

DEL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO AL CONTRASTE FORENSE: LÍMITES EPISTEMOLÓGICOS Y PROBATORIOS DE LOS INFORMES TERAPÉUTICOS EN LA INVESTIGACIÓN DE DELITOS SEXUALES

FROM CLINICAL SUPPORT TO FORENSIC TESTING: EPISTEMOLOGICAL AND EVIDENTIARY LIMITS OF THERAPEUTIC REPORTS IN SEXUAL-OFFENSE INVESTIGATIONS

Meriño Aravena M.

Abogado penalista. Profesor titular. y Director académico del Diplomado en Investigación de Delitos Sexuales. Instituto Ciencia Aplicada-México.

Correspondencia: marcelo.merino@merinoyabogadosasociados.cl

Resumen: Antecedentes. En los juicios penales por delitos sexuales es habitual que un informe psicológico redactado durante un tratamiento termine incorporado al expediente como antecedente para acreditar que el hecho ocurrió, quién lo cometió o que existe un vínculo causal entre los síntomas y el delito denunciado. La práctica encierra un problema epistemológico y probatorio, porque el informe clínico y la evaluación forense no responden la misma pregunta, no comparten método y operan bajo marcos relacionales, éticos y comunicativos que no son intercambiables. **Objetivos.** Examinar de manera crítica hasta dónde llega la capacidad probatoria y causal de los informes clínicos cuando ingresan a un proceso penal por delito sexual, separar la finalidad asistencial de la psicolegal y ofrecer criterios para valorar con racionalidad esta clase de antecedentes. **Método.** Se llevó a cabo una revisión narrativa crítica de literatura especializada en evaluación forense, trauma psicológico, inferencia causal, sesgos del evaluador, diagnóstico de estrés postraumático, daño psíquico y estándares de admisibilidad de la prueba experta. **Conclusiones.** Los síntomas psicológicos pueden dar cuenta de sufrimiento, de una necesidad de tratamiento o de un deterioro funcional, pero no señalan por sí mismos qué acontecimiento los originó, ni prueban que un delito haya ocurrido o quién fue su autor. Tratar un informe asistencial como prueba retrospectiva del delito equivale a atribuirle una finalidad, un método y un alcance inferencial que no tenía cuando se redactó. **Interés y novedad.** El artículo propone una herramienta conceptual de uso práctico —la diferencia entre acompañar y contrastar, junto con una escala de cinco niveles inferenciales: descripción sintomática, diagnóstico clínico, evaluación de daño, compatibilidad etiológica y atribución causal individual— que permite delimitar el valor probatorio de estos informes y anticipar los errores de razonamiento más frecuentes en sede penal.

Palabras clave: Psicología Forense; Psiquiatría Forense; Delitos Sexuales; Testimonio de Experto; Trastornos por Estrés Postraumático; Causalidad.

Abstract: Background. In criminal trials for sexual offenses, a psychological report written during treatment is often added to the case file to prove that the event happened, to point to a perpetrator, or to link the reported symptoms to the alleged offense. The practice raises an epistemological and evidentiary problem, because a clinical report and a forensic evaluation do not answer the same question, do not share a method, and work under relational, ethical, and communicative frameworks that cannot be swapped. **Objectives.** To examine critically how far the evidentiary and causal reach of clinical reports actually extends when they enter a criminal proceeding for a sexual offense, to separate the therapeutic purpose from the psycho-legal one, and to offer criteria for a rational appraisal of such records. **Method.** A critical narrative review was carried out on forensic assessment, psychological trauma, causal inference, evaluator bias, post-traumatic stress disorder, psychological injury, and expert-evidence standards. **Conclusions.** Psychological symptoms can attest to suffering, to a need for treatment, or to functional impairment, yet on their own they neither identify the event that produced them nor establish that an offense occurred or who committed it. Turning a therapeutic report into retrospective proof of a crime assigns it a purpose, a method, and an inferential reach it never had. **Interest and novelty.** The article offers a practical conceptual tool —the distinction between accompanying and testing, together with a five-level inferential scale (symptom description, clinical diagnosis, assessment of injury, etiological compatibility, and individual causal attribution)— that helps to delimit the probative value of these reports and to foresee the most common reasoning errors in criminal proceedings.

Keywords: Forensic Psychology; Forensic Psychiatry; Sex Offenses; Expert Testimony; Stress Disorders, Post-Traumatic; Causality.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando un informe psicológico entra en un proceso penal, suele llegar rodeado de una autoridad científica que no siempre coincide con aquello que el documento fue pensado para responder. Una ficha clínica registra angustia. Un informe terapéutico deja constancia de síntomas. El profesional tratante advierte cambios de ánimo, conductas nuevas o un funcionamiento deteriorado. Nada de eso, sin embargo, autoriza a dar por sentado que hubo un delito, que ocurrió tal como se relató o que lo cometió una persona en particular.

Conviene aclarar que el reproche no apunta al informe clínico en sí. Puede ser un documento impecable para lo que se propuso: orientar un tratamiento. La dificultad nace después, cuando el sistema judicial lo saca de su contexto y le pide que funcione como prueba retrospectiva de algo que jamás se planteó demostrar.

