que los miembros del jurado pueden malinterpretar como evidencia de que la violación no ocurrió. Los tribunales están divididos en cuanto a la admisibilidad del STV para demostrar la falta de consentimiento. Cuando se trata de rehabilitación, sin embargo, la mayoría de los tribunales permite el testimonio del experto sobre STV para explicar el retraso de la denuncia y los asuntos relacionados. En *People v. Bledsoe* (1984), la Corte Suprema de California indicó que “el testimonio del experto sobre el síndrome de trauma de violación puede desempeñar un papel particularmente útil al desengañar al jurado de algunos conceptos erróneos sobre la violación y las víctimas de violación, de modo que pueda evaluar la evidencia libre de las restricciones impuestas por

los mitos populares” (p. 475). En *People v. Taylor* (1990), la Corte Superior de Nueva York aprobó el testimonio del experto que explicaba por qué la víctima de violación pueden no aparecer angustiada después del asalto.

Trastorno de estrés postraumático. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) se observan en más de la mitad de los niños abusados sexualmente (Kendall-Tackett et al., (1993). Briere y Elliott (1994) escriben que “a pesar de que la mayoría de los niños víctimas de abuso sexual no cumple el criterio diagnóstico completo de TEPT, más del 80% presenta síntomas postraumáticos” (p. 56). Famularo, Fenton, Augustyn, y Zuckerman (1996) agregan que “el tipo, la duración y frecuencia del trauma determina la probabilidad de que se desarrolle un TEPT, y como ese TEPT puede ser consecuencia de una sola exposición traumática o repetidas experiencias” (p. 1248). A pesar de que el TEPT no demuestra directamente el abuso sexual, el trastorno significa que se produjo una experiencia traumática, y que el abuso sexual es una posibilidad.

El testimonio del experto sobre TEPT algunas veces es aceptado por el tribunal como evidencia substantiva de abuso. Además, la evidencia de TEPT algunas veces es admitida para rehabilitar la credibilidad de la víctima.

Síndrome de alienación parental. El término ‘síndrome de alienación parental’ fue acuñado por Gardner (1992) para describir a un padre que aliena a un hijo del otro padre. El síndrome aparece con mayor frecuencia en tribunales de familia. Por supuesto que la idea de que un padre involucrado en un litigio de custodia use al hijo como peón no llama la atención. Desgraciadamente, el síndrome de Gardner ha tenido un impacto injustamente negativo en padres que alegan abuso sexual en los tribunales de familia (ver Myers, 1997b). El síndrome de alienación parental ha sido criticado convincentemente (Bruch, en imprenta; Faller, 1998; Myers, 1998, 1993). La búsqueda de la verdad sobre el abuso se cumpliría mejor si el síndrome de alienación parental se extinguiera.

Testimonios de expertos que los jueces no aceptan

Los tribunales estadounidenses están de acuerdo en que los testigos expertos no deben comentar directamente acerca de la credibilidad de niños individuales o sobre la credibilidad de los niños abusados sexualmente como grupo. Por consiguiente, los testigos expertos no deben afirmar que un niño dijo la verdad o era creíble cuando describió el abuso. La Corte Suprema de Oregon no mezcló las palabras en su condena del testimonio del experto sobre la veracidad del niño. La corte escribió,

Ya hemos afirmado anteriormente, y lo diremos nuevamente, pero esta vez con más fuerza -realmente lo decimos en serio- *‘ningún psicoterapeuta puede emitir una opinión sobre si el testigo es creíble en un juicio conducido en este estado-*. La evaluación de la credibilidad es para el juez del hecho y no para los psicoterapeutas. (Estado v. Milbradt, 1988, p. 624).

Las cortes rechazan el testimonio de expertos sobre credibilidad porque los jueces creen firmemente que la evaluación de la credibilidad es de la exclusiva competencia del jurado. Como lo dijo un tribunal, “El jurado es el detector de mentiras en la sala del tribunal” (*Estados Unidos v. Barnard*, 1973, p. 912). Los jueces tampoco permiten que los testigos expertos testifiquen que una persona en particular cometió un abuso sexual.

