

2016

MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES

“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”

GUÍA MÉDICO LEGAL
DE VALORACIÓN INTEGRAL DE
LESIONES CORPORALES

Lima – Perú

JEFATURA NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES





**MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”

**GUÍA MÉDICO LEGAL
DE VALORACIÓN INTEGRAL DE LESIONES
CORPORALES**

**FISCAL DE LA NACIÓN
DR. PABLO SÁNCHEZ VELARDE**

**JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

DR. SEGUNDO ELEAZAR ALIAGA VIERA





AUTORES DE GUÍA MÉDICO LEGAL AÑO 2014

José Narciso Carreño Reyes (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal y Gineco Obstetricia

Juan V. Quiroz Mejía (División Médico Legal Lima Norte)

Especialista en Medicina Legal y Psiquiatría Forense

Cecilia A. Morón Castro (División Médico Legal Lima Este)

Especialista en Medicina Legal

Cleyber Navarro Sandoval (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal

Jaime Arturo Osoreo Rodríguez (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal

José Saúl Díaz Bendivel

Especialista en Medicina Legal

COLABORADORES DE VERSIÓN AÑO 2014:

Juan Carlos Castro Cossi (División Médico Legal Callao)

Especialista en Medicina Legal

Roger Ernesto Velásquez Guevara (División Médico Legal Lima Norte)

Especialista en Medicina Legal

Ymelda Wendy Velezmoro Montes

Especialista en Odontología Forense

Glicerio Alberto Rosas Moyano

Especialista en Odontología Forense

ASESOR EXTERNO:

Rómel Amílcar Lezama Terrones

Médico Especialista en Traumatología

ASESORÍA LEGAL:

Elmer Constantino Ríos Luque

Fiscal Provincial Penal de Lima

Katherine Borrero Soto

Fiscal Provincial Penal de Lima





RESPONSABLES DE LA REVISIÓN, MODIFICACIÓN DE LA GUÍA MÉDICO LEGAL AÑO 2016

Cleyber Navarro Sandoval (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal

Juan Quiroz Mejía (División Médico Legal Lima Norte)

Especialista en Medicina Legal y Psiquiatría

Cecilia Morón Castro (División Médico Legal Lima Este)

Especialista en Medicina Legal

José Narciso Carreño Reyes (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal y Gineco Obstetricia

Jaime Arturo Osorio Rodríguez (DICLIFOR)

Especialista en Medicina Legal

COLABORADORES AÑO 2016

Ymelda Wendy Velezmoro Montes (DICLIFOR)

Especialista en Odontología Forense

Glicerio Alberto Rosas Moyano (DICLIFOR)

Especialista en Odontología Forense

Cinthia Guiliana Machicao Hinojosa (División Médico Legal Lima Sur)

Especialista en Odontología Forense

William Rafael Rojas Jara (División Médico Legal Callao)

Especialista en Odontología Forense

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 1196-2016-MP-FN, DE FECHA 11 DE MARZO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Lourdes Emérita Morales Benavente

Fiscal Provincial de la Décimo Cuarta Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Katherine Borrero Soto

Fiscal Provincial de la Décimo Tercera Fiscalía Provincial Penal de Lima





María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Segundo Eleazar Aliaga Viera

Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público

Juan Jesús Huambachano Carbajal

Gerente del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 3564-2016-MP-FN, DE FECHA 16 DE AGOSTO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Oswaldo Elías Taccsi Guevara

Fiscal Provincial de la Vigésima Primera Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Juan Víctor Quiroz Mejía

Asesor de la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Estela Jessica Mejía Lovaton

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Manuel Sotelo Trinidad

Médico I del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Miriam Rocio Bustamante Gutiérrez

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Julissa Mercedes Urbizagástegui Manrique

Asistente Administrativo del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)





AGRADECIMIENTO

A los médicos colaboradores, a todos los médicos legistas, profesionales de la salud y profesores miembros del Instituto de Medicina Legal y de otras instituciones médicas, por su apoyo incondicional en brindarnos bibliografía y fotografías que han enriquecido el presente documento técnico.





ÍNDICE

	Páginas
Introducción	8
1. Objetivos	10
1.1 Objetivo general	10
1.2 Objetivos específicos	10
2. Base legal	10
3. Alcance	11
4. Conceptos generales	12
4.1 Lesión, daño	12
4.2 Reparación / Restitución biológica de las lesiones	14
5. Clasificación jurídica de las lesiones de acuerdo al Código Penal Peruano	16
6. Clasificación Médico Legal de lesiones corporales según el agente causante	21
6.1 Lesiones contusas	22
6.2 Lesiones ocasionadas en suceso de tránsito	35
6.3 Mecanismos y clasificación de las lesiones en el traumatismo craneo encefálico	39
6.4 Heridas	43
6.5 Quemaduras	51
6.6 Fracturas	60
7. Traumatismos en gestantes	64
8. Traumatismos dentarios	66
9. Otros de interés forense	67
10. Examen clínico forense de las lesiones	68
11. Contenido del informe pericial	70
12. Procedimiento para determinación de lesiones	75
Anexos	78





INTRODUCCIÓN

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, constituye el primer centro de referencia nacional y de dirimencia en asuntos relacionados con la Medicina Legal y las Ciencias Forenses en general, y, es el médico legista quien emite los informes periciales, sin embargo, en nuestro territorio nacional, no son pocas las oportunidades en las que la labor médico legal debe ser realizada por profesionales médicos de otras instituciones como el Ministerio de Salud, Essalud, Sanidad policial, Sanidad de las fuerzas militares y/o instituciones privadas, a solicitud de la autoridad competente. En la valoración integral de lesiones corporales de acuerdo al Código Penal Peruano, el Código de Procedimientos Penales y en el Código Procesal Penal contemplan que los peritos determinen en su informe pericial el arma o instrumentos que las haya ocasionado, y si dejaron o no deformaciones y señales permanentes, puesto en peligro la vida, causado enfermedad incurable o la pérdida de un miembro u órgano; y, en general, todas las circunstancias que conforme al Código Penal influyen en la calificación del delito.

En el nuevo contexto de la vigencia de la ley N° 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, es importante generar documentos técnicos para estandarizar la metodología, terminología y procedimiento del examen médico legal, a efecto de elaborar informes periciales de valoración del daño corporal reflejados en la determinación de los días de Asistencia o Descanso Médico Legal acorde a las exigencias de las normas legales vigentes en el Perú.

Los profesionales médicos del Instituto de Medicina Legal, cuando realizan el abordaje médico legal de personas con lesiones corporales, en esencia, realizan el estudio de indicios y evidencias aplicando conocimientos propios de la ciencia médica, en consecuencia, para la emisión de un informe pericial, deben tomar en cuenta las recomendaciones que implica el ejercicio de una especialidad médica que al mismo tiempo es una especialidad de la criminalística. Lo complejo de esta labor y el rigor científico con el que debe desenvolverse en su actuar diario, dan lugar a la necesidad de contar con una herramienta que permita tener una visión técnica de la actividad pericial y a su vez incorpore evidencia científica y conclusiones de buena práctica pericial.

Finalmente, la función pericial es profesionalmente autónoma y es considerada un acto médico, por ello, los médicos legistas son responsables del desarrollo, contenido y





conclusiones de los documentos técnicos que expidan, los cuales tienen una finalidad especial puesto que por su condición de prueba pericial, aportan elementos de carácter criminalístico, que en conjunto con las demás pruebas, contribuyen a la determinación del tipo penal y la pena correspondiente.

Es por eso la importancia de la presente Guía Médico Legal, la cual está dirigida a los Médicos Legistas y a todos los otros profesionales médicos a nivel nacional, que realizan actividades periciales.





1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar la metodología, terminología y procedimiento del examen médico legal, a efecto de elaborar informes periciales de valoración del daño corporal reflejados en la determinación de los días de Asistencia o Descanso Médico Legal acorde a las exigencias de las normas legales vigentes en el Perú.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Estandarizar los parámetros médicos legales a nivel nacional para la valoración del daño físico.
- 1.2.2 Estandarizar las técnicas del examen médico legal por lesiones en todas las unidades orgánicas del Instituto de Medicina Legal a nivel nacional.
- 1.2.3 Uniformizar la terminología y los criterios de valoración médico legal para la adecuada elaboración de los documentos técnicos.
- 1.2.4 Orientar al profesional médico de otras instituciones de salud, en los procedimientos a seguir para la valoración médica cuantitativa en días de Asistencia o Descanso Médico Legal.
- 1.2.5 Garantizar una atención pericial de calidad a los peritados y al sistema de administración de Justicia peruano.

2. BASE LEGAL

- 2.1 Ley N° 30364: Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.
- 2.2 Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP: Reglamento de la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.
- 2.3 Código Penal: Decreto Legislativo N° 635.
- 2.4 Código de Procedimientos Penales: Ley N° 9024.
- 2.5 Código Procesal Penal: Decreto Legislativo N° 638.
- 2.6 Código Procesal Penal: Decreto Legislativo N° 957.
- 2.7 Decreto Legislativo N° 1194 que regula el Proceso Inmediato en casos de Flagrancia.





- 2.8 Decreto Legislativo N° 1206 que regula medidas para adoptar de eficacia a los Procesos Penales tramitados bajo el Código de Procedimientos Penales de 1940 y el Decreto Legislativo N° 124.
- 2.9 Protocolos de Procedimientos Médico-Legales, aprobado por Resolución Administrativa del Titular del Pliego del M.P. N° 523-97-SE-TP- CEMP.
- 2.10 Protocolos de Procedimientos Médico-Legales, aprobado por Resolución Administrativa del Titular del Pliego del M.P. N° 373-98-SE-TP-CEMP.
- 2.11 Manual de Procedimientos Administrativos Clínico Forenses del Instituto de Medicina Legal, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 213-95-MP-FN-GG.
- 2.12 Normas para la Perennización Fotográfica y Filmación de la Labor Forense y su Cadena de Custodia en el Instituto de Medicina Legal, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 716-2011-MP-FN-GG.

3. ALCANCE

La presente Guía Médico Legal es de conocimiento y aplicación obligatoria a todas las unidades orgánicas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses “Leonidas Avendaño Ureta” y de conocimiento para otras instituciones que realicen peritajes médicos a solicitud de la autoridad competente.

Las recomendaciones referidas a la evaluación clínica médico legal y los parámetros valorativos cuantitativos que se incluyen en la “Tabla Referencial de Valoración Médico Legal” son referenciales, pueden variar de acuerdo a “criterio médico”^{1,2,3} del evaluador.

¹ Modo de indagación y el marco conceptual determinante de las características del proceso del pensamiento médico. Ambos componentes posibilitan “la generación de hipótesis válidas y estrategias eficaces, de acuerdo a las circunstancias presentes y corroborables por la evolución y propia apreciación del paciente”. (Dresch Shirley Y. y Cols. Criterio Médico. Definición, Proceso y Evaluación (1ª Parte). Arch Arg Pediatr 96 (1): 39-45, 1998).

² Para hacer un diagnóstico, el médico cuenta con sus conocimientos y habilidades clínicas, pero estas no son suficientes, porque existen muchas formas de llegar al diagnóstico y muchas de pasarlo por alto. Se necesita un método para aplicar el conocimiento y orientar la anamnesis y el examen físico.

El razonamiento médico durante el diagnóstico puede ser descrito como un proceso dual, tiene un componente intuitivo que genera hipótesis utilizando asociaciones de memoria automáticas y depende fuertemente del conocimiento experiencial, y un componente analítico, que procesa esas hipótesis validándolas o descartándolas y cuando es necesario genera nuevas hipótesis utilizando el razonamiento causal. En los casos rutinarios, el sistema intuitivo encuentra el diagnóstico en forma rápida, pero sus conclusiones deben ser siempre revisadas por el sistema analítico. Ambos sistemas funcionan de manera complementaria y nos permiten hacer diagnósticos correctos la mayoría de las veces, a pesar de la complejidad de los problemas clínicos. (Luis Peña G. La naturaleza dual del proceso diagnóstico y su vulnerabilidad a los sesgos cognitivos. Rev Med Chile 2012; 140: 806-810).

³ Colegio Médico del Perú. Código de ética y Deontología (2007). Art. 52° El acto médico es el proceso por el cual el médico diagnostica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico.





La presente guía es de uso exclusivo por el médico o profesional de la salud en los aspectos de su competencia, que realiza labores relacionadas a la Medicina Legal.

No debe ser utilizada para:

- Validar, comparar, cuestionar o desestimar un acto médico legal, sin tener la acreditación o formación médico legal correspondiente, por cuanto, la inadecuada interpretación de los conceptos vertidos en la presente guía puede conducir a juicios valorativos errados.
- Determinar la “incapacidad temporal para el trabajo”; puesto que no es homologable con los días de reparación biológica que expresa el “Descanso Médico Legal”.
- Valorar el daño psíquico, para ello existe una guía específica en el Instituto de Medicina Legal para tal efecto.
- Valorar el menoscabo de la capacidad global funcional de la persona, con fines de indemnización civil o en el ámbito de los seguros.

4. CONCEPTOS GENERALES

4.1 LESIÓN, DAÑO

Lesión es cualquier alteración somática (física) o psíquica, que, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya sea en lo orgánico (anatómico) o funcional.

Se define lesión corporal como la alteración corporal funcional y/o estructural en cualquier parte del cuerpo humano, a consecuencia de agentes lesionantes (agresión) externos o internos en un determinado tiempo y espacio.

El medio o acción que produce la lesión corporal es representado por una de las formas de energía: mecánica, física, química, físico-química, bioquímica, biodinámica y mixta.

Producida la lesión, lleva aparejado consigo, perturbaciones de diversas naturalezas (objetivas y subjetivas), que conducen a un daño. El daño constituye un concepto jurídico indeterminado que el aplicador del derecho tiene que concretar, hace referencia al detrimento o menoscabo que afecta a cualquiera de los bienes que integran el patrimonio de la persona (material e inmaterial).





La reparación/restitución biológica de las lesiones (curación de lesiones) sigue un curso propio y variable, sujeto a la variabilidad biológica individual (capacidad de respuesta individual), puede evolucionar hacia:	.Estabilización médico-legal de las lesiones que finalizan con la curación real y <i>ad integrum</i> de la lesión ; es decir, es el momento en el que se alcanza la sanación o curación de las lesiones, y que al no quedar secuelas es el equivalente a la curación clínica. ^{4,5,6}
	.Estabilización médico-legal de las lesiones que han evolucionado hacia la cronicidad o con secuelas .

Si el daño es el detrimento, pérdida o menoscabo de un bien de la persona, sea material o personal, daño corporal es el detrimento o menoscabo de cualquiera de los dos bienes que integran su patrimonio biológico, somático, corpóreo o psicofísico, es decir la vida y la salud, daño corporal es pues, la pérdida o menoscabo que afecta a la integridad psicofísica de la persona.

MANIFESTACIONES DEL DAÑO CORPORAL ⁷
Anatómicas: Las que afectan a cualquier tejido, órgano, aparato o sistema de la economía corporal, con independencia de su función.
Funcionales: Afectan la función de cualquier tejido, órgano, aparato o sistema.
Estéticas: Afectan la belleza, armonía y/o estimación de la persona.
Morales: Son manifestaciones colaterales de la propia lesión o daño corporal, generalmente evidentes en la esfera psíquica.
Extracorpóreas: Cuando la lesión corporal trasciende del propio cuerpo, derivando daños o perjuicios físicos o morales sobre personas o cosas.

⁴ Hernández Cueto C. Valoración médico-legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II: doctrina médico legal de valoración de daños personales. Madrid: Colex; 2010.

⁵ Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2.a ed. Barcelona: Masson; 2001.

⁶ Vega Vega C., Bañón González R.M. Criterios de estabilidad lesional en la valoración del daño corporal. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):36—38

⁷ García-Blázquez Pérez Manuel. García-Blázquez Pérez Cristina Mara. Nuevo Manual de Valoración y baremación del daño corporal. 20ª edición. Editorial comares. Granada – 2013.





Muchos autores clásicos^{8,9,10} cuando se refieren a valoración médico legal del daño corporal, distinguen tres niveles del daño, los que han sido recogidos e incorporados tanto en la “Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías” de 1980, así como en la “Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud” del 2001.

Nivel lesional del daño:

Referido a los aspectos biológicos del daño, expresado en sus particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas y fisiológicas.

Nivel funcional del daño:

Referido a la afectación de las capacidades físicas y mentales (actuales o potenciales) propias del ser humano, teniendo en cuenta la edad y sexo, independientemente del medio donde se encuentre.

Nivel situacional del daño:

Referido a la alteración de las actividades que realiza la persona en su vida diaria, familiar, social, de placer, de trabajo u otras, debido a la lesión (nivel lesional del daño) o a la alteración de la función corporal (nivel situacional del daño).

4.2 REPARACIÓN / RESTITUCIÓN BIOLÓGICA DE LAS LESIONES

Tras una lesión corporal, se ponen en marcha una serie de mecanismos biológicos destinados a reparar los tejidos lesionados. A veces estos recursos son suficientes para completar el proceso de reparación biológica, sin necesidad de actuación externa. En otras ocasiones se requiere la ayuda médica o quirúrgica, para que mediante maniobras, tratamientos, intervenciones farmacológicas o quirúrgicas se llegue a la curación, se acorte el periodo curativo o se disminuya la posibilidad de secuelas.

Cada lesión tiene un tiempo de curación, dicho proceso es dinámico, evolutivo y complejo y varía en función de la naturaleza de la propia lesión, los recursos biológicos del individuo y la actuación médica sobre la lesión, este proceso de reparación biológica involucra:

⁸ Magalhães T (1998). Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal. Almedina, Coimbra.

⁹ Hamonet C, Magalhães T (2001). Système d'Identification et de Mesure des Handicaps. Edit. Eska, Paris.

¹⁰ Criado del Río María Teresa. Valoración médico Legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II: Doctrina Médico legal de valoración de daños personales, Editorial Colex. 2010.





- Estadio de instalación
- Estadio de reacción
- Estadio de reparación
- Estadio de consolidación

Si bien la variabilidad biológica individual de las personas influye en el proceso de reparación biológica, podemos considerar que existen unos límites habituales de tiempo de curación de lesiones, considerando unas condiciones normales y fuera de circunstancias específicas.

Los límites habituales (promedio) de curación de lesiones se obtienen a partir de los siguientes supuestos:

La naturaleza de la lesión está adecuadamente diagnosticada.

Los mecanismos defensivos del individuo son normales.

La actuación médica es correcta en la forma y el tiempo de curación.

En determinadas situaciones específicas, los tiempos promedio de curación de lesiones pueden acortarse, alargarse o puede producir secuelas no previsibles. En este caso el perito debe fundamentar el criterio médico con:

Estudio de los estados preexistentes del lesionado (enfermedades, operaciones, accidentes).

Factores relativos a la edad de la persona lesionada.

Diagnóstico y tratamiento inicial.

Tratamiento a tiempo o a destiempo.

Elección de tratamiento.

Indicación de tratamiento.

Lugar donde se aplica el tratamiento.

Diagnóstico y tratamiento posterior.

Tolerancia y seguimiento del tratamiento.

Técnica quirúrgica empleada, cuando corresponda.

Complicaciones sobrevenidas (Infecciones, hemorragias, cuerpos extraños, etc).

Accesibilidad a asistencia médica (citas diferidas, demoras considerables en cita, etc).

Establecer objetivamente el diagnóstico diferencial entre "no curación" y "secuela".





En consecuencia, el tiempo de curación o tiempo de reparación biológica de la lesión, es aquel que media entre:

- El momento de producirse la lesión y el de la curación o restitución, reparación biológica.
- El momento de producirse la lesión y el momento en que se estabiliza como secuela (momento en que no es posible obtener mayor grado de restitución/reparación biológica).

5. CLASIFICACIÓN JURÍDICA DE LAS LESIONES DE ACUERDO AL CÓDIGO PENAL PERUANO

El Artículo 2° de nuestra Constitución señala que toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica, física y a su libre desarrollo y bienestar, y el Código Penal en su artículo 121° describe “El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud”; en consecuencia, desde el punto de vista estrictamente médico el bien jurídico protegido es la “salud”, el que constituye un supraconcepto que incluye la integridad física, psíquica y social.

Según el Código Penal, no toda lesión física o psíquica supone la comisión de un delito puesto que, si aquella no llega a cierto nivel de gravedad, nos hallaremos ante una falta. Para establecer dicha diferencia y tipificar jurídicamente un hecho, se han establecido los siguientes criterios:

Criterios cuantitativos	Criterios cualitativos
De tipo cronológico, expresado en días de Asistencia o Descanso Médico Legal, según prescripción facultativa	<ul style="list-style-type: none">○ Las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima.○ Las que mutilan un miembro u órgano principal del cuerpo.○ Las que lo hacen impropio para su función.○ Las que causan a una persona incapacidad para el trabajo permanente.○ Las que causan invalidez permanente.○ Las que causan anomalía psíquica permanente.○ Las que causan desfiguración de manera grave y permanente.





No es competencia del médico la tipificación jurídica de las lesiones, por lo que no corresponde consignarla en los documentos técnicos que expida.

En algunas situaciones, el estudio médico legal de las lesiones no basta con el examen clínico, y requiere que el perito médico acceda a información criminalística adicional, por ejemplo, entre otros, en los siguientes casos:

- Autolesiones.
- Determinación del instrumento, arma, objeto, medio o forma que han producido la lesión.

CRITERIOS JURÍDICOS CUANTITATIVOS (CRONOLÓGICOS) PARA LA TIPIFICACIÓN DE LAS LESIONES CORPORALES

Tipo Penal	Lesiones		Asistencia o Descanso Médico Legal
Faltas	Lesiones Culposas		Hasta 15 días
	Lesiones Dolosas		Hasta 10 días
Delitos	Culposo	Lesión Leve	Más de 15 y menos de 30
		Lesión Grave	30 o más días
	Doloso	Lesión Leve	Más de 10 y menos de 30 (11 a 29) días
		Lesión Grave	30 o más días

Conforme señala el Código Penal la valoración médico legal cuantitativa de las lesiones, se realiza en los siguientes términos:

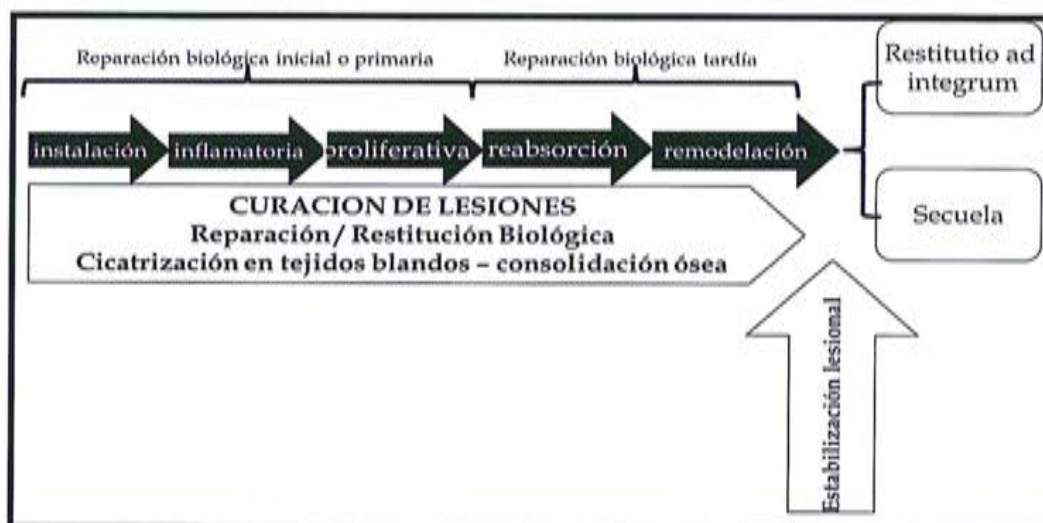
Asistencia facultativa:	Días de descanso médico legal:
- Es el número de veces que el evaluado requerirá objetivamente asistencia según prescripción facultativa (implica la realización de un acto médico), y que está referida directamente con el procedimiento de diagnóstico, tratamiento o vigilancia del tratamiento aplicado y de las probables complicaciones que se pudieran presentar. No se considera asistencia facultativa los actos médicos con fines de asesoramiento o certificación.	- Tomando en cuenta el criterio cronológico establecido en el Código Penal, para realizar la valoración médica del daño corporal ocasionado por las lesiones, no podemos abarcar todo el periodo de curación/restitución/reparación de la lesión; por tanto, teniendo en cuenta que las lesiones evolucionan pasando por diferentes estadios, podemos evidenciar dos periodos claramente diferenciados:





<p>- Cuando se practica una intervención médica continua y multidisciplinar (varias especialidades médicas en un paciente en una sala de emergencia, observación u hospitalización para establecer el diagnóstico), constituyen una sola asistencia facultativa aunque haya pluralidad de actuaciones.</p> <p>- A efectos de la legislación nacional, debe entenderse que el término “facultativo”, implica una titularidad que solo se atribuye al médico y en los aspectos específicos propios de su profesión a los odontólogos y obstetras.</p>	<p>a) Fase de reparación biológica inicial o primaria, donde se producen los fenómenos inflamatorios y de reparación propiamente dichos.</p> <p>b) Fase de reparación biológica tardía, donde se producen principalmente fenómenos de reabsorción y remodelación, a efecto de obtener el mayor grado de restitución o reparación biológica.</p> <p>- Por tanto, los días de descanso médico legal, se refieren al tiempo aproximado que requiere una lesión para lograr su reparación biológica primaria. En el ámbito jurídico, contribuye a orientar a la autoridad competente para que con la valoración de otros elementos de convicción de ser el caso, tipifique el hecho ilícito.</p>
---	--

Evolución temporal de las lesiones y criterios valorativos del descanso médico legal y asistencial:¹¹



¹¹ Tomado de: Aspectos aplicables a un sistema de acreditación de peritos criminalísticos en el sistema judicial peruano, con arreglo al avance de la ciencia y tecnología, [Imagen en línea]. Disponible en: <http://criminalisticamedica.blogspot.com/2013/07/aspectos-aplicables-un-sistema-de.html> [Accesada el 02 de febrero de 2014]





Los días de descanso médico legal no deben confundirse con los días de descanso médico asistencial o de incapacidad temporal para el trabajo, puesto que para su determinación se toman en cuenta los siguientes aspectos diferenciales:

DÍAS DE DESCANSO MÉDICO LEGAL	DÍAS DE DESCANSO MÉDICO ASISTENCIAL O INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO
- Su finalidad es orientar y facilitar al operador de justicia (Fiscales y Jueces), la tipificación jurídica de los delitos contra el cuerpo y la salud.	- Su finalidad es la de hacer constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o procesos fisiológicos como la maternidad) y la duración de la incapacidad temporal derivada de dicha contingencia (período de descanso físico) para que la persona retorne a sus actividades habituales o a su trabajo; por tanto, tiene connotaciones en el área del derecho civil, derecho laboral, subsidios sociales, seguros, etc.
- Para su determinación se toma en cuenta los siguientes criterios: a) Severidad de la lesión. b) Tiempo de reparación biológica primaria de la lesión. c) Tipo de tratamiento o procedimiento empleado. d) Estado preexistente del lesionado (con causas preexistentes). e) Factores complementarios: edad, sexo.	- Para su determinación se toman en cuenta los siguientes criterios: a) Severidad de la enfermedad o daño. b) Trabajo o actividad habitual. c) Tipo de tratamiento o procedimiento empleado. d) Factores complementarios: edad, sexo, enfermedades concomitantes, referencias, contrarreferencias, etc.
- El contenido y conclusiones se fundamentan en la ciencia médica, sin embargo en su elaboración deben seguirse las formalidades de orden jurídico y las reglas de la actuación pericial.	- Sus conclusiones se fundamentan en la ciencia médica, y para su elaboración fundamentalmente se siguen criterios médico asistenciales ^{12,13} o parámetros de tiempo basados en criterios de tipo administrativo. ¹⁴

¹² Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001 "procedimiento para distribución, emisión, registro y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo (CITT).

¹³ Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2009. Normas para el canje de certificados médicos particulares por certificados de incapacidad temporal para el trabajo CITT.

¹⁴ Resolución de Gerencia General N° 346-GG-ESSALUD-2002. Modifican la directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001 referida al "procedimiento para distribución, emisión, registro y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo (CITT).





DÍAS DE DESCANSO MÉDICO LEGAL	DÍAS DE DESCANSO MÉDICO ASISTENCIAL O INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO
<p>- El producto final puede ser el Informe Pericial o Dictamen Pericial*, el cual puede contener:</p> <p>a) Los hallazgos evidenciados por el perito médico durante la evaluación médico legal, los métodos utilizados, los criterios técnicos utilizados y las conclusiones médico legales en los que se valora cuantitativamente el daño corporal ocasionado por las lesiones.</p> <p>b) La evaluación "Post facto", en la que se recogen y comparan documentos derivados del acto médico, opiniones de otras especialidades médicas y la evidencia científica, arribando a las respectivas conclusiones médico legales.</p>	<p>- El producto final puede ser:</p> <p>a) Un Certificado Médico donde se acredita el acto médico realizado certificándose el diagnóstico, tratamiento y periodo de descanso físico.</p> <p>b) Un Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de acuerdo a la normativa de la institución pública o privada donde se expida.¹⁵</p>
<p>- Se emite solamente a solicitud de la autoridad competente (Juez, Fiscal, Policía Nacional del Perú).</p>	<p>- Se emite a solicitud del paciente o su representante legal, o como parte de un requerimiento de índole administrativo.</p>

Tomado de: Descanso/incapacidad médico legal según el código penal peruano. Disponible en: <http://criminalisticamedica.blogspot.com/2014/09/descanso-incapacidad-medico-legal-segun.html> [Accesada el 02 de febrero de 2014]

* En situaciones específicas, algunos operadores de justicia han devenido en utilizar las denominaciones de Certificado Médico Legal, Pronunciamiento Médico Legal, Pericia Médico Legal, Reconocimiento Médico Legal, Peritaje Médico Legal; denominaciones que deben entenderse como sinónimos de las denominaciones "Informe o Dictamen Pericial", términos adoptados por el Nuevo Código Procesal Penal, normativa jurídica actual y la lex artis médico legal.



¹⁵ Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2014 Que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 015- GG-ESSALUD-2014 "Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en ESSALUD".





6. CLASIFICACIÓN MÉDICO LEGAL DE LESIONES CORPORALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE:

LESIONES POR AGENTE CONTUSO	OCASIONADAS POR UN MECANISMO DE CONTUSIÓN	Contusiones sin solución de continuidad en piel	Eritema	
			Tumefacción	
			Equimosis	Petequia
				Sugilación
				Equimoma
			Hematoma	
			Derrames de serosidad	
	Derrames cavitarios			
	LESIONES OCASIONADAS POR DOS O MÁS MECANISMOS DE CONTUSIÓN	Contusiones con solución de continuidad en piel	Erosión	
			Excoriación	
			Herida Contusa	
		Mordeduras	Humana	
			Animal	
			Aplastamiento	
			Atricción	
			Arrancamiento	
			Amputación	
Caída				
Precipitación				
	Suceso de tránsito			
LESIONES POR AGENTE PUNTA Y/O FILO	Excoriación			
	Herida Cortante			
	Herida Punzante	Penetrante y/o Perforante		
	Punzo Cortante			
	Contuso cortante			
LESIONES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO Y EXPLOSIVOS	Por proyectil único		Penetrante y/o Perforante	
	Por proyectiles múltiples			
	Por explosivos			
LESIONES POR AGENTE FISICO	Quemaduras por agentes térmicos		Frío	
	Quemaduras por electricidad	Calor		
		Electrocución		
LESIONES POR AGENTES QUIMICOS	Quemaduras por agentes químicos		Fulguración	
LESIONES POR AGENTES	Quemaduras por agentes biológicos		Ácidos	
			Alcalis	
			Sales	
LESIONES POR AGENTES	Quemaduras por agentes biológicos		Animales	
			Vegetales	





CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS ÓSEAS:

FRACTURAS ÓSEAS	Cerradas y/o Abiertas	Según su localización (para huesos largos)	Epifisiaria
			Diafisiaria
			Metafisiaria
		Según el trazo de fractura	Tallo verde (niños)
			Transversa
			Oblicua
			Longitudinal
			Espiroidea
			Conminuta
		Según desviación de sus fragmentos	Angulada
			Desplazamiento Lateral
			Cabalgada
Engranada			

6.1 LESIONES CONTUSAS:

Son lesiones producidas por la acción violenta sobre el cuerpo por agentes que tienen superficie y bordes romos, de consistencia dura o flexible y que tienen masa (peso y volumen). Estos agentes pueden ser proyectados por una fuerza dinámica externa o puede ser el cuerpo dotado de esa energía quien impacta contra estos agentes, o pueden combinarse ambas situaciones.