La tesis del artículo cabe en una fórmula breve: el informe clínico acompaña; el informe forense contrasta. Exigirle a un informe clínico que pruebe la causa de un delito es pedirle una tarea para la que no fue diseñado.

Nada de esto rebaja a la psicología clínica ni pone en duda el sufrimiento de quien consulta. Lo que se busca es cuidar la especificidad de cada oficio. La clínica trabaja para aliviar el malestar, sostener la alianza terapéutica y favorecer la mejoría. La evaluación forense persigue otra cosa: responder una pregunta psicolegal acotada, sopesar hipótesis rivales, revisar información colateral, poner a prueba la validez de los datos y decir con claridad hasta dónde alcanzan sus inferencias (1,2).

Hay consenso en que la evaluación forense reclama una mirada amplia, apoyada en evidencia y libre de compromisos previos, atenta tanto a los datos que confirman como a los que contradicen, y obligada a revisar antecedentes, fuentes externas y explicaciones alternativas de lo que se observa (1,3,4).

Confundir ambas funciones abre paso a una cadena de inferencias frágil: del relato de un hecho se salta a los síntomas, de ahí al diagnóstico, luego a la atribución causal y, por fin, a la acreditación del delito. Cada uno de esos pasos necesita justificarse por separado. No existe regla científica que permita recorrer la secuencia de un tirón.

Con ese propósito, este trabajo compara el informe clínico y el forense, y precisa qué se puede y qué no se puede sostener, en términos científicos, a partir de los síntomas que aparecen después de una denuncia por delito sexual.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. *Pregunta principal*

¿Puede un informe psicológico clínico o terapéutico establecer, con fundamento científico, que una determinada sintomatología fue causada por el delito sexual denunciado?

2.2. *Preguntas específicas*

1. ¿En qué se diferencian, por su función y su método, la evaluación clínica y la forense?
2. ¿Cuánto puede inferirse de la mera presencia de síntomas postraumáticos?
3. ¿Sirve un diagnóstico psicológico para demostrar, hacia atrás, que un hecho delictivo ocurrió?
4. ¿Qué condiciones habría que satisfacer antes de emitir una opinión psicológica sobre causalidad?
5. ¿Qué riesgos probatorios acarrea usar un informe terapéutico para corroborar el relato?

3. OBJETIVOS

3.1. *Objetivo general*

Analizar con sentido crítico qué valor probatorio y causal cabe reconocer a los informes psicológicos clínicos cuando se emplean en procesos penales por delitos sexuales.

3.2. *Objetivos específicos*

- Distinguir la finalidad asistencial de la finalidad psicolegal.
- Mostrar por qué el razonamiento diagnóstico no equivale a una comprobación histórica.
- Describir los requisitos metodológicos de una evaluación forense de daño y causalidad.
- Señalar los errores inferenciales que reaparecen cuando un tribunal usa informes clínicos.
- Proponer criterios para valorar con racionalidad esta clase de antecedentes.

4. METODOLOGÍA

El trabajo se apoya en una revisión narrativa crítica de literatura sobre psicología y psiquiatría forenses, evaluación del trauma, daño psicológico, inferencia causal y prueba experta. La búsqueda giró en torno a un conjunto de descriptores: forensic psychological assessment; clinical versus forensic evaluation; psychological injury and law; PTSD forensic assessment; causal attribution psychological injury; collateral information forensic evaluation; evaluator bias forensic assessment; malingering and response validity; y therapeutic role and forensic role conflict.

Se dio prioridad a artículos de revistas arbitradas e indexadas en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, SciELO y repositorios de editoriales académicas. No se trata de un metaanálisis ni de una revisión sistemática al modo PRISMA. El propósito es conceptual y crítico: reconstruir los estándares científicos que permiten juzgar cuándo una inferencia causal resulta legítima en el terreno judicial. Como límite, cabe reconocer que las fuentes se escogieron por su pertinencia teórica y no mediante un muestreo exhaustivo.

5. EL INFORME CLÍNICO Y EL INFORME FORENSE RESPONDEN PREGUNTAS DISTINTAS

5.1. *Finalidad del informe clínico*

La evaluación clínica mira ante todo el malestar de quien consulta. Se pregunta qué síntomas presenta, qué diagnóstico explica su funcionamiento, qué tratamiento conviene, qué factores de riesgo o de protección pesan y de qué modo aliviar el sufrimiento. El relato del paciente es aquí una fuente central, y el trabajo terapéutico descansa en la confianza, la validación y la cooperación. Esto no obliga al clínico a creer sin más cada afirmación; lo que ocurre es que la consulta no está montada como una indagación contradictoria del hecho relatado. La información se recoge para tratar, no para verificar.

5.2. *Finalidad de la evaluación forense*

La evaluación forense, en cambio, responde a una pregunta que formula el sistema jurídico: si hay daño psicológico y cuán grave es, si existe deterioro funcional y cuándo empezó, qué antecedentes previos podrían explicarlo, si es compatible con el hecho investigado, si caben explicaciones causales distintas, si es posible sostener una relación causal individual y qué límites impone la información disponible. La ciencia forense consiste, precisamente, en llevar el método científico a los problemas jurídicos y al examen de evidencia destinada a un tribunal (5). Por eso el evaluador no se queda con la narrativa de una persona: revisa registros,

antecedentes clínicos, documentos, cronologías, versiones de terceros, inconsistencias, condiciones previas y datos que chocan con la hipótesis de partida (1,6).