Esta es una coyuntura apropiada para mencionar el análisis del contenido basado en el criterio (CBCA por su sigla en inglés) y el análisis de la validez de la declaración (SVA por su sigla en inglés). El CBCA es una técnica diseñada para evaluar la validez de la declaración de un niño que describe un abuso. El CBCA es un elemento clave del proceso de evaluación global llamado SVA. Un registro literal escrito de la declaración de un niño se analiza a la luz de un conjunto de criterios predeterminados. Actualmente, hay serias dudas sobre la validez del SVA (ver Anson, Golding, & Gully, 1993; Berliner & Bringham, 1997). Lamb et al. (1997) escriben lo siguiente:

En general, los resultados informados aquí son bastante moderados, particularmente si se miran desde la perspectiva de la aplicación forense... El nivel de precisión (con el CBCA) claramente es muy insuficiente para permitir designar el CBCA como una prueba confiable y válida apropiada para ser usada en la sala del tribunal... El CBCA no debe ser usado aún y tal vez no deba ser usado nunca en contextos forenses para evaluar las declaraciones individuales (pp. 262-263).

Testimonio de experto sobre las entrevistas

Los abogados de la defensa en los casos de abuso sexual infantil cada vez más ofrecen testimonio de expertos para atacar la forma en que se entrevistó a los niños (Ej. *Mancomunidad v. LeFave*, 1999; *Estado v. Michaels*, 1994). Los jueces generalmente permiten tales testimonios. Como lo estipuló la Corte Suprema de Georgia en *Barlow v. Estado*, (1998) “El defensor en un caso de acoso sexual infantil tiene derecho a introducir el testimonio de un experto para el fin limitado de proporcionar al jurado información sobre las técnicas apropiadas para entrevistar a los niños y si las técnicas utilizadas realmente fueron apropiadas” (p. 417). Para una discusión más detallada del testimonio del experto sobre sugerencias, ver CECI y Friedman (2000) y Lyon (1999).

Testimonio de experto sobre el acusado

En un esfuerzo por demostrar que una persona abusó sexualmente de un niño, ¿se permite al abogado querellante ofrecer evidencia de que una persona calza con el perfil psicológico de un abusador sexual o pedófilo? Por razones psicológicas como también legales la respuesta debe ser no.

Desde un punto de vista psicológico, la literatura clínica y científica indica que las personas que abusan sexualmente de un niño son grupos heterogéneos que comparten pocas características fuera de una predilección por una conducta sexual desviada hacia los niños. Más aún, ninguna prueba ni método psicológico detecta en forma confiable a personas que han abusado o abusarán de niños (Becker & Murphy, 1998; Murphy, Rau, & Worley,

1994). Por consiguiente, bajo el estado actual del conocimiento científico, no hay un perfil “típico” de un abusador sexual infantil (ver Capítulo 11 de este libro).

Desde la perspectiva legal, lo inapropiado de un testimonio sobre un perfil es apoyado por una de las reglas básicas de la ley estadounidense. Generalmente no se permite a un abogado querellante establecer la culpabilidad de una persona mediante evidencia de que esa persona tiene un rasgo o una propensión de carácter particular. Por consiguiente, la evidencia del mal carácter del acusado no se acepta para demostrar que el acusado cometió un delito. En un caso de un robo de un banco, por ejemplo, el abogado querellante no puede ofrecer evidencia de que el acusado robó otros bancos y que, por lo tanto, probablemente también robó este banco “porque es el tipo de persona aficionada a los bancos”. Tal evidencia de carácter está prohibida. La ley puede permitir al jurado escuchar sobre otros robos de bancos, por otras razones, pero no para demostrar el mal carácter del acusado o su tendencia a robar bancos.

La regla en contra de la evidencia del carácter se aplica a los litigios de abuso sexual. No se permite al abogado querellante demostrar que debido a que el acusado abusó de otros niños en el pasado, probablemente abusó de este niño “porque es el tipo de persona que acosa sexualmente a los niños”. El testimonio del experto en relación a que el perfil del acusado calza con el del típico abusador sexual es evidencia esencialmente de carácter y no se admite por esa razón.

En 1994, el Congreso abolió la regla respetada durante mucho tiempo en contra de la evidencia del carácter en casos de delito sexual en la corte federal. Por consiguiente, en la corte federal, un abogado querellante que intenta probar el abuso sexual puede ofrecer evidencia de que el acusado abusó de otros niños en el pasado. Sobre la base de la evidencia de abusos anteriores, se permite al jurado inferir que el acusado es culpable en el caso actual porque “es el tipo de persona que acosa sexualmente a los niños”. California adoptó la posición federal. Un número pequeño de otros estados durante mucho tiempo ha permitido cierta evidencia del carácter en casos de abuso sexual. No obstante, la mayoría de los estados continúa haciendo cumplir la regla en contra de la evidencia del carácter en casos de delito sexual.