6.1.1 MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LESIONES CONTUSAS

Los mecanismos de contusión pueden actuar de manera aislada produciendo una lesión denominada contusa simple, y cuando actúan dos o más mecanismos, la lesión contusa se denomina "compleja".





A. MECANISMO DIRECTO	B. MECANISMO INDIRECTO
<p>La lesión aparece en la misma zona de aplicación de la fuerza del instrumento.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ PERCUSIÓN: Se produce cuando el agente contundente cesa su acción al momento de encontrarse con una parte de una superficie corporal, por ejemplo: lesiones por puños, pies, cabeza, etc.▪ PRESIÓN: Se produce cuando el agente contundente ejerce una fuerza (positiva o negativa) constante por un tiempo determinado en el cuerpo o región corporal, en relación a una superficie estática, pudiendo existir dos fuerzas de presión encontradas, por ejemplo: lesiones por el pase de la llanta de un vehículo por un segmento corporal, dígito presión, elemento constrictor.▪ FRICCIÓN: Se produce cuando el agente contundente impacta tangencialmente contra el cuerpo o región corporal. El cuerpo o región corporal puede definirse como activo o pasivo.▪ TRACCIÓN: Se produce cuando un cuerpo o región corporal, es sometida a una fuerza unidireccional ajena.▪ TORSIÓN: Se produce cuando un cuerpo o región corporal es sometida a varios mecanismos combinados de producción de lesiones, predominando el movimiento en espiral.	<p>Estas lesiones se pueden apreciar en zonas distantes al lugar del impacto primigenio. Llamado también contragolpe, por ejemplo.- lesiones contusas encefálicas en antipolo, ptosis renal en caídas de pie desde cierta altura (que ocasionan lesiones en el polo opuesto).</p>





6.1.2 LESIONES CONTUSAS SIMPLES SIN SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN LA PIEL

- **ERITEMA:** Lesión contusa simple superficial, caracterizada por congestión vascular de la piel, de origen traumático. Se excluyen los eritemas de causa patológica, por ejemplo, el eritema del pañal.
 - o Como consecuencia del trauma, ocurre liberación de histamina, lo que genera vasodilatación capilar; en este tipo de lesión no ocurre lesión vascular ni salida de sangre o líquido intravascular.
 - o Aparece en unos instantes, y desaparece en pocos minutos u horas, por lo que se evidencia solamente si el examen se realiza inmediatamente.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la equimosis (verificar diascopia).

- **TUMEFACCIÓN:** Aumento de volumen por extravasación de fluido linfático que infiltra el espacio intersticial. En su mecanismo de producción interviene la Triple respuesta de Lewis que se manifiesta por una vasoconstricción refleja en la piel del área afectada (Línea Blanca), seguida en pocos segundos por una vasodilatación compensatoria (Línea Roja) y posteriormente, extravasación de líquidos y edema local; asimismo se produce liberación retrógrada de sustancias proinflamatorias en las terminaciones nerviosas estimuladas. La piel lesionada aparece enrojecida e hipersensible a los estímulos dolorosos llamado hiperalgesia primaria o local, en esta área hay vasodilatación, el umbral para los estímulos dolorosos está disminuido. Alrededor de la zona mencionada puede aparecer otra zona de hiperalgesia, llamada hiperalgesia secundaria, que se extiende más allá del área de vasodilatación.

Se excluyen los edemas de causa patológica, por ejemplo, edemas de origen patológico.-renal, cardiovascular, etc.

- **EQUIMOSIS:** Lesión contusa simple, que conserva la integridad de la piel, el trauma produce ruptura de capilares y vénulas, produciendo un infiltrado hemorrágico, desgarramiento de filetes nerviosos y tumefacción que producen dolor en la zona afectada. Se caracteriza por el cambio de coloración en la piel, tumefacción y dolor.





Frecuentemente, las equimosis pueden presentar variadas formas, pudiendo representar la forma del agente causante, en estos casos es de importancia criminalística, describir las características de estas equimosis denominadas, equimosis en patrón o figuradas.

○ **Cronocromodiagnóstico de la Equimosis**

- Históricamente, la tonalidad de una equimosis ha sido correlacionada en relación con el tiempo (cromocronodiagnóstico) de producida la lesión.
- Una vez que la sangre infiltra a los tejidos, se produce una respuesta inflamatoria, para degradar y remover la sangre; los macrófagos fagocitan a los eritrocitos y la hemoglobina es degradada. La hemoglobina es el cromóforo absorbedor dominante, y por ello determina el color de la piel. Esta apariencia varía (rojo, azul, púrpura, verde, amarillo) dependiendo de su estado oxidativo y profundidad dentro de la piel. Esta degradación bioquímica de la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos (eritrocitos) produce los cambios de coloración que pueden ser observados en una equimosis.
- Autores clásicos describen este proceso evolutivo como el “espectro equimótico de Legrand du Saulle”, de la siguiente forma:

Autor	Rojo oscuro	Negruzco	Azulado - Violáceo	Verdoso	Amarillo	Desaparición
Vargas Alvarado	3 primeros días		4 -6 días	7-12 días	13-21 días	
Simonin	Recientes	2-3 días	3-6 días	7-12 días	12-17 días	25 días
Bonnet	Pocas horas	0-3 días	4-6 días	7-12 días	13-21 días	22 días
Tourdes	Pocas horas	2-3 días	3-6 días	12-17 días	Más de 17 días	

- El desarrollo y evolución de la equimosis en términos de su apariencia, es extremadamente variable, entre individuos y en un mismo individuo, pudiendo ser ésta evolución afectada por:
 - Factores de la persona: edad, sexo, porcentaje de grasa corporal, diátesis hemorrágica y color de la piel.





- Factores relacionados a la producción de la lesión: magnitud de la fuerza empleada, tipo de arma.
 - Subjetividad en la percepción de los colores por parte del examinador, agudeza visual del observador, longitud de onda de la luz que incide en la lesión.
- El color rojo de una equimosis se ha atribuido a una combinación de hemoglobina y hematina¹⁶, el color rojo oscuro o negro a la presencia de eritrocitos no oxigenados, el cambio de color verde a la biliverdina y el color amarillo a la presencia de bilirrubina^{17,18,19,20,21}. Basado en estos cambios de coloración de las equimosis diversos autores han tratado de encontrar una valoración certera que se aproxime a la verdadera data evolutiva de la lesión, sin embargo todos los resultados han sido controversiales^{22,23,24,25,26,27,28}.
- En investigaciones realizadas a partir de la década de los noventa, se evidenció que lo señalado en los libros clásicos eran obsoletos e inverosímiles, de manera que a pesar de la gran variabilidad de los resultados en estudios, destacando los trabajos de Langlois y Gresham²⁹, Stephenson y Bialas³⁰, Munang, Leonard y Mok³¹, Hughes, Ellis y Langlois³², Kinnear y Sahraie³³, y la revisión sistemática realizada por Maguire et al³⁴, permiten concluir que, a pesar de comentarios en una variedad de libros de texto aún disponibles que siguen las descripciones de tratadistas clásicos, los únicos datos estadísticamente

¹⁶ Hamdy, M.K., Deatherage, F.E., Shinowara, G.Y. (1957) Bruised tissue. I. Biochemical changes resulting from blunt trauma. *Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine*, 95, 255-258.

¹⁷ Moritz, A.R. (1942) *The Pathology of Trauma*, Henry Kimpton, London, pp. 28-35.

¹⁸ Devlin, T.M. (1992) *Textbook of Biochemistry*, 3rd edn, Wiley-Liss, New York, pp. 1017.

¹⁹ Tenhunen, R. (1972) The enzymatic degradation of heme. *Seminars in Haematology*, 9, 19-29.

²⁰ M.L. Pilling, et al., Visual assessment of the timing of bruising by forensic experts, *J. Forensic Legal Med.* 17 (3) (2010) 143-149.

²¹ S. Maguire, et al., Can you age bruises accurately in children? A systematic review, *Arch. Dis. Child.* 90 (2) (2005) 187-189.

²² Barsley R, West M, Fair J. Forensic photography. Ultraviolet imaging of wounds on skin. *Am J Forensic Med Pathol* 1990;11:300-8.

²³ Cameron JM, Grant JH, Ruddick RJ. Ultraviolet photography in forensic medicine. *Forensic Photography* 1973;2:9-12.

²⁴ Rutty GN. Bruising: concepts of ageing and interpretation. In: Rutty GN, eds. *Essentials of autopsy practice*. London, New York: Springer-Verlag, 2001:233-40.

²⁵ Barciak E, Plint A, Gaboury I, et al. Dating of bruises in children: an assessment of physician accuracy. *Pediatrics* 2003;112:804-7.

²⁶ Grossman et al. Can we assess the age of bruises? An attempt to develop an objective technique. *Medicine, Science and the Law* 2011; 51: 170-176

²⁷ V.K. Hughes, P.S. Ellis, N.E.I. Langlois, The practical application of reflectance spectrophotometry for the demonstration of haemoglobin and its degradation in bruises, *J. Clin. Pathol.* 57 (4) (2004) 355-359.

²⁸ M.M.J. Lecomte et al. The use of photographs to record variation in bruising response in humans. *Forensic Science International* 231 (2013) 213-218

²⁹ Langlois, N.E.I. and Gresham, G.A. (1991) The aging of bruises: A review and study of the colour changes with time. *Forensic Science International*, 50, 227-238.

³⁰ Stephenson, T. and Bialas, Y. (1996) Estimation of the age of bruising. *Archives of Disease in Childhood*, 74, 53-55.

³¹ Munang, L.A., Leonard, P.A. and Mok, J.Y.Q. (2002) Lack of agreement on colour description between clinicians examining childhood bruising. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 9, 171-174.

³² Hughes, V.K., Ellis, P.S. and Langlois, N.E.I. (2004) The perception of yellow in bruises. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11, 257-259

³³ Kinnear, P.R. and Sahraie, A. (2002) New Farnsworth - Munsell 100 hue test norms of normal observers for each year of age 5-22 and for age decades 30-70. *British Journal of Ophthalmology*, 86, 1408-1411.

³⁴ Maguire, S., Mann, M.K., Sibert, J. and Kemp, A. (2005) Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 187-189





significativos y relevantes en la práctica clínica, son los referidos a que el hallazgo de color amarillo durante un examen (inspección) directo (no a partir de imágenes ni videos) de una equimosis, permite afirmar que ésta tiene más de 18 a 24 horas; habiéndose demostrado que la presencia de los colores verde, azul, violáceo y rojo pueden presentarse incluso desde el momento de producida la lesión y pueden persistir incluso hasta que ocurra la resolución completa de la lesión.

- Las equimosis de la conjuntiva ocular no sufren estos cambios de coloración, en virtud de la relativa fácil oxigenación de esta región corporal, lo que no permite que la oxihemoglobina se descomponga, por lo que permanece de color rojizo hasta su reabsorción; las equimosis subungueales también tiene una evolución peculiar, ya que pueden permanecer hasta ser eliminadas junto con el crecimiento de la uña, pudiendo incluso tornarse de una tonalidad oscura.

Importante: La equimosis en la región suborbitaria o periorbitaria (“ojos de mapache”), o en las apófisis mastoideas (Signo de Battle) es un signo orientador de fractura en la base del cráneo.

- **Petequia:** Lesión equimótica puntiforme, que suele agruparse denominándose entonces punteado petequiral. Debe tenerse cuidado en distinguir las petequias de origen traumático y patológico, por ejemplo, coagulopatías.
- **Sugilación:** Lesión equimótica, que se distingue por el particular mecanismo de producción que la ocasiona, que es la succión (por presión negativa ocasionada). Este tipo de lesiones se encuentra relacionado a los hallazgos descritos en exámenes realizados a las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual.
- **Equimoma:** Es una equimosis asociado a tumefacción de mayor consistencia y extensión, pero que conserva el infiltrado hemorrágico laminar.
- **HEMATOMA:** Lesión contusa que se caracteriza por la extravasación sanguínea que se colecciona en planos superficiales o profundos, disecándolos. Estas lesiones pueden encontrarse en planos superficiales (piel) o planos profundos (tejido muscular, órganos parenquimales, etc.). Los ubicados en planos superficiales son sobreelevados, y a la palpación pueden ser fluctuantes o a tensión.



- **DERRAMES DE SEROSIDAD:** Colección serosa superficial, que se produce por efecto de un traumatismo contuso tangencial, el tejido que une la fascia a la piel se despegue en una gran extensión. En la evaluación inicial solo se aprecia una lesión contusa superficial que a los 10 o 12 días presenta una colección líquida formada de linfa mezclada con escasa sangre.^{35,36,37}
- **DERRAMES CAVITARIOS:** Colección de naturaleza hemática o serofibrinosa, que se produce cuando el trauma recae sobre una cavidad virtual, por ejemplo cavidad pleural, pericárdica, peritoneal, articulaciones, etc. Un derrame sanguíneo puede seguirse de un derrame seroso.

LESIONES CONTUSAS SIN SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN LA PIEL



Equimosis



Tumefacción dorso nasal y labio superior



Tumefacción y equimosis



Equimosis "en banda"

³⁵ Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. *Journal of Trauma*, 1997 Jun;42(6):1046-51

³⁶ Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM. Morel-Lavallée lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation. *Skeletal Radiology*, 2007 Jun;36 Suppl 1:S43-5

³⁷ Tsur A, Galin A, Kogan L, Loberant N. Morel-Lavallée syndrome after crush injury. *in Harefuah*, 2006 Feb. 145(2):111-3, 166



Equimosis Figuradas



Hemorragia subconjuntival OI



Equimoma de mama izquierda



Equimoma muslo derecho



Equimoma en la región lumbar izquierda



Hematoma infrapalpebral y suborbitario izquierdo

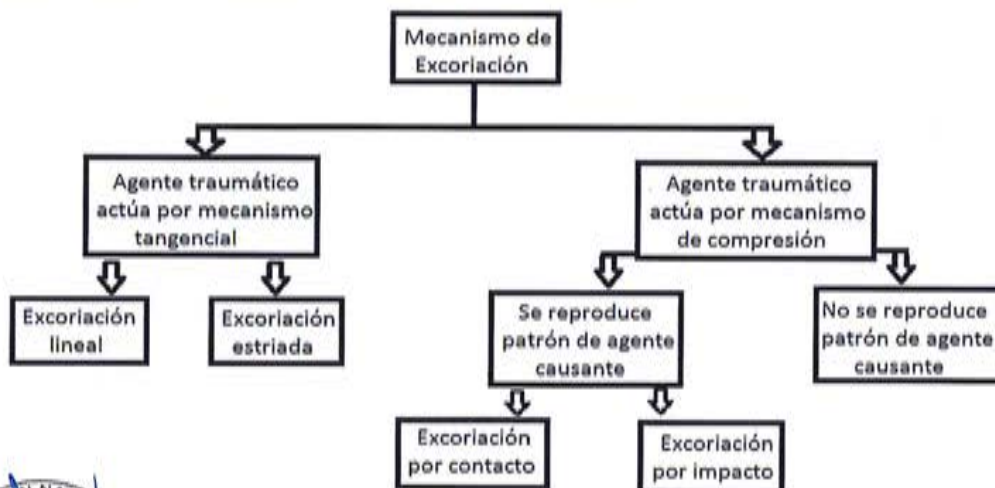


6.1.3 LESIONES CONTUSAS SIMPLES CON SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN PIEL

- **EROSIÓN:** Lesión contusa simple frecuentemente a nivel de mucosas, con compromiso del epitelio de revestimiento y que puede abarcar hasta corión papilar.
- **EXCORIACIÓN:**
 - o Lesión contusa simple, que compromete la epidermis y parte de la dermis (costra amarillenta), pudiendo llegar a denudar la dermis papilar (costra sanguinolenta). Es generalmente ocasionado por contacto tangencial con superficies rugosas, arma blanca o de naturaleza biológica (uñas).



- o El proceso de reparación biológica en las excoriaciones inicia luego de ocasionada la lesión, entre las 18 a 24 horas las células diferenciadas del epitelio inician la cobertura del área lesionada, a partir del tercer día, las excoriaciones empiezan a costrificarse, para posteriormente alrededor del séptimo día, caer la costra dejando un área hipocrómica por la ausencia de melanina y presencia de nuevos capilares, la desaparición completa de dichas áreas ocurre en tiempos variables, sin dejar cicatriz.



- **HERIDA CONTUSA:** es una solución de continuidad de la piel, ocasionada por agentes contusos que comprometen la epidermis y la dermis, pudiendo llegar, inclusive a planos anatómicos más profundos.

o **Características de las heridas contusas:**

- Bordes evertidos e irregulares.
- Paredes y lecho irregular
- Existencia de puentes dérmicos
- Asociada a otro tipo de lesiones contusas perilesionales.



Equimosis y erosión



Equimosis y erosión mucosa labial inferior



Excoriaciones ungueales



Lesiones excoriativas por elemento compresivo circundante ("grilletes")



6.1.4 LESIONES CONTUSAS COMPLEJAS

Son aquellas causadas por dos o más mecanismos de producción.

- **MORDEDURA:** Resultado del mecanismo de presión y tracción producida por los dientes, teniendo que hacer el diagnóstico diferencial entre mordedura humana y animal. Se caracteriza por presentar erosiones, excoriaciones y/o heridas cuya disposición por lo general se asemeja a la forma de la arcada dentaria, acompañadas de lesiones desde tipo contusas hasta lesiones mutilantes. En otras ocasiones, puede dejar como consecuencia la “impronta” en forma de arcada dentaria, acompañada en algunos casos de tumefacción y equimosis perilesional.



Mordedura humana



Mordeduras animal

- **APLASTAMIENTO:** Es una lesión contusa compleja, producida predominantemente por la presión continua por dos superficies sobre la piel y los tejidos subyacentes de uno o más segmentos corporales, pudiendo dichas fuerzas ser ambas activas o una activa y otra pasiva. Su etiología es por lo general accidental en derrumbes y sucesos laborales.

- **ATRICCIÓN:** Es una lesión contusa compleja, producida por dos o más mecanismos de acción violenta, la tracción, presión y torsión, de la zona afectada, no llegando a desprender el segmento corporal afectado. Su etiología es por lo general accidental por sucesos de tránsito o laborales.



- **ARRANCAMIENTO:** Es una lesión contusa compleja, que se caracteriza por el desprendimiento total de un segmento corporal producida predominantemente por la acción violenta de tracción. Su etiología puede ser accidental o por agresión.
- **AMPUTACIÓN:** Es una lesión contusa compleja, que se caracteriza por la separación total de uno o más segmentos corporales, por la acción de un agente contuso compresivo y/o por acción de un agente con punta y/o filo.





Pérdida traumática de falanges distales de la mano



Pérdida traumática de un segmento de pabellón auricular

- **CAÍDA:** Desplome de un sujeto, que se produce en el mismo plano de sustentación.
- **PRECIPITACIÓN:** El desplome se produce hacia un plano más bajo al de sustentación del sujeto.
- **HERIDA A COLGAJO:** Soluciones de continuidad de la piel y planos anatómicos más profundos, producidas cuando predomina el sentido tangencial del agente agresor; ocasionando, un desprendimiento parcial de tejidos a pedículo (colgajo), por lo general de forma triangular.





- **HERIDA CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA:** Soluciones de continuidad de la piel, y planos anatómicos más profundos, producidas cuando predomina el sentido tangencial del agente agresor y/o el contacto con superficies rugosas o irregulares, ocasionando, un desprendimiento de dichos tejidos.

6.2 LESIONES OCASIONADAS EN SUCESO DE TRÁNSITO:

Se entiende como aquel suceso que ocurre como resultado de la acción de un vehículo que produce lesiones a las personas.

Los sucesos de tránsito representan un serio problema de salud pública mundial, por las muertes que causan y por el daño físico, psicológico y discapacidad que genera en las víctimas. Estos pueden ser: terrestre, marítimo y aéreo.

6.2.1 SUCESO DE TRÁNSITO TERRESTRE:

Es la forma de suceso de tránsito más frecuente, teniendo en cuenta que la etiología médico legal de dichos sucesos pueden ser accidentales, suicidas u homicidas.

Según su naturaleza, pueden clasificarse como:³⁸

- * **Choque** (contra elementos fijos).
- * **Colisión**, que a su vez puede ser:
 - a) Colisión frontal:
 - Central (ejes longitudinales coincidentes).
 - Excéntrica (ejes longitudinales paralelos).
 - Angular (ejes longitudinales en ángulo menor de 90°).
 - b) Colisión en embestida:
 - Perpendicular (los ejes longitudinales en ángulo de 90°).
 - Oblicua (ángulo distinto a 90°).
 - Anteriores centrales, posteriores, derechos e izquierdos.
 - c) Colisión refleja (en colisiones sucesivas).
- * **Alcance**
- * **Raspado**
- * **Salida de la vía** (total o parcial).
 - Con vuelco o salto.
 - Sin salto.
- * **Atropello.**
 - Peatón, animal.
 - Bicicleta, ciclomotor.
- Otras modalidades.**
 - Incendios, explosiones.
 - Caída del usuario a la calzada, a cauces de agua.





Las lesiones que se producen en los ocupantes del vehículo, pueden ser variados y se clasifican según diversas variables:

Posibles lesiones en atención a las características cinemáticas del accidente

Colisiones Frontales		
Lesiones producidas por el cinturón de seguridad: <ul style="list-style-type: none">▪ Fracturas de clavícula.▪ Lesiones a nivel de tráquea y tórax.▪ Contusión pulmonar.▪ Compresión vesical (con posible ruptura).▪ Fisura o fractura de pelvis.▪ Traumatismo facial superior.	La víctima es dirigida hacia arriba y por encima del volante: <ul style="list-style-type: none">• Traumatismo torácico (frontal, lateral o posterior), con contusión miocárdica, taponamiento miocárdico, neumotórax, lesiones de grandes vasos.• Lesiones abdominales (causadas por el volante), a nivel de: hígado, bazo, intestino, vejiga urinaria, riñones.• Lesiones producidas por el parabrisas: faciales, cerebrales, vertebrales.• Lesiones por la penetración de objetos.• Lesiones causadas por las fuerzas de compresión y de cizallamiento.• Lesiones debidas a la deceleración.	La víctima se desplaza hacia abajo y por debajo del volante: <ul style="list-style-type: none">• Traumatismos en rodillas.• Traumatismos en caderas.• Luxación posterior.• Hemorragias.• Lesiones intestinales.• Lesiones del raquis lumbar
Colisiones posteriores	Impacto lateral	Impacto rotatorio
<ul style="list-style-type: none">○ Latigazo cervical.○ Luxo fractura de columna cervical.○ Lesión Medular Grave.	<ul style="list-style-type: none">○ Distensión muscular en el cuello.○ Fractura vertebral, fractura de clavícula.○ Contusión torácica (con lesión pulmonar subyacente).○ Fractura de húmero.○ Fractura de pelvis.○ Fractura de tibia o/y peroné.○ Lesiones en hígado, bazo, intestino y pulmones.	<ul style="list-style-type: none">○ Si el vehículo da vueltas las lesiones son imprevisibles.○ Si la víctima sale despedida fuera del vehículo, las lesiones sufridas estarán en relación con los objetos que el cuerpo encuentre en su trayectoria.○ La probabilidad de lesión medular o muerte en la persona que sale despedida de un automóvil se incrementa





Las lesiones que se producen en los atropellos son variados:

Atropello completo, típico	Atropello incompleto, atípico
<p>a. Choque. Son las lesiones que se ocasionan al peatón al chocar directamente el vehículo contra su cuerpo, puede ser único o múltiple. Las lesiones más frecuentes producidas en esta fase del atropello consisten en contusiones, heridas contusas o punzantes, fracturas directas y fracturas abiertas. Por lo general radican en las extremidades inferiores, aunque depende de la altura del vehículo.</p> <p>b. Caída o proyección. La víctima es lanzada a mayor o menor distancia. Las lesiones más frecuentes son equimosis, erosiones, escoriaciones y placas apergaminadas en las manos y en las partes salientes del cuerpo, y diversas contusiones y heridas con fracturas e incluso lesiones viscerales graves que predominan en la cabeza, parte superior del tronco, brazos, antebrazos y manos.</p> <p>c. Aplastamiento. Cuando el vehículo pasa por encima de la víctima. Ocurren lesiones de compresión pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none">o <i>Superficiales.</i> La placa apergaminada estriada figurada que originan el paso de las llantas sobre el cuerpo, desprendimientos subcutáneos con formación de grandes hematomas.o <i>Profundas.</i> Fracturas conminutas en el lugar del paso de la rueda, y destrozos viscerales, con desgarramiento de hígado, bazo, riñones, pulmones, etc. <p>d. Arrastre. Si en el arrastre se origina el choque del cuerpo contra piedras u otros obstáculos se pueden producir heridas contusas e incluso amputaciones, o decapitaciones completas.</p>	<p>Ocurre cuando el sujeto yace en tierra (por motivos suicidas o por accidente), falta el choque y la proyección; o cuando el peatón, estando en pie, es alcanzado y proyectado con fuerza; en este caso sólo hay lesiones por choque y proyección.</p>

6.2.2 SUCESO DE TRÁNSITO AÉREO:

Las lesiones que se producen en este tipo de sucesos son muy variadas, dependiendo de la tipología del mismo. Pueden ser:

- Precipitación de la nave contra el suelo
- Colisión de aviones en vuelo
- Explosión de la nave en vuelo





- Accidentes de descompresión
- Incendios

6.2.3 SUCESO DE TRÁNSITO EN AGUA:

Este tipo de sucesos ocurren cuando una persona sumergida o semi sumergida es impactado por una embarcación en movimiento. También se conoce como “atropello náutico”, en el cual se distinguen tres fases: Choque, deslizamiento y arrollamiento por las hélices de la embarcación. Otra modalidad de sucesos de tránsito en agua:

- Colisión de dos naves acuáticas
- Explosión de la nave acuática
- Choque
- Incendios
- Naufragios

6.3 MECANISMOS Y CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES EN EL TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO:

El traumatismo craneoencefálico es toda lesión orgánica o funcional del cráneo, su contenido o ambos, causada por un impacto violento.

Mecanismo	<ul style="list-style-type: none">• Cerrado• Penetrante	<ul style="list-style-type: none">• Alta velocidad (choque automovilístico)• Baja velocidad (caída, asalto)• Herida por proyectil de arma de fuego• Otras heridas penetrantes
Gravedad	<ul style="list-style-type: none">• Leve• Moderado• Grave	<ul style="list-style-type: none">• Puntaje ECG de 14-15• Puntaje ECG de 9-13• Puntaje ECG de 3-8
Morfología	<ul style="list-style-type: none">• Fracturas de cráneo<ul style="list-style-type: none">• Bóveda• De base	<ul style="list-style-type: none">• Línea vs. estrellada• Deprimida / no deprimida• Abierta / cerrada• Con / sin fuga de LCR• Con / sin parálisis del VII par
	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones intracraneanas<ul style="list-style-type: none">• Focales• Difusas	<ul style="list-style-type: none">• Epidurales• Subdurales• Intracerebrales• Concusión leve• Concusión clásica• Daño axonal difuso





Dependiendo de la biomecánica del trauma, los TEC se clasifican en lesión 1) focal y 2) difusa.³⁹

En la lesión focal por contacto directo, se encuentran los hematomas epidurales y subdurales, contusiones y hematomas intraparenquimatosos⁴⁰. En cambio, en la lesión difusa por aceleración/desaceleración, predominan los fenómenos de daño axonal difuso y edema cerebral.

En las primeras horas post-TEC, en el cerebro se observan islotes de daño celular en la lesión focal versus un compromiso extenso en las lesiones difusas. En ambas áreas de daño se encuentran neuronas y células no neuronales necrosadas, con focos de hemorragia, que dependiendo de su cuantía, pueden constituir hematomas intraparenquimatosos. Además, se desarrollan grados variables de edema y de tumefacción celular. El daño axonal difuso se caracteriza por una distribución amplia y asimétrica de tumefacciones axónicas⁴¹.

Mecanismos frecuentes de lesión en el Trauma Encéfalo Craneano:

- **Aceleración e impacto:** una masa u objeto romo en movimiento aceleratorio, golpea la cabeza. Ejemplo: puñetazos o patadas en la cabeza, golpes con trozos de madera o metal.
- **Desaceleración:** la cabeza de un individuo que se encuentra en movimiento, es detenida de manera brusca. Ejemplo: golpe que recibe un individuo durante un accidente de tránsito (sin cinturón de seguridad).
- **Compresión:** el cráneo recibe una presión o impacto de masa roma que lo aplasta, cuando ésta se encuentra en posición fija. Ejemplo: un objeto cae sobre el cráneo.
- **Penetración o perforación:** un objeto romo o punzante en movimiento rápido contra la cabeza penetra en ella, afectando los órganos contenidos dentro de sí. Ejemplo: Disparo de un arma de fuego.

³⁹ Prieto y Col. Modelos experimentales de traumatismo craneoencefálico. Neurocirugía. 2009; 20: 225-244

⁴⁰ Werner C, Engelhard K. Pathophysiology of traumatic brain injury. Br J Anaesth. 2007; 99:4-9.

⁴¹ Adams JH, Graham DI, Scott G, Parker LS, Doyle D. Brain damage in fatal non-missile head injury. J Clin Pathol. 1980; 33:1132-45.





Clasificación del Trauma Encéfalo Craneano (TEC) o Traumatismo Craneoencefálico (TCE):
a) TCE abierto. b) TCE cerrado.
a) TCE óseo: <ul style="list-style-type: none">• Fractura de la bóveda.• Fractura de la base: etmoides, peñasco del temporal, esfenoides. b) TCE cerebromeningeo: <ul style="list-style-type: none">• Conmoción.• Contusión.• Hemorragia o hematoma: extradural, subdural, intracerebral.
a) Lesiones cerebrales focales: <ul style="list-style-type: none">• Intraaxiales: Contusión simple, contusión hemorrágica, Hematoma intraparenquimatoso.• Extraaxiales: hematoma subdural y epidural. b) Lesiones cerebrales difusas: conmoción y daño axonal difuso (DAD).
a) Lesión cerebral primaria: en el momento del impacto. Incluye contusiones, laceraciones y DAD. b) Lesión cerebral secundaria: edema, aumentos de la presión intracraneal (PIC), isquemia, hipoxia, hipercapnia, anomalías metabólicas, hipertermia.

6.3.1 Conmoción y Concusión cerebral:

Estas lesiones se conocen también como “Lesiones Cerebrales Leves”, resultan de un traumatismo craneal de rotación por aceleración o por desaceleración “frenazo”, que provoca una alteración del estado intelectual u otros síntomas, como la cefalea o el mareo⁴². La definición exacta de la concusión ha cambiado con el tiempo. Ha sido difícil lograr un acuerdo unánime con una definición^{43,44,45,46}.

⁴² Webbe FM. Definition, physiology and severity of concussion. En: Echemendia RJ, editor. Sports Neuropsychology: Assessment and Management of Traumatic Brain Injury. New York, NY: Guilford Press; 2006:45-70.

⁴³ Erlanger DM, Kuter KC, Barth JT, Barnes R. Neuropsychology of sports-related head injury: dementia pugilistica to post concussion syndrome. Clin Neuropsychol. 1999; 13(2):193-209.

⁴⁴ Grier MP. Concussions: assessment, management, and recommendations for return to activity. Clin Pediatr Emerg Med. 2003;4(3):179-85.

⁴⁵ Johnston KM, McCrory P, Mohrati NG, Meeuwisse W. Evidence-based review of sport-related concussion: clinical science. Clin J Sport Med. 2001;11(3):150-9.

⁴⁶ McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. Br J Sports Med. 2005;39(4):196-204.





La concusión se define como un proceso fisiopatológico complejo que afecta al cerebro, inducido por fuerzas biomecánicas traumáticas. Algunos de sus rasgos comunes son:

- La concusión puede estar causada por un golpe directo a la cabeza, la cara, el cuello u otro lugar del organismo con transmisión de una fuerza “impulsiva” a la cabeza.
- La concusión provoca típicamente la rápida aparición de una breve alteración de la función neurológica que se resuelve espontáneamente.
- La concusión puede producir alteraciones neuropatológicas, pero los síntomas clínicos agudos reflejan una alteración funcional en lugar de una lesión estructural.
- La concusión produce un conjunto gradual de síndromes clínicos que pueden implicar o no, la pérdida de la conciencia. La resolución de los síntomas clínicos sigue una secuencia típica.
- La concusión se asocia de forma típica con estudios estructurales de la neuroimagen normales a grandes rasgos⁴⁷.