5.3. Diferencia epistemológica

La distinción no está en el formato del documento ni en que lleve escrita la palabra “pericial”. Está en cómo se razona. El clínico se pregunta cómo comprender y tratar ese sufrimiento; el forense, qué conclusiones resisten, cuáles deben descartarse y cuánta incertidumbre queda en pie. La clínica tiende a responder terapéuticamente al paciente; la forense tiene que sostenerse ante la contraparte, es decir, aguantar hipótesis alternativas, revisión metodológica, contrainterrogatorio y crítica (1,3).

6. LA ALIANZA TERAPÉUTICA NO EQUIVALE A UNA METODOLOGÍA DE CORROBORACIÓN

La alianza terapéutica es una pieza esencial de la intervención: mejora la adherencia, abre la comunicación y facilita elaborar lo vivido. Ahora bien, esa confianza no es una corroboración independiente. Si una persona refiere haber sufrido una agresión, el terapeuta puede trabajar con legitimidad sobre el impacto subjetivo que ella le atribuye —el miedo, la vergüenza, la culpa, la evitación, los recuerdos intrusivos, las dificultades para vincularse—. Tratar esas consecuencias, sin embargo, no prueba que el hecho haya sucedido como acontecimiento histórico.

Vale la pena separar seis afirmaciones que a menudo se confunden:

1. La persona refiere haber sufrido una agresión.
2. La persona presenta sufrimiento que ella asocia a ese relato.
3. Los síntomas resultan compatibles con experiencias traumáticas.
4. Los síntomas fueron causados por el episodio denunciado.
5. El episodio denunciado ocurrió.
6. La persona acusada fue quien lo ejecutó.

Las tres primeras caben dentro de la clínica. Las últimas reclaman inferencias causales, históricas y jurídicas que la clínica no provee. Y ese salto no se salva repitiendo el relato.

7. EL DIAGNÓSTICO NO PRUEBA EL ACONTECIMIENTO

7.1. Diagnóstico y etiología

Un diagnóstico ordena signos, síntomas y patrones de funcionamiento, pero rara vez fija su causa. Detrás de una depresión pueden estar un duelo, la violencia, un conflicto familiar, una enfermedad, el aislamiento, los apuros económicos, experiencias adversas de otra época, una predisposición personal o varios de esos factores a la vez. La ansiedad admite orígenes igual de diversos: amenazas, litigios, roces interpersonales, exposición pública, incertidumbre, enfermedad o trauma. Tampoco el insomnio, la irritabilidad, la evitación, la culpa o la falta de concentración apuntan a una sola vivencia. Que exista un trastorno, en definitiva, no dice cuál fue su causa.

7.2. El trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático se asocia, por definición, a la exposición a un hecho traumático. Aun así, el diagnóstico no es una prueba autónoma de que ese hecho ocurrió. Como se apoya en parte en los antecedentes de exposición, y esa exposición muchas veces se conoce solo por lo que la propia persona cuenta, usar luego el diagnóstico para confirmar el relato encierra un círculo (3,7). El circuito es reconocible: primero

se acepta el relato de manera provisional para poder diagnosticar; después se invoca el diagnóstico para dar por válido el relato; y al final esa validación se presenta como si fuera evidencia independiente. Premisa y conclusión, en rigor, son la misma cosa. De ahí que la evaluación forense del trauma pida más: información colateral, validez de respuesta, antecedentes previos, una cronología y el examen de causas alternativas, con un enfoque que combine varios métodos y varias fuentes, porque el autorreporte por sí solo no zanja la cuestión causal (1,3,4).

8. SÍNTOMAS COMPATIBLES NO SIGNIFICAN SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

8.1. *Compatibilidad*

En medicina y en psicología forense, decir que algo es “compatible” dice poco. Significa que el hallazgo no contradice cierta hipótesis, no que la demuestre. La compatibilidad habla de posibilidad; la causalidad, de explicación. Un mismo síntoma puede ser compatible con un abuso sexual y, al mismo tiempo, con otras experiencias adversas. Por eso afirmar que una sintomatología es “compatible con agresión sexual” no permite concluir que la agresión ocurrió.

8.2. *Especificidad*

Para que un hallazgo señalara por sí solo un acontecimiento, tendría que ser muy específico: su presencia debería ser altamente improbable si ese acontecimiento no hubiera existido. Casi ningún síntoma psicológico ligado al trauma cumple esa condición. Se trata, más bien, de manifestaciones transdiagnósticas y multicausales, que aparecen en personas con historias adversas muy distintas y también en medio de conflictos familiares, litigios, interrogatorios repetidos, rupturas, enfermedades o crisis personales.