¿Puede un abogado querellante ofrecer testimonio de un experto de que no existe un perfil de un “típico” acosador sexual de niños? En *People v. McAlpin* (1991), la Corte Suprema de California dijo sí, al menos en algunos casos. Tal testimonio de experto ayuda al jurado a comprender que los acosadores sexuales de niños provienen de cualquier sector y de cualquier origen.

A diferencia del abogado querellante, se permite al defensor en un caso criminal ofrecer evidencia de que el acusado tiene buen carácter para demostrar que el acusado es inocente. Con esta regla en mente, ¿se debiera permitir a una persona acusada de abuso sexual infantil ofrecer el testimonio de un experto de que la persona no calza con el perfil ni comparte los rasgos de carácter de los acosadores sexuales de niños? Desde la perspectiva científica, la respuesta debiera ser no (*Flanagan v. Estado*, 1993; *Estado v. Person*, 1989).

A pesar de la falta de un perfil confiable, sin embargo, algunos profesionales de salud mental están dispuestos a describir perfiles o a testificar que una persona no comparte las características de los individuos que habitualmente abusan de niños, y unos pocos tribunales aceptan tales testimonios (Ej. *People v. Stoll*, 1989). Una vez que el defensor ofrece el testimonio de un experto que afirma que el acusado no comparte las características de una persona que abusa de niños, se permite al abogado querellante ofrecer el testimonio de un experto para contradecir el testimonio del experto de la defensa.

Conclusión

El testimonio de un experto desempeña un papel importante en los litigios de abuso infantil. En la medida que los especialistas se den cuenta de los límites de su conocimiento y mantengan su testimonio dentro de esos límites, continuarán ayudando a los miembros del jurado a decidir en estos difíciles casos.

Referencias

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics*, 103, 187-191.
- American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). (1996). *Guidelines for psychosocial evaluation of suspected sexual abuse in young children*. Chicago: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Technical rev.). Washington, DC: Author.
- Anson, D. A., Golding, S. J., & Gully, K.J. (1993). Child sexual abuse allegations: Reliability of criteria-based content analysis. *Law and Human Behavior*, 17, 331-341.
- Barlow v. State, 507 S.E. 2d 416 (Ga. 1998).
- Bays J., & Chadwick, D. L. (1993). Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect*, 77,91-110.
- Becker, J. V., & Murphy, W. D. (1998). What we know and do not know about assessing and treating sex offenders. *Psychology, Public Policy and Law*, 4,116-137.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1993). Sexual abuse evaluations: Conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse & Neglect*, 17,111-125.
- Black, B. (1988). A unified theory of scientific evidence. *Fordham Law Review*, 56,595-695.
- Black, B., Francisco, J., & Saffran-Brinks, C. (1994). Science and the law in the wake of *Daubert*: A new search for scientific knowledge. *Texas Law Review*, 72, 715-802.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future of Children*, 4, 54-69.
- Brilleslijper-Kater, S. N. ., & Baartman, H. E. M. (2000). What do young children know about sexuality? Research on the knowledge of children between the age of 2 and 7. *Child Abuse Review*, 9,166-182.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Bruch, C. S. (en imprenta). Parental alienation syndrome: Junk science in child custody determination. *European Journal of Law Reform*.
- Bulkley, J. A. (1992). The prosecution's use of social science expert testimony in child sexual abuse cases: National trends and recommendations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 73-93.
- Burgess, A., & Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Ceci, S.J., & Friedman, R. D. (2000). The suggestibility of children: Scientific research and legal implications. *Cornell Law Review*, 56,33-108.
- Chadwick, D. L. (1990). Preparation for court testimony in child abuse cases. *Pediatric Clinics of North America*, 37, 955-970.
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists. (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 15, 655-665.
- Commonwealth v. LeFave, 714 N.E. 2d 805 (Mass. 1999).