Se produce la concusión cuando se aplican fuerzas de rotación o de aceleración angular al cerebro, que provocan una tensión de cizallamiento sobre los elementos neurales subyacentes^{48,49}. Esto puede asociarse con un golpe sobre el cráneo, aunque no es obligatorio padecer un impacto directo sobre la cabeza⁵⁰. En realidad, en el marco del laboratorio, la concusión se puede conseguir con mayor eficiencia mediante una rotación de la cabeza sin impacto que con un golpe sobre la cabeza. Por lo general, la aceleración/deceleración lineal provocará efectos locales, al contrario que la concusión⁵¹.

La mayoría de las concusiones producen signos sutiles^{52,53,54,55,56}. Además, la pérdida de la conciencia no predice con fiabilidad la disfunción cerebral ni la duración de la recuperación^{57,58}.

⁴⁷ Aubry M, Cantu R, Dvorak J, et al. Summary and agreement statement of the First International Conference on Concussion in Sport, Vienna 2001: recommendations for the improvement of safety and health of athletes who may suffer concussive injuries. *Br J Sports Med.* 2002;36(1):6-10.

⁴⁸ Kirkwood MW, Yeates KO, Wilson PE. Pediatric sport-related concussion: a review of the clinical management of an oft-neglected population. *Pediatrics.* 2006;117(4):1359-71.

⁴⁹ Shaw NA. The neurophysiology of concussion. *Prog Neurobiol.* 2002;67(4):281-344.

⁵⁰ Ommaya AK, Gennarelli TA. Cerebral concussion and traumatic unconsciousness: correlation of experimental and clinical observations of blunt head injuries. *Brain.* 1974;97(4):633-54.

⁵¹ Gennarelli TA, Adams JH, Graham DI. Acceleration induced head injury in the monkey. I. The model, its mechanical and physiological correlates. *Acta Neuropathol Suppl.* 1981;7:23-5.

⁵² Lovell MR, Collins MW, Iverson GL, Johnston KM, Bradley JP. Grade 1 or “ding” concussions in high school athletes. *Am J Sports Med.* 2004;32(1):47-54.

⁵³ Schulz MR, Marshall SW, Mueller FO, et al. Incidence and risk factors for concussion in high school athletes, North Carolina, 1996-1999. *Am J Epidemiol.* 2004; 160(10):937-44.

⁵⁴ Delaney JS, Lacroix VJ, Leclerc S, Johnston KM. Concussions during the 1997 Canadian Football League season. *Clin J Sport Med.* 2000;10(1):9-14.

⁵⁵ Collins MW, Iverson GL, Lovell MR, et al. On-field predictors of neuropsychological and symptom deficit following sports-related concussion. *Clin J Sport Med.* 2003; 13(4):222-9.

⁵⁶ McCrea M. Standardized mental status assessment of sports concussion. *Clin J Sport Med.* 2001;11(3):176-81.

⁵⁷ McClincy MP, Lovell MR, Pardini J, Collins MW, Spore MK. Recovery from sports concussion in high school and collegiate athletes. *Brain Inj.* 2006;20(1):33-9.

⁵⁸ McCrea M, Guskiewicz KM, Marshall SW, et al. Acute effects and recovery time following concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study. *JAMA.* 2003;290(19):2556-263.





La cefalea y el mareo son los síntomas notificados con mayor frecuencia en la concusión^{59,60,61,62,63}. Otros síntomas notificados son^{64,65,66,67,68,69}.

Signos de la concusión	Síntomas de la concusión
PDC Amnesia, retrógrada o anterógrada Desorientación Aturdimiento Estar confuso Olvidar las normas o las asignaciones del juego Incapacidad de recordar el tanteador o el oponente Emocionalidad inadecuada Mala coordinación física Desequilibrio Convulsión Respuestas verbales lentas Cambios de personalidad	Cefalea Mareo Náuseas o vómitos Dificultades del equilibrio Alteraciones de la visión Fotofobia Fonofobia Sentirse "fuera de sí" Dificultad para concentrarse Acúfenos Mareos Tristeza Alucinaciones

PDC: pérdida de la consciencia.

En el pasado se utilizaban sistemas de clasificación de la concusión, basados principalmente en la presencia y la duración de la pérdida de la conciencia y la amnesia. Sin embargo, la pérdida de la conciencia y la amnesia son de poca utilidad para predecir la gravedad o la duración de la concusión^{70,71,72}. Ninguna escala de clasificación ha sido universalmente aceptada^{73,74,75,76,77}.

⁵⁹ Guskiewicz KM, McCrea M, Marshall SW, et al. Cumulative effects associated with recurrent concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study. JAMA. 2003;290(19):2549-55.

⁶⁰ Guskiewicz KM, Weaver NL, Padua DA, Garrett WE Jr. Epidemiology of concussion in collegiate and high school football players. Am J Sports Med. 2000;28(5):643-50.

⁶¹ Brashek DK, Kaushik T, Freeman JR, et al. Sex differences in outcome following sports-related concussion. J Neurosurg. 2005;102(5):856-63.

⁶² Collins M. New developments in the management of sports concussion. Curr Opin Orthop. 2004;15(1):100-7.

⁶³ Viano DC, Casson IR, Pellman EJ. Concussion in professional football: biomechanics of the struck player - part 14. Neurosurgery. 2007;61(2):313-27; discussion 327-8.

⁶⁴ Buzzini SR, Guskiewicz KM. Sport-related concussion in the young athlete. Curr Opin Pediatr. 2006;18(4):376-82.

⁶⁵ Theye F, Mueller KA. "Heads up": concussions in high school sports. Clin Med Res. 2004;2(3):165-71.

⁶⁶ Kirkwood MW, Yeates KO, Wilson PE. Pediatric sport-related concussion: a review of the clinical management of an often neglected population. Pediatrics. 2006;117(4):1359-71.

⁶⁷ Patlak M, Joy JE. Is soccer bad for children's heads: summary of the IOM workshop on neuropsychological consequences of head impact in youth soccer. In: The IOM Workshop on Neuropsychological Consequences of Head Impact in Youth Soccer. Washington DC: National Academy of Sciences; 2002.

⁶⁸ Patel DR, Shivdasani V, Baker RJ. Management of sport-related concussion in young athletes. Sports Med. 2005;35(8):671-84.

⁶⁹ Omalu BI, DeKosky ST, Minster RL, et al. Chronic traumatic encephalopathy in a National Football League player. Neurosurgery. 2005;57:128-34; discussion 128-34.

⁷⁰ Theye F, Mueller KA. "Heads up": concussions in high school sports. Clin Med Res. 2004;2(3):165-71.

⁷¹ McClincy MP, Lovell MR, Pardini J, Collins MW, Spore MK. Recovery from sports concussion in high school and collegiate athletes. Brain Inj. 2006;20(1):33-9.

⁷² Erlanger D, Kaushik T, Cantu R, et al. Symptom-based assessment of the severity of a concussion. J Neurosurg. 2003;98(3):477-84.

⁷³ Collins M. New developments in the management of sports concussion. Curr Opin Orthop. 2004;15(1):100-7.

⁷⁴ Maroon JC, Lovell MR, Norwig J, et al. Cerebral concussion in athletes: evaluation and neuropsychological testing. Neurosurgery. 2000;47(3):659-69; discussion 669-72.

⁷⁵ Bleiberg J, Cernich AN, Cameron K, et al. Duration of cognitive impairment after sports concussion. Neurosurgery. 2004;54(5):1073-8; discussion 1078-80.

⁷⁶ McKeug DB. Understanding sports-related concussion: coming into focus but still fuzzy. JAMA. 2003;290(19):2604-5.

⁷⁷ McCrory P, Johnston K, Meunisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. Br J Sports Med. 2005;39(4):196-204.





6.4 HERIDAS

Las heridas con soluciones de continuidad de la piel, que comprometen la epidermis, dermis, pudiendo llegar, inclusive a planos anatómicos más profundos. De acuerdo a la etiología, pueden ser:

6.4.1 HERIDAS POR AGENTE CON PUNTA Y/O FILO (ARMA BLANCA):

Soluciones de continuidad de la piel, producidas por agentes con punta y/o filo, que pueden comprometer planos más profundos de uno o más segmentos corporales.



Heridas lineales, transversales, paralelas entre sí, de afuera a adentro, ocasionados por autolesión

6.4.1.1 HERIDAS CORTANTES:

Soluciones de continuidad de la piel, ocasionados por agentes con punta y/o filo, que comprometen la epidermis y dermis, pudiendo afectar planos anatómicos más profundos.

Características de las heridas cortantes:

- Bordes invertidos y regulares
- Paredes y lecho regulares
- No presencia de puentes dérmicos
- Presentan en sus extremos, una cola de entrada corta y profunda, y una cola de salida superficial y larga.

6.4.1.2 HERIDAS PUNZANTES:

Soluciones de continuidad de la piel que son ocasionados por la acción del extremo agudo y/o punta de un agente de forma alargada (verdugillo, tenedores, clavos, lápiz, desarmadores, etc.), que comprometen la epidermis y dermis, pudiendo inclusive, afectar planos anatómicos más profundos.



Características de las heridas punzantes:

- Orificio(s) de entrada puntiforme, ovalado o angulado con rodete erosivo.
- Dirección, trayecto o canal de penetración.
- Puede ser de trayecto penetrante o perforante.
- En ocasiones dibuja el agente punzante.



Heridas punzantes, de trayecto penetrante y perforante

6.4.1.3 HERIDAS PUNZO CORTANTES:

Soluciones de continuidad de la piel, ocasionados por agente(s) con borde(s) afilado(s), y que termina en un extremo agudo, éstos pueden ser monocortantes, bicortantes o pluricortantes, (cuchillos, tijeras, dagas), que comprometen la epidermis y dermis, pudiendo afectar planos anatómicos más profundos.

Características de las heridas punzo cortantes:

- Orificio(s) de entrada en ojal (pececito), con una cola de entrada y cola de salida
- Dirección, trayecto o canal de penetración
- Puede ser de tipo penetrante o perforante



Herida cortante, cola de entrada superior posterior, cola de salida inferior anterior



Heridas cortantes suturadas, que reproducen la forma del agente cortante



6.4.1.4 HERIDAS CONTUSO CORTANTES:

Soluciones de continuidad de la piel, ocasionados por agentes que poseen una masa (peso y volumen) considerable y uno o más bordes afilados (hacha, machete). Las lesiones causadas por estos agentes presentan características de ambos tipos, y comprometen la epidermis y dermis, pudiendo afectar planos anatómicos más profundos.

6.4.2 HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO:

Soluciones de continuidad de la piel, que presentan orificio(s) de entrada y de salida, ocasionados por proyectil de arma de fuego único, múltiples o por explosivos. Éstos pueden ser de tipo perforante o penetrante.

6.4.2.1 HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO ÚNICO:

Son aquellas que se caracterizan por presentar orificio de entrada único, de tipo penetrante o perforante, pudiendo presentar orificio de reingreso, o lesión de curso tangencial.

Características del orificio de entrada:

- Diámetro del orificio de entrada.
- Forma circular, oval o irregular Anillo contusivo erosivo concéntrico o excéntrico
- Presencia de tatuaje
- Ahumamiento
- Lesiones contusas perilesionales



Las características anteriores dependen de la distancia desde la cual se realizó el disparo, calibre del arma, tipo de arma, propiedades del proyectil, tipo de pólvora empleada e interfase (presencia de elemento(s) que se interponen en la trayectoria del proyectil antes del impacto). Es importante además el estudio de las ropas, el arma, el proyectil, y el estudio de homologación en el laboratorio.





Características del orificio de salida:

- Diámetro del orificio de salida
- Forma irregular con bordes evertidos
- Lesiones contusas perilesionales

6.4.2.2 HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO MÚLTIPLES:

Pueden presentar múltiples orificios de entrada y de salida, siendo lo más importante establecer y correlacionar su dirección y trayectoria, para definir si es de tipo penetrante y/o perforante.



6.4.2.3 HERIDAS POR EXPLOSIVOS:

Lesiones variadas que se presentan por acción de la onda expansiva (presión positiva y negativa), efectos calóricos, radiación, esquirla(s) u otros agentes.

6.4.3 CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

La reparación biológica (cicatrización) de las heridas se realiza a través de un complejo proceso regulado por mecanismos celulares, humorales y mecanismos moleculares que inician al momento de haberse producido la lesión. El proceso de reparación de las heridas puede ser dividido artificialmente en tres a cinco fases que se superponen en tiempo y espacio.^{78,79,80,81}

6.4.3.1 La respuesta vascular: En esta fase ocurre la hemostasis y coagulación, se forma una matriz de tejido provisional, ocurre inmediatamente ocasionada la lesión y se completa en

⁷⁸ Epstein HF: Cutaneous wound healing. N Engl J Med 1999; 341: 738-746.

⁷⁹ M. Oehmichen. Vitality and time course of wounds. Forensic Science International 144 (2004) 221-231

⁸⁰ W. Grellner, B. Madea. Demands on scientific studies: Vitality of wounds and wound age estimation. Forensic Science International 165 (2007) 150-154

⁸¹ A.J. Singer, R.A. Clark, Cutaneous wound healing. N. Engl. J. Med. 341 (1999) 738-746



algunas horas. La cascada de coagulación es iniciada por mecanismos extrínsecos (factores de coagulación) y por mecanismos intrínsecos (activación de trombocitos); ocurre una vasoconstricción provocada por plaquetas para reducir la pérdida de sangre y llenar la solución de continuidad con coágulo de sangre, citoquinas y factores de crecimiento.⁸² El coágulo de fibrina contiene moléculas de fibrina, fibronectina, vitronectina, etc. y actúa como una matriz provisional. La vasoconstricción es entonces seguida por una vasodilatación en la que los trombocitos invaden la matriz provisional de la herida⁸³. Además, las plaquetas influyen en la infiltración de leucocitos por la liberación de factores quimiotácticos. Tanto las plaquetas y los leucocitos liberan citocinas y factores de crecimiento para activar el proceso inflamatorio, estimulan la síntesis de colágeno, activan la transformación de los fibroblastos a miofibroblastos, inician la angiogénesis y apoyan el proceso de reepitelización⁸⁴. La vasodilatación también puede ser reconocida por un enrojecimiento local (hiperemia) y por un edema de la herida.

6.4.3.2 La respuesta celular: En esta fase ocurre la inflamación, se activa durante la fase de la hemostasia y coagulación, se puede dividir en una fase temprana con el reclutamiento de neutrófilos y una fase tardía con la aparición y la transformación de los monocitos. El complemento activado, las plaquetas degranuladas y los subproductos de degradación bacteriana, promueven la migración de neutrófilos al sitio de la lesión, y estarán presentes durante 2-5 días a menos que la herida se infecte, los neutrófilos actúan mediante la fagocitosis y secreción de proteasas, con lo que se eliminan las bacterias y se promueve la degradación del tejido necrótico, asimismo amplifican la respuesta inflamatoria y estimulan la producción de factores de crecimiento e interleucinas para una respuesta de reparación adecuada^{85,86}. Aproximadamente 3 días después de producida la lesión, los macrófagos ingresan a la zona de la lesión y apoyan el proceso en curso mediante la realización de la fagocitosis de patógenos y residuos celulares.^{87,88,89,90}

⁸² Martín P: Wound healing – aiming for perfect skin regeneration. *Science* 1997; 276: 75–81.

⁸³ Robson MC, Steed DL, Franz MG: Wound healing: biologic features and approaches to maximize healing trajectories. *Curr Probl Surg* 2001; 38: 72–140.

⁸⁴ Werner S, Grose R: Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. *Physiol Rev* 2003; 83: 835–870.

⁸⁵ Eming SA, Krieg T, Davidson JM: Inflammation in wound repair: molecular and cellular mechanisms. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 514–525.

⁸⁶ Daley JM, Reichner JS, Mahoney EJ, Manfield L, Henry WL, Mastrofrancesco B, et al: Modulation of macrophage phenotype by soluble product(s) released from neutrophils. *J Immunol* 2005; 174: 2265–2272.

⁸⁷ Tziotzios C, Probyris C, Sterling J: Cutaneous scarring: pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 13–24.

⁸⁸ Probyris C, Tziotzios C, Do Vale I: Cutaneous scarring: pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 1–10.

⁸⁹ Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT: Wound repair and regeneration. *Nature* 2008; 453: 314–321.

⁹⁰ Koh TJ, DiPietro LA: Inflammation and wound healing: the role of the macrophage. *Expert Rev Mol Med* 2011; 13:e23.





6.4.3.3 Proliferación y reparación:

6.4.3.3.1 Reepitelización: En la fase de proliferación (aprox. 3-10 días después de producida la herida) el foco principal del proceso de curación se encuentra en la cobertura de la superficie de la herida, la formación de tejido de granulación y la restauración de la red vascular. Por lo tanto, conjuntamente con la inmigración de los fibroblastos locales a lo largo de la red de fibrina y el comienzo de reepitelización de los bordes de la herida, la neovascularización y la angiogénesis se activan mediante brotes capilares.^{91,92} La síntesis de colágeno, fibronectina y otras sustancias básicas por los fibroblastos representa la base para la nueva matriz de tejido conjuntivo, que sirve para el cierre del tejido y la restauración de la resistencia mecánica de la herida.^{93,94}

6.4.3.3.2 Neovascularización: La restauración del sistema vascular es una compleja cascada de eventos celulares, humorales y moleculares en el lecho de la herida. El primer paso en la formación de nuevos vasos es la unión de factores de crecimiento a sus receptores en las células endoteliales de los vasos existentes, activando de este modo cascadas de señalización intracelulares. Las células endoteliales activadas secretan enzimas proteolíticas que disuelven la lámina basal. Por lo tanto, las células endoteliales son ahora capaces de proliferar y migrar a la herida, un proceso también conocido como "brote".⁹⁵

6.4.3.3.3 Formación de tejido de granulación: Es el último paso en la fase de proliferación. De manera simultánea se inicia la fase de remodelación. Se caracteriza por una alta densidad de fibroblastos, macrófagos, granulocitos, capilares y haces de colágeno organizadas libremente, debido a esta gran cantidad de compuestos celulares se llama tejido de granulación. Además, como la angiogénesis no está completamente terminado, este tejido es altamente vascular, como resultado de ello, aparece con un enrojecimiento clásico y podría ser traumatizado fácilmente. La célula dominante en esta fase es el fibroblasto, que cumple diferentes funciones tales como la producción de sustancias de colágeno, fibronectina, glicosaminoglicanos, proteoglicanos y ácido hialurónico.^{96,97} Al final de esta fase el número de fibroblastos se reduce por la diferenciación de miofibroblastos.

⁹¹ Bauer SM: Angiogenesis, vasculogenesis, and induction of healing in chronic wounds. *Vasc Endovasc Surg* 2005; 39: 293-306.

⁹² Madden JW, Peacock EE: Studies on the biology of collagen during wound healing. 3. Dynamic metabolism of scar collagen and remodeling of dermal wounds. *Ann Surg* 1971; 174: 511-520.

⁹³ Lau K, Paus R, Tiede S, Day P, Bayat A: Exploring the role of stem cells in cutaneous wound healing. *Exp Dermatol* 2009; 18: 921-933.

⁹⁴ Jacinto A, Martínez-Arias A, Martín P: Mechanisms of epithelial fusion and repair. *Nat Cell Biol* 2001; 3:E117-E123.

⁹⁵ Sorg H, Krueger C, Vollmar B: Intravital insights in skin wound healing using the mouse dorsal skin fold chamber. *J Anat* 2007; 211: 810-818.

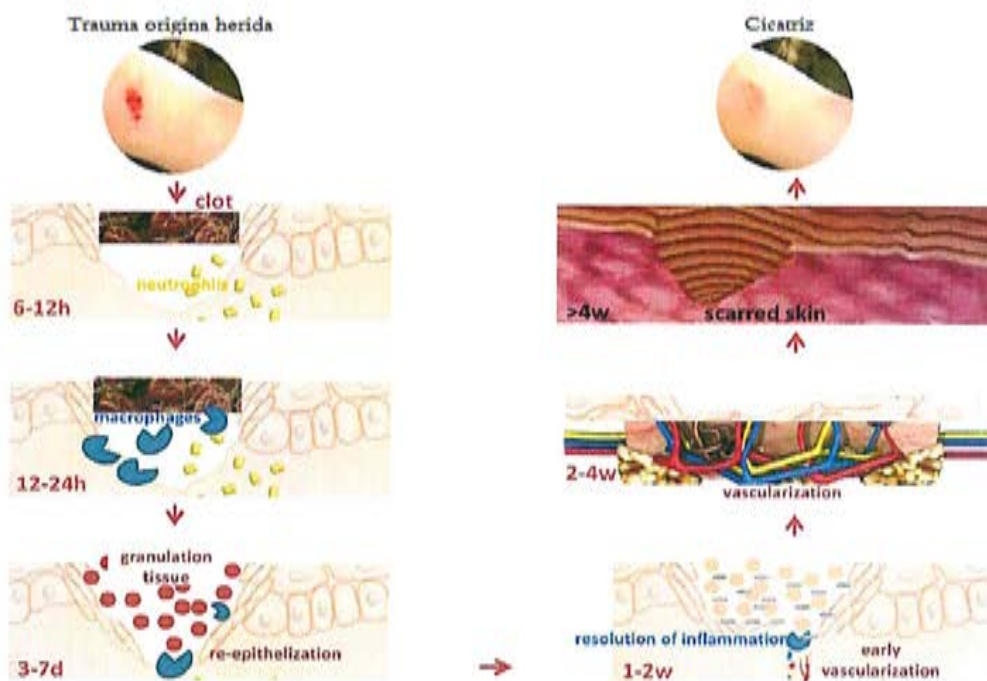
⁹⁶ Eckes B, Nischt R, Krieg T: Cell-matrix interactions in dermal repair and scarring. *Fibrogenesis Tissue Repair* 2010; 3: 4.

⁹⁷ Hinz B: Formation and function of the myofibroblast during tissue repair. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 526-537



6.4.3.4 Remodelación: La remodelación es la última fase de la cicatrización de las heridas y tiene lugar desde el día 21 hasta 1 año después de la lesión. El colágeno III, que se produjo en la fase proliferativa, ha sido sustituido por el colágeno I, que es más resistente. Más tarde los miofibroblastos causan contracción de la herida por su fijación múltiple al colágeno y ayuda a disminuir la superficie de la cicatriz en desarrollo.^{98,99}

FASES DE LA CICATRIZACION

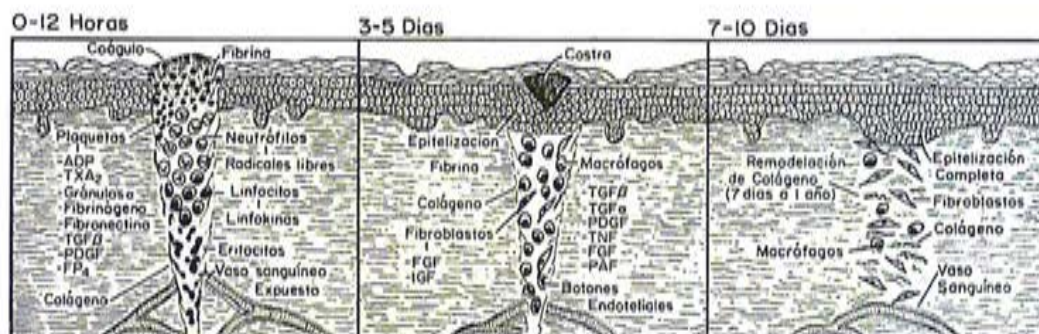


Tomado de: Sashwati Roy, Chandan K. Sen. miRNA in wound inflammation and angiogenesis. Microcirculation. 2012 April; 19(3): 224-232



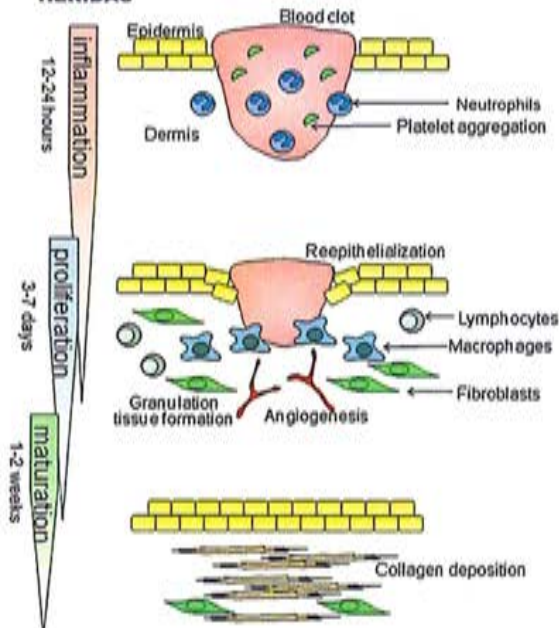
⁹⁸ Greenhalgh DG: The role of apoptosis in wound healing. Int J Biochem Cell Biol 1998; 30: 1019-1030.

⁹⁹ Reinke J.M, Sorg H. Wound Repair and Regeneration. Eur Su 36 rg Res 2012;49:35-43



Tomado de: Beatriz H. Porras-Reyes, Thomas A. Mustoe. Cicatrización: conceptos actuales. Acta Med Colomb Vol. 17 N° 1. 1992

PROCESO DE REPARACION BIOLÓGICA PRIMARIA DE HERIDAS



Tomado de: T. Kondo, Y. Ishida. Molecular pathology of wound healing. Forensic Science International 203 (2010) 93-98

6.4.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CICATRIZACIÓN:

Existen variedad de factores que pueden influir en el curso normal de cicatrización de las lesiones, éstos se podrían dividir en dos:

a) Los factores intrínsecos:

Patrimonio biológico: Edad, estado nutricional, tipo de piel, enfermedades preexistentes, medicación habitual, etc.



b) Los factores extrínsecos:

Ambientales: Climáticos, altitud, exposición al agua, fuego, etc.

Farmacológicos: Medicación, fármaco dependencia.

Mecánicos: Inmovilización.

La cicatrización normal puede sufrir dos tipos de alteraciones:

a) Exceso en la formación de tejido de granulación (*cicatriz hipertrófica*).

b) Formación anormal de tejido conjuntivo, con bandas de colágeno acelulares eosinofílicas gruesas (*cicatriz queloide*).^{100,101,102}

6.5 QUEMADURAS:

Son lesiones causadas por agentes físicos, químicos y radiaciones que lesionan la piel y otros tejidos acompañándose de un trastorno hidroelectrolítico.

Las quemaduras son producidas por agentes físicos, por ejemplo: lesiones ocasionadas por calor, o electricidad, así como agentes químicos: lesiones ocasionadas por ácidos, álcalis o sales. También pueden ser ocasionadas por radiaciones. Frecuentemente las quemaduras afectan la piel, pudiendo afectarse también otros tejidos más profundos como el tejido celular subcutáneo, fascia, músculo y hueso inclusive. Dependiendo de la gravedad de la quemadura, es decir teniendo en cuenta su profundidad y extensión, éstas pueden estar acompañadas de un síndrome humoral, que consiste en la fuga de líquidos y electrolitos al exterior, produciéndose un desbalance hidroelectrolítico, que altera el medio interno.

Las lesiones ocasionadas por acción del frío se denominan específicamente como heladuras.

6.5.1 POR AGENTES FÍSICOS:

a) **Calor.-** Son lesiones producidas debido a la exposición a temperaturas altas por un tiempo determinado, pudiendo presentar variedades de lesiones según la región o segmento corporal comprometido. Puede estar acompañada de algún tipo de deshidratación sistémica o de shock térmico.

¹⁰⁰ Arora DP, Narani N, McCulloch AG. The compliance of collagen gels regulates TGF β induction of smooth muscle actin in fibroblast. Am J Pathol 1999;154:871-82.

¹⁰¹ Dajani KF, Rootman J, Palcic, Thurston. Pharmacological modulation of human subconjunctival fibroblast behavior in vitro. Ophthalmic Surgery 1990;21:32-43.

¹⁰² Appleton I, Brown NJ, Willoughby DA. Apoptosis, necrosis and proliferation: possible implication in the etiology of keloids. Am J Pathol 1996;149:1441-7



- b) **Frío:** Son lesiones que aparecen cuando los tejidos se congelan por exposición al aire, líquidos, gases o metales extremadamente fríos. Aparecen con mayor frecuencia en las zonas del cuerpo menos protegidas del frío, como los dedos, los pies, las orejas, la nariz y las mejillas. Tras una sensación inicial de dolor o quemazón, la zona afectada se hace insensible, y adopta una coloración pálida-cérea que persistirá hasta ser calentada de nuevo. La gravedad y la extensión del daño producido no será evidente hasta después de recalentar la zona.
- c) **Electricidad:** Son lesiones producidas por cargas eléctricas. La intensidad de la quemadura eléctrica está determinada por el voltaje, la corriente (amperaje), tipo de corriente (alterna o continua), el recorrido del flujo de corriente, la duración del contacto, la resistencia en el punto de contacto y la susceptibilidad individual. Este traumatismo puede ser directo (alto y bajo voltaje), si hay paso de corriente por el organismo; o indirecto (fogonazo o flash y por rayo), producidas por la salida y reentrada de la corriente de una parte a otra del cuerpo.

Las manifestaciones clínicas pueden incluir síntomas renales, óseos, musculares, cardíacos, neurológicos y oculares.¹⁰³



6.5.2 POR AGENTES QUÍMICOS:

Son lesiones producidas por ácidos, álcalis y sales.

- a) **Ácidos:** Producen deshidratación, precipitación de las proteínas tisulares. Se caracterizan por presentar externamente una escara seca, acartonada, amarillenta o negruzca.

¹⁰³ Aladro Castañeda M, Díez González S, Revisión del tratamiento de las quemaduras. Revista de Seapa 2013; XI: 12-17



- b) **Álcalis:** Producen saponificación de la grasa con deshidratación, y disolución de las proteínas. Se caracterizan por presentar externamente una escara húmeda y blanda.
- c) **Sales:** Producen coagulación de las albúminas. Se caracterizan por presentar escara blanca y seca.

La intensidad de una quemadura química depende de la concentración del agente químico, la cantidad de producto que provoca la quemadura, el tiempo de exposición o contacto con la piel (progresión), la penetración tisular y la toxicidad del agente químico.

6.5.3 POR AGENTES BIOLÓGICOS:

Son lesiones ocasionadas por algunos organismos vivos (peces, medusas, plantas) que en contacto con la superficie corporal causan lesiones irritativas.

6.5.4 POR AGENTES DE RADIACIÓN:

Son lesiones producidas por la exposición a la emisión de energía de un objeto en forma de ondas electromagnéticas, o partículas subatómicas, en un lugar y tiempo determinados.

Después de haber recibido la dosis de radiación, las lesiones cutáneas suelen tardar entre 24-48 horas en aparecer. Si la dosis de radiación recibida es muy alta, pueden ir acompañadas o precedidas de sintomatología sistémica: malestar general, cefaleas, náuseas, vómitos, diarreas, hemorragias, e incluso la muerte inmediata.

6.5.5 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS POR SU EXTENSIÓN:

Para considerar la gravedad y pronóstico de las quemaduras, es importante considerar la extensión de las mismas. Para calcular la extensión se utiliza como método más sencillo la **Regla de los Nueve de Wallace**, según la cual se divide la superficie corporal del adulto en 11 áreas, cada una de las cuales supone el 9%, o un porcentaje múltiplo de nueve, con relación a la superficie corporal total.

De esta forma se estima: (En el niño la proporción es distinta):





Regla de los Nueve de Wallace

Zona anatómica	Porcentaje de SCT
Cabeza y cuello	9% de SCT
Extremidad superior derecha	9% de SCT
Extremidad superior izquierda	9% de SCT
Cara anterior del tronco	18% de SCT
Cara posterior del tronco	18% de SCT
Extremidad inferior derecha	18% de SCT
Extremidad inferior izquierda	18% de SCT
Genitales	1% de SCT
Total	100% de SCT

SCT: superficie corporal total.

Puede ayudar, en determinados momentos, saber que la palma de la mano cerrada supone un 1% de la superficie corporal total.