8.3. *Ausencia de síntomas*

El razonamiento inverso falla por el mismo motivo: que no haya síntomas no prueba que el hecho no ocurrió. Frente a lo adverso, las reacciones varían. Unas personas desarrollan una sintomatología intensa, otras solo manifestaciones pasajeras y algunas conservan, en apariencia, su funcionamiento habitual. La conclusión corre en las dos direcciones: la presencia de síntomas no prueba el delito y su ausencia tampoco lo descarta. Esa simetría protege por igual a quien denuncia y a quien es acusado, porque evita exigir una víctima estereotipada y, a la vez, impide tomar una alteración emocional inespecífica como si identificara un hecho penal.

9. CINCO NIVELES INFERENCIALES QUE NO DEBEN CONFUNDIRSE

Para ordenar la prueba psicológica conviene separar cinco niveles, dispuestos de menor a mayor exigencia.

Nivel 1. Descripción sintomática

Es lo que la persona informa y lo que el profesional observa: insomnio, ansiedad, tristeza, hipervigilancia, evitación, culpa, cambios de conducta. Describe un estado; no lo explica.

Nivel 2. Diagnóstico clínico

Agrupar esos síntomas según criterios clínicos —un trastorno depresivo, uno de ansiedad, un estrés postraumático, un cuadro adaptativo—. Clasifica un patrón, pero no revela de dónde viene.

Nivel 3. Evaluación de daño

Pregunta si hay un deterioro psicológico significativo y, para responderlo, sopesa intensidad, duración, afectación funcional, necesidad de tratamiento, evolución, pronóstico y estado previo. Constatar el daño no dice quién lo produjo.

Nivel 4. Compatibilidad etiológica

Se pregunta si el daño observado encaja con el hecho investigado. Es una conclusión cauta, no excluyente: se enuncia como posibilidad, nunca como identificación de la causa.

Nivel 5. Atribución causal individual

Aquí se examina si resulta razonable atribuir el daño a ese hecho concreto. El nivel exige mucho: temporalidad congruente, plausibilidad psicológica, revisión de antecedentes, análisis de la evolución posterior, ponderación de causas alternativas y de eventos paralelos, información colateral, consistencia entre fuentes, instrumentos de calidad, validez de respuesta y una declaración honesta de la incertidumbre restante. Es el escalón más difícil, y no se alcanza solo con el diagnóstico ni con el relato del paciente (7,8).

10. CAUSALIDAD GENERAL Y CAUSALIDAD INDIVIDUAL

10.1. Causalidad general

La causalidad general se pregunta si cierta clase de acontecimientos puede producir cierta clase de consecuencias: por ejemplo, si una agresión sexual es capaz de generar síntomas postraumáticos. La respuesta, según la literatura, es afirmativa.

10.2. Causalidad individual

La causalidad individual plantea algo distinto: si los síntomas de esta persona fueron causados por este hecho, ocurrido en estas circunstancias y atribuido a este acusado. Para contestarla no basta con recordar que las agresiones sexuales pueden producir trauma. Lo posible en general no prueba lo ocurrido en particular, y mezclar ambos planos es uno de los errores más comunes (7,9). Equivale a razonar que ciertos accidentes causan dolor lumbar, que esta persona tiene dolor lumbar y que, por lo tanto, el accidente denunciado lo provocó: la conclusión, sencillamente, no se sigue. La literatura forense sobre causalidad insiste en distinguir el enfoque jurídico del psicológico-psiquiátrico y en mirar de cerca las secuencias temporales, las condiciones previas, los factores concurrentes y las explicaciones alternativas (7).

11. EL PROBLEMA DE LA CIRCULARIDAD CONFIRMATORIA

11.1. Estructura circular

El círculo se forma cuando el relato cumple, al mismo tiempo, todos los papeles: es el antecedente de la evaluación, el fundamento del diagnóstico, la explicación de los síntomas, el elemento que valida y la conclusión de la pericia. El profesional acepta de entrada, para comprender el sufrimiento, que el episodio ocurrió; observa después síntomas compatibles con estrés; y concluye, por último, que esos síntomas respaldan la ocurrencia del episodio. Pero los leyó como traumáticos justamente porque antes había dado el episodio por cierto. No hay ninguna fuente independiente que corrobore.

11.2. Repetición no es independencia

Una misma afirmación puede figurar en la entrevista clínica, la ficha médica, el informe psicológico, la derivación, el testimonio de un familiar y la pericia posterior. Si todos esos registros beben del mismo relato

inicial, no son seis corroboraciones: son seis copias de una sola fuente. Multiplicar documentos no crea independencia epistémica.

11.3. Confirmación por consecuencias

Existe otra variante del círculo: la persona relata un delito, luego muestra sufrimiento, ese sufrimiento se lee como consecuencia del delito y, de ahí, se concluye que el delito ocurrió. El razonamiento pasa por alto que el sufrimiento admite muchas causas, y que la propia denuncia, el conflicto familiar, la reacción del entorno, los interrogatorios, la ruptura de vínculos y el trámite judicial pueden, todos, alterar el estado psicológico.