- Conte, J. R., Sorenson, E., Fogarty, L., & Dalla Rosa, J. (1991). Evaluating children's reports of sexual abuse: Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry*, *61*, 428-437.
- Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc., 509 U.S. 579 (1993).
- Davies, S. L., Glaser, D., & Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: Staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse & Neglect*, *24*, 1329-1343.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, *243*, 1668-1674.
- Dorland's illustrated medical dictionary* (28th ed.). (1994). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, *25*(4), 489-503.
- Dubowitz, H. (Ed.). (1999). *Neglected children: Research, practice, and policy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duhaime, A., Christian, C. W., Rorke, L. B., & Zimmerman, R. A. (1998). Non accidental head injury in infants: The "shaken baby syndrome." *New England Journal of Medicine*, *338*, 1822-1829.
- Faller, K. G. (1998). The parental alienation syndrome: What it is and what data support it? *Child Maltreatment*, *3*, 100-115.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse & Neglect*, *20*, 1245-1248. *Federal rules of evidence*. United States Code. Title 28.
- Finkel, M. A., & Giardino, A. P. (Eds.). (2002). *Medical evaluation of child sexual abuse: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flanagan v. State, 625 So. 2d 827 (Fla. 1993).
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, *17*, 59-66.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Brambsch, P., Broughton, K., & Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, *88*, 456-464.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, G. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, *101*, section E9.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S., Koverola, G., Lang, R., Wolfe, V., & Broughton, D. (1992). The child sexual behavior inventory: Normative and clinical findings. *Psychological Assessment*, *4*, 303-311.
- Frye v. United States, 293 F. 1013 (D.G. Cir. 1923).
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin*, *705*, 387-396.
- Gardner, R. A. (1992). *The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Gideon v. State, 721 P.2d 1336 (Okla. Crim. App. 1986).
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquelin, S. C., & Pallitto, L. M. (1998). A comparative study of beliefs about "normal" childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *22*, 298-304.
- Helfer, R.E., Kempe, R. S., & Krugman, R. D. (Eds.). (1997). *The battered child (5th ed.)*. Chicago: University of Chicago Press.
- In re Cindy L., 947 P.2d 1340 (Cal. 1997).
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, *181*, 17-24.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164-180.
- Koehler, J. J. (1993). The normative status of base rates at trial. In N. J. Castellan (Ed.), *Individual and group decision making: Current issues* (pp. 137-149). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kolko, D. J., & Moser, J. T. (1988). Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, *12*, 529-541.
- Kumho Tire Co. v. Carmichael, 526 U.S. 137 (1999).
- Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, P. W., Hershkowitz, L., Orbach, Y., & Hovav, M. (1997). Criterion-based content analysis: A field validation study. *Child Abuse & Neglect* 255-264.
- Lanktree, C., Briere, J., & Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, *15*, 447-453.
- Lewin, J. L. (1998). The genesis and evolution of legal uncertainty about "reasonable medical certainty." *Maryland Law Review*, *57*, 380-504.
- Lilly, G. C. (1996). *An introduction to the law of evidence* (3rd ed.). St. Paul, MN: West.
- Lindblad, F., Gustafsson, P. A., Larsson, L., & Lundin, B. (1995). Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: An epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 569-577.
- Lyon, T. D. (1999). The new wave in children's suggestibility research: A critique. *Cornell Law Review*, *84*, 1004-1087.
- Lyon, T. D., & Koehler, J. J. (1996). The relevance ratio: Evaluating the probative value of expert testimony in child sexual abuse cases. *Cornell Law Review*, *82*, 43-78.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, *10*, 17-23.