Esta regla debe ser modificada en el niño, en quien la cabeza representa el 18% cuando es lactante, y de allí en adelante un 1% menos por cada año de edad. Lo que en el niño disminuye en porcentaje en la cabeza se aumenta en las extremidades inferiores, de modo que en la medida que se sustrae el 1% por cada año de edad de la cabeza, se añade este 1% a las extremidades inferiores.

Tabla Lund & Browder

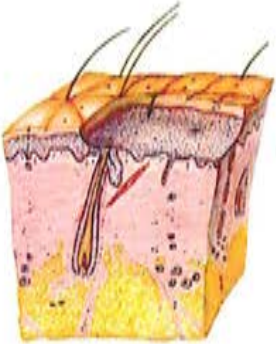
Área quemada	De 0 a 1 años	De 1 a 5 años	De 5 a 9 años	De 9 a 14 años	Adulto
Cabeza	19%	17%	13%	11%	7%
Cuello	2%	2%	2%	2%	2%
Tronco anterior	13%	13%	13%	13%	13%
Tronco posterior	13%	13%	13%	13%	13%
Nalgas	5%	5%	5%	5%	5%
Brazo derecho	4%	4%	4%	4%	4%
Brazo izquierdo	4%	4%	4%	4%	4%
Antebrazo derecho	3%	3%	3%	3%	3%
Antebrazo izquierdo	3%	3%	3%	3%	3%
Mano derecha	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Mano izquierda	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Muslo derecho	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9,5%
Muslo izquierdo	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9,5%
Pierna derecha	5%	5%	5,5%	6%	7%
Pierna izquierda	5%	5%	5,5%	6%	7%
Pie derecho	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Pie izquierdo	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Genitales	1%	1%	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%



6.5.6 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS POR SU PROFUNDIDAD:^{104,105}

Está directamente relacionada con la temperatura del agente y el tiempo de duración del contacto. Podemos clasificar las quemaduras según su profundidad, en tres tipos: Primer Grado, Segundo Grado y Tercer Grado.

6.5.6.1 Quemaduras de primer grado:

<p>Afectación: afecta parcialmente la epidermis, sin dañar las células del estrato basal.</p> <p>Signos: eritema, piel caliente y seca, sin exudado ni flictenas. En algunos casos ligero edema en zonas propensas: cara (especialmente en párpados), tobillos, genitales externos.</p> <p>Síntomas: hipersensibilidad al más mínimo contacto, sensación de picor, escozor o quemazón (dolor urente). Piel seca y tersa. Puede aparecer sensación de escalofríos y piloerección.</p> <p>Dolor: leve a moderado, intenso en algunos casos (en función de la etiología, la zona anatómica afectada y del grado de tolerancia al dolor de cada paciente).</p> <p>Evolución: se produce una descamación y renovación del estrato córneo en un plazo aproximado de 3 a 5 días, durante los cuales van desapareciendo paulatinamente las molestias (dolor, hipersensibilidad y tirantez de la piel).</p> <p>Secuelas: no dejan ningún tipo de secuela, salvo complicaciones.</p> <p>No representan una pérdida de la integridad cutánea y, por extensas que sean, no implican riesgo de deshidratación, infección, ni de alteraciones sistémicas.</p>	
---	--

6.5.6.2 Quemaduras de segundo grado:

En este tipo de quemaduras se distinguen:

¹⁰⁴ McDougal WS, Slade CL, Pruitt BA Jr. Manual sobre quemaduras. Barcelona: Editorial JIMS; 1979.

¹⁰⁵ FMC – Protocolos. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria. Form Med Contin Aten Prim. 2010 ;17:7-35

<p>Quemadura Superficial:</p> <p>Afectación: afecta todos los estratos epidérmicos, llegando hasta la dermis papilar. No llega a afectar la dermis reticular ni la raíz de los folículos pilosebáceos. Quedan islotes de células epiteliales en las crestas epidérmicas y en el interior de las glándulas y folículos, que facilitarán la reepitelización.</p> <p>Signos: el signo más característico es la flictena o ampolla, aunque no debe considerarse un signo patognomónico. Debajo de la flictena o de la epidermis retirada aparecerá una superficie rosada (indica una buena permeabilidad de la red capilar superficial), lisa, brillante y muy exudativa.</p> <p>Síntomas: hiperestesia. La mayoría de las terminaciones sensitivas están conservadas, irritadas y expuestas, sin la protección de la epidermis.</p> <p>Dolor: el contacto de las terminaciones nerviosas con cualquier objeto, o incluso el simple estímulo del aire que las reseca, resulta muy doloroso.</p> <p>Evolución: epiteliza de forma relativamente rápida (entre 7 y 14 días, salvo complicaciones) a partir de los islotes epidérmicos viables y de los bordes de la herida.</p> <p>Secuelas: sólo dejan ligeras secuelas en forma de discromías, que tienden a desaparecer con el paso del tiempo.</p>	
<p>Quemadura Profunda:</p> <p>Afectación: afecta todos los estratos epidérmicos, llegando hasta la dermis reticular, pero sin afectación del tejido subcutáneo. La dermis papilar con todas las crestas epidérmicas queda necrosada. Sólo quedan viables las escasas células epidérmicas que forman el revestimiento de los segmentos más profundos de las glándulas sudoríparas y de los folículos pilosebáceos. Las terminaciones sensitivas superficiales están destruidas.</p> <p>Signos: flictenas o zonas de dermis desnuda. En ocasiones la epidermis permanece adherida a la dermis sin formar flictenas</p>	

ni retraerse, pero toma una coloración rojo intenso o marronácea, que se desprende al frotar con una gasa. La superficie de la herida, una vez retiradas las flictenas o la epidermis desvitalizada, es de color rojo muy pálido o blanco (por colapso o coagulación de los capilares del plexo vascular superficial), lisa, brillante y exudativa.

Síntomas: dolorosas, pero menos molestas a la exploración táctil que las dérmicas superficiales.

Evolución: existe la posibilidad de una lenta epitelización a partir de las escasas células epidérmicas restantes en la raíz de las glándulas y los folículos pilosebáceos, así como a partir de los bordes de la lesión. Pueden tardar desde un mínimo de 15 a 20 días, en los casos más rápidos, hasta dos o tres meses, o incluso más, cuando son muy extensas.

Secuelas: si cicatrizan por segunda intención pueden dejar importantes secuelas funcionales y estéticas (discromías permanentes, retracciones, cicatrices hipertróficas). Con tratamiento quirúrgico (desbridamiento del tejido necrosado y autoinjerto cutáneo) se reduce significativamente el tiempo de cierre de la herida y se obtiene un mejor resultado estético y funcional.

6.5.6.3 Quemaduras de tercer grado:

Afectación: destrucción completa de todo el espesor de la piel, llegando a afectar tejido subdérmico e incluso estructuras subyacentes (fascia, músculo, tendón, vasos, nervios, periostio, etc.). Queda afectada la totalidad de los anejos cutáneos (glándulas, folículos, etc.). No queda ninguna célula epidérmica viable. Las terminaciones nerviosas también resultan destruidas.

Signos: el signo típico es la escara. Tienen un tacto seco, acartonado, y un color variable, que puede ir desde el blanco nacarado hasta el negro.

Síntomas: son lesiones que no tienen sensibilidad al tacto debido a la total destrucción de sus terminaciones sensitivas



(anestesia). El paciente no distingue si se le pincha o se le presiona con un objeto romo. No obstante, pueden provocar dolor intenso por irritación de los tejidos sanos colindantes y por la compresión que ejercen sobre los planos subyacentes.

Evolución: la evolución espontánea de estas quemaduras es muy lenta, puesto que implica la necesidad de desbridamiento autolítico, granulación desde planos profundos y posterior epitelización, a partir de la migración de las células epidérmicas desde los bordes hacia el centro de la herida. El cierre por segunda intención sólo es factible en lesiones muy poco extensas. Las quemaduras de tercer grado extensas requieren tratamiento quirúrgico (desbridamiento quirúrgico del tejido necrosado y autoinjerto cutáneo).

Secuelas: dejan secuelas importantes: discromías, cicatrices hipertróficas, retracciones, queloides, sinequias, amputaciones y secuelas psicológicas de diversa consideración.

6.5.7 DIAGNÓSTICO DE LA GRAVEDAD:

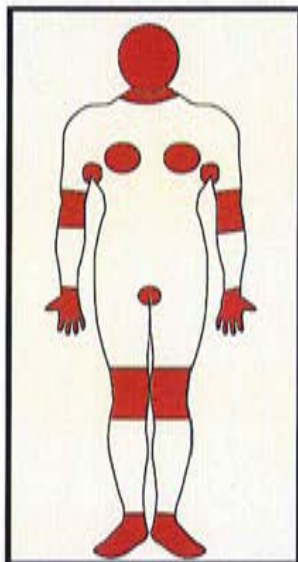
Equivale al pronóstico y se establece mediante la correlación de la profundidad y la extensión, tomando en cuenta también la localización de las lesiones, edad del paciente, lesiones asociadas a la quemadura, así como su estado de salud previo al evento.



Una quemadura de igual extensión y profundidad conlleva mayor gravedad cuando afecta las llamadas zonas de riesgo: cara y cuello, mamas (especialmente en niñas), manos, pies, genitales, zona perianal y todas las zonas de flexión.



Las quemaduras profundas (dérmicas profundas y subdérmicas), cuando afectan estas zonas, implican un mayor riesgo de secuelas estéticas y funcionales. Por consiguiente, representa un factor de gravedad añadido. Otro factor a tener en cuenta es el riesgo de infección con relación a la localización de la lesión: las quemaduras que afecten manos, pies, genitales y zona perianal tienen mayor riesgo de infectarse debido a la flora bacteriana que normalmente habita en dichas zonas.



Zonas de mayor riesgo de secuelas estéticas y funcionales

Criterios de gravedad de las quemaduras según la *American Burn Association*

Quemaduras de segundo y tercer grado, más del 10% de SCQ, edad inferior a 10 o superior a 50 años
Quemaduras de segundo y tercer grado, más del 20% SCQ, de otras edades
Quemaduras graves localizadas en cara, manos, pies, genitales, periné o articulaciones
Quemaduras de tercer grado en más del 5% en cualquier grupo de edad
Lesión pulmonar por inhalación de humos y/o sustancias tóxicas
Quemaduras eléctricas significativas, incluyendo las producidas por rayos
Quemaduras químicas graves
Quemaduras en pacientes con antecedentes clínicos significativos (diabetes, bronquitis crónica...)
Quemaduras asociadas a otro politraumatismo
Quemaduras en pacientes que requieren soporte social, psicológico o rehabilitación

SCQ: superficie corporal quemada. Fuente: American Burn Association¹⁰⁶

¹⁰⁶ Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury: guidelines for development and operation of burn centers. American Burn Association. J. Burn Care Rehabil. 1990;11:98-104.





6.5.8 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES OCASIONADOS POR HIPOTERMIA O CONGELAMIENTO (HELADURAS):^{107,108,109}

a) Grado I

Heladura parcial de la piel, presenta palidez o eritema, edema, hiperemia sin ampolla o necrosis. Ocasionalmente después de cinco a diez días hay descamación cutánea. Los síntomas más frecuentes son ardor transitorio, dolor pulsátil y agudo. La curación es rápida en tres o cuatro días no deja secuelas.

b) Grado II superficial

Heladura del espesor total de la piel, presenta eritema, edema importante, vesículas con líquido claro y ampollas que se descaman y forman una escara negruzca. Los síntomas más frecuentes son pérdida de sensibilidad y alteraciones vasomotoras. Pueden existir secuelas, aunque lo más frecuente es la curación en diez a quince días.

c) Grado II profundo

Heladura que afecta todo el espesor de la piel y del tejido subcutáneo. Aparecen ampollas violáceas hemorrágicas con necrosis cutánea progresiva de coloración azul-grisácea. El síntoma más frecuente es la ausencia de sensibilidad y posteriormente aparecen dolores lancinantes, ardor, etc. Se produce necrosis con curación al cabo de cuatro a seis semanas, pero las secuelas son frecuentes.

d) Grado III

Es la heladura más grave, afectando la piel en todo su espesor, tejido subcutáneo, músculo, tendones y hueso. Existe poco edema al principio, aspecto moteado o color rojo intenso o cianótico. Por último, sequedad, ennegrecimiento y momificación. La curación es muy larga y las secuelas inevitables; por lo general requieren la amputación de la extremidad corporal.

6.6 FRACTURAS

Las fracturas son soluciones de continuidad del tejido óseo. Los tipos y gravedad de dichas lesiones dependen de los diferentes mecanismos de acción de las lesiones y la resistencia del hueso (completa y parcial).

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar de la siguiente manera:

¹⁰⁷ Córdoba S. Lesiones cutáneas producidas por el frío. FMC. 2009;16(9):538-46

¹⁰⁸ Alex Eulufi M. y cols. Quemaduras por frío: Revisión de 10 Años. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 - N° 5, Octubre 2006.

¹⁰⁹ Platt Adrian E. Frostbite. Baylor University Medical Center Proceedings. Proc (Baylor Univ Med Cent) 2010;23(3):261-262





Según el estado de la piel:

- a) Fractura cerrada.- La fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.
- b) Fractura abierta.- Aquellas fracturas donde uno(s) de los fragmentos compromete la integridad de la piel y tejidos adyacentes, produciendo una comunicación con el exterior través de una herida.

Según su localización:

- a) Epifisiarias.- Aquellas que afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquélla no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extra articulares.
- b) Diafisiarias.- Aquellas que pueden afectar al tercio superior, medio o inferior del hueso.
- c) Metafisiarias.- Aquellas que pueden afectar a la metáfisis superior o inferior del hueso.

Según el trazo de la fractura:

- a) En «tallo verde»: Son aquellas más frecuentes en niños. El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.
- b) Transversales: Aquellas que la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- c) Oblicuas: Aquellas que la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- d) Longitudinales: Aquellas que la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- e) En «ala de mariposa»: Aquellas que presentan dos líneas de fractura oblicuas, que forman un ángulo entre sí y delimitan un fragmento de forma triangular.
- f) Espiroidea: Aquellas en que la línea de fractura da la vuelta alrededor del eje longitudinal del hueso. Son muy frecuentes en los huesos largos y pueden comprometer otras estructuras anatómicas.
- g) Conminutas: Son aquellas que presentan múltiples líneas de fractura, con presencia de numerosos fragmentos óseos.

Según la desviación de los fragmentos:

- a) Anguladas: Son aquellas que presentan dos fragmentos que forman un ángulo.
- b) Con desplazamiento lateral: Son aquellas en que las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.
- c) Acabalgadas: Son aquellas en que uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.
- d) Engranadas: Son aquellas en que uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.



Según el mecanismo de producción:

- Traumatismo directo: Son aquellas en donde el trazo de fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático.
- Traumatismo indirecto: Son aquellas en donde el trazo de fractura se produce en otro lugar distinto a donde ha actuado el agente traumático.



6.6.1 CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS

El tejido óseo que se encuentra en proceso de remodelado continuo y está muy bien irrigado ofrece buenas condiciones previas para la consolidación de las fracturas. El proceso de esta consolidación depende de la posición de los extremos de la fractura y de la estabilidad mecánica del hueso fracturado.

6.6.1.1 Consolidación primaria.- En el afrontamiento firme y estable de los extremos óseos fracturados, se produce la consolidación primaria por un reemplazo más o menos directo de tejido óseo nuevo.

6.6.1.2 Consolidación secundaria.- Este proceso se presenta cuando los extremos óseos fracturados se encuentran más o menos distantes, produciéndose un hematoma, el cual es reemplazado por un tejido de reparación. En condiciones estables este tejido formará hueso membranoso que más tarde es reemplazado por hueso laminillar. Cuando este proceso se altera puede dar lugar a la pseudoartrosis.



6.6.2 PROCESO DE REPARACIÓN BIOLÓGICA DE LAS FRACTURAS (CONSOLIDACIÓN ÓSEA)^{110,111,112,113,114.}

Estadios de reparación biológica de una fractura	Procesos biológicos	Expresión de señales moleculares y funciones
Inflamación	Hematoma	IL-1, IL-6, y TNF- α juega un rol importante en el inicio de la cascada de reparación.
	Inflamación	Expresión de TGF- β , PDGF, y BMP-2 potencian el inicio de la formación de callo.
	Reclutamiento de células madre mesenquimales	GDF-8 es restringido al primer día, al parecer tiene un rol importante en el control de la proliferación celular.
Formación de cartilago y Respuesta Perióstica	Condrogénesis e inicio de la osificación endocondral	Pico máximo de TGF- β 2, - β 3, y GDF-5 debido a su participación en la condrogénesis y formación endocondral de hueso.
	Proliferación celular en osificación intramembranosa	Elevación de BMP-5 y 6.
	Crecimiento vascular	Angiopietinas y VEGFs son inducidos para estimular el crecimiento de vasos en el periostio.
	Neo-angiogénesis	
Reabsorción del Cartilago y formación de tejido óseo primario	Fase de mayor actividad osteogénica	Elevación de TNF- α asociado a resorción del cartilago mineralizado. Promueve el reclutamiento de células mesenquimales (stem cells) e induce apoptosis de condrocitos hipertróficos.
	Reclutamiento celular y formación de tejido óseo	Incremento de RANKL y MCSF asociado a resorción del cartilago mineralizado.
	Apoptosis de condrocitos y proteólisis de la matriz	
	Reclutamiento de los osteoclastos y la reabsorción del cartilago	Incremento de BMP-3, -4, -7, y -8 rise asociado a resorción del cartilago mineralizado. Promueven reclutamiento de células de línea osteoblastica.
	Neo-angiogenesis	BMP-5 y -6 permanecen elevados durante este estadio, ejercen un efecto regulador en la osificación endocondral e intramembranos. Incrementa expresión de VEGFs para estimular la neo-angiogénesis.
Formación de tejido óseo secundario y remodelación ósea	Actividad osteoblástica y remodelado Óseo	Elevación de IL-1 e IL-6 asociados con la remodelación del hueso, mientras que RANKL y MCSF presentan niveles disminuidos.
	Establecimiento de médula	Disminuye expresión de los miembros de la familia de TGF- β .

¹¹⁰ Kon T, Cho TJ, Aizawa T, Yamazaki M, Nooh N, Graves D, et al. Expression of osteoprotegerin, receptor activator of NF-kappaB ligand (osteoprotegerin ligand) and related proinflammatory cytokines during fracture healing. J Bone Miner Res. 2001;16:1004-1014.

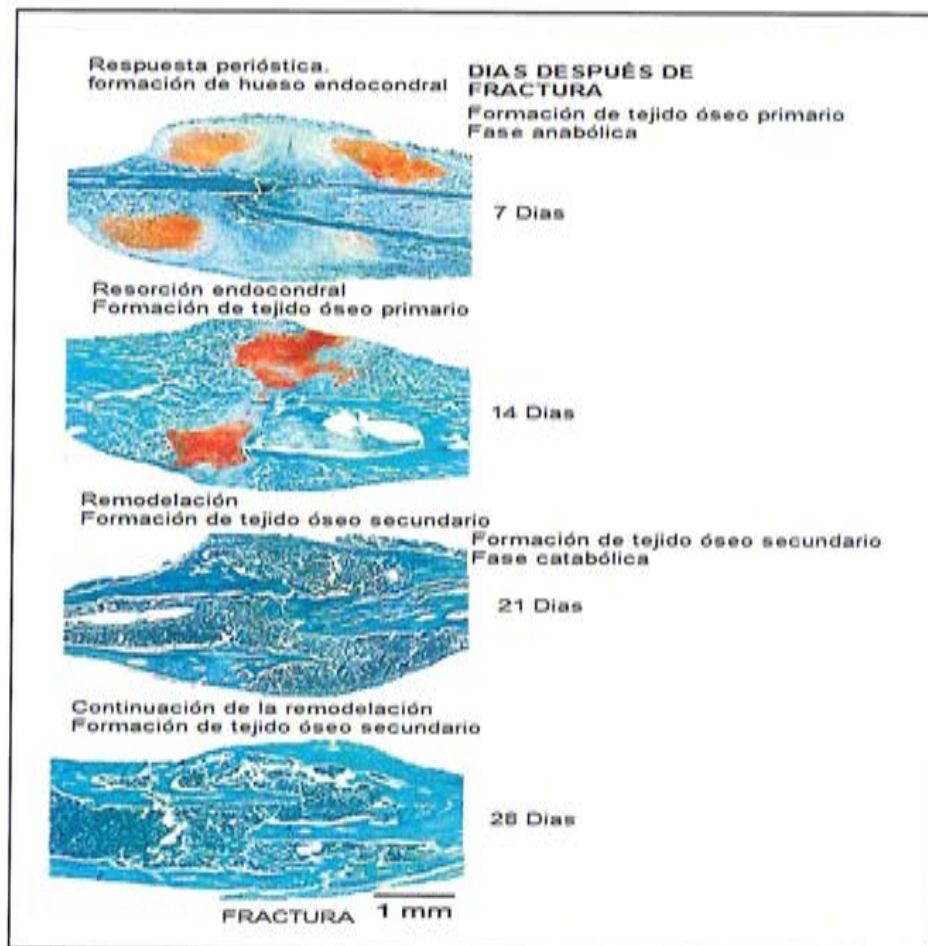
¹¹¹ Cho TJ, Gerstenfeld LC, Einhorn TA. Differential temporal expression of members of the transforming growth factor beta superfamily during murine fracture healing. J Bone Miner Res. 2002;17:513-520.

¹¹² Gerstenfeld LC, Cullinane DM, Barnes GL, Graves DT, Einhorn TA. Fracture healing as a post-natal developmental process: molecular, spatial, and temporal aspects of its regulation. J Cell Biochem. 2003b;88:873-884.

¹¹³ Gerstenfeld LC, Cho TJ, Kon T, Aizawa T, Tsay A, Fitch J, et al. Impaired fracture healing in the absence of TNF-alpha signaling: the role of TNF-alpha in endochondral cartilage resorption. J Bone Miner Res. 2003a;18:1584-1592

¹¹⁴ Dimitriou R, Tsirodis E, Giannoudis PV. Current concepts of molecular aspects of bone healing. Injury. 2005;36:1392-1404





Modificado de Al-Aql ZS, Alagil AS, Graver DT, Gerstenfeld LC, Einhorn TA (2008). Molecular mechanisms controlling bone formation during fracture healing and distraction osteogenesis, Dent. Res., 82(2): 107-118.

7. TRAUMATISMOS EN GESTANTES

La valoración del trauma durante el embarazo constituye un reto muy particular, ya que afecta al binomio madre - producto de la gestación (embrión / feto).

Las principales causas de trauma en el embarazo incluyen accidentes automovilísticos, caídas, agresiones y violencia doméstica. Su incidencia aumenta con la edad gestacional. Más de la mitad de los traumas se producen durante el tercer trimestre.

El trauma durante el embarazo es la principal causa de muerte materna no obstétrica (muerte materna indirecta).



Las posibles complicaciones pueden ocurrir en la madre y en el producto y abarcan: lesiones, hemorragia interna, hematoma retroplacentario, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina o muerte materna; y lesión fetal directa o muerte fetal intra o extrauterina (aborto).

7.1 SÍNTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS A TRAUMATISMOS DURANTE LA GESTACIÓN:

- Dolor abdominal
- Contracciones uterinas
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Pérdida de líquido amniótico
- Sangrado vaginal
- Trazados anormales de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)

7.2 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS RELACIONADOS A TRAUMATISMOS DURANTE LA GESTACIÓN:

- Hematoma retro placentario.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Rotura uterina.
- Irritabilidad uterina / Amenaza de aborto.
- Trauma abdominal cerrado.
- Embolia líquido amniótico.
- Hematoma retroperitoneal.
- Fracturas de pelvis y/o acetábulo.

7.3 CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES:

La evaluación de la paciente embarazada con trauma requiere de una evaluación primaria y secundaria con énfasis en la permeabilidad de las vías aéreas, respiración y circulación. Si es necesario, se deben realizar estudios de imagen, estudios hemodinámicos; así como manejo médico y/o quirúrgico.

El tiempo mínimo de observación intrahospitalaria post traumatismo en ausencia de signos y síntomas debería ser hasta de 6 horas. Sin embargo, la complicaciones post traumatismo pueden manifestarse hasta las 48 horas post-traumatismo. Desde el punto de vista médico legal, para





poder establecer el nexo de causalidad se debe tomar en cuenta estos periodos de tiempo, siendo necesario documentar en el informe médico legal la edad gestacional y la viabilidad fetal (bienestar fetal), así como los diagnósticos clínicos derivados de dichas lesiones.

Consideración especial merecen hematoma retroplacentario, desprendimiento prematuro de placenta y la rotura uterina, cuyas valoraciones deben individualizarse según cada caso.

8. TRAUMATISMOS DENTARIOS:

Clasificación Internacional de Enfermedades, Aplicaciones a la Odontología y Estomatología de la O.M.S. de 1985	Clasificación de los traumatismos dentales según Andreasen
I. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa. 1.1. Fracturas incompletas. 1.2. Fracturas no complicadas en la corona. 1.3. Fractura complicada de la corona. 1.4. Fractura no complicada de corona y raíz. 1.5. Fractura complicada de la corona y de la raíz. 1.6. Fractura de raíz. II. Lesiones de los tejidos periodontales. 2.1. Concusión. 2.2. Subluxación (aflojamiento). 2.3. Luxación intrusiva (dislocación central). 2.4. Luxación extrusiva (dislocación periférica o avulsión parcial). 2.5. Luxación lateral. 2.6. Exarticulación (avulsión completa). III. Lesiones del hueso de sostén. 3.1. Fractura comminuta de la cavidad alveolar. 3.2. Fractura de la pared alveolar. 3.3. Fractura del proceso alveolar. 3.4. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior.	Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa N873.70: Fracturas incompletas (infracción). N873.71: Fractura no complicada de la corona N873.72: Fractura complicada de la corona. N873.73: Fractura de la raíz. N873.74: Fractura no complicada de la corona y de la raíz. N873.74: Fractura complicada de la corona y de la raíz. Lesiones de los tejidos periodontales N873.75: Concusión. N873.75: Subluxación (Aflojamiento). N873.75 Luxación lateral. N873.76: Luxación intrusiva. N873.77: Luxación extrusiva (Dislocación periférica, avulsión parcial). N873.78: Exarticulación (Avulsión completa). Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa N873.70: Fracturas incompletas (infracción). N873.71: Fractura no complicada de la corona. N873.72: Fractura complicada de la corona. N873.73: Fractura de la raíz. N873.74: Fractura no complicada de la corona y de la raíz. N873.74: Fractura complicada de la corona y de la raíz. Lesiones de los tejidos periodontales N873.75: Concusión. N873.75: Subluxación (Aflojamiento). N873.75 Luxación lateral. N873.76: Luxación intrusiva. N873.77: Luxación extrusiva (Dislocación periférica, avulsión parcial). N873.78: Exarticulación (Avulsión completa).





Exarticulación



Fractura complicada de corona

Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa	Lesiones de los tejidos periodontales	Lesiones del hueso de sostén
<p>1.1. Fracturas incompletas: Fractura incompleta (infracción o rotura del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria).</p> <p>1.2. Fracturas no complicadas en la corona: Fractura limitada al esmalte o afectando al esmalte y a la dentina pero sin exposición pulpar.</p> <p>1.3. Fractura complicada de la corona: Fractura de esmalte y dentina con exposición pulpar.</p> <p>1.4. Fractura no complicada de corona y raíz: Fractura que afecta a esmalte, dentina y cemento sin exposición pulpar.</p> <p>1.5. Fractura complicada de la corona y de la raíz: Fractura que afecta a esmalte, dentina y cemento que provoca la exposición pulpar.</p> <p>1.6. Fractura de raíz: Fractura que afecta al cemento, dentina y pulpa.</p>	<p>2.1 Concusión: Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad ni desplazamiento anormal del diente pero con una evidente reacción a la percusión.</p> <p>2.2. Subluxación (aflojamiento): Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.</p> <p>2.3. Luxación intrusiva (dislocación central): Desplazamiento del diente en su alveolo. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.</p> <p>2.4. Luxación extrusiva (dislocación periférica o avulsión parcial): Desplazamiento parcial del diente de su alveolo.</p> <p>2.5. Luxación lateral: Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Se acompaña de conminución o fractura de la cavidad alveolar.</p> <p>2.6. Exarticulación (avulsión completa): Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.</p>	<p>3.1. Fractura conminuta de la cavidad alveolar: Compresión de la cavidad alveolar junto con luxación intrusiva o lateral. Cuando se produce en la mandíbula y cuando es en el maxilar superior.</p> <p>3.2. Fractura de la pared alveolar: Fractura limitada a las paredes vestibular o lingual del alveolo. En la mandíbula y en el maxilar superior.</p> <p>3.3. Fractura del proceso alveolar: Fractura del proceso alveolar que puede afectar o no a la cavidad alveolar. En la mandíbula y en el maxilar superior.</p> <p>3.4. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior: Fractura que afecta a la base de la mandíbula o del maxilar superior y que puede o no afectar al proceso alveolar y a la cavidad alveolar. En la mandíbula y en el maxilar superior.</p>

9. OTROS DE INTERÉS FORENSE

9.1 Lesiones contusas simuladas:

Son lesiones auto-ocasionadas, con el fin de obtener algún beneficio o perjudicar a alguien.





Para su discriminación es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Explorar toda la superficie corporal.
- Contrastar el relato de los hechos con la valoración cronológica de las lesiones encontradas.
- Contrastar la presencia de lesiones en zonas accesibles, controlables con la vista, lateralidad corporal y dominancia del evaluado.
- Contrastar correspondencia entre la ubicación de las lesiones y daños en la vestimenta.
- De ser necesario y a criterio del examinador se requerirá la evaluación por Psiquiatría Forense.

9.2 Lesiones de defensa:

Son lesiones típicas a consecuencia de la puesta en marcha del “instinto de conservación” cuyo objetivo es auto protegerse de cualquier agente lesivo externo. Generalmente la localización anatómica, el número y tipo de lesiones contribuyen al estudio y etiología médico legal de las mismas. Se localizan predominantemente en la cara posterior interna de los antebrazos, dorso y/o palma, pliegues interfalángicos de manos, cara externa de los muslos y regiones corporales sobresalientes.

9.3 Lesiones por lucha:

Se caracterizan porque a diferencia de las anteriores, las lesiones son más variadas y más dispersas en el cuerpo. El estudio de dichas lesiones puede contribuir a determinar el número de agresores o eventos violentos.

10. EXAMEN CLÍNICO FORENSE DE LAS LESIONES:

10.1 CRITERIOS PARA EVALUACIÓN Y ESTUDIO DE LAS LESIONES:

Los Médicos Legistas, realizan reconocimientos médicos legales a solicitud de las siguientes autoridades competentes: Autoridades Judiciales, Fiscales y Policiales.

El Reconocimiento Médico Legal de Integridad Física, busca perennizar las lesiones mediante la descripción detallada de toda lesión o secuela, reconocer el agente causante de dicha lesión y, realizar la valoración médico legal cuantitativo correspondiente, con la finalidad de ayudar a determinar la etiología médico legal de las mismas.

Para ello es imprescindible, la formación académica y experticia acreditada y suficiente del perito, todo esto traducido en un Examen Médico Legal de calidad, con la finalidad de realizar un Informe Pericial, científico, veraz e imparcial.





10.2 DETERMINACIÓN DEL ARMA O INSTRUMENTO:

El Código Procesal Penal, en su artículo 199°, establece que “En caso de lesiones corporales se exigirá que el perito determine el arma o instrumento que la haya ocasionado, y si dejaron o no deformaciones y señales permanentes en el rostro, puesto en peligro la vida, causado enfermedad incurable o la pérdida de un miembro u órgano y, en general, todas las circunstancias que conforme al Código Penal influyen en la calificación del delito.”

En pocos casos, la lesión suele orientar hacia un arma o instrumento específico (por ejemplo una equimosis figurada de una cadena, una equimosis figurada de una hebilla de correa, herida de entrada por proyectil de arma de fuego, etc), sin embargo en la gran mayoría de casos, las lesiones son inespecíficas, no expresan el tipo ni la forma del arma o instrumento utilizado, En este escenario, y como ocurre habitualmente, cuando al médico legista se le envía a un ciudadano con oficio en mano donde se solicita la realización del reconocimiento médico legal por lesiones, éste describe las lesiones (tipo de lesión, tamaño, forma, color, ubicación anatómica, etc) y en base al tipo de lesión puede deducir de manera genérica el agente causante (agente contuso, agente cortante, agente contuso cortante, agente con punta, etc).