12. LA TEMPORALIDAD ES NECESARIA, PERO NO SUFICIENTE

Una causa antecede a su efecto, de modo que una evaluación causal debería fijar cuándo empezaron los síntomas. Pero el orden temporal, solo, no demuestra causalidad: que algo aparezca después de un hecho no significa que ese hecho lo haya provocado. Hay que mirar el estado psicológico anterior, los síntomas y tratamientos previos, los estresores que corrían en paralelo, los conflictos familiares, las experiencias adversas antiguas, el consumo de sustancias, las enfermedades, los cambios en el trabajo o la escuela, las secuelas de la propia denuncia y el efecto de las entrevistas e intervenciones posteriores. La vieja falacia *post hoc ergo propter hoc* —después de esto, luego a causa de esto— sigue siendo un error. La cronología sugiere hipótesis; no las confirma.

13. INFORMACIÓN COLATERAL Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

13.1. Fuentes necesarias

Según el caso, una evaluación forense sólida puede necesitar fichas clínicas anteriores, registros escolares, antecedentes laborales, informes médicos, entrevistas con terceros, documentos judiciales, constancias de intervenciones previas, pruebas psicológicas validadas, una lectura del funcionamiento antes y después, y una cronología que cruce síntomas con acontecimientos. Estas evaluaciones conceden un peso especial a las fuentes colaterales, porque son las que permiten contrastar el autorreporte con información externa y poner a prueba hipótesis rivales (1,6,10).

13.2. Hipótesis alternativas

El evaluador haría bien en preguntarse si la sintomatología no venía de antes, si podría explicarla otro hecho, si concurren varias causas, si el proceso judicial agravó el malestar, si la persona recibió información que cambió su interpretación, si hay conflictos familiares de fondo, si la atribución causal se sostiene solo en el relato, si los instrumentos empleados sirven para la pregunta forense, si se midió la validez de las respuestas y si algún dato contradice la hipótesis principal. Contrastar no equivale a desconfiar de oficio; equivale a aplicar el método científico.

14. VALIDEZ DE RESPUESTA Y CONTEXTO FORENSE

La evaluación forense transcurre en un escenario donde las conclusiones tienen consecuencias jurídicas. Sería ingenuo suponer que las condiciones de respuesta son idénticas a las de una consulta terapéutica. No se trata de presumir engaño, sino de admitir que el contexto influye en cómo se presentan los síntomas, en la memoria, en la atribución de causas, en qué se cuenta y en cómo se narra. La literatura recomienda por eso atender de manera explícita a la validez de los datos, a la consistencia de las respuestas y a la información externa, con una advertencia: los métodos de validez no son detectores automáticos de

mentira, sino piezas de una valoración convergente que se lee en contexto (1,11). Que un informe clínico no incorpore estos controles no lo vuelve erróneo —no los necesitaba para tratar—, pero sí lo deja corto para ciertas conclusiones forenses.

15. SESGOS DEL EVALUADOR

15.1. *Sesgo de confirmación*

El sesgo de confirmación lleva a valorar lo que encaja con la hipótesis inicial y a restar peso a lo que la contradice. Asoma cuando la derivación ya rotula a la persona como víctima, cuando al profesional le llegan solo antecedentes de cargo, cuando el encargo se plantea como “demostrar el daño”, cuando se conoce de antemano la teoría del caso, cuando no se buscan explicaciones alternativas o cuando la entrevista se organiza para confirmar una versión (12).

15.2. *Sesgo contextual*

Saber de la gravedad de la acusación, de quiénes son las partes o de lo que espera la institución puede teñir la lectura de hallazgos ambiguos. Como las evaluaciones forenses son permeables a estos sesgos cognitivos y contextuales, la imparcialidad no puede quedar librada a la buena fe del profesional: exige controles, transparencia metodológica y la explicitación de las hipótesis que se pusieron a prueba (2,12).

15.3. *Sesgo adversarial*

Que a un perito lo proponga una de las partes no invalida su trabajo, pero sí lo obliga a reforzar la trazabilidad de la información y el fundamento de sus conclusiones. La objetividad forense no consiste en no tener contexto, sino en mostrar cómo se controló su influencia.

16. EL ROL DEL TERAPEUTA Y EL ROL DEL PERITO

16.1. *Doble rol*

El terapeuta debe lealtad asistencial a su paciente; el perito, en cambio, la debe a la pregunta jurídica y a la integridad del proceso evaluativo. Cuando una misma persona intenta cumplir los dos papeles, la tensión es difícil de sortear. Uno cuida la alianza; el otro tiene que examinar la información con distancia. Uno pone por delante el bienestar clínico; el otro debe comunicar incluso lo que perjudica a la persona evaluada (1,3).

16.2. *Testimonio del tratante*

El profesional tratante puede declarar sobre fechas de atención, síntomas observados, diagnóstico, tratamiento indicado, evolución, necesidades terapéuticas y expresiones que quedaron registradas en las sesiones. Lo que debe cuidar es la distinción entre lo que él observó, lo que el paciente le contó, lo que interpretó clínicamente y lo que infirió sobre la causa. Que un relato conste en la ficha prueba que fue dicho; no prueba que sea históricamente cierto.

16.3. *Límite de la opinión causal*

El tratante puede, si acaso, comentar la relación temporal o subjetiva entre el relato y el malestar. Una opinión causal forense es otra cosa y pide método adicional. No alcanza con escribir que “los síntomas se explican por el abuso referido”. Habría que decir qué otras causas se investigaron, cómo se descartaron, qué antecedentes previos se revisaron, a qué fuentes externas se acudió, qué instrumentos se aplicaron, con cuánta certeza se concluye y qué limitaciones tiene el resultado.