- Melton, G. B., & Limber, S. (1989). Psychologists' involvement in cases of child maltreatment. *American Psychologist*, 44(9), 1225-1233.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N., & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluations for the courts* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Morison, S., & Greene, E. (1992). Juror and expert knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 595-613.
- Mueller, C. B., & Kirkpatrick, L. C. (1994). *Federal evidence* (2nd ed.). Rochester, NY: Lawyers Cooperative.
- Murphy, W., Rau, T., & Worley, P. (1994). The perils and pitfalls of profiling child sex abusers. *APSAC Advisor*, 7, 3-4, 28-29.
- Myers, J. E. B. (1993). Expert testimony regarding psychological syndromes. *Pacific Law Journal*, 24, 1449-1464.
- Myers, J. E. B. (1997a). *Evidence in child abuse and neglect cases* (3rd ed.). New York: Aspen Law and Business.
- Myers, J. E. B. (1997b). *A mother's nightmare: Incest: A practical legal guide for parents and professionals*. Thousand Oaks, GA: Sage.
- Myers, J. E. B. (1998). *Legal issues in child abuse and neglect* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oberlander, L. B. (1995). Psycholegal issues in child sexual abuse evaluations: A survey of forensic mental health professionals. *Child Abuse & Neglect*, 19, 475-490.
- Pennsylvania v. Ritchie, 480 U.S. 39 (1987).
- People v. Bledsoe, 681 P.2d 291 (Cal. 1984).
- People v. Bowker, 249 Cal. Rptr. 886 (1988).
- People v. Jackson, 95 Cal. Rptr. 919 (Ct. App. 1971).
- People v. McAlpin, 812 P.2d 563 (Cal. 1991).
- People v. Phillips, 175 Cal. Rptr. 703 (Ct. App. 1981).
- People v. Sargent, 970 P.2d 409 (Cal. 1999).
- People v. Stoll, 783 P.2d 698 (Cal. 1989).
- People v. Taylor, 552 N.E.2d 131 (1990).
- Phipps-Yonas, S., Yonas, A., Turner, M., & Kauper, M. (1993). Sexuality in early childhood: The observations and opinions of family day care providers. *University of Minnesota CURA Reporter*, 23, 1-5.
- Reece, R. M. (Ed.). (2000). *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Reece, R. M., & Ludwig, S. (2001). *Child abuse: Medical diagnosis and management*. Philadelphia: Lippincott.
- Reid v. State, 964 S.W.2d 723 (Tex. Ct. App. 1998).
- Richardson, J. T., Ginsburg, G. P., Gatowski, S., & Scobbin, S. (1995). The problems of applying-Daubert to psychological syndrome evidence. *Judicature*, 79, 10-16.
- Ruby, C. L., & Brigham J. C. (1997). The usefulness of the criteria-based content analysis technique in distinguishing between truthful and fabricated allegations: A critical review. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3, 705-737.
- Saks, M.J. (1990). Expert witnesses, non-expert witnesses, and non-witness experts. *Law and Human Behavior*, 14, 291-313.
- Schoentjes, E., Deboutte, D., & Friedrich, W. (1999). Child sexual behavior inventory: A Dutch-speaking normative sample. *Pediatrics*, 104, 885-893.
- State v. Konechny, 3 P.3d 535 (Idaho Ct. App. 2000).
- State v. Michaels, 642 A.2d 1372 (NJ. 1994).
- State v. Milbradt, 756 P.2d 620 (Or. 1988).
- State v. Person, 564 A.2d 626 (Conn. Ct. App. 1989).
- State v. Wilding, 740 A.2d 1235 (R.I. 1999).
- Steggall v. State, 8 S.W. 3d 538 (Ark. 2000).
- Stem, P. (1997). *Preparing and presenting expert testimony in child abuse litigation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-193.
- Summit, R. C., Miller, T. W., & Veltkamp, L. J. (1998). The child sexual abuse accommodation syndrome: Clinical and forensic implications. In T. W. Miller (Ed.), *Children of trauma: Stressful life events and their effects on children and adolescents* (pp. 43-60).
- Madison, CT: International Universities Press.
- United States v. Barnard, 490 F.2d 907 (9th Cir. 1973).
- Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Dahl, B. (1997). A validation study of the structured interview of symptoms associated with sexual abuse (SASA) using three samples of sexually abused, allegedly abuse, and non-abused boys. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1159-1167.
- Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, non-abused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect*, 19, 155-163.
- Wigmore, J. (1974). *Evidence in trials at common law*. Boston: Little, Brown.
- Wood, J. (1996). Weighing evidence in sexual abuse evaluations: An introduction to Bayes' theorem. *Child Maltreatment*, 1, 25-36.
- Wood, J. M., & Wright, L. (1995). Evaluation of children's sexual behaviors and incorporation of base rates in judgments of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1263-1273.

Zumwalt, R. E., & Kirsch, C. S. (1987). Pathology of fatal child abuse and neglect. In R. E. Helfer & R. S. Kempe (Eds.), *The battered child* (4th ed., pp. 247-285). Chicago: University of Chicago Press.