Para que el médico legista pueda, emitir un juicio valorativo en términos de certeza o probabilidad con respecto al instrumento o arma que ocasionó una lesión, es necesario tener información adicional relacionado a:

- Estudio de la escena de los hechos,
- Características del lugar del hecho y circunstancias previas al suceso,
- Manifestación policial o fiscal de los involucrados así como de los testigos,
- Resultados de exámenes periciales de otros indicios o evidencias materiales (ingeniería forense, exámenes físico químicos, biología forense, balística forense, etc).

Sin esta información de interés criminalístico, el perito médico estaría emitiendo una opinión personal especulativa, sin base ni fundamento científico; con lo cual estaría realizando un acto médico subestandar, transgrediendo la Ley de Trabajo Médico así como lo dispuesto por el Colegio Médico del Perú. Siendo un acto imprudente que puede conllevar a errores de apreciación en los fueros jurisdiccionales.

Por tanto, para que se cumpla con lo dispuesto en el Artículo 199 del Código Procesal Penal que establece que en caso de lesiones corporales se exigirá que el perito determine el arma o





instrumento que las haya ocasionado; la autoridad solicitante debe proporcionar al perito médico, la información criminalística, así como los actuados y exámenes periciales obrantes en la carpeta fiscal o en el expediente judicial, que permitan al médico legista emitir juicios valorativos objetivos con respecto al arma o instrumento que ocasionó una lesión corporal.

11. CONTENIDO DEL INFORME PERICIAL:

11.1 DATOS GENERALES:

- Dependencia Médico Legal donde se realiza el examen, con la fecha y hora del examen.
- La motivación o fundamentación del examen técnico solicitado en el documento.
- Datos de filiación del peritado: Estarán a cargo del personal administrativo y según su Manual de Organización y Funciones o encargatura tendrán su responsabilidad funcional.

11.2 ANAMNESIS O RELATO DE LOS HECHOS:

El Médico Legista debe consignar lo referido por el peritado, la situación o estado de hechos que motiva la atención, fecha, lugar, y naturaleza del mismo, el motivo del reconocimiento médico legal (agresión física por violencia familiar, suceso de tránsito, suceso laboral o de trabajo, tortura, mordedura canina u otros), es importante consignar si hubo o no atención médica después del suceso violento.

La información contenida en este acápite es referencial y subjetiva, el médico legista registra información de interés criminalístico en relación al examen médico legal solicitado por la autoridad competente.

11.3 EXAMEN CLÍNICO FORENSE:

(La exposición detallada de lo que se ha comprobado del encargo)

Se debe consignar el tamaño, forma, color, la ubicación topográfica anatómica y otras características relevantes de la lesión (dirección, sentido y trayectoria), ello podría permitir determinar el agente causante, la etiología médico legal y la gravedad de las lesiones.





El examen siempre se realizará previo **consentimiento informado verbal**, la negativa al examen médico legal deberá registrarse en la descripción del examen clínico y conclusiones del informe pericial.

El examen se realiza de forma integral, en todo el cuerpo, consignando los hallazgos en forma ordenada, de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda y de adelante hacia atrás.

Las lesiones consignadas en este acápite deben estar en correspondencia al hecho motivo de denuncia y solicitud de evaluación médico legal. Las lesiones corporales que son de diferente data (estadio de evolución) deben registrarse en el ítem "Observaciones".

Si el caso así lo amerita y el criterio médico lo exige, se usarán instrumentos adicionales o exámenes auxiliares adicionales como pruebas de laboratorio, radiografías, interconsulta a especialistas, etc, para corroborar y/ ampliar la evaluación médico legal o diagnósticos, con la finalidad de realizar la Valoración de Daño Corporal. En este caso, estando pendientes los resultados, no se podrá emitir la calificación hasta tener los resultados, salvo disposición expresa y por escrito de la autoridad competente.

Perennización de las lesiones por otros medios distintos al escrito: Queda a criterio médico la perennización de los hallazgos, ya sea mediante un registro fotográfico o de video, el cual debe de realizarse con cámara analógica y/o digital, bajo luz natural o luz artificial blanca (halógena), con escala numérica y leyenda donde se consigne el Número del Informe Pericial.

11.4 MÉTODO EMPLEADO:

(La indicación de los criterios científicos o técnicos, médicos y reglas de los que se sirvieron para hacer el examen)

Empleamos el Método Científico aplicado a la Medicina Legal, que se conoce como "Método Médico Legal"¹¹⁵, que consiste en seguir normas y reglas del Método Científico para la resolución de problemas médico legales; debe recordarse que el Método Científico es uno solo y se aplica en todas las ciencias.

¹¹⁵ Luego de la aplicación del Método Médico legal, se llega a las conclusiones mediante razonamiento analógico y deductivo.





La aplicación del Método Científico en la Medicina, se realiza mediante la aplicación de la técnica del examen clínico (anamnesis, examen físico, diagnóstico); en Medicina Legal se siguen las mismas reglas del examen clínico, y puede darse bajo dos modalidades:

- 1.- Examen Clínico Forense:** Utilizamos técnicas propias del examen clínico (Anamnesis, Examen físico, diagnóstico, Interconsultas y Exámenes complementarios).
- 2.- Estudio Forense Post Facto:** Utilizamos técnicas de análisis (identificar los componentes de un todo, separarlos y examinarlos para lograr acceder a sus principios más elementales) de los documentos médico legales recibidos, y posterior síntesis (resumen lógico y ordenado) de los mismos en el informe pericial.

11.5 CONCLUSIONES MÉDICO LEGALES:

Variante 1.-

Después del Examen Clínico Forense el Médico Legista estará en la posibilidad de diagnosticar las lesiones que presenta el evaluado y podrá realizar la Valoración del Daño Corporal según tabla adjunta (Ver anexo 3); consignando el ítem salvo complicaciones, cuando no se pueda prever con certeza la evolución de la lesión.

Ejemplo:

- Presenta signos de lesiones corporales traumáticas recientes.
- Presenta signos de lesiones traumáticas corporales en proceso de resolución temprana.
- Presenta signos de lesiones traumáticas corporales en proceso de resolución avanzada.

En todas las alternativas se realizará la valoración de:

Asistencia facultativa: Descanso Médico Legal:.....

- No presenta signos de lesiones traumáticas corporales. No requiere descanso médico legal.
- No permite el (los) examen (es) médico legal(es) solicitado (s).¹¹⁶

Variante 2.-

Si el Médico Legista por la complejidad de la lesión o diagnóstico considerara que requiere exámenes auxiliares o información médica especializada para determinar el tipo o magnitud de la lesión, aquel a su criterio indicará interconsultas a especialistas médicos o solicitará

¹¹⁶ En este caso, el médico legista en lo posible, debe procurar que se deje constancia de la negativa al examen por escrito y con firma e inicial del evaluado en el oficio petitorio.





exámenes auxiliares que conlleven a un diagnóstico médico legal definitivo. En este caso no debe realizarse la valoración cuantitativa.

Ejemplo de caso: En caso de lesionados que acude con epistaxis, otorragia, hematuria, metrorragia, rectorragia, etc, no deberá realizarse la valoración cuantitativa hasta definir la etiología (traumático o patológico).

Ejemplos de conclusiones:

- Para emitir conclusiones finales se requiere evaluación por la especialidad e informe médico respectivo.
- Para emitir conclusiones finales se requiere exámenes de (diagnóstico por imágenes, laboratoriales u otros), y el informe médico respectivo.
- Presenta signos de lesiones corporales traumáticas y para emitir conclusiones finales se requiere evaluación por la especialidad e informe médico respectivo.

Posteriormente, recibida la información o resultados, mediante Post Facto Ampliación de Informe el perito emitirá sus conclusiones finales.

Ejemplo: Vista la Historia Clínica (HCL), el informe médico e informes de exámenes, presentó Traumatismo Cráneo Encefálico (TEC) moderado, ocasionado por agente contuso. Requiere asistencia Facultativa: 03 atenciones. Descanso Médico Legal: 15 días. Salvo complicaciones.

Variante 3.-

Cuando el peritado no fue evaluado en Medicina Legal, y la autoridad remite solo documentos médicos: HCL, informes médicos, certificados médicos y otros documentos médicos con diagnósticos. El médico legista mediante la modalidad de informe pericial Post Facto, emitirá sus conclusiones finales.

Los informes médicos deben ser remitidos en original, las copias de Historias Clínicas o informes remitidos por la autoridad judicial o fiscal deben ser fedateados, autenticados o certificados.

Ejemplo: Visto la HCL, el informe médico, el certificado médico, presentó Traumatismo Cráneo Encefálico (TEC) moderado, ocasionado por agente contundente duro. Por lo cual habría requerido Atención Facultativa: 03 atenciones. Descanso Médico Legal: 15 días. Salvo complicaciones.





Los informes de Post facto (PF) - HCL, no son considerados para establecer la valoración de lesiones culposas por responsabilidad profesional.

Variante 4.-

Entre otros casos, se puede concluir dependiendo de las particularidades en los siguientes términos:

- Si las lesiones han puesto en inminente peligro la vida del peritado.
- Si han producido mutilación de un miembro u órgano principal del cuerpo.
- Si afectan la función del miembro u órgano principal del cuerpo.

11.6 OBSERVACIONES:

En esta parte del documento, el médico puede consignar:

- Las áreas o segmentos corporales que el evaluado no desea ser examinado, así como su negativa a ser examinado, en este caso se procederá a registrar su negativa en las observaciones del Informe o Dictamen Pericial.
- Cualquier circunstancia o situación que se encuentre relacionada con el examen o delito investigado, como la presencia de familiares u otras personas durante el examen, lesiones antiguas como cicatrices, tatuajes, deformidades o malformaciones u otros signos identificatorios.
- Si el peritado requiere atención médica asistencial.
- En este acápite no se deben colocar los exámenes auxiliares o interconsultas solicitadas; las que deben consignarse en conclusiones del certificado primigenio.

11.7 FECHA, SELLO Y FIRMA:

Nombres y apellidos, domicilio laboral, Documento Nacional de Identidad (DNI), N° de Registro en el Colegio Médico del Perú (CMP) y N° de Registro Nacional de Especialidad (RNE - opcional) de cada perito responsable.





Ejemplos de lesiones que ocasionan peligro inminente para la vida:

Traumatismo penetrante en la cavidad craneana, incluidos los que no ocasionan daño cerebral.

Fracturas abiertas y cerradas de huesos de la base del cráneo y calota, excepto las que solo afectan parte del esqueleto facial y fisuras aisladas de la calota craneal.

Lesiones de aplastamiento con lesión intracraneal, lesión de sustancia cerebral (contusión, hemorragia intracerebral), hematomas epidural, subdural o hemorragia subaracnoidea con presencia de síntomas de focalización o signos de afectación de tronco cerebral.

Herida abierta de cuello, que penetra a la luz de la faringe, laringe, tráquea, esófago o que afecta la glándula tiroides.

Fractura del cartilago de la laringe, tiroides o de cartilagos traqueales.

Fractura del cuerpo o fractura bilateral del arco de vértebras cervicales, fractura de la apófisis odontoides, múltiples fracturas de vértebras cervicales.

Luxación (desplazamiento) de una o más vértebras cervicales.

Herida penetrante en tórax (hemo-neumotórax, hemo-neumomediastino, hemo-neumopericardio).

Fracturas costales múltiples bilaterales que comprometen la integridad de la cavidad torácica, fracturas múltiples costales unilaterales en dos o más segmentos (efecto válvula).

Fracturas pélvicas bilaterales, inestables (en doble anillo, libro abierto, etc).

Fractura de la columna lumbosacra (cuerpo o arco), luxación de columna lumbosacra, con presencia de "síndrome de cola de caballo".

Lesión de arterias aorta, carótidas (común, interna y externa), axilar, braquial, ilíacas, femoral, poplítea o en venas principales.

Quemaduras: térmica, eléctrica, química, radiación, de II grado mayor al 20% de superficie corporal, de grado III mayor al 15% de superficie corporal, quemaduras de las vías respiratorias.

Heladuras de grado II, con una afectación superior al 20% de superficie corporal. Heladura de grado III, con una superficie afectada mayor al 15% de superficie corporal.

Fractura de la pelvis acompañada de shock grave por pérdida sanguínea masiva o por desgarro de la parte membranosa de la uretra.

Lesiones que conllevan a shock grave con sangrado masivo desarrollando colapso vascular, o manifestaciones de una embolia grasa o gaseosa o signos de insuficiencia renal.

Obstrucción de vías u orificios respiratorios de forma mecánica con signos de asfixia grave.

Otras que amerite tratamiento médico asistencial de emergencia (con riesgo de muerte de no recibir atención médica).

12. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LESIONES:

El Informe o Dictamen Pericial será emitido luego de efectuada la evaluación clínica (examen médico legal) y deberá ser firmado por el o los médicos evaluadores. Estos, entregarán su





informe o dictamen pericial, al administrativo responsable del recojo y/o archivo de la División Médico Legal (DML) donde exista, de ser posible en el día, para su posterior trámite administrativo. Cuando se trate de detenidos y menores de edad en custodia, los informes serán entregados inmediatamente.

Los Médicos Legistas de todas las DML deberán tomar fotografías de las lesiones que consideren oportunas para su conservación como pruebas, de contar con los equipos y materiales respectivos.

El contenido de los peritajes, una vez ingresado y cerrado por el médico no podrá ser modificado por ningún personal ajeno una vez concluido el informe pericial.

De no ser posible la actuación del Médico Legista del IML, se recurrirá a otras Instituciones de salud del estado, públicas o privadas, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 91 del Código Procesal Penal y en la Ley N° 30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

12.1 DOCUMENTOS MÉDICO LEGALES EN EXAMEN DE LESIONES:

- 1) El Informe o Dictamen Pericial, comprende:
 - a) Evaluación Médico Legal de Lesiones Recientes
 - b) Evaluación Médico Legal de Secuelas (Denominados también como lesiones antiguas)
 - c) Visitas Médicas
 - d) Estudio Post-Facto de Historia Clínica
 - e) Estudio de Responsabilidad Profesional

12.2 VISITAS MÉDICAS:

En caso que la víctima se encuentre impedida de asistir por incapacidad física al Instituto de Medicina Legal, el fiscal en compañía del médico deberá acudir al lugar donde se encuentre a efecto de practicar el respectivo reconocimiento médico.

12.3 PROCEDIMIENTO MÉDICO LEGAL PARA EL ESTUDIO POST-FACTO:

Cuando el médico legista haya evaluado previamente al peritado y requiera la historia clínica u otro documento médico lo solicitará al evaluado o a la autoridad competente, según sea el caso, para emitir su pronunciamiento.





El médico legista puede pronunciarse a solicitud de la autoridad competente, en base a la historia clínica u otro documento médico, sin haber evaluado previamente al peritado.

Los Médicos Legistas procederán al estudio respectivo y emitirán el Informe o Dictamen Pericial, devolviendo el(los) documento(s) médico(s) en base al(los) cual(es) se realizó el examen, a la autoridad competente.

12.4 AMPLIACIONES Y RATIFICACIONES:

El Médico Legista podrá variar los días de asistencia facultativa o días de descanso médico legal en su informe ampliatorio, cuando se presenten complicaciones directas que deriven o se relacionen al daño inicial. Procederá de igual modo, al recibir informes médicos de otras especialidades o resultados de exámenes auxiliares complementarios que pudieran contener elementos de juicio adicionales no evidenciados durante el examen médico legal.

El Médico Legista, durante su ratificación o mediante un informe ampliatorio a solicitud de la autoridad, de ser el caso, señalará si las lesiones han puesto en inminente peligro la vida de la persona, si han producido mutilación de un miembro u órgano principal del cuerpo o si afectan la función del miembro u órgano principal del cuerpo.





ANEXOS



HISTOLOGÍA DE LA PIEL

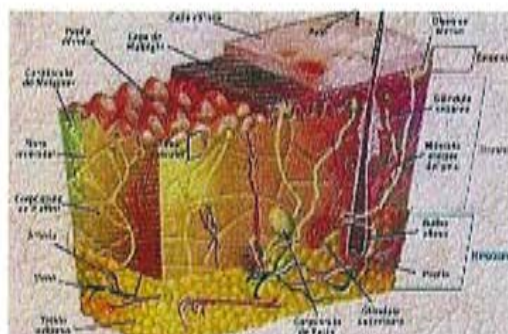
La piel es un órgano complejo que desempeña diversas funciones, muchas de ellas esenciales para la vida.

EPIDERMIS:

Tiene grosor que varía según la región del organismo que cubre (1 mm. en planta de pies y manos).

Está formada por tres tipos de células en cinco estratos superpuestos:

- Estrato germinativo o basal.
- Estrato espinoso o cuerpo mucoso de Malpighi.
- Estrato granuloso.
- Estrato lúcido.
- Estrato córneo o superficial.



DERMIS:

Es una capa de tejido conjuntivo, irregular, de origen mesodérmico, situada por debajo de la epidermis.

Contiene abundantes fibras elásticas, colágenas y una rica red vascular con anastomosis arteriovenosas, fibras y terminaciones nerviosas.

El grosor de la dermis es aprox. 2-4mm. Su límite profundo no es definido dado que se mezcla con el tejido adiposo de la hipodermis enviando haces de fibras colágenas que se conectan con las facies musculares o periostio anclando así sólidamente a la piel.

- Dermis superficial o papilar.**- Está en contacto con la epidermis y toma ese nombre porque forma papilas que a manera de clavijas se ubican entre las prolongaciones conformes o crestas que la epidermis envía en profundidad.
- Dermis reticular.**- Está constituida por tejido conectivo con abundantes fibras elásticas y reticulares y en menor proporción colágenas delgadas. Contiene diversas células propias del tejido conjuntivo.- fibroblastos, macrófagos y mastocitos. Presencia de abundantes capilares, terminaciones nerviosas, abundantes haces de gruesas fibras colágenas entrecruzadas siguiendo un plano horizontal paralelo a la superficie de la piel.

Existen fibrillas colágenas que de un haz pasan a otro estableciendo ataduras entre ellos, que confieren gran solidez a la dermis.

Presencia de fibras elásticas que garantizan su elasticidad.

HIPODERMIS:

Panículo adiposo. No forma parte de la piel.

Está alojada en las celdas que se forman entre los tabiques que la dermis envía en profundidad para unirse a las fascias musculares o periostio subyacente.

La cantidad de tejido adiposo y su distribución en las diferentes regiones del cuerpo dependen del estado de nutrición y de la acción de varias hormonas.

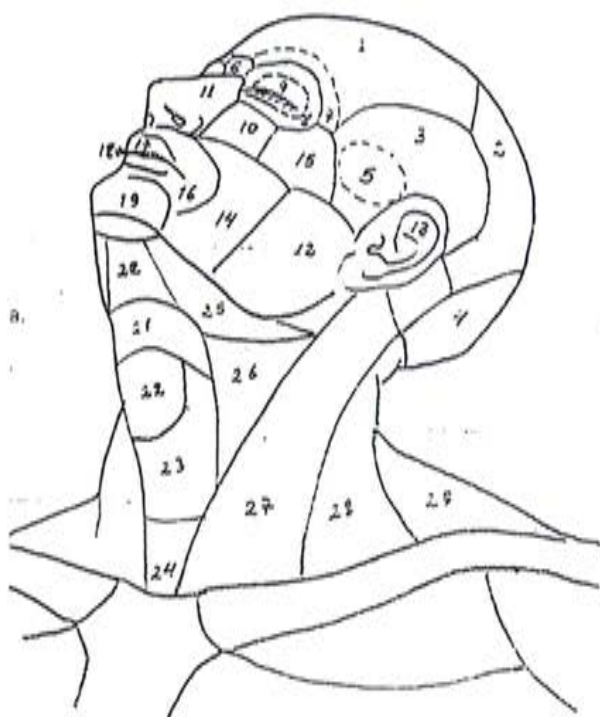
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA (A)

La anatomía topográfica o anatomía de superficie es la proyección de estructuras anatómicas subyacentes hacia la superficie del cuerpo.

CABEZA (CRÁNEO Y ROSTRO).

Formas: Dolicocefálica (larga), Mesocefálica (media), Braquicefálica (corta y aplanada). Además por mayor porción cerebral: Frontópeto** y Occipitópeto.

- 1- Región Frontal.
- 2- Región Parietal D/I*.
- 3- Región Temporal D/I*.
- 4- Región Occipital.
- 5- Región Esfenoidal D/I*.
- 6- Región Interciliar.
- 7- Región Ciliar
- 8- Región Orbitaria D/I*.
- 9- Región Palpebral D/I*.
- 10- Región Infraorbitaria.
- 11- Región Nasal.
- 12- Región Maseterina D/I*.
- 13- Región Auricular.
- 14- Región Geniana.
- 15- Región Malar o Zigomática.
- 16- Región Peribucal.
- 17- Región Labial sup/inferior.
- 18- Región Bucal.
- 19- Región Mentoniana.
- 20- Región Submentoniana.
- 21- Región Hioidea.
- 22- Región Laringea.
- 23- Región Tiroidea.
- 24- Escotadura Yugular D/I*.
- 25- Triángulo Submaxilar.
- 26- Triángulo Carotideo.
- 27- Región Esternocleidomastoideo.
- 28- Triángulo Supraclavicular.
- 29- Región dorsal del cuello o nuca.



Nota:

- (*) D=derecha, I= izquierda, según corresponda.
- (**) Dorland - Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina.





ANEXO 3

TABLA REFERENCIAL DE VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LESIONES EN ADULTOS Y EN NIÑOS

1. Las Tablas de valoración médico legal de lesiones, constituyen parámetros promedios de orientación y consulta, que deben ser aplicados individualizando a la persona examinada y según criterio médico.
2. La descripción semiológica de las lesiones, en lo posible se sugiere considerar:
 - a) Tipo de Lesión.
 - b) Forma de la Lesión.
 - c) Coloración.
 - d) Dimensiones (considerar tres dimensiones si corresponde).
 - e) Trayectoria, sentido y dirección, si se puede determinar.
 - f) Ubicación Anátomo-topográfica.
 - g) Describir compromiso de estructuras vecinas.
 - h) Otras características particulares o especiales.
3. De ser el caso, describir el tratamiento y procedimiento médico quirúrgico realizado.
4. El agente causal debe ser señalado al final de la parte descriptiva de cada lesión.
5. Cuando se trate de lesiones múltiples se valorará la de mayor gravedad.
6. En las conclusiones del Informe ó Dictamen Pericial debe señalarse los días de asistencia facultativa, descanso médico legal.
7. Las lesiones que solo permitan obtener diagnósticos clínicos presuntivos, deben confirmarse o descartarse con los exámenes auxiliares correspondientes, para luego con los resultados, sin necesidad de nueva solicitud de la autoridad judicial, se emitirá la valoración médico legal de las lesiones mediante un Informe Pericial Post Facto-Ampliación de Reconocimiento.
8. De ser necesario, se sugerirá la reevaluación al término del período de descanso médico legal, siendo indispensable en este caso la disposición formal escrita de la autoridad competente y la evaluación deberá ser preferentemente realizado por los mismos peritos.
9. Para la valoración médico legal cuantitativa de las lesiones no se tomarán en cuenta:
 - a) Región corporal dominante.
 - b) Intencionalidad.
 - c) Agente causal.
 - d) Profesión u ocupación.
 - e) Concausas preexistentes, ni sobrevenientes.
10. Se consideran complicaciones a los que deriven o guarden relación de causalidad con la lesión inicial.





11. De existir concausas (preexistentes, concomitantes y sobrevivientes), éstas deben registrarse en observaciones.
12. Las fotografías obtenidas durante el examen Médico Legal, forman parte del Informe o Dictamen Pericial.
13. Si se presume que la lesión ocasionará invalidez y/o secuela, debe consignarse en el acápite salvo complicaciones, o especificarse en las observaciones, y deberá ser reevaluado conforme a la guía correspondiente.
14. Para el caso de Torturas, éstas deben ser especificadas en el oficio petitorio por la autoridad competente (en caso contrario se asumirá como una solicitud de evaluación de lesiones), y se deben considerar las siguientes normas:
 - Resolución de la Comisión Ejecutiva del Ministerio Público N° 705-98-MP-CEMP, del 03 de noviembre de 1998, que aprobó la inclusión del "Protocolo de Reconocimiento Médico Legal para la Detección de Lesiones o Muerte Resultante de Tortura".
 - Resolución de la Comisión Ejecutiva del Ministerio Público N° 627-2000-MP-CEMP, publicada en el Diario el Peruano el 12 de setiembre de 2000, que aprobó la inclusión en los Protocolos de Procedimientos Médico-Legales, con el siguiente tenor: **MANIFESTACIÓN DE LA PERSONA SOMETIDA A RECONOCIMIENTO MÉDICO LEGAL.** 1.- ¿Diga usted, si ha sido sometido a tortura, dolores o sufrimientos graves, sean físicos o mentales? 2.- Indique la forma y circunstancias en que fue sometida a dichos tratos.





TABLA REFERENCIAL DE VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LESIONES				
EN ADULTOS				
1	PIEL Y ANEXOS	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
1.1	Heridas en mucosa oral	02	07	S/C
A	HERIDAS	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
1.2	Superficiales (afrentadas o suturadas en un solo plano)	02	07	S/C
1.3	Profundas (sutradas en más de un plano)	03	10	S/C
1.4	Heridas a colgajo	05	15	S/C
1.5	Con pérdida de sustancia	05	07-15	S/C
1.6	Heridas con pérdida de segmento (en oreja, nariz, lengua y labio)	05	35	S/C
1.7	Heridas perforantes o transfixiantes	04	12	S/C
1.8	EROSIONES	00-02	02-04	S/C
B	EXCORIACIONES	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
1.9	Ungueales	02	01 - 05	S/C
1.10	Por fricción (Según extensión y localización)	02	06	S/C
1.11	Lineales y otras sin mayor compromiso	01	03-06	S/C
C	EQUIMOSIS, HEMATOMA	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
1.12	EQUIMOSIS	00 - 02	02-06	S/C
1.13	Equimoma	03	08-12	S/C
1.14	Derrame o Bolsa sanguínea	03	08-15	S/C
1.15	Tumefacción	02	02-06	S/C
1.16	HEMATOMA (Simple, Menor)	03	08	S/C
1.17	HEMATOMA (Complejo/ Mayor-requiere debridación quirúrgica)	04	08-15	S/C
D	QUEMADURAS (VER % DE SUPERFICIE CORPORAL)	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
1.18	PRIMER GRADO	01	02-03	S/C
1.19	SEGUNDO GRADO I superficial	02	05-12	S/C
1.20	SEGUNDO GRADO II profunda	05-10	20-25	Reevaluación
1.21	TERCER GRADO	20	50-60	Reevaluación
2	FRACTURAS :	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
A	HUESOS DEL CRANEO :	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.1	BOVEDA (Frontal, parietal, temporal, occipital)	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.2	Sin desplazamiento	05	35	S/C





2.3	Con desplazamiento	15	60	Reevaluación
2.4	BASE (Temporal, occipital, etmoides y esfenoides)	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.5	Sin desplazamiento	10	45	S/C
2.6	Con desplazamiento	20	90	Reevaluación
B	HUESOS DE LA CARA	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
(Frontal, malar, arco cigomatico, maxilar superior, maxilar Inferior/mandíbula, palatinos y lacrimal/ungüis)				
2.7	Sin desplazamiento	05	35	S/C
2.8	Con desplazamiento	15	60	S/C
2.9	HUESOS PROPIOS NARIZ (HPN) simple sin desplazamiento	05	15	S/C
2.10	HUESOS PROPIOS NARIZ (HPN) simple con desplazamiento	05	16 - 25	S/C
2.11	HPN conminuta o compleja	05	25 - 35	S/C
C	HUESOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.12	CLAVICULA	05	35	S/C
2.13	ESCAPULA	05	60	S/C
	HUMERO:	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.14	Cabeza	20	90	Reevaluación
2.15	Diáfisis	10	60	S/C
2.16	Epífisis distal	10	75	S/C
2.17	RADIO: Epífisis	5	60	S/C
2.18	Diáfisis	5	45	S/C
2.19	CUBITO: Olecranon	5	60	S/C
2.20	Epífisis	5	60	S/C
2.21	Diáfisis	5	45	S/C
2.22	AMBOS (Cubito y radio)	10	75	S/C
2.23	CARPO: Escafoides	15	45 - 70	Reevaluación
2.24	Semilunar, piramidal, pisciforme, trapecio, trapecoide, grande, gancho/unciforme)	10	45	S/C
2.25	METACARPO	10	35	S/C
2.26	FALANGES: Del II al V dedo Epífisis/articular	10	25 - 35	S/C
2.27	Del II al V dedo Diáfisis	5	25	S/C
2.28	Del I dedo Epífisis/articular	10	40 - 50	S/C
2.29	Diáfisis	10	35	S/C
D	HUESOS DE LA COLUMNA :	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.30	CERVICAL Sin desplazamiento	05	45	Reevaluación





2.31	Con desplazamiento	15	80	Reevaluación
	DORSAL	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.32	Fractura del cuerpo sin afectación articular	05	45	Reevaluación
2.33	Fractura del cuerpo con afectación articular	15	80	Reevaluación
2.34	Fractura de apófisis transversa	10	75	Reevaluación
	LUMBAR	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.35	Fractura del cuerpo sin afectación articular	05	45	S/C
2.36	Fractura del cuerpo con afectación articular	15	80	S/C
2.37	Fractura de apófisis transversa	10	75	S/C
2.38	SACRO	05	35	S/C
2.39	CÓCCIX	08	35	S/C
E	HUESOS DEL TORAX	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
	COSTILLA (1 ó 2)	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.40	Sin desplazamiento	05	20	S/C
2.41	Con desplazamiento	05	35	S/C
2.42	Mayor o igual a tres (3) costillas	05	45	Reevaluación
2.43	ESTERNÓN	05	45	Reevaluación
F	HUESOS DE PELVIS	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.44	RAMAS ISQUIOPUBICAS	15	75	S/C
2.45	ILION E ISQUION	10	60	S/C
2.46	PUBIS	05	70	S/C
2.47	ACETÁBULO	15	90	S/C
G	MIEMBRO INFERIOR :	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
2.48	FÉMUR cabeza	20	120	Reevaluación
2.49	cuello	10	90	Reevaluación
2.50	diáfisis	10	80	S/C
2.51	epífisis distal	15	90	S/C
2.52	ROTULA	10	40	Reevaluación
2.53	TIBIA epífisis proximal	10	75	S/C
2.54	platillo tibial	10	70	S/C
2.55	diáfisis	10	60	S/C
2.56	epífisis distal	10	75	S/C
2.57	PERONÉ diáfisis	5	35	S/C





2.58		epffisis	5	45	S/C
2.59	TIBIA Y PERONÉ		15	80	S/C
2.60	BIMALEOLAR (Tobillo)		15	80	S/C
2.61	TRIMALEOLAR (Tibia + peroné)		15	80	Reevaluación
2.62	ASTRAGALO / ESCAFOIDES	sin desplazamiento	10	60	Reevaluación
2.63		con desplazamiento	15	90	Reevaluación
2.64	CALCÁNEO		10	60	S/C
2.65	TARSO (CUBOIDES Y CUÑAS)		05	45	S/C
2.66	METATARSO: II AL IV		5	35	S/C
2.67	METATARSO: I Y V		5	45	Reevaluación
2.68	FALANGES: Del II al V dedo	Epffisis/articular	10	25	S/C
2.69	Del II al V dedo	Diáfisis	5	20	S/C
2.70	Del I dedo	Epffisis/articular	10	35	S/C
2.71		Diáfisis	5	20	S/C
3	ARTICULACIONES (LUXACIONES)				
B	LESIÓN CERVICAL		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
3.3	Esguince cervical		02	08	Salvo/C
3.4	Subluxación cervical		03	15	Salvo/C
3.5	Luxación cervical		05	35	Salvo/C
C	LUXACIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
3.6	ESCAPULO HUMERAL		05	35	Salvo/C
3.7	ACROMIO CLAVICULAR		05	20	Salvo/C
3.8	CODO		05	35	Salvo/C
3.9	MUÑECA		05	25	Salvo/C
3.10	METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA		05	20	Salvo/C
D	LUXACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
3.11	COXO FEMORAL		15	90	Salvo/C
3.12	DIÁSTASIS SÍNFISIS PÚBICA		10	60	Salvo/C
3.13	RODILLA: LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR		10	60	Salvo/C
3.14	LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR		10	40	Salvo/C
3.15	LESIÓN DE LIGAMENTOS LATERALES		05	20	Salvo/C
3.16	TOBILLO		05	35	Salvo/C
3.17	METATARSOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA		05	20	Salvo/C
3.18	SUBLUXACIONES (todos los miembros)		03	15	Salvo/C