17. DAÑO PSÍQUICO Y ACREDITACIÓN DEL DELITO

17.1. *Dos preguntas distintas*

En un juicio penal conviene no mezclar dos preguntas: si existe un daño psicológico y si está acreditado que ese daño lo causó el delito imputado. La primera es sobre todo psicológica. La segunda es interdisciplinaria y reúne evidencia psicológica, antecedentes médicos, testimonios, cronologías, elementos materiales y valoración jurídica.

17.2. *El daño no funciona como huella identificadora*

Hablar de “huella psíquica” se vuelve engañoso cuando la palabra se usa por analogía con una huella dactilar o un perfil genético. Una huella identificadora ata materialmente a una fuente; el daño psicológico no tiene esa especificidad. Los síntomas pueden ser reales e intensos y, con todo, quedar causalmente indeterminados. La doctrina jurídica ha aceptado que el daño psíquico coadyuve a la prueba cuando se lo analiza junto al testimonio y a otros elementos; incluso así, reconoce que no opera como prueba autónoma ni autosuficiente. El problema empieza cuando ese “coadyuvar” se desliza hacia “confirmar”.

17.3. *Delitos sexuales y ausencia de un hecho previamente objetivado*

En ciertas lesiones físicas hay un acontecimiento externo ya constatado —una fractura documentada tras un accidente— y la discusión se centra en su origen o su magnitud. En muchos delitos sexuales el acontecimiento mismo es lo que se discute. Evaluar el daño dando por hecho que el delito ocurrió adelanta, entonces, la conclusión que le toca al tribunal. El perito no debería tratar como probado aquello que constituye el objeto del juicio. Le queda la vía de la hipótesis condicional: “de haber ocurrido el hecho investigado, los síntomas observados podrían resultar compatibles con una experiencia de esa naturaleza”. Formulada así, la conclusión conserva su alcance limitado y no invade la determinación histórica.

18. ERRORES FRECUENTES EN LOS INFORMES

18.1. *Confundir el relato con un antecedente comprobado*

Formulación problemática: “la paciente fue víctima de abuso sexual”. Formulación más precisa: “la paciente refiere haber vivido un episodio que describe como abuso sexual”. La primera da el hecho por acreditado; la segunda identifica de dónde proviene la información.

18.2. *Usar el diagnóstico como corroboración*

Formulación problemática: “el diagnóstico de estrés postraumático confirma el abuso”. El diagnóstico no confirma el acontecimiento.

18.3. *Inferir causalidad desde la proximidad temporal*

Formulación problemática: “los síntomas aparecieron después, luego los causó el hecho”. La secuencia temporal hace falta, pero no basta.

18.4. *Omitir antecedentes previos*

Dejar sin revisar tratamientos, diagnósticos, experiencias adversas o síntomas anteriores debilita cualquier conclusión sobre la causa.

18.5. *No considerar causas concurrentes*

En psicología los resultados suelen ser multicausales. Sostener una única causa exige, por eso mismo, una justificación especialmente cuidada.

18.6. Utilizar instrumentos inespecíficos

Una escala de ansiedad mide ansiedad; no dice quién la generó ni qué hecho la originó. Una prueba proyectiva no identifica, por sí sola, la ocurrencia de un delito. La literatura chilena ha documentado el uso de proyectivas en evaluaciones clínico-periciales de daño en víctimas de agresiones sexuales (13); pero que un instrumento sea útil en lo clínico o exploratorio no lo habilita para identificar causalmente una agresión.

18.7. Concluir fuera del objeto de evaluación

Un informe pedido para tratar no debería reciclarse después como pericia de credibilidad o de causalidad. Cambiarle el título no le cambia el método.

19. ESTÁNDARES PARA UNA CONCLUSIÓN CAUSAL DEFENDIBLE

Una opinión psicológica sobre causalidad debería satisfacer, cuando menos, los criterios que siguen, en línea con las guías de práctica de la evaluación forense (14).

19.1. Delimitación de la pregunta

Hay que decir con precisión qué se busca determinar. No es lo mismo evaluar la presencia de síntomas, el diagnóstico, el daño, la compatibilidad, la causalidad, la credibilidad o la ocurrencia del hecho.

19.2. Diferenciación de fuentes

El informe debe distinguir el autorreporte, la observación, la documentación, lo que aportan terceros, los resultados psicométricos y las inferencias del profesional.

19.3. Reconstrucción longitudinal

Conviene establecer el funcionamiento previo, el momento de aparición, la evolución, las intervenciones, los factores posteriores y el pronóstico.

19.4. Evaluación multifuente

La conclusión no debería apoyarse únicamente en el relato de la persona (1).

19.5. Contraste de explicaciones alternativas

Hay que decir qué hipótesis alternativas se consideraron y por qué resultan más o menos plausibles.

19.6. Métodos apropiados

Los instrumentos deben estar validados para la población y el constructo evaluado, y no usarse más allá de su alcance.