4	LIGAMENTOS, MÚSCULOS, VASOS, NERVIOS Y OTROS	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
4.1	ESGUINCES (todos los miembros) I Grado	02	05	Salvo/C
4.2	II Grado	03	12	Salvo/C
4.3	III Grado	05	20	Salvo/C
4.4	DESGARRO MUSCULAR Parcial	02 - 05	12 - 20	Salvo/C
4.5	Total	02 - 05	40	Salvo/C
4.6	Seccionamiento de tendones de la mano	05	20	Salvo/C
4.7	Seccionamiento de tendones del pie	05	25	Salvo/C
4.8	TRAUMATISMO VASCULAR (Arterial y/o Venoso)	05	25-40	Salvo/C
4.9	LESIÓN NERVIOSA : NEUROPATÍAS TRAUMÁTICA	05	25-40	Salvo/C
4.10	MENISCOPATÍA TRAUMÁTICA	10	45	Salvo/C
4.11	RUPTURA DE TENDÓN DE AQUILES	10	60	Salvo/C
4.12	FASCEITIS PLANTAR	05	20	Salvo/C
5	DIAGNÓSTICOS			
A	CABEZA	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
5.1	TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC) Leve	02	06	Salvo/C
5.3	TEC Moderado	06	15	Salvo/C
5.5	TEC Grave o Severo	20	60	Salvo/C
5.6	Herida cuero cabelludo (sin compromiso encéfalo craneano)	02	07	Salvo/C
5.7	Hematoma Epicraneal	02	10	Salvo/C
5.8	Hematoma Epidural	10	35	Salvo/C
5.9	Hematoma Subdural	10	40	Salvo/C
5.10	Concusión Cerebral	06	25	Salvo/C
5.11	Conmoción y Contusión	10	25	Salvo/C
5.12	Laceración Encefálica	20	90	Salvo/C
5.13	Edema Cerebral (de origen traumático) leve	04	10	Salvo/C
5.14	Edema Cerebral (de origen traumático) Moderado	06	15	Salvo/C
5.15	Edema Cerebral (de origen traumático) Grave	20	60	Salvo/C
5.16	Hemorragia Subaracnoidea	06	35	Salvo/C
5.17	Hemorragia Intraventricular	06	35	Salvo/C
5.18	Hematoma intraparenquimal	10	45	Salvo/C
5.19	Neumoencéfalo	10	50	Salvo/C
B	CUELLO	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
5.20	Contusión con compromiso vascular/visceral	05	15	Salvo/C





5.21	Laceración con compromiso vascular/visceral	05	35	Salvo/C
5.22	Lesión cervical partes blandas (Cogoteo)	02	08	Salvo/C
C	TÓRAX	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
5.23	NEUMOTÓRAX	05	25	Salvo/C
5.24	Hemotórax, Hemoneumotórax	05-08	35	Salvo/C
D	VÍSCERAS (Tórax, Abdomen y Pelvis)	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
5.25	CONTUSIONES (Leve=3/08, Moderado=4/15, Severo=5/20)	03-05	08-20	Salvo/C
5.26	LACERACIONES (Leve=3/10, Moderado=6/20, Severo=10/40)	03-10	10-40	Salvo/C
5.27	Laceración - Perforación Peritoneal	03-05	10-20	Salvo/C
5.28	Metrorragia no complicada (Post evento traumático)	03	07	Salvo/C
6	OFTALMOLOGÍA	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
A	POR QUEMADURAS QUÍMICAS	A.T FAC.	INC.M.L	Observación
6.1	Grado I.- Daño del epitelio	01	02	Salvo/C
6.2	Grado II.- Borrosidad, Isquemia	03	07	Salvo/C
6.3	Grado III.- Pérdida total del epitelio corneal	03	15	Salvo/C
B	OTRAS LESIONES DEL PÁRPADO Y EL OJO	A.T FAC.	INC.M.L	Observación
6.4	PARPADOS: Edema, equimosis, heridas sin complicaciones	02	03-07	Salvo/C
6.5	Laceración palpebral (en tarso)	02	06	Salvo/C
6.6	Laceración palpebral (en borde)	02	14	Salvo/C
6.7	CONJUNTIVA BULBAR: Hemorragias	02	08-10	Salvo/C
6.8	Abrasiones traumáticas (por rasguño en el ojo)	02	07	Salvo/C
6.9	Heridas leves	02	07	Salvo/C
6.10	Heridas moderadas	03	15	Salvo/C
6.11	CORNEA: Cuerpo extraño	02	03 a 08	Salvo/C
6.12	Erosión/abrasión epitelial	02	08	Salvo/C
6.13	Heridas o quemaduras que involucren el estroma	04	14	Salvo/C
6.14	Ruptura corneal	02	09	Salvo/C
6.15	ESCLEROTICA.- Herida penetrante	06	20-30	Salvo/C
6.16	Iritis traumática sin hifema	02	15	Salvo/C
6.17	Iritis traumática con hifema	04	20-90	Salvo/C
6.18	Uveítis anterior leve	02	03	Salvo/C
6.19	Uveítis anterior moderada	03	07	Salvo/C
6.20	Ruptura de esfínter	03	07	Salvo/C
6.21	CRISTALINO: Luxación de cristalino, catarata traumática	06	30	Salvo/C





6.22	VÍTREO.- Hemorragia leve	04	14	Salvo/C
6.23	Hemorragia moderada a severa	06	30	Salvo/C
6.24	RETINA: Ruptura retiniana (desgarro pequeño)	02	15	Salvo/C
6.25	Desprendimiento, ruptura, lesión macular	08	90	Salvo/C
6.26	COROIDES: Hemorragia	04	30	Salvo/C
6.27	Coroidoretinitis	06	30	Salvo/C
6.28	Uveítis posterior	06	30	Salvo/C
6.29	MUSCULOS EXTRAOCULARES: Paresias	04	30	Salvo/C
6.30	Parálisis	04	30	Salvo/C
6.31	Enucleación o evisceración	04	30	Salvo/C
6.32	Lesión del segmento posterior: Edema, desgarro retiniano,	08	30	Salvo/C
6.33	hemorragia vítrea, desprendimiento de retina	08	30	Salvo/C
6.34	Estallido ocular	08	30	Salvo/C
6.35	Sección de conducto lacrimal	08	30	Salvo/C
7	OTORRINOLARINGOLOGÍA	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
A	PABELLÓN AURICULAR-OÍDO EXTERNO	A.T FAC.	INC.M.L	Observación
7.1	Avulsión o desprendimiento	04	25	Salvo/C
7.2	Pericondritis	05	07	Salvo/C
B	OÍDO MEDIO (con Informe de la especialidad)	A.T FAC.	INC.M.L	Observación
7.3	Ruptura del tímpano	05	20	Salvo/C
7.4	Obstrucción de Trompa de Eustaquio (Traumática)	04	14	Salvo/C
7.5	Lesión de oído interno (con Informe de la especialidad)	05	15	Salvo/C
7.6	Paresia coclear traumática	04	14	Salvo/C
C	LARINGE (con Informe de la especialidad)	A.T FAC.	INC.M.L	Observación
7.7	Luxación Art. Crico-aritenoidea	03	14	Salvo/C
7.8	Luxación Art. Cricotiroides	03	28	Salvo/C
7.9	Fractura de anillos laríngeos	04	15	Salvo/C
7.10	Fractura de hueso hioides	05	20	Salvo/C
7.11	Fractura de cartilago tiroideos	05	25	Salvo/C
7.12	Fractura de cartilago cricoides	05	30	Salvo/C
7.13	Contusión laríngea con paresia de cuerdas vocales	02	05	Salvo/C
7.14	Contusión laríngea con parálisis de cuerdas vocales	05	60	Salvo/C
7.15	Laringitis Traumática	02	08	Salvo/C
7.16	Avulsión de epiglotis	04	20	Salvo/C
8	OTROS - CASOS ESPECIALES	ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones





8.1	Sección del conducto de Stenon		05	15	Salvo/C
8.2	Traumatismo de cartilago(s) nasal con desviación de eje nasal		02-04	08-10	Salvo/C
9	LESIONES DENTARIAS		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
I. LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA					
9.1	Infracción (fisura) de la corona		1	1 a 3	Salvo/C
9.2	Fractura no complicada de la corona				
		limitada al esmalte	2	3 a 5	Salvo/C
		limitada esmalte y dentina	2	6 a 10	Reevaluación
9.3	Fractura complicada de la corona				
	A tercio medio coronal	Uno a dos dientes	3	7 a 10	Reevaluación
	A tercio cervical		5	15	Reevaluación
9.4	Fractura no complicada de corona y raíz				
		Uno a dos dientes	3	5 a 10	Salvo/C
9.5	Fractura complicada de corona y raíz				
		Uno a dos dientes	5	15 a 20	Reevaluación
9.6	Fractura de raíz				
		Uno a dos dientes	5	15 a 20	Reevaluación
*si son cuatro o más piezas dentarias debe señalarse además de la valoración cuantitativa, que se altera la función del sistema estomatognático y lo hacen impropio para su función.					
II. LESIONES EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES					
9.7	Concusión (afecta estructuras de sostén del diente sin movilidad ni desplazamiento anormal del diente pero con una evidente reacción a la percusión)				
	Concusión	Uno a dos dientes	2	3 a 5	Salvo/C
9.8	Subluxación				
		Uno a dos dientes	2	08 a 10	Reevaluación
9.9	Luxación intrusiva				
		Uno a dos dientes	5	15 a 20	Reevaluación
9.10	Luxación (extrusiva, lateral)				
		Uno a dos dientes	5	20 a 25	Reevaluación
9.11	Exarticulación (avulsión completa)				
		Uno a dos dientes	5	20 a 25	Salvo/C
*si son cuatro o más piezas dentarias debe señalarse además de la valoración cuantitativa, que se altera la función del sistema estomatognático y lo hacen impropio para su función.					
*si las pérdidas dentarias son en forma masiva (que involucren un hemimaxilar) podrá extenderse hasta 30 días o más					





III. LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN					
9.12	Fractura conminuta de la cavidad alveolar (fondo)		5	20 días	Salvo/C
9.13	Fractura de la pared alveolar		5	20 a 25	Salvo/C
9.14	Fractura del proceso alveolar (afecta al hueso maxilar)				
			5	25 a 35	Salvo/C
9.15	Fractura de maxilar				
	Sin desplazamiento		05	35	Salvo/C
	Con desplazamiento		15	60	Salvo/C
9.16	Fractura de mandibular				
	Sin desplazamiento		05	35	Salvo/C
	Con desplazamiento		15	90	Salvo/C
9.17	Luxación de la Articulación Temporo Mandibular ATM				
		Unilateral	3 - 5	20-25	Salvo/C
		Bilateral	5 - 8	35	Salvo/C
*se tiene que considerar que las fracturas van a producir secuelas anatómicas, funcionales y estéticas.					

EN NIÑOS

A	Segmento corporal		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.1	CLAVÍCULA		02	21	S/C
B	HUMERO:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	S/C
10.2	Cuello quirúrgico	Sin desplazamiento	2	21	S/C
10.3		Con desplazamiento	5	45	S/C
10.4	Diáfisis	Transversa	6	60	S/C
10.5		Espiroidea	5	45	S/C
10.6	Cabeza Radial	sin cirugía	2	15	S/C
10.7		con cirugía	3	21	S/C
10.8	Olécranon	sin desplazamiento	2	21	S/C
C	MUÑECA		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.9	Radio	(en rodete-tallo verde)	2	21	S/C
10.10	Radio	Externo distal	3	30	S/C
10.11	Escafoides		6	60	S/C
D	MANO:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.12	Metacarpienos	y falanges	3	21	S/C
E	FÉMUR:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones





10.13	Cervico-trocantérica		12	120	S/C
10.14	Diáfisis transversal		8	80	S/C
10.15	Supracondilea		5	45	S/C
F	TIBIA:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.16	Externo proximal		5	45	S/C
10.17	Diáfisis aislada		6	60	S/C
10.18	Tibia y peroné		8	80	S/C
G	PERONÉ:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.19	Aislado		3	30	
H	TOBILLO:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.20	Epifisiolisis		3	35	S/C
10.21	Fisura Epifisiaria		2	15	S/C
I	PIE:		ASIST. FAC.	DESC. MED. LEGAL	Observaciones
10.22	Metatarsianos	y falanges	2	21	S/C
10.23	Calcáneo		3	30	S/C

Legenda de las Siglas:

Asistencia Facultativa = Asist. Fac.

Descanso Médico Legal = Desc. Med. Legal

Salvo complicaciones = S/C





ANEXO 4

SOLICITUD DE DOCUMENTO(S) Y/O PRUEBA AUXILIAR COMPLEMENTARIA

OF. N° FECHA:

DEPENDENCIA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

TIPO DE RML:

- Lesiones (agresión) ()
- Lesiones (Tránsito): ()
- Violencia Familiar: Lesiones: ()
- Gineco-Obstétrico ()
- Otros: ()

DOCUMENTOS(S) SOLICITADOS(S):

- INFORME MÉDICO ()
- HISTORIA, CLÍNICA COMPLETA (Original o Copia Autenticada Legible) ()
- EVALUACIÓN POR LA ESPECIALIDAD DE: E INFORME ()

EXÁMENES AUXILIARES SOLICITADOS:

- Rx.H.P.NARIZ E INFORME: ()
- Rx. de: E INFORME ()
- ECOGRAFÍA DE: E INFORME ()
- ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL E INFORME ()
- ELECTROCARDIOGRAMA E INFORME ()
- TEST DE ESFUERZO FÍSICO E INFORME ()
- PRUEBA DE EMBARAZO E INFORME ()
- DOSAJE DE FRACCIÓN BETA DE HORMONA GONADOTROPINA: ()
- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE: E INFORME: ()
- RESONANCIA MAGNETICA DE: E INFORME: ()
- OTROS: ()

...../...../20.....

OBSERVACIONES: Adjuntar el presente documento conjuntamente con el resultado del examen solicitado y presentarlo por Mesa de Partes.



PERITO 1

PERITO 2





ANEXO 5

SOLICITUD DE PRONUNCIAMIENTO MÉDICO LEGAL SIN INFORMES MÉDICOS Y/O EXÁMENES AUXILIARES SOLICITADOS

Sr. _____
Subgerente de la División Clínico Forense/Responsable DML _____
Por el presente documento, de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales; solicito que se emita el Informe Pericial y la valoración médica cuantitativa del daño corporal, con respecto al Informe Pericial N° _____, en donde se me solicitaron informes médicos y/o exámenes auxiliares, las cuales no la puedo obtener por lo siguiente:

Por lo cual solicito al médico legista: _____
Se pronuncie en el certificado médico legal correspondiente.
Declaro, que se me ha explicado y que he comprendido a cabalidad, los riesgos y/o consecuencias médicas, periciales y de índole jurídico que pudieran derivarse de la decisión que he tomado.
Acepto que la valoración de las lesiones se realizará en base a lo observado durante el examen clínico, sin tener en cuenta los resultados de los exámenes auxiliares o evaluaciones que se me ha solicitado.
Asimismo, específicamente con respecto a mi salud, tengo pleno conocimiento de lo relacionado al Artículo 4° de la Ley general de salud, Ley No 26842, "...la negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud..."

Nombre y apellidos del solicitante: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Fecha de solicitud: _____



FIRMA E IMPRESIÓN DACTILAR DEL
SOLICITANTE

FIRMA Y POSTFIRMA DE SERVIDOR/FUNCIONARIO
QUE BRINDA INFORMACION AL SOLICITANTE





ANEXO 6

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICO LEGALES:

ASISTENCIA FACULTATIVA.- Es el número aproximado de días en los que el evaluado requerirá atenciones médicas, está referido directamente con el procedimiento terapéutico aplicado y con las probables complicaciones que se pudieran presentar.

BIOMECÁNICA.- Es el estudio de las leyes de la mecánica aplicada a la Biología. Estudia las fuerzas internas y externas, y cómo éstas interactúan para explicar los efectos de un trauma en el cuerpo humano.

CAUSA.- Fundamento u origen de algo. Hecho transformador necesario y suficiente para producir un resultado.

CERTIFICADO MÉDICO.- Documento médico en que se asegura la verdad de un hecho de naturaleza médica. Se expide en el ámbito médico asistencial.

COMPLICACIONES.- Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

CONCAUSAS.- Cosa que, juntamente con otra, es causa de algún efecto. La concausa es una condición necesaria, pero no suficiente por sí sola para producir el resultado. Las concausas pueden ser preexistentes o precedentes al hecho dañoso, concausas simultáneas y concausas subsiguientes o sobrevinientes.

DAÑO CORPORAL.- Menoscabo, alteración en la estructura o función corporal que, a consecuencia de un evento determinado, sufre una persona en su integridad psicofísica.

DIAS DE DESCANSO MÉDICO LEGAL.- Se refiere al tiempo aproximado que requiere una lesión para lograr su reparación biológica primaria. Su utilidad dentro del ámbito jurídico, consiste en orientar a la autoridad competente para la tipificación del hecho y la determinación de la competencia

DICTAMEN PERICIAL O INFORME PERICIAL FORENSE.- Es un documento médico legal que:

Reconoce, describe, informa, comunica y emite opinión sobre un hecho materia de investigación, que exige conocimientos técnicos especiales, y cuya finalidad es ilustrar a la autoridad competente. Ejemplo: Evaluación clínica médico legal a la víctima.

En asuntos de interés criminalístico, contiene la opinión técnica pericial que se forma o emite sobre un suceso, incorporando además de lo que se ha comprobado y descrito en la evaluación clínica médico legal, otros elementos como estudios de la escena de los hechos, fotografías, resultados de exámenes auxiliares, resultados de interconsultas, guías de práctica clínica, análisis de normas técnicas, opinión manifestada por otros facultativos, etc.

FUNCIÓN.- Capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos. Ejemplos: función de locomoción, función excretoria, función reproductiva, etc.





INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO.- Es el tiempo de descanso médico o físico que expide el facultativo dentro del proceso de enfermedad o injuria traumática laboral. Algunas enfermedades discapacitantes tienen estrecha relación con la medicina laboral.

INMINENTE PELIGRO PARA LA VIDA.- El peligro de la vida implica dos situaciones, la existencia de un peligro concreto y de un peligro potencial; toda lesión implica un peligro potencial para la vida de la persona; sin embargo, pocas implican un peligro inmediato o inminente. La inminencia de peligro para la vida debe entenderse como aquella que se produce apenas ocasionada la lesión, es una situación actual con existencia efectiva de un peligro inminente real e indiscutible y que tiene manifestaciones objetivas; por tanto, debe valorarse lo que se ha producido y no lo que pueda producirse. El peligro no debe ser potencial o temido, sino real.

ORGANISMO.- Conjunto de sistemas que se integran para realizar funciones muy complejas y que permiten el normal funcionamiento de una persona.

ÓRGANO.- Conjunto de tejidos y estructuras, que se integran para realizar determinada función. Ejemplos: estómago, pulmones, etc.

PERICIA.- Habilidad práctica, competencia, experiencia o maestría para hacer algo.

PERITADO.- Es la persona sobre la que se realiza un peritaje.

PERITAJE O PERITACIÓN.- Trabajo o estudio que hace un perito

PERITAR.- Evaluar en calidad de perito.

PERITO.- Persona que cuenta con una experticia especial en un área de conocimiento, derivada de sus estudios o especialización profesional, del desempeño de ciertas artes o del ejercicio de un determinado oficio.

POSICIÓN ANATÓMICA.- Posición universal que se describe para efectuar el estudio anatómico. El cuerpo en bipedestación, con la cabeza, los miembros superiores e inferiores extendidos, con las palmas y puntas de los pies dirigidas hacia delante.

SECUELAS.- Es la consecuencia, el menoscabo permanente, el saldo negativo de la reparación biológica (curación) de una lesión. Es muy difícil determinar en qué momento la secuela se instaura y cuando deja de evolucionar, de todas formas, el punto de corte está marcado por el momento en que se presume que la lesión no sufrirá cambios significativos, ni se puede lograr mejoría significativa con tratamiento médico quirúrgico. Algunos autores denominan a esta fase como consolidación lesional, estabilización lesional, etc.

SISTEMA O APARATO.- Agrupación de órganos que funcionan conjuntamente para cumplir una función específica en el organismo. Ejemplos: sistema digestivo, aparato respiratorio, sistema urinario, etc.

TEJIDO.- Agrupación de células del mismo tipo y que realizan funciones específicas. Ejemplos: tejido de revestimiento cutáneo, tejido muscular, tejido nervioso, etc.





BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Hernández Cueto C. Valoración médico-legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II: doctrina médico legal de valoración de daños personales. Madrid: Colex; 2010.
2. Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
3. Vega Vega C., Bañón González R.M. Criterios de estabilidad lesional en la valoración del daño corporal. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):36---38
4. García-Blázquez Pérez Manuel. García-Blázquez Pérez Cristina Mara. Nuevo Manual de Valoración y baremación del daño corporal. 20ª edición. Editorial comares. Granada – 2013.
5. Magalhães T (1998). Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação. Sua Aplicação Médico-Legal. Almedina, Coimbra.
6. Hamonet C, Magalhães T (2001). Système d'Identification et de Mesure des Handicaps. Edit, Eska, Paris.
7. Criado del Río María Teresa. Valoración médico Legal del daño a la persona. Valoración del daño corporal. Tomo II: Doctrina Médico legal de valoración de daños personales. Editorial Colex. 2010.
8. Directiva Nº 16-GG-ESSALUD-2001 "procedimiento para distribución, emisión, registro y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo (CITT).
9. Directiva Nº 006-GG-ESSALUD-2009. Normas para el canje de certificados médicos particulares por certificados de incapacidad temporal para el trabajo CITT.
10. Resolución de Gerencia General Nº 346-GG-ESSALUD-2002. Modifican la directiva Nº 16-GG-ESSALUD-2001 referida al "procedimiento para distribución, emisión, registro y control de certificados de incapacidad temporal para el trabajo (CITT).
11. Resolución de Gerencia General Nº 1311-GG-ESSALUD-2014 Que aprueba la Directiva de Gerencia General Nº 015- GG-ESSALUD-2014 "Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en ESSALUD".
12. Hamdy, M.K., Deatherage, F.E., Shinowara, G.Y. (1957) Bruised tissue. I. Biochemical changes resulting from blunt trauma. Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine, 95, 255 – 258.
13. Moritz, A.R. (1942) The Pathology of Trauma , Henry Kimpton , London , pp. 28 – 35.
14. Devlin, T.M. (1992) Textbook of Biochemistry, 3rd edn, Wiley - Liss, New York, pp. 1017.
15. Tenhunen, R. (1972) the enzymatic degradation of heme . Seminars in Haematology , 9, 19 – 29.
16. M.L. Pilling, et al., Visual assessment of the timing of bruising by forensic experts, J. Forensic Legal Med. 17 (3) (2010) 143–149.
17. S. Maguire, et al., Can you age bruises accurately in children? A systematic review, Arch. Dis. Child. 90 (2) (2005) 187–189.
18. Barsley R, West M, Fair J. Forensic photography. Ultraviolet imaging of wounds on skin. Am J Forensic Med Pathol 1990; 11:300–8.
19. Cameron JM, Grant JH, Ruddick RJ. Ultraviolet photography in forensic medicine. Forensic Photography 1973; 2:9–12.
20. Ruttly GN. Bruising: concepts of ageing and interpretation. In: Ruttly GN, eds. Essentials of autopsy practice. London, New York: Springer-Verlag, 2001:233–40.
21. Bariciak E, Plint A, Gaboury I, et al. Dating of bruises in children: an assessment of physician accuracy. Pediatrics 2003; 112:804–7.
22. Grossman et al. Can we assess the age of bruises? An attempt to develop an objective technique. Medicine, Science and the Law 2011; 51: 170–176
23. V.K. Hughes, P.S. Ellis, N.E.I. Langlois, The practical application of reflectance spectrophotometry for the demonstration of haemoglobin and its degradation in bruises, J. Clin. Pathol. 57 (4) (2004) 355–359.
24. M.M.J. Lecomte et al. The use of photographs to record variation in bruising response in humans. Forensic Science International 231 (2013) 213–218
25. Langlois, N.E.I. and Gresham, G.A. (1991) The aging of bruises: A review and study of the colour changes with time. Forensic Science International, 50, 227 – 238.
26. Stephenson, T. and Bialas, Y. (1996) Estimation of the age of bruising. Archives of Disease in Childhood, 74 , 53 – 55 .
27. Munang, L.A., Leonard, P.A. and Mok, J.Y.Q. (2002) Lack of agreement on colour description between clinicians examining childhood bruising. Journal of Clinical Forensic Medicine, 9, 171 – 174.
28. Hughes, V.K., Ellis, P.S. and Langlois, N.E.I. (2004) the perception of yellow in bruises. Journal of Clinical Forensic Medicine , 11 , 257 – 259





29. Kinnear, P.R. and Sahraie, A. (2002) New Farnsworth - Munsell 100 hue test norms of normal observers for each year of age 5 – 22 and for age decades 30 – 70. *British Journal of Ophthalmology*, 86, 1408 – 1411.
30. Maguire, S., Mann, M.K., Sibert, J. and Kemp, A. (2005) Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 187 – 189.
31. Hak DJ, Olson SA, Matta JM, Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. *Journal of Trauma*, 1997 Jun;42(6):1046-51
32. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM, Morel-Lavallee lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation, *Skeletal Radiology*, 2007 Jun;36 Suppl 1:S43-5
33. Tsur A, Galin A, Kogan L, Loberant N, Morel-Lavallee syndrome after crush injury, in Harefuah, 2006 Feb. 145(2):111-3, 166
34. Jouvencel M.R. Biocinemática del accidente de tráfico. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid. 2000.
35. Werner C, Engelhard K. Pathophysiology of traumatic brain injury. *Br J Anaesth*. 2007; 99:4-9.
36. Adams JH, Graham DI, Scott G, Parker LS, Doyle D. Brain damage in fatal non-missile head injury. *J Clin Pathol*. 1980; 33:1132-45.
37. Webb FM. Definition, physiology and severity of concussion. En: Echemendia RJ, editor. *Sports Neuropsychology: Assessment and Management of Traumatic Brain Injury*. New York, NY: Guilford Press; 2006:45-70.
38. Erlanger DM, Kutner KC, Barth JT, Barnes R. Neuropsychology of sports-related head injury: dementia pugilistica to post concussion syndrome. *Clin Neuropsychol*. 1999; 13(2):193-209.
39. Poirier MP. Concussions: assessment, management, and recommendations for return to activity. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2003;4(3):179-85.
40. Johnston KM, McCrory P, Mohtadi NG, Meeuwisse W. Evidence-based review of sport-related concussion: clinical science. *Clin J Sport Med*. 2001;11(3):150-9.
41. McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Br J Sports Med*. 2005;39(4):196-204.
42. Aubry M, Cantu R, Dvorak J, et al. Summary and agreement statement of the First International Conference on Concussion in Sport, Vienna 2001: recommendations for the improvement of safety and health of athletes who may suffer concussive injuries. *Br J Sports Med*. 2002; 36(1):6-10.
43. Kirkwood MW, Yeates KO, Wilson PE. Pediatric sport-related concussion: a review of the clinical management of an oft-neglected population. *Pediatrics*. 2006;117(4):1359-71
44. Shaw NA. The neurophysiology of concussion. *Prog Neurobiol*. 2002; 67(4):281-344.
45. Ommaya AK, Gennarelli TA. Cerebral concussion and traumatic unconsciousness: correlation of experimental and clinical observations of blunt head injuries. *Brain*. 1974; 97(4):633-54.
46. Gennarelli TA, Adams JH, Graham DI. Acceleration induced head injury in the monkey. I. The model, its mechanical and physiological correlates. *Acta Neuropathol Suppl*. 1981; 7:23-5.
47. Lovell MR, Collins MW, Iverson GL, Johnston KM, Bradley JP. Grade 1 or "ding" concussions in high school athletes. *Am J Sports Med*. 2004; 32(1):47-54.
48. Schulz MR, Marshall SW, Mueller FO, et al. Incidence and risk factors for concussion in high school athletes, North Carolina, 1996-1999. *Am J Epidemiol*. 2004; 160(10):937-44.
49. Delaney JS, Lacroix VJ, Leclerc S, Johnston KM. Concussions during the 1997 Canadian Football League season. *Clin J Sport Med*. 2000; 10(1):9-14.
50. Collins MW, Iverson GL, Lovell MR, et al. On-field predictors of neuropsychological and symptom deficit following sports-related concussion. *Clin J Sport Med*. 2003; 13(4):222-9.
51. McCrea M. Standardized mental status assessment of sports concussion. *Clin J Sport Med*. 2001;11(3):176-81.
52. McClincy MP, Lovell MR, Pardini J, Collins MW, Spore MK. Recovery from sports concussion in high school and collegiate athletes. *Brain Inj*. 2006;20(1):33-9.
53. McCrea M, Guskiewicz KM, Marshall SW, et al. Acute effects and recovery time following concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study. *JAMA*. 2003; 290(19):2556-263.
54. Guskiewicz KM, McCrea M, Marshall SW, et al. Cumulative effects associated with recurrent concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study. *JAMA*. 2003; 290(19):2549-55.
55. Guskiewicz KM, Weaver NL, Padua DA, Garrett WE Jr. Epidemiology of concussion in collegiate and high school football players. *Am J Sports Med*. 2000; 28(5):643-50.
56. Broshek DK, Kaushik T, Freeman JR, et al. Sex differences in outcome following sports-related concussion. *J Neurosurg*. 2005; 102(5):856-63.





57. Collins M. New developments in the management of sports concussion. *Curr Opin Orthop*. 2004; 15(1):100-7.
58. Viano DC, Casson IR, Pellman EJ. Concussion in professional football: biomechanics of the struck player - part 14. *Neurosurgery*. 2007; 61(2):313-27; discussion 327-8.
59. Buzzini SR, Guskiewicz KM. Sport-related concussion in the young athlete. *Curr Opin Pediatr*. 2006; 18(4):376-82.
60. Theye F, Mueller KA. "Heads up": concussions in high school sports. *Clin Med Res*. 2004; 2(3):165-71.
61. Kirkwood MW, Yeates KO, Wilson PE. Pediatric sport-related concussion: a review of the clinical management of an oft-neglected population. *Pediatrics*. 2006; 117(4):1359-71.
62. Patlak M, Joy JE. Is soccer bad for children's heads: summary of the IOM workshop on neuropsychological consequences of head impact in youth soccer. In: *The IOM Workshop on Neuropsychological Consequences of Head Impact in Youth Soccer*. Washington DC: National Academy of Sciences; 2002.
63. Patel DR, Shivdasani V, Baker RJ. Management of sport-related concussion in young athletes. *Sports Med*. 2005; 35(8):671-84.
64. Omalu BI, DeKosky ST, Minster RL, et al. Chronic traumatic encephalopathy in a National Football League player. *Neurosurgery*. 2005; 57:128-34; discussion 128-34.
65. Theye F, Mueller KA. "Heads up": concussions in high school sports. *Clin Med Res*. 2004; 2(3):165-71.
66. McClincy MP, Lovell MR, Pardini J, Collins MW, Spore MK. Recovery from sports concussion in high school and collegiate athletes. *Brain Inj*. 2006; 20(1):33-9.
67. Erlanger D, Kaushik T, Cantu R, et al. Symptom-based assessment of the severity of a concussion. *J Neurosurg*. 2003; 98(3):477-84.
68. Collins M. New developments in the management of sports concussion. *Curr Opin Orthop*. 2004; 15(1):100-7.
69. Maroon JC, Lovell MR, Norwig J, et al. Cerebral concussion in athletes: evaluation and neuropsychological testing. *Neurosurgery*. 2000; 47(3):659-69; discussion 669-72.
70. Bleiberg J, Cernich AN, Cameron K, et al. Duration of cognitive impairment after sports concussion. *Neurosurgery*. 2004; 54(5):1073-8; discussion 1078-80.
71. McKeag DB. Understanding sports-related concussion: coming into focus but still fuzzy. *JAMA*. 2003; 290(19): 2604-5.
72. McCrery P, Johnston K, Meeuwisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Br J Sports Med*. 2005; 39(4):196-204.
73. Epstein HF. Cutaneous wound healing. *N Engl J Med* 1999; 341: 738-746.
74. M. Oehmichen. Vitality and time course of wounds. *Forensic Science International* 144 (2004) 221-231
75. Martin P: Wound healing – aiming for perfect skin regeneration. *Science* 1997; 276: 75-81.
76. Robson MC, Steed DL, Franz MG: Wound healing: biologic features and approaches to maximize healing trajectories. *Curr Probl Surg* 2001; 38: 72-140.
77. Werner S, Grose R: Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. *Physiol Rev* 2003; 83: 835-870.
78. Eming SA, Krieg T, Davidson JM: Inflammation in wound repair: molecular and cellular mechanisms. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 514-525.
79. Daley JM, Reichner JS, Mahoney EJ, Manfield L, Henry WL, Mastrofrancesco B, et al: Modulation of macrophage phenotype by soluble product(s) released from neutrophils. *J Immunol* 2005; 174: 2265-2272.
80. Tziotzios C, Profyris C, Sterling J: Cutaneous scarring: pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 13-24.
81. Profyris C, Tziotzios C, Do Vale I: Cutaneous scarring: pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 1-10.
82. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT: Wound repair and regeneration. *Nature* 2008; 453: 314-321.
83. Koh TJ, DiPietro LA: Inflammation and wound healing: the role of the macrophage. *Expert Rev Mol Med* 2011; 13:e23.
84. Bauer SM: Angiogenesis, vasculogenesis, and induction of healing in chronic wounds. *Vasc Endovasc Surg* 2005; 39: 293-306.
85. Madden JW, Peacock EE: Studies on the biology of collagen during wound healing. 3. Dynamic metabolism of scar collagen and remodeling of dermal wounds. *Ann Surg* 1971; 174: 511-520.
86. Lau K, Paus R, Tiede S, Day P, Bayat A: Exploring the role of stem cells in cutaneous wound healing. *Exp Dermatol* 2009; 18: 921- 933.