19.7. Lenguaje probabilístico

La psicología casi nunca autoriza a afirmar la causalidad con certeza absoluta. Lo que corresponde es hablar de compatibilidad, de probabilidad, de límites, de hipótesis no descartadas y de grado de confianza. Ya se ha advertido que las declaraciones de “certeza” de los expertos en salud mental arrastran consecuencias científicas y jurídicas; la contundencia verbal de una conclusión no puede superar la fuerza de los datos que la respaldan (15,16).

19.8. Falsabilidad

Una conclusión científica debe señalar qué dato la haría cambiar. Una opinión que lee todo como confirmación no es, en verdad, contrastable.

20. IMPLICACIONES PARA EL PROCESO PENAL

20.1. Presunción de inocencia

Tomar la sintomatología como confirmación del delito puede dar vuelta la carga probatoria: la defensa se ve empujada a explicar el sufrimiento de quien denuncia, cuando es la acusación la que debe demostrar el hecho y la participación. Que exista padecimiento no traslada esa carga (17).

20.2. Razonamiento probatorio

El tribunal haría bien en preguntar cuál fue el objeto original del informe, si nació clínico o forense, qué información examinó, qué hipótesis alternativas contempló, si el profesional separa el autorreporte del hecho acreditado, si la conclusión es diagnóstica o causal, si la sintomatología es específica, si se evaluó el estado previo, si hay información independiente y si el método sirve para responder la pregunta jurídica.

20.3. Admisibilidad y peso probatorio

Un informe clínico puede admitirse como antecedente del estado psicológico, pero admitirlo no fija el peso que merece (15). Una cosa es acreditar la atención, otra describir síntomas, otra establecer un diagnóstico, otra evaluar el daño, otra determinar la causa y otra, muy distinta, corroborar el delito. Un mismo documento puede servir para una de esas funciones y quedarse corto para las demás.

20.4. Contrainterrogatorio

Las preguntas deberían apuntar al método, no a desacreditar al paciente ni al profesional. Entre otras: ¿el informe se hizo con fin terapéutico o pericial?; ¿cuál era la pregunta concreta que debía responder?; ¿se verificó la ocurrencia del hecho por una vía independiente?; ¿qué parte de la información salió solo del paciente?; ¿se revisaron antecedentes anteriores?; ¿se analizaron causas alternativas?; ¿los síntomas hallados son específicos de una agresión sexual?; ¿pueden verse en otros contextos?; ¿el diagnóstico dice quién causó los síntomas?; ¿se aplicaron instrumentos de validez de respuesta?; ¿se entrevistó a terceros?; ¿se distingue entre compatibilidad y causalidad?; y ¿puede afirmarse, solo con esta evaluación, que el delito ocurrió?

21. DISCUSIÓN

El hallazgo conceptual central de esta revisión es simple de enunciar: la validez de un informe depende de que su pregunta, su método y su conclusión guarden correspondencia. Un documento puede ser válido en lo clínico y, a la vez, insuficiente en lo forense. Reconocerlo permite esquivar dos excesos opuestos: descalificar cualquier informe terapéutico por no tener metodología pericial, o concederle valor corroborativo por el solo hecho de venir firmado por un profesional de la salud mental.

La salida no pasa por excluir de plano los informes clínicos, sino por usarlos dentro de sus límites. Pueden acreditar que hubo atención, que se comunicó cierto relato, que se observaron síntomas, que se formuló un diagnóstico, que se indicó un tratamiento y que hubo una determinada evolución. No pueden, por sí solos, acreditar que el delito ocurrió, que ocurrió de tal manera, que lo cometió una persona en concreto, que los síntomas se debieron únicamente a él, que el relato es verdadero o que no hay otra explicación posible.

La psicología forense no debería servir de atajo para resolver lo que corresponde probar con el conjunto de la evidencia. La literatura sobre daño psicológico y derecho subraya la necesidad de evaluaciones integrales, imparciales y bien fundadas, y recuerda que la práctica forense reclama competencias distintas de las del tratamiento clínico (1,4,8). La cuestión tiene, además, un costado ético. Sobredimensionar un informe clínico puede dañar a quien denuncia, porque expone su proceso terapéutico a exigencias para las que nunca fue

pensado; puede perjudicar a quien es acusado, porque convierte una narración aceptada en terapia en una aparente corroboración científica; y puede dejar mal parado al propio profesional, que termina respondiendo en estrados por preguntas que exceden su encargo, sus datos y su método.

22. PROPUESTA DE FORMULACIÓN PERICIAL PRUDENTE

Una conclusión bien calibrada podría redactarse en estos términos:

La persona evaluada presenta sintomatología psicológica clínicamente significativa y un deterioro funcional que requieren intervención. Los hallazgos son compatibles con la exposición a experiencias estresantes o potencialmente traumáticas. Con todo, esa sintomatología no es específica de una agresión sexual y no permite, por sí sola, establecer que el hecho investigado ocurrió, identificar a su autor ni atribuirle una causa exclusiva. Determinar la causa exige integrar antecedentes previos, información colateral, cronología, factores concurrentes y evidencia independiente.