87. Jacinto A, Martinez-Arias A, Martin P: Mechanisms of epithelial fusion and repair. *Nat Cell Biol* 2001; 3:E117-E123.
88. Sorg H, Krueger C, Vollmar B: Intravital insights in skin wound healing using the mouse dorsal skin fold chamber. *J Anat* 2007; 211: 810-818.
89. Eckes B, Nischt R, Krieg T: Cell-matrix interactions in dermal repair and scarring. *Fibrogenesis Tissue Repair* 2010; 3: 4.
90. Hinz B: Formation and function of the myofibroblast during tissue repair. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 526-537.
91. Greenhalgh DG: The role of apoptosis in wound healing. *Int J Biochem Cell Biol* 1998; 30: 1019-1030.
92. Reinke J.M, Sorg H. Wound Repair and Regeneration. *Eur Su 36 rg Res* 2012;49:35-43
93. Arora DP, Narani N, McCulloch AG. The compliance of collagen gels regulates TGF β induction of smooth muscle actin in fibroblast. *Am J Pathol* 1999; 154:871-82?
94. Dajmi KF, Rootman J, Palcic, Thurston. Pharmacological modulation of human subconjunctival fibroblast behavior in vitro. *Ophthalmic Surgery* 1990; 21:32-43.
95. Appleton I, Brown NJ, Willoughby DA. Apoptosis, necrosis and proliferation: possible implication in the etiology of keloids. *Am J Pathol* 1996;149:1441-7
96. Aladro Castañeda M, DÍez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. *Revista de Seapa* 2013; XI: 12-17
97. McDougal WS, Slade CL, Pruitt BA Jr. Manual sobre quemaduras. Barcelona: Editorial JIMS; 1979.
98. FMC - Protocolos. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria. *Form Med Contin Aten Prim.* 2010 ;17:7-35
99. Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury: guidelines for development and operation of burn centers. American Burn Association. *J. Burn Care Rehabil.* 1990; 11:98-104.
100. Córdoba S. Lesiones cutáneas producidas por el frío. *FMC.* 2009;16(9):538-46
101. Alex Euluff M. y cols. Quemaduras por frío: Revisión de 10 Años. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 58 - N° 5, Octubre 2006.
102. Platt Adrian E. Frostbite. *Baylor University Medical Center Proceedings.* *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2010;23(3):261-262
103. Kon T, Cho TJ, Aizawa T, Yamazaki M, Nooh N, Graves D, et al. Expression of osteoprotegerin, receptor activator of NF-kappaB ligand (osteoprotegerin ligand) and related proinflammatory cytokines during fracture healing. *J Bone Miner Res.* 2001; 16:1004-1014.
104. Cho TJ, Gerstenfeld LC, Einhorn TA. Differential temporal expression of members of the transforming growth factor beta superfamily during murine fracture healing. *J Bone Miner Res.* 2002;17:513-520.
105. Gerstenfeld LC, Cullinane DM, Barnes GL, Graves DT, Einhorn TA. Fracture healing as a post-natal developmental process: molecular, spatial, and temporal aspects of its regulation. *J Cell Biochem.* 2003b; 88:873-884.
106. Gerstenfeld LC, Cho TJ, Kon T, Aizawa T, Tsay A, Fitch J, et al. Impaired fracture healing in the absence of TNF-alpha signaling: the role of TNF-alpha in endochondral cartilage resorption. *J Bone Miner Res.* 2003a;18:1584-1592
107. Dimitriou R, Tsiridis E, Giannoudis PV. Current concepts of molecular aspects of bone healing. *Injury.* 2005;36:1392-1404





2016

MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES

“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”

GUÍA DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO
EN PERSONAS ADULTAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA INTENCIONAL

Lima - Perú

JEFATURA NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES





**MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES
“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”**

**GUÍA DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO
EN PERSONAS ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
INTENCIONAL**

**FISCAL DE LA NACIÓN
DR. PABLO SÁNCHEZ VELARDE**

**JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

DR. SEGUNDO ELEAZAR ALIAGA VIERA





AUTORES DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA AÑO 2011:

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Psiquiatra Eduardo Guzmán Negrón, Presidente del Comité

Psiquiatra Manuel Sotelo Trinidad

Psiquiatra Melva Pino Echegaray

Psicólogo Elmer Salas Asencio

Psicóloga María Caridad Lamas

Psicólogo Augusto B. Valdivia Palomino

Colaboraron:

Psiquiatra Nancy de la Cruz Chamilco

Psicóloga Patricia Rufz Cruz

Psiquiatra Elba Placencia Medina

Médico Legista y Auditor José Saúl Díaz Bendivel

Centro de Atención Psicosocial, CAPS

Psicólogo Carlos Jibaja Zárate

Psicóloga Carmen Wurst Calle

Psicólogo Yovana Pérez Clara

Movimiento Manuela Ramos, MMR

Abogada Jennie Dador Tozzini

Abogada Gina Yáñez de la Borda

Abogada Tania Raico Gallardo

Abogada Lisbeth Guillén Chávez

Colaboró:

Abogada Doris Blas Ramirez

CONSULTORES/AS:

Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú:

Psicóloga Tesania Velázquez

Psicóloga Doris Argumedo

Dr. Rafael Gargurevich Liberti

Diseño de Software

Ing. Ralph López Gonzáles





EXPERTOS/AS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA GUÍA:

Nacionales

Dr. Moisés Ponce Malaver
Dr. Delforth Laguerre Gallardo
Dra. Martha Rondón Rondón
Dra. Mirta Salazar Lazo
Lic. Juan Carlos Gonzáles Chalco
Lic. Julia Rosa Piaggio
Lic. Pierina Liberti de Gargurevich
Lic. Pilar Raffo de Quiñones
Lic. Marta Stornaiolo Crosby
Lic. Rosa Puente de Bacal
Dra. Militza Alvarez Machuca
Lic. Juana Luisa Lloret de Fernandez
Lic. Ruth Kristal Mitastein
Dr. Jorge Castro Morales
Dr. Alfonso Mendoza Fernández
Lic. Carmen Morales de Isasi
Lic. Nohemí Arata Espinoza
Lic. Delicia Ferrando Ruiz

Internacionales

Dr. Jorge Buitrago Cuella (Colombia)
Dra. Nancy De La Hoz Matamoro (Colombia)
Dr. Rodrigo Felipe Dresner Cid (Chile)
Dra. Loreto González Urayama (Chile)

PERITOS DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL QUE PARTICIPARON Y COMPLETARON SUS FORMATOS METODOLÓGICOS DE VALIDACIÓN DE LA GUÍA (APLICACIÓN PILOTO)

Huánuco

Lic. Danea Semitamis Delgado Rivero

Arequipa

Dra. Juana Cabala Cabala
Psicólogo Juan Carlos Gonzáles Chalco





Dra. Mirtha Salazar Lazo

Cusco

Psicóloga Elizabeth Estrada Vásquez

Dr. Jorge Luis Cabeza Limaco

San Martín

Psicólogo Ronald Aguirre Delgado

Satipo Junín

Psicóloga Violeta Durbis Reyes Miranda

La Libertad

Psicólogo Iván Enrique Olchanski Tejada

Loreto

Psicóloga Carmen Amelia Usseglio Medina

Huancavelica

Psicólogo Christian Miguel Lara Torres

Ucayali

Psicóloga Sandra Mónica Ríos Arena

Madre de Dios

Psicólogo Carlos Alberto Hurtado Ticuña

Junín

Psicóloga Norka Elvira Yupanqui Bonilla

Chiclayo Lambayeque

Psicólogo Juan Antonio Seclen Flores

AGRADECIMIENTOS

El Comité a cargo de la elaboración de la Guía expresa su agradecimiento a todas aquellas personas que desde sus respectivas especialidades aportaron en la construcción del presente instrumento. Cabe mencionar de manera especial a:

Lic. Lorenzo Barahona Meza

Lic. Iliana Estabridis Rey Sánchez

Lic. Iván Rivas Plata

Lic. Erika Medina Zevallos

Lic. Erika Cuba Oliveros

Lic. Roberto Parra Chinchalla

Lic. Liz Soldevilla Ruiz

Lic. Raquel Robles Saavedra;

Dra. Jeannette LLaja Villena





Lic. Ana Gutierrez Sánchez
Dra. Elvira Alvarez Olazabal
Dra. Janeth Tello Gilardi
Dra. María Peche Becerra
Dra. Gloria Cano Legua
Lic. Marisol Fernández Revoredo
Dra. Romy Chang Kcomt
Dra. Patricia Sarmiento Rissi
Dra. Teresa Hernandez Cajo
Lic. Paola MuñozZamudio,
Dr. Cristhian Solis Alcedo
Dra. Rita Arleny Figueroa Vasquez
Dra. Carolina Garcés Peralta
Lic. Cesar Saldarriaga Vásquez
Lic. Nieves Gómez Dupuis

CUIDADO DE EDICIÓN

Cecilia Heraud Pérez

AUSPICIOS

El proceso de elaboración de la Guía del año 2011 contó con la cooperación financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, de la Embajada de Holanda y de la Unión Europea.

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 1196-2016-MP-FN, DE FECHA 11 DE MARZO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Lourdes Emérita Morales Benavente

Fiscal Provincial de la Décimo Cuarta Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Katherine Borrero Soto

Fiscal Provincial de la Décimo Tercera Fiscalía Provincial Penal de Lima





María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Segundo Eleazar Aliaga Viera

Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público

Juan Jesús Huambachano Carbajal

Gerente del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 3564-2016-MP-FN, DE FECHA 16 DE AGOSTO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Oswaldo Elías Tacsi Guevara

Fiscal Provincial de la Vigésima Primera Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Juan Víctor Quiroz Mejía

Asesor de la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Estela Jessica Mejía Lovaton

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Manuel Sotelo Trinidad

Médico I del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Miriam Rocio Bustamante Gutiérrez

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Julissa Mercedes Urbizagástegui Manrique

Asistente Administrativo del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)





ÍNDICE

	Página
Introducción	10
Objetivo	11
1. Marco Legal	12
2. Marco Teórico	21
2.1 La salud mental de las personas	21
2.1.1 Enfoque biopsicosocial del desarrollo humano	22
a) Bases biológicas del desarrollo humano	23
b) El desarrollo humano desde lo psicosocial	24
2.2. Violencia y trauma	26
2.2.1 Tipos y escenarios de la violencia	27
2.2.2. La experiencia traumática de la violencia	29
2.2.3. Secuelas biopsicosociales en las personas víctimas de violencia	31
a) Secuelas neurobiológicas	31
b) Secuelas psicosociales	32
2.3. El daño psíquico	34
2.3.1 Consideraciones jurídicas del daño psíquico en el ámbito nacional e internacional	34
2.3.2 Perspectiva psicojurídica del daño psíquico	36
2.3.3. Enfoques sobre el daño psíquico	40
a) Enfoque de derechos humanos	41
b) Enfoque de desarrollo	41
c) Enfoque psicosocial	43
d) Enfoque de género	44
e) Enfoque intercultural de la experiencia traumática	45
2.3.4. Evaluación clínico-forense del daño psíquico	47
Diagrama "Daño Psíquico: Variables para el análisis del caso"	51
2.3.5 Experiencia traumática y tiempo requerido para la valoración del daño psíquico	52
3. METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN DE DAÑO PSÍQUICO EN VÍCTIMAS ADULTAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL, TORTURA Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA INTENCIONAL	54
3.1 Instructivo	54
3.2 Metodología	58
Parte I: Consideraciones generales	58
Parte II: Relato del hecho violento	60
Parte III: Historia personal y familiar	62
Parte IV: Información de fuentes secundarias	67
Parte V: Evaluaciones complementarias	67
Parte VI: Tipos de violencia	68
Parte VII: Valoración del Daño Psíquico	69
Parte VIII: Análisis del caso	82
Parte IX: Conclusiones	93
Parte X: Recomendaciones	93
Anexos	94
Anexo A: Formato Consentimiento Informado	95
Anexo B: Flujograma	96





Anexo 1: Definiciones operacionales de los indicadores	97
Anexo 2: Criterios de credibilidad del relato	106
Anexo 3: Modalidad y criterios de simulación	110
Anexo 4: Áreas e Instrumentos considerados para la validez de contenido de los indicadores	112
Anexo 5: Síndromes culturales: cuadros con los nombres locales y significados de los padecimientos en la salud integral en algunos contextos culturales	114
Anexo 6: Resumen Ejecutivo del Estudio de Validación de la Gufa de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional	118





INTRODUCCIÓN

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses ente rector de la Medicina Legal en el Perú, tiene por misión brindar consultoría técnica especializada, pericial y científica que requieran la función fiscal, judicial y otros que colaboren con el sistema de justicia. Entre sus funciones están las de emitir dictamen pericial científico y técnico especializado. En este marco el Instituto promovió la elaboración de un instrumento especializado para valorar el daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional, respondiendo así a las recomendaciones planteadas en la materia por la Defensoría del Pueblo e instancias internacionales de protección de los derechos humanos.

La elaboración del presente instrumento tiene como antecedente la *Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y Otras Formas de Violencia Intencional*, la cual fue elaborada por un Comité conformado para tal fin por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 1201-2009-MP-FN, integrado por profesionales psiquiatras, psicólogos y psicólogas del Instituto de Medicina Legal designados por la Jefatura Nacional; y, por profesionales del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y del Movimiento Manuela Ramos. Este instrumento uniformiza y consolida una metodología para valorar el daño psíquico en víctimas de violencia, recoge la experiencia de los profesionales del Instituto de Medicina Legal, la revisión de bibliografía especializada, las recomendaciones de expertos y expertas, los resultados de las consultas realizadas con varios sectores y los resultados de la aplicación piloto y del proceso de validación al que ha sido sometido.

La presente *Guía de Valoración del Daño Psíquico en Personas Adultas Víctimas de Violencia Intencional* constituye el resultado del trabajo de la Comisión creada por las Resoluciones de la Fiscalía de la Nación N° 1196-2016-MP-FN y N° 3564-2016-MP-FN, la que ha actualizado el marco normativo nacional, concordándolo a las últimas modificaciones incorporadas por la Ley N° 30364 (Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar) y su Reglamento, Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP.

La Guía constituye un instrumento técnico oficial especializado que orienta la labor pericial de los psiquiatras, psicólogos y psicólogas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses certificados; y, es aplicable a personas mayores de edad víctimas de violencia intencional cuando así lo ordene la autoridad competente, recomendada en la evaluación psicológica previa. Como resultado de la aplicación del instrumento y el análisis en base a su experticia, el perito se pronunciará si fuera el caso sobre la existencia y el nivel del daño psíquico.





OBJETIVO

Uniformizar metodológicamente los procedimientos para la valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional, que realiza los psiquiatras, psicólogos y psicólogas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional, orientando la labor pericial y contribuyendo a una eficiente administración de justicia.

ALCANCE

La presente Guía es de aplicación a nivel nacional, en todas las Divisiones Médicos Legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público.





1. MARCO LEGAL

Marco Normativo Internacional

El Estado peruano tiene la obligación de garantizar los derechos humanos de todas las personas, lo cual significa que además de reconocerlos, debe promoverlos y prever los mecanismos para su cabal ejercicio. La omisión o inacción respecto de alguno de estos componentes, así como la falta de una actuación con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar la violencia, en especial los casos de violencia contra las mujeres, coloca al Estado peruano en situación de incumplimiento pasible de acciones a nivel nacional e internacional.

El Estado peruano ha ratificado diversos instrumentos internacionales que contemplan importantes mecanismos de protección frente a la violencia. Así, tenemos los artículos 1 y 2 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos** que contienen un núcleo esencial de principios fundados en el respeto a la dignidad e igualdad de todo ser humano. De otro lado, el artículo 8 establece que: “Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o por la ley”.

Los artículos 2 y 3 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**¹ contemplan el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación. Asimismo, el artículo 7 señala que: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (...)”. Por su parte, el artículo 2 inciso a) establece que “Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a garantizar que toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados pueda interponer un recurso efectivo”.

La **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer**², establece una definición de discriminación que incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma

¹ Entrada en vigor del Tratado: 23 de marzo de 1976. Aprobado por el Estado peruano mediante Decreto Ley N° 22128, publicado el 29 de marzo de 1978. Fecha de ratificación: 28 de abril de 1978. Entrada en vigor para el Perú: 28 de julio de 1978.

² Entrada en vigor de la Convención: 3 de septiembre de 1981. Aprobada por Resolución Legislativa N° 23432 publicada el 5 de junio de 1982. Fecha de Ratificación: 13 de septiembre de 1982. Entrada en vigor para el Perú: 13 de octubre de 1982.





desproporcionada³. Esto “incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad”⁴. En el artículo 2-b, se establece que los Estados Parte “se comprometen a tomar diversas medidas, que incluyen la adopción de medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer”. En este sentido, se deben implementar “medidas jurídicas eficaces, como sanciones penales, recursos civiles e indemnización para protegerlas contra todo tipo de violencia (...)”⁵.

La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes⁶, en su artículo 1º inciso 1) define a la tortura como “todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero, información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”.

Desde el Derecho Penal Internacional se han dado importantes avances. En el **Estatuto de la Corte Penal Internacional**⁷, se consagra que en determinadas circunstancias la violencia sexual (violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada u otros abusos de sexuales), puede constituir crímenes de lesa humanidad y de guerra⁸.

³ 11º Período de Sesiones (1992). Recomendación general Nº 19. La violencia contra la mujer. Párrafo 6.

⁴ *Ibid.* Párrafo 7.

⁵ Párrafo 24-t-l). *Ibidem*. Cabe resaltar que en el caso AT c. Hungría, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer aclaró que la indemnización debía ser proporcional al daño físico y mental sufrido y a la gravedad de las violaciones de los derechos de la mujer. (Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General de Naciones Unidas. Sexagésimo primer período de sesiones. Adelanto de la mujer, 2006. Párrafo 269).

⁶ Entrada en vigor de la Convención: 26 de junio de 1987. Aprobada por Resolución Legislativa Nº24815, publicada el 25 de mayo de 1988. Fecha de ratificación: 7 de julio de 1988. Entrada en vigor para el Perú: 6 de agosto de 1988.

⁷ Naciones Unidas, aprobado 1998, Ratificado por el Estado peruano el 9 de octubre de 2001.

⁸ La jurisprudencia en el ámbito de los Tribunales Penales para la Ex Yugoslavia y Ruanda, son representativos en materia de violencia sexual. Así en el Caso Celebici se estableció que la “violación sexual da lugar a dolor y al sufrimiento, uno no debe mirar solamente las consecuencias físicas, sino también las consecuencias psicológicas y sociales de la violación. (Tribunal Penal para la Ex Yugoslavia El Fiscal c. ZejnilDelalicZdravkoMucic, HazimDelicEsadLandzo, Tribunal de Primera Instancia, 16 de noviembre de 1998. Párrafo 486).

Asimismo, Las Reglas de Procedimiento y Prueba de la Corte Penal Internacional se pronuncian sobre factores que pueden inhibir a una víctima de resistir físicamente una agresión sexual, que deben ser considerados en un proceso judicial. De acuerdo a estas reglas, los factores pueden incluir: “la fuerza, la amenaza de la fuerza, la coacción o el aprovechamiento de un entorno coercitivo”. Se establece que:

En casos de violencia sexual, la Corte se guiará por los siguientes principios y, cuando proceda, los aplicará:

- a) El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando la fuerza, la amenaza de la fuerza, la coacción o el aprovechamiento de un entorno coercitivo hayan disminuido su capacidad para dar un consentimiento voluntario y libre;
- b) El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando ésta sea incapaz de dar un consentimiento libre;
- c) El consentimiento no podrá inferirse del silencio o de la falta de resistencia de la víctima a la supuesta violencia sexual;





En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la **Convención Americana de Derechos Humanos**⁹ establece en el artículo 1º que “los Estados Parte se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna (...)”. El artículo 5.1 señala que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” y el artículo 25.1 que “toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales”.

Asimismo, la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”**¹⁰, establece en el artículo 1, que la violencia contra la mujer es “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

El artículo 2, desarrolla los tipos y escenarios de la violencia contra la mujer. Así se precisa que esta incluye la violencia física, sexual y psicológica que puede perpetrarse dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona o cuando es perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.

En el artículo 7 incisos b y g, se establece que los Estados Parte deben adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia; comprometiéndose a:

- b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.

d) La credibilidad, la honorabilidad o la disponibilidad sexual de la víctima o de un testigo no podrán inferirse de la naturaleza sexual del comportamiento anterior o posterior de la víctima o de un testigo.

En: Naciones Unidas, Corte Penal Internacional, Las Reglas de Procedimiento y Prueba, U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.1 (2000), regla 70. Citado en: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. p. 138.

⁹ OEA, Aprobada por Decreto Ley No 22231 del 11 de julio de 1978. Ratificación: 12 de julio de 1978.

¹⁰ OEA, Aprobada por Resolución Legislativa No 26583. Ratificada por el Estado peruano 2 de abril de 1996.





El deber de los Estados de proveer recursos judiciales no se limita a ponerlos formalmente a disposición de las víctimas, sino que tales recursos deben ser idóneos para remediar las violaciones de derechos humanos denunciadas¹¹. En dicho marco, los Estados tienen el deber de cumplir con cuatro obligaciones: la prevención, la investigación, la sanción y la reparación de las violaciones de los derechos humanos y evitar la impunidad¹².

En algunos casos emblemáticos que han sido llevados al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, se ha establecido que en determinadas circunstancias la violación sexual puede constituir tortura. Así, tenemos el caso Raquel Mejía (Perú)¹³, donde se mencionó que el derecho internacional vigente establece que los abusos sexuales cometidos por miembros de las fuerzas de seguridad, sea como resultado de una práctica concebida desde el Estado o como resultado de la omisión de éste de prevenir la consumación de este crimen, constituyen una violación a los derechos humanos de las víctimas, particularmente su derecho a la integridad física y mental. Para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las violaciones sexuales de las que fue objeto Raquel Mejía, configuraron tortura.

Asimismo, en el caso Maria Da Penha (Brasil), víctima de violencia doméstica durante quince años, la Comisión considera que existe responsabilidad del Estado por no cumplir con sus deberes de garantizar el derecho a una vida libre de violencia, a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos¹⁴.

En el 2007, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer¹⁵ manifestó su preocupación al Estado peruano porque “los actos de violencia física y psicológica sean particularmente difíciles de enjuiciar en el sistema judicial”, por ello, “el Comité alienta al Estado Parte a que suprima los impedimentos con que puedan enfrentarse las mujeres para acceder a la justicia”.

¹¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Párrafo 26.

¹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Párrafo 27.

¹³ Informe N° 5/96 CASO 10.970 PERÚ 1° de marzo de 1996. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

¹⁴ Informe Final N° 54/01. Caso 12.051, 16 de abril de 2001. Caso Maria Da Penha. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Párrafo 58.

¹⁵ Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer VI Informe del Estado peruano. Enero, 2007. Párrafos 22 y 23.





Por su parte, el Comité contra la Tortura en sus Observaciones Finales (2006), instó al Estado peruano a garantizar la pronta, imparcial y exhaustiva investigación de todas las alegaciones de actos de tortura (Juzgar e imponer penas adecuadas), así como cumplir con la obligación de proporcionar reparaciones adecuadas a las víctimas de tortura.

Cabe resaltar el Informe sobre Acceso a la Justicia para las Mujeres en las Américas, del 2007, donde la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) menciona “que la ausencia de pruebas físicas, científicas y psicológicas para establecer los hechos, produce el estancamiento de los casos por falta de prueba”. El Informe además, constata que la mayoría de los esfuerzos para recopilar evidencia probatoria de actos de violencia contra las mujeres se enfocan en la prueba física y testimonial, en detrimento de otros tipos de prueba que pueden ser cruciales para establecer los hechos, como la prueba psicológica y científica. De igual forma, se destaca la carencia de protocolos que describan la complejidad probatoria de estos casos así como el detalle de las pruebas mínimas que es preciso recopilar para proporcionar una fundamentación probatoria adecuada.

Es por ello que entre las Recomendaciones de la CIDH se señala la necesidad de diseñar protocolos para facilitar y fomentar la efectiva, uniforme y transparente investigación de actos de violencia física, sexual y psicológica, que incluya una descripción de la complejidad en las pruebas, y el detalle de las pruebas mínimas que es preciso recopilar para proporcionar una fundamentación probatoria adecuada, que incluya pruebas científicas, psicológicas, físicas y testimoniales. Es importante incentivar la investigación multidisciplinaria de estos delitos¹⁶.

La Corte Europea de Derechos Humanos en el caso de M.C. vs. Bulgaria, resaltó una serie de circunstancias que pueden inhibir la resistencia física de la víctima, incluyendo el ambiente de coerción creado por el agresor¹⁷. Por tanto, informes médico-legales que se limitan a observaciones físicas, como la determinación de la integridad del himen de la víctima, son sólo una parte del conjunto de pruebas que deben ser evaluadas para esclarecer los hechos en un caso de violencia sexual¹⁸.

¹⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Recomendaciones específicas. Investigación, juzgamiento y sanción de actos de violencia contra las mujeres. Número 4.

¹⁷ M.C. v. Bulgaria, Eur. Ct. H.R., app. N°. 39272/98, Sentencia de 4 de marzo de 2004, párrs. 178-184. Citado en: Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Párrafo 138.

¹⁸ Patricia Esqueteni y Jacqueline Vásquez. Informe: Género y Reforma Procesal Penal – Ecuador, noviembre 2004, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas. Washington DC. 2007. Párrafo 138.





El “Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” o Protocolo de Estambul, es un instrumento que establece directrices internacionales para la documentación de los casos de tortura, desarrolla los signos psicológicos indicativos de tortura y principalmente las secuelas psicológicas. Establece además, que la evaluación psicológica consiste en evaluar el grado de coherencia que existe entre el relato que el individuo hace de la tortura y los hallazgos psicológicos que se observan en el curso de la evaluación.

Marco Normativo Nacional

La Constitución Política del Perú consagra en su artículo 1° que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. En tal sentido, como un atributo indelible de la dignidad humana, la Norma Fundamental reconoce en el numeral 1 de su artículo 2° que toda persona tiene derecho: *“A su integridad moral, psíquica y física, y a su libre desarrollo y bienestar”*. En ese orden de ideas, la propia Constitución también ha prescrito en el literal h) del numeral 24 del citado artículo 2° que: *“Nadie debe ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni sometido a tortura o tratos inhumanos o humillantes”*.

Con relación a los derechos fundamentales a la integridad personal y a no ser víctima de ningún tipo de violencia, ni sometido a tortura o tratos humillantes, se ha promulgado la Ley N° 30364 ‘Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar’, que en su artículo 5° define la violencia contra las mujeres como: *“cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entiende por violencia contra las mujeres: a. La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual. b. La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar. c. La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra”*. Asimismo, en su artículo 6° se define la violencia contra los integrantes del grupo familiar como *“cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o*





psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.”

Ahora bien, respecto a la especial consideración frente a la violencia que la Ley N° 30364 les otorga a las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad, dicha disposición tiene sustento constitucional en los artículos 4° y 7° de la Carta Magna y la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, según la cual *“las personas en situación de postergación, debilidad o vulnerabilidad merecen una especial atención y cuidado por parte del Estado, sea porque pueden padecer abusos por parte de otras personas, y sus derechos puedan quedar amenazados o vulnerados por tener capacidades diferentes, o porque cuentan con menos oportunidades que los demás. A estos grupos se les considera ‘sujetos merecedores de especial protección constitucional’ y requieren una protección reforzada para poder ejercer plenamente sus derechos fundamentales.”*

Dentro de nuestro ordenamiento jurídico, la Ley N° 30490 “Ley de la Persona Adulta Mayor” en su artículo 5° literal f) señala que es un derecho de las personas adultas mayores *“una vida sin ningún tipo de violencia”*; y, de igual modo, la Ley N° 29973 ‘Ley General de la Persona con Discapacidad’, en su artículo 7° establece que *“La persona con discapacidad tiene derecho a la vida y al respeto de su integridad moral, física y mental en igualdad de condiciones que las demás. Su participación en investigaciones médicas o científicas requiere de su consentimiento libre e informado”*.

Conforme a lo hasta aquí señalado, el derecho a la integridad personal o integridad psicosomática no se expresa únicamente en el derecho a conservar la estructura orgánica del ser humano, sino que también persigue la preservación de la integridad psíquica de la persona que comprende toda habilidad motriz, emocional e intelectual, proscribiendo cualquier conducta que pueda afectarla o alterarla.

En tal contexto, la Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, precisa en su artículo 8, inciso b) que la violencia psicológica es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Mientras que el daño psíquico, se entiende como la afectación o alteración de algunas de las funciones





mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo. Definiciones que sin duda, permitirán que el operador pueda aplicar con mayor eficacia una valoración de la pericia pertinente al caso en concreto.

En este estado resulta importante resaltar que en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se reconoce que los casos de violencia familiar son un problema de salud mental, además determina que su atención es responsabilidad primaria de la familia y del Estado. Así también la Ley N° 30314, Ley para Prevenir y Sancionar el Acoso Sexual en Espacios Públicos, establece que el Ministerio de Salud incorpora como parte de la atención de salud mental en los servicios médicos a nivel nacional, la atención de casos derivados por esta causa. Todas estas normas evidencian la necesidad de contar con un instrumento técnico oficial especializado que determine la valoración del daño psíquico de las personas adultas víctimas de violencia intencional.

De otro lado, al analizar la tutela jurídica en los casos de afectación de la salud mental, advertimos la necesidad de los últimos cambios legales en el aspecto penal, los que comprenden, entre otros, determinados criterios para sustentar y fijar la pena y sus agravantes. Así tenemos, que la parte agraviada y su entorno, no sólo resultan afectados con el delito en sí, sino que también se vulneran sus intereses, los de su familia y los de las personas que de ella dependan, afectándose sus derechos considerando especialmente su situación de vulnerabilidad. La condición de vulnerabilidad determina una mayor reprochabilidad en el presunto autor, justamente porque se aprovecha de esa situación, tal como se aprecia del tenor del inciso c) del artículo 45 del Código Penal, con lo cual se busca asegurar la protección jurídica y la reparación integral a favor de las víctimas.

Lo mismo ocurre con la incorporación de artículo 46-E del Código Penal referido a la circunstancia agravante cualificada por abuso de parentesco, donde la pena es aumentada hasta en un tercio por encima del máximo legal fijado para el delito cuando el agente se haya aprovechado de su calidad de ascendiente o descendiente, natural o adoptivo, padrastro o madrastra, cónyuge o conviviente de la víctima. Este estado de elevada indefensión es reprimido con severidad, pues queda claro que siendo el agresor parte del entorno familiar de la víctima, la coloca en una situación de mayor riesgo para la comisión del delito.