Una fórmula así no niega el daño: lo describe con rigor. Y no desmiente el relato: solo se abstiene de presentarlo como corroborado por la ciencia cuando el método no da para tanto.

23. CONCLUSIONES

1. La evaluación clínica y la forense persiguen finalidades distintas.
2. El informe clínico busca comprender y tratar el sufrimiento; por regla general, no se diseña para indagar de modo contradictorio si un delito ocurrió.
3. Los síntomas psicológicos pueden acreditar malestar, deterioro o necesidad de tratamiento, pero no señalan por sí mismos el hecho que los originó.
4. Un diagnóstico no es prueba histórica del evento que se usó como antecedente para formularlo.
5. La sintomatología traumática rara vez es específica de una única causa.
6. Que los síntomas sean compatibles con una agresión es una conclusión de posibilidad, no una atribución de causa.
7. La causalidad individual reclama reconstrucción longitudinal, información colateral, revisión de antecedentes, examen de causas alternativas y una declaración de la incertidumbre.
8. Emplear un informe terapéutico para validar el mismo relato con el que se construyó abre paso a un razonamiento circular.
9. El sufrimiento psicológico de una persona no debe negarse; tampoco convertirse, sin más, en prueba del delito.
10. Los tribunales tienen que separar el valor clínico de un documento de su capacidad forense para responder una pregunta causal.

La tesis, en fin, admite repetirse: el informe clínico acompaña; el informe forense contrasta. Pedirle a un informe clínico que pruebe la causa de un delito es pedirle una tarea que, por diseño, nunca se propuso. Respetar esa frontera no debilita la protección de las víctimas: mejora la calidad científica de la prueba, resguarda la presunción de inocencia, evita sobreinterpretar el sufrimiento y deja que la psicología intervenga en el proceso penal sin renunciar a los límites epistemológicos que hacen confiable su aporte.

REFERENCIAS

1. Heilbrun K. Principles of forensic mental health assessment. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York, 2001.
2. Wettstein RM. Quality and quality improvement in forensic mental health evaluations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2005;33(2):158-175.
3. Wilson JP, Moran TA. Forensic/clinical assessment of psychological trauma and PTSD in legal settings. En: Wilson JP, Keane TM (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2ª ed. Guilford Press. New York, 2004, pp. 603-636.
4. Young G. Psychological injury and law: defining a field. *Psychological Injury and Law* 2008;1(2):78-93. doi: 10.1007/s12207-008-9008-1
5. Meilia PDI, Freeman MD, Herkutanto, Zeegers MP. A review of the diversity in taxonomy, definitions, scope, and roles in forensic medicine: implications for evidence-based practice. *Forensic Science, Medicine and Pathology* 2018;14(4):460-468. doi: 10.1007/s12024-018-0031-6
6. Kraus LJ, Thomas CR, Bukstein OG, Walter HJ, Benson RS, Chrisman A, et al. Practice parameter for child and adolescent forensic evaluations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011;50(12):1299-1312. doi: 10.1016/j.jaac.2011.09.020
7. Young G. Causality in criminal forensic and in civil disability cases: legal and psychological comparison. *International Journal of Law and Psychiatry* 2015;42-43:114-120. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.015
8. Foote WE, Goodman-Delahunty J, Young G. Civil forensic evaluation in psychological injury and law: legal, professional, and ethical considerations. *Psychological Injury and Law* 2020;13(4):327-353. doi: 10.1007/s12207-020-09398-3
9. Kaufman NK, Bush SS, Aguilar MR. What attorneys and factfinders need to know about mild traumatic brain injuries. *Psychological Injury and Law* 2019;12(2):91-112. doi: 10.1007/s12207-019-09355-9
10. Goldenson J, Josefowitz N. Remote forensic psychological assessment in civil cases: considerations for experts assessing harms from early life abuse. *Psychological Injury and Law* 2021;14(2):89-103. doi: 10.1007/s12207-021-09404-2
11. Sherman EMS, Slick DJ, Iverson GL. Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: a 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2020;35(6):735-764. doi: 10.1093/arclin/acia019
12. Piechowski LD. Identifying examiner-related threats to validity in the forensic assessment of disability. *International Journal of Law and Psychiatry* 2015;42-43:75-80. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.010
13. Pool A. Diagnóstico estructural a través de la prueba Persona Bajo la Lluvia en niños y niñas de 9 a 11 años de edad, víctimas de agresiones sexuales crónicas. *Psykhé* 2007;16(2):117-128. doi: 10.4067/S0718-22282007000200010
14. American Academy of Psychiatry and the Law. AAPL practice guideline for the forensic assessment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2015;43(2 Supl.):S3-S53.
15. Shuman DW, Sales BD. The impact of Daubert and its progeny on the admissibility of behavioral and social science evidence. *Psychology, Public Policy, and Law* 1999;5(1):3-15. doi: 10.1037/1076-8971.5.1.3
16. Young G. Psychological injury and law: editorial on practice criteria. *Psychological Injury and Law* 2009;2(1):4-9. doi: 10.1007/s12207-009-9035-6
17. Martín Diz F. Presunción de inocencia en procesos penales por violencia de género. *Ius et Praxis* 2018;24(3):19-66. doi: 10.4067/S0718-00122018000300019