Dentro de la política criminal, ha merecido especial atención del legislador, la agravación de las conductas cuando se trata del delito de lesiones graves en perjuicio de menores de edad, adultos mayores o personas con discapacidad (artículo 121-A), y en los supuestos de agravio contra la mujer y su entorno familiar (artículo 121-B). En ambos casos se contempla la posibilidad de la muerte de aquellos.

De otro lado, las lesiones consideradas de menor lesividad, también han sufrido una modificación en su redacción, pues se han derogado los artículos 122-A (Formas agravadas de lesiones leves cuando la víctima es menor de edad) y 122-B (Formas agravadas de lesiones leves por violencia familiar), las cuales han sido incorporadas en la nueva redacción del artículo 122 del Código Penal, como agravantes de este tipo penal. Es de resaltar, que la violencia en el medio familiar generalmente se dirige a aquellas personas más vulnerables del grupo: la violencia sobre la mujer, por su condición de tal; la violencia sobre menores de edad; la violencia sobre el adulto mayor; o la violencia sobre personas que sufren de discapacidad física o mental. Se reconoce pues, que estamos ante un delito que puede recaer en diversas víctimas, con un denominador común, su estado de vulnerabilidad.

Considerando que el daño psíquico es valorable según la presente Gufa, resultaba acertada la incorporación del artículo 124-B del Código Penal, el cual señala que la determinación de la lesión psicológica se realizará mediante la valoración que precise el instrumento técnico oficial especializado, con la respectiva equivalencia regulada en la acotada norma.

Con relación a la violencia sexual, en sus diversas modalidades, estamos ante conductas que en esencia utilizan como medio la violencia, sea física o psicológica, incluso, para casos donde la ley no exige como elemento constitutivo del tipo penal, la violencia psíquica, pero la persona agraviada se siente violentada al momento del abuso sexual. También, encontramos el delito de tortura (artículo 321 del Código Penal), con presencia de sufrimientos graves, sean físicos o mentales, o cuando es sometida la persona a condiciones o métodos que anulen su personalidad o disminuyan su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o aflicción psíquica. El daño psíquico alcanza igualmente a las víctimas del delito de trata de personas (artículo 153 del Código Penal), las cuales están en una extrema situación de vulnerabilidad, pues son seres humanos que se exponen a la venta como mercancías, la prostitución y otras formas de explotación sexual, esclavitud, explotación laboral o mendicidad.





En el ámbito procesal penal, la pericia de valoración del daño psíquico se puede actuar como prueba anticipada durante la investigación preparatoria, de conformidad con el artículo 242 del Código Procesal Penal. En tal sentido, se contará con una herramienta útil que permitirá asegurar datos probatorios que en determinadas situaciones puedan perderse, especialmente tratándose de víctimas vulnerables.

Del mismo modo, es importante señalar que en el artículo 75 del Reglamento de la Ley N° 30364, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP, se establece que el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, es el que fija los parámetros para la evaluación y calificación del daño físico y psíquico generado por la violencia perpetrada contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y, es el responsable de la actualización, difusión y capacitación de su personal, norma que es concordante con el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio Público, el cual establece la labor de las y los peritos, entre cuyas funciones se encuentra realizar peritajes, practicar investigaciones forenses y emitir dictámenes técnicos científicos de medicina legal y ciencias forenses en apoyo al sistema de justicia (artículo 87 inciso c). Vale resaltar que en el artículo 86 del citado Reglamento, se le otorga a dicha entidad la rectoría de la medicina legal y ciencia forense en el Perú.

Finalmente, se justifica la actualización de la presente Guía, la cual constituye un instrumento técnico oficial especializado que orienta la labor pericial para la determinación de la lesión psicológica en nuestro país, tomando en cuenta los principios rectores y enfoques considerados en la normativa internacional y nacional vigente.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 La salud mental de las personas

La salud mental es un estado dinámico de bienestar subjetivo, en permanente búsqueda de equilibrio, que surge de las dimensiones biopsicosociales y espirituales del desarrollo y se expresa en todas las esferas de la conducta de la persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores); todo lo cual se plasma en el establecimiento de relaciones humanas equitativas e inclusivas, de acuerdo a la edad, sexo, etnia y grupo social, así como





en la participación creativa y transformadora del medio natural y social, buscando condiciones favorables para el desarrollo integral, individual y colectivo (MINSA, 2004).

La salud mental, a nivel individual, implica entre otros aspectos: a) la asunción de un proyecto de vida a partir del reconocimiento de las propias agencias y limitaciones; b) la capacidad de autocuidado, empatía, tolerancia y confianza en la relación con las demás personas; c) la facultad de postergar impulsos, deseos, gratificaciones inmediatas al mediar un pensamiento guiado por valores y principios sociales y culturales interiorizados; d) el reconocimiento de la diferencia y límites entre el mundo subjetivo y la percepción consensuada de la realidad; e) la acción creativa y transformadora del medio, generadora de condiciones favorables para el desarrollo de los recursos personales; f) la capacidad de disfrute y de buscarle sentido a la vida (GTSM, 2007).

La salud mental, lejos de ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad mental, responde a un proceso dinámico, no exento de conflictos, producto de la interacción entre el entorno, los determinantes sociales y el despliegue de las diversas capacidades humanas. Implica la búsqueda de equilibrio y sentido de la vida, así como el reconocimiento de las capacidades y limitaciones constituyéndose en eje transversal del desarrollo humano.

Consideramos, central entender el concepto de salud mental en función del contexto sociocultural, más aún, en un país diverso y multicultural como es el Perú. Hablar de salud mental requiere un enfoque intercultural y prestar atención a las variables de pobreza, exclusión y discriminación. En ese sentido, la salud mental no sólo está basada en condiciones subjetivas, lo está también en las condiciones objetivas. Por tanto, las condiciones psicosociales como la pobreza, la exclusión y la violencia pueden ser factores desestabilizantes del bienestar humano.

2.1.1 Enfoque biopsicosocial del desarrollo humano

Cabe señalar que desde un enfoque integral, Oyague (2005) señala que el ser humano es una unidad bio-psico-social, por tanto, la salud mental será el resultado de un equilibrio de factores como la predisposición biológica, la calidad de los vínculos tempranos, la educación inclusiva, el buen trato en los diferentes espacios de socialización, el respeto de sus derechos, el reconocimiento de su identidad personal y cultural, la capacidad de trabajar creativamente y de participar socialmente, un medio ambiente sano y agradable, entre otros.





a) Bases biológicas del desarrollo humano

Ortiz desde un enfoque sociobiológico sostiene que todos los sistemas vivos, desde los organismos elementales hasta las personas, son producidos por una doble determinación:

- a. Una determinación epigenética, interna y ascendente, que parte de los procesos genéticos (de los genes), y
- b. Una determinación cinética, externa y descendente que parte desde arriba, desde los procesos del ambiente físico exterior.

Esta tesis de la doble determinación considera varios tipos de información: genética, metabólica, neural, psíquica y social, que ha aparecido a lo largo de la evolución y la historia de todo el sistema vivo. A partir de estas clases de información y del principio de la doble determinación, se podrían explicar los diversos niveles de organización de la vida y sus correspondientes tipos de información y codificación.

El desarrollo biológico según la teoría de la evolución de Darwin tiene las limitaciones propias de las ciencias naturales y del reduccionismo naturalista. Ortiz sostiene que la evolución puede enfocarse como una serie de "saltos" de un nivel de organización a otro, de un tipo de información y codificación a otro. Así, se saltaría sucesivamente de los niveles físicos, químicos, celulares y titulares, hasta los niveles orgánicos, psíquicos y sociales, progresivamente escalón por escalón. Estos sucesivos cambios y saltos conducirían a niveles de estabilidad cada vez mayores. Cuanto más y mejor información tengan los seres vivos tanto más y mejor podrían modificar su medio y reestructurarse a sí mismos.

Según la información se determina las diferencias individuales. El hombre y el animal empiezan a diferenciarse por sus sistemas de comunicación. El hombre usa signos y símbolos, dando lugar al lenguaje, que cumple funciones cognoscitivas y representativas superiores que permiten a los hombres desarrollar las ciencias y la tecnología, la cultura y las instituciones, alcanzando mejores niveles de organización y de vida.

Para Ortiz, la importancia del lenguaje es mayor si se tiene en cuenta sus funciones reguladoras del comportamiento social y formadoras de la personalidad, de modo especial a través de los procesos de adaptación y aprendizaje. Se sostiene que la información social y





cultural, codificada en el lenguaje, al incorporarse progresivamente en los individuos, determina la organización social de la personalidad, formando en ella un reflejo consciente del mundo y formando la base del desarrollo de la sociedad. En este sentido, el enfoque sociobiológico de Ortiz nos ofrece una concepción integral de la personalidad.

b) El desarrollo humano desde lo psicosocial

Bolduc (2001) sostiene que el desarrollo no sólo implica conocer el ingreso y progreso económico de cada país, sino también el desarrollo humano como elemento central en el desarrollo de las naciones. En ese sentido, el bienestar emocional de una persona ha dejado de pertenecer estrictamente a la esfera privada y ha pasado a ser de interés público, entendiéndose a la salud mental como un factor transversal del desarrollo humano (MINSA, 2004).

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos para vivir de acuerdo con sus valores y aspiraciones. El índice de desarrollo humano no se restringe a la medida del ingreso nacional per cápita, busca visibilizar aspectos básicos que amplíen las opciones de las personas como son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida digno (PNUD, 2008).

Desde este enfoque, el desarrollo humano es un fin en sí mismo, mientras que los bienes son medios o instrumentos que coadyuvan a la mejora en el bienestar y calidad de vida de las personas. El punto de partida no es suponer que si las personas tienen más cosas, entonces la calidad de vida de éstas es automáticamente mejor. La calidad de vida está en relación a lo que las personas y grupos humanos "son" y "hacen" y no por lo que "tienen", midiéndose el desempeño de las personas y no necesariamente, sus posesiones. Es decir, la calidad de vida se asocia principalmente al ejercicio de la libertad y al despliegue de las capacidades (Urquijo, 2007).

Este marco general del concepto de capacidades es puntualizado por Apraiz De Elorza (1994) quien señala que "las capacidades según su nivel de evolución y perfeccionamiento suponen el manejo adecuado de determinadas destrezas y habilidades". Se entienden como potencialidades inherentes a la persona, las que se procuran desarrollar a lo largo de toda la vida. Suelen identificarse también como macro habilidades o habilidades generales, talentos o condiciones generales de la persona, generalmente de naturaleza mental, que le permiten tener un mejor desempeño o actuación en la vida cotidiana.





Las capacidades humanas empiezan a desarrollarse desde el nacimiento. El infante nace en una trama de relaciones familiares, que responde a los códigos de una determinada realidad sociocultural. Esta red de relaciones le da un significado al recién nacido envolviéndolo en una gama de afectos, lenguaje e interrelación que gradualmente irá siendo interiorizada. Así, el infante requiere de una figura materna y de un contexto familiar y social que lo pueda nutrir, sostener emocionalmente e introducirlo al entorno socio-cultural en el que sus capacidades y relaciones interpersonales y sociales se irán desenvolviendo (Aulagnier, 1997).

La calidad del vínculo primario con la figura materna y las personas significativas del entorno es un factor determinante en el desarrollo emocional de una persona. Winnicott (1981) propone que el sostenimiento (*holding*) es central en el desarrollo afectivo temprano; el sostenimiento implica un vínculo en el que la madre funciona como un yo auxiliar que se encarga de cuidar física y emocionalmente al infante hasta que éste sea capaz de desarrollar sus propias funciones de integración. Este mismo autor subraya el estado de vulnerabilidad y dependencia en que se encuentra el infante en sus primeros meses así como la capacidad de una *madre suficientemente buena* para responder a las necesidades de su hijo y protegerlo de las amenazas del mundo externo. La figura materna, en consecuencia, es portadora de seguridad, significado y afectos fundamentales en el desarrollo emocional del ser humano.

Stern (1991) señala que, a través de los vínculos intersubjetivos establecidos en el contexto familiar, un niño(a) logra un sentido integrado de sí mismo, base indispensable para la formación de una identidad personal. Cabe recalcar que la figura paterna y el entorno socio-cultural son instancias determinantes en el contexto de las relaciones de afecto y significado que el niño va interiorizando en el camino hacia la formación de su identidad (Aulagnier 1997).

Así, la identidad, siguiendo a Erickson (1974) es un proceso de progresiva diferenciación que se extiende de la relación con la madre hasta lazos sociales cada vez más amplios que van dando al individuo una cualidad personal a su existencia. Para este autor la identidad constituye la experiencia de mismidad o certeza de que lo que le sucede a una persona le corresponde a él y no a otro; la experiencia de que hay una continuidad interna entre las diferentes imágenes y memorias de la persona a lo largo de su vida y, por último, que esta mismidad y continuidad de una persona coincide con la forma como es reconocida por los otros.





Erickson (1974) plantea que la identidad abarca tres planos que interactúan entre sí: mismidad, continuidad y reconocimiento. La certeza de ser uno en estos tres planos está en relación a las experiencias pasadas y presentes que brindan una cualidad particular a la existencia de una persona, la que es proyectada a un futuro a través de imágenes progresivas y valorizadas de sí.

En ese sentido, el proyecto de vida de una persona no es sólo un conjunto de metas materiales o inmateriales a obtener; implica la organización paulatina de una identidad personal, de un modo de ser auto-valorado y reconocido en sus relaciones interpersonales y sociales; identidad que tiene una dimensión temporal futura que se manifiesta a través de la capacidad de establecer ideales, metas y prioridades en la vida, así como la de cumplirlas (Jibaja, 2004).

La realización o frustración del proyecto de vida está condicionada por la interacción entre las potencialidades, los obstáculos, las oportunidades, tanto del mundo interno de las personas como de las condiciones sociales, económicas y culturales del entorno. Que se cumplan o no las metas concretas del proyecto no es obstáculo para que todo ser humano, en tanto tiene una identidad personal y es libre, experimente un proceso de planeamiento continuo de proyectos sucesivos y/o renovables (Fernández Sessarego, 2003).

2.2 Violencia y trauma

La violencia es un fenómeno social que atraviesa a la sociedad peruana y permea el conjunto de las relaciones sociales. Es de naturaleza multicausal y de expresión pluridimensional, puede ser pública o privada. Por tanto, existen diferentes manifestaciones y escenarios en los que se presenta y donde las víctimas¹⁹ son principalmente las personas de las poblaciones más vulnerables por su condición de género, edad, clase y etnia.

En ese sentido, el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), señala que la violencia generó secuelas importantes en las víctimas, sus familiares y la sociedad en su conjunto. Constata que amplios sectores de la población afectada por la violencia sufren alguna secuela en su salud mental. Asimismo, los datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en

¹⁹ El Código Procesal Penal Peruano (2004), define como víctima a "todo aquel que resulte directamente ofendido por delito o perjudicado por las consecuencias del mismo". (Libro Primero, sección III, Título IV, del, inciso 1). Para el Derecho el concepto de víctima sirve para identificar al sujeto pasivo del daño y al titular de los derechos afectados. Sin embargo, desde un enfoque psicosocial se requiere de una comprensión de la víctima no sólo como persona afectada en sus derechos, sino que cuestione la revictimización y la pasividad de dicha condición.





Salud Mental, publicado por el INSM HD-HN (2002), revelan graves problemas psicosociales asociados a la violencia familiar, sexual, violencia contra la mujer, entre otras.

La violencia presupone una relación desigual de poder entre sujetos sociales y requiere para configurarse del ejercicio de dicho poder fuera de la razón y la justicia. En esa misma línea, Corsi (1994) advierte que la violencia es un ejercicio de poder a través de la fuerza e implica un *arriba* y un *abajo*, reales o simbólicos.

La violencia que produce un daño psíquico es entendida como el “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug y otros, 2002:5). En consecuencia, para efectos de este marco teórico, no se incluye a la violencia sufrida como consecuencia de fenómenos naturales, incendios o accidentes fortuitos, sino aquella que es “ejercida mediante acción o inacción de un ser humano sobre otro ser humano, por someterlo para demostrar su poder (...) produciendo daño físico, psíquico, biológico, social y/o espiritual” (Mac Gregor y Rubio, 1998).

La violencia daña de diferente forma a las personas, varía en grado e intensidad, llegando en algunos casos a configurar un trauma. Ello depende de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales no sólo de la víctima sino del agresor y principalmente de la relación entre ambos.

2.2.1 Tipos y escenarios de la violencia

Podemos definir diferentes tipos de violencia, no obstante somos conscientes de que se trata de un ordenamiento artificial con fines metodológicos. Ramírez (2000) subraya la artificialidad de las clasificaciones por tipos de violencia, pues considera que la violencia física, al ser una invasión del espacio físico de la otra persona, afecta también el espacio emocional. En ese sentido, la violencia física es siempre violencia psicológica. Cualquier acción que genere daño físico y que busca someter mediante la fuerza la voluntad de otra persona, también es violencia psicológica.

Toda violencia física tiene una correlación con la violencia psicológica; sin embargo, no toda violencia psicológica tiene un correlato físico. En el caso de la violencia sexual se dan las dos





formas anteriores de violencia porque hay una irrupción en el cuerpo pero también en la subjetividad de la víctima (Velázquez, 2007). Entonces, por su naturaleza los actos de violencia pueden ser:

- a) La **violencia física** entraña el uso intencional de la fuerza física, el vigor o un arma para dañar o lesionar a una persona²⁰.
- b) La **violencia psicológica** consiste en actos tendientes a controlar o aislar a la persona, así como a humillarla o avergonzarla²¹. Algunas veces puede expresarse en omisiones o conductas desobligantes.
- c) La **violencia sexual** consiste en realizar un acto de naturaleza sexual contra una o más personas o hacer que esa o esas personas realicen un acto de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o coacción, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder, contra esa o esas personas u otra persona o aprovechando un entorno de coacción o la incapacidad de esa o esas personas de dar su consentimiento genuino²².
- d) La **violencia económica o patrimonial** consiste en la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona²³.

Entre los eventos violentos que causan mayor impacto psíquico están los que provienen de aquellas figuras de la familia que tienen un rol de cuidado y protección o aquella violencia proveniente de los funcionarios del Estado, tal como lo señalan Benyacar y Lezica (2005). Asimismo, Krug y otros (2002) sugieren considerar diferentes escenarios de la violencia en función de las características de quienes cometen el acto de violencia. Para efectos de la presente guía, tomaremos esa referencia y clasificaremos los escenarios de la violencia en: a) violencia al interior de las familias, b) violencia comunitaria y c) violencia colectiva.

²⁰ Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General de Naciones Unidas. Sexagésimo primer período de sesiones. Adelanto de la mujer, 2006.

²¹ *Ibidem*.

²² Elementos de los crímenes de la Corte Penal Internacional. U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.2 (2000).

²³ Artículo 8 de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.





- a) Violencia al interior de las familias. Se refiere a la violencia que se produce entre los miembros de la familia o de la pareja, cualquiera sea la forma o denominación que ésta adquiera, y que usualmente se produce al interior de los hogares. Se incluyen formas de violencia contra la pareja y el maltrato a las personas menores y adultos mayores.
- b) Violencia comunitaria. Es la que se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no. Son formas de violencia comunitaria: la violencia juvenil, los actos violentos delictivos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y geriátricos.
- c) Violencia colectiva²⁴. Es aquella usada instrumentalmente por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con la finalidad de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; tortura, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Transversalmente a esta clasificación podemos señalar que existen dos poblaciones más vulnerables: mujeres, y niñas y niños. Entendemos violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, que sea perpetrada o tolerada por el Estado" (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, 1994. Artículo 1).

2.2.2 La experiencia traumática de la violencia

Puget y Berestein (1993) sostienen que la violencia es un acto vincular cuyo fin es eliminar física o psíquicamente el deseo que hace a una persona ser quien es; la violencia no admite la existencia de otro distinto, busca privar al otro de su deseo. En ese sentido es traumática porque la violencia implica una relación con un otro que violenta el espacio físico, mental, relacional, social. Lo traumático tiene específicamente que ver con el vínculo violentado entre las personas.

²⁴ Denominada también como violencia sociopolítica. La presente definición incluye por su gravedad aquellas violaciones de derechos humanos cometidos o tolerados por el Estado.





Para efectos de este instrumento sostendremos que el evento violento genera un trauma en tanto considere la particular respuesta de la víctima, de forma que si bien habrá un impacto frente a la violencia, la intensidad del mismo variará en función de los múltiples factores de riesgo y protección de la víctima.

Es decir, un acontecimiento violento no es en sí mismo traumático, ni necesariamente va a producir un daño psíquico. Benyakar (2003) sostiene que no se puede afirmar a priori que una persona ha sufrido un “trauma” basándose sólo en la intensidad, duración y exposición del hecho violento. Se debe tener en cuenta la manera singular de la vivencia en que las personas elaboran psicológicamente el impacto de la violencia, el entorno sociocultural en el que éste se produce y es significado, así como las características específicas del evento fáctico ocurrido. El mismo autor diferencia tres aspectos en la situación de violencia causante de daño psíquico: a) el evento fáctico, b) la vivencia y c) la experiencia.

- a) El evento fáctico se refiere al hecho concreto que tiene la capacidad potencial de irrumpir en la vida de las personas y de provocar una discontinuidad o “disrupción” alterando un estado de equilibrio precedente al hecho. La capacidad desestructurante del evento fáctico se potencia cuando es inesperado, interrumpe procesos vitales, amenaza la integridad física y psicológica, mina el sentimiento de confianza, contiene rasgos novedosos no codificados y distorsiona el hábitat cotidiano.
- b) La vivencia se refiere al modo singular en que un sujeto procesa el evento fáctico violento en su mundo intrapsíquico. Ante un hecho exógeno se moviliza en el psiquismo la capacidad de articular los afectos con los procesos de pensamiento. La vivencia traumática ocurre cuando el evento fáctico tiene el poder de fracturar los procesos de articulación entre afectos y pensamientos lo que produce fallas en la elaboración psíquica.
- c) La experiencia se refiere a la articulación psicológica entre el evento fáctico y la vivencia. Mientras que la vivencia es el modo intrapsíquico que cada persona tiene para sentir y metabolizar los hechos de violencia, procesos donde varios de ellos no son conscientes, la experiencia es necesariamente pensable y comunicable. Las personas hablan de sus experiencias, describen los hechos y expresan la percepción que tienen de los efectos del evento en ellos. Es una narrativa personal de lo ocurrido que guarda relación con la vivencia pero que no la puede abarcar ni expresar del todo.





2.2.3. Secuelas biopsicosociales en las personas víctimas de violencia

a) Secuelas neurobiológicas

El ser humano ante las situaciones de estrés o violencia tiene un sustrato físico que determina respuestas biológicas y neuro-químicas. La investigación de las bases neurobiológicas del daño psíquico se encuentra en pleno desarrollo, incluye el uso de imágenes cerebrales funcionales, nuevos sistemas de investigación de factores neuroendocrinos (eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y tiroideo), neuroquímicos (noradrenalina, serotonina y opioides endógenos) y neuroinmunológicos.

Los estudios de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se han focalizado en dos sistemas biológicos: el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), el sistema nervioso simpático y el sistema límbico.

El sistema límbico, estructura relacionada con la memoria y el procesamiento de las emociones, tiene un papel central en el procesamiento de toda la información relacionada con la ansiedad. Tanto el locus ceruleus como el rafe dorsal se proyectan hacia el circuito del septohipocampo que, a su vez, se proyecta hacia otras áreas del sistema límbico que generan ansiedad. El hipocampo y la amígdala tienen una importancia crucial porque están interconectados y se proyectan a los núcleos subcorticales y corticales. Se ha evidenciado que en algunas personas con TEPT, el hipocampo y la amígdala muestran variaciones de tamaño y volumen (Alarcón, R. 2002).

Se ha planteado que el estrés intenso produce el aumento de la concentración de glucocorticoides, los que a su vez producen daño neuronal en áreas sensibles de estructuras del sistema límbico.

Los resultados de neuroimágenes, tanto de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) como de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) indican que los pacientes con TEPT tienen reducción significativa del volumen y actividad metabólica del hipocampo comparado con los controles. Bremner, D. y otros (2002), realizaron un estudio en el que se comparó, mediante RNM, el volumen del hipocampo de adultos con antecedente de abuso infantil y de controles. Todos los pacientes con abuso infantil cumplieron criterios para TEPT; entre ellos se encontró disminución del volumen del hipocampo izquierdo en un 12% con respecto a los





controles. Este hallazgo continuó siendo significativo luego de controlar la edad, consumo de alcohol y nivel educacional. Se cree que los sucesos traumáticos producen liberación de neurotransmisores tóxicos que probablemente provocan daño neuronal irreversible, lo que podría explicar la mayor vulnerabilidad a TEPT y a otras patologías psiquiátricas.

Mediante PET, Bremner, D. y otros (2002), encontraron disfunciones en otras áreas cerebrales (corteza prefrontal y corteza de asociación visual) en mujeres con TEPT y antecedente de abuso infantil. No se sabe si estas alteraciones son causa o consecuencia del TEPT, pero se plantea que un suceso traumático en la niñez, sería capaz de producir alteraciones funcionales y anatómicas en distintas áreas cerebrales, modificando sistemas relacionados con la memoria y afectividad, entre otros, desarrollándose así una vulnerabilidad al TEPT.

Saporta y Van Der Kolk (1993) sostienen que en la experiencia traumática, los esquemas cognitivos que permiten comprender, darle sentido y procesar un evento se ven interrumpidos y la persona reacciona con terror sin palabras. Esa incapacidad de darle sentido a la experiencia abruma a la víctima ocurriendo un estado exacerbado de extrema excitación psicológica. A su vez, tales niveles de excitación interrumpen y desorganizan procesos cognitivos y esto interfiere más con la posibilidad de darle un sentido al evento fáctico.

b) Secuelas psicosociales

En relación a las víctimas de violencia en general se ha encontrado (Cantón y Cortés, 1997, Calvi (2005) y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) depresión, ansiedad, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, así como miedo, aislamiento social, baja autoestima, irritabilidad, labilidad emocional, dificultades para concentrarse, rabia. Algunas dirigen su rabia hacia sí mismas (suicidio, automutilación, abuso de drogas, maltrato a los hijos), otras la dirigen contra el maltratador, falta de asertividad, pérdida de seguridad, sensación de indefensión (sentimiento de falta de poder y falta de esperanza), percepción de vulnerabilidad, sentimiento de responsabilidad y culpabilidad por el incidente traumático.

Algunos autores (Villavicencio y Sebastián, 1999, Echeburúa, 2006 y otros) diferencian las secuelas en las víctimas de violencia en función de las diferentes áreas de funcionamiento: área cognitiva, psicológica y social, así como en relación a la variable género y al tipo de violencia.





En relación a las mujeres víctimas de violencia, la mayoría de autores (Zubizarreta y otros, 1994; Vázquez, 1998; Villavicencio y Sebastián, 1999; Velázquez, 2002; Hirigoyen, 2006, entre otros) coinciden en señalar una actitud temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa con rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza, autoestima baja, sentimientos de culpa, ansiedad o angustia, irritabilidad; sentimientos de vergüenza como retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara y falta de cuidado personal.

En relación a la violencia sexual Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) plantean "...que al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, se debe distinguir, al menos, tres grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.) y la relación existente con el abusador, y por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso".

A nivel de vínculos interpersonales y familiares, Hermann (1997) subraya que los efectos del trauma dañan fundamentalmente el ser uno en relación con los otros, los vínculos y significados que enlazan al individuo con su entorno. Desconfianza, desconexión y embotamiento afectivo, vergüenza, dudas, sentimientos de culpa y de ser indigno ante los demás, son algunas de las secuelas que principalmente impactan en las personas, así como sus capacidades para la autonomía, iniciativa, competencia e intimidad con los demás.

En relación a víctimas de violencia sociopolítica en contextos de guerra, Amone-P'Olak (2006) reporta a partir de un estudio con adolescentes: desesperanza, vulnerabilidad, suspicacia, pensamientos intrusivos, depresión y conductas agresivas, como síntomas predominantes. Las mujeres presentaban en este estudio mayor frecuencia de depresión mientras que las conductas auto y hetero-agresivas predominaban en los varones.

El Protocolo de Estambul (2005), instrumento internacional para la documentación de las secuelas de tortura, consigna los siguientes síntomas como los más frecuentes: re-experimentación del trauma, evasión y embotamiento emocional, sobreexcitación, síntomas depresivos, autovaloración dañada, desesperanza, disociaciones, problemas de control de impulsos, despersonalización, molestias somáticas, disfunciones sexuales (pérdida del deseo sexual, temor, vaginismo, alteración en la excitación sexual y disfunción eréctil, disfunción





orgásmica, eyaculación precoz, etc.), psicosis (distorsiones perceptivas, delirios, ideación y comportamientos bizarros, etc.), abuso de sustancias y deterioro neuro-psicológico.

2.3 El daño psíquico

El constructo daño psíquico es un concepto tratado de manera limitada en nuestro medio. Su estudio se orienta hacia la medición objetiva de los efectos a mediano y largo plazo de la violencia en la salud mental de las personas, intentando establecer un enlace directo entre la exposición a la violencia y los efectos psicosociales en la población afectada, con consecuentes acciones en los procedimientos de sanción e indemnización de las víctimas en las diversas instancias de la administración de justicia.

Para el logro de este propósito es necesario contar con instrumentos que coadyuven a la valoración del daño psíquico de una persona que ha sufrido uno o varios acontecimientos violentos producidos por violaciones a sus derechos humanos y que puede expresarse en violencia sexual, violencia física y/o psicológica.

Cabe considerar, que para efectos de esta guía, se habla del constructo psico-jurídico daño psíquico. Sin embargo, en las referencias bibliográficas varios autores no hacen una distinción formal entre daño psíquico y daño psicológico.

2.3.1. Consideraciones jurídicas con relación al daño psíquico en el ámbito nacional e internacional

La definición de daño psíquico como "la afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo", implica considerar los conceptos jurídicos contenidos en la descripción de las distintas conductas delictivas del Código Penal que afectan la integridad y salud de las personas.

En el derecho civil, el daño psíquico es considerado por algunos autores como una dimensión del "daño a la persona"²⁵, que comprende el daño moral y el daño al proyecto de vida²⁶. Es

²⁵ Para DeTrazegnies (1995), el daño a la persona alude a la lesión a la persona en sí misma, estimada como un valor espiritual, psicológico, inmaterial. El daño a la persona se puede analizar en diferentes dimensiones, por ejemplo, las lesiones psicológicas a la persona, es decir, la





decir, que el daño psíquico es una dimensión del daño a la persona, que comprende el daño moral y el daño al proyecto de vida.

Para Fernández Sessarego, el daño moral, es el dolor o sufrimiento, enmarcado en el plano subjetivo, íntimo de la persona; es decir, que el evento dañino incide sobre la unidad psicosomática, más precisamente sobre la esfera afectiva de la persona. Se diferencia del "daño al proyecto de vida", en que este último atenta contra la libertad de la persona para fijar sus metas y renovar sus proyectos, lo que afecta el sentido mismo de la existencia. Es decir, que ambas modalidades de "daño a la persona" se distinguen por sus consecuencias. Así, mientras el "daño moral" hiere los sentimientos y los afectos de la persona, por hondos que puedan ser, éstos no suelen acompañar al sujeto durante su transcurrir vital²⁷. El daño moral puede traer consigo daño psíquico. Las diferentes posturas hacen más una diferencia entre daño moral y daño al proyecto de vida, que frente al daño psíquico.

El daño al proyecto de vida es un daño de tal magnitud que afecta la manera en que el sujeto ha decidido vivir, trunca el destino de la persona, le hace perder el sentido mismo de su existencia. Es, por ello, un daño continuado que acompaña al sujeto durante todo su existir. No es una incapacidad cualquiera, sino que se trata de un daño cuyas consecuencias inciden sobre algo aún más importante para el sujeto como son sus propios fines vitales, los que le otorgan razón y sentido a su vida²⁸. Así, son ejemplos de daño al proyecto de vida, la infertilidad como consecuencia de la tortura sexual en mujeres y hombres, la maternidad impuesta como consecuencia de una violación, o la imposibilidad de desarrollar con éxito una determinada profesión.

Este concepto de daño al proyecto de vida, ha sido también desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos²⁹, estableciendo que el proyecto de vida se asocia al concepto de realización personal, a las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone: "implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en

perturbación o alteración del equilibrio psíquico de magnitud, que justifica los gastos de curación y días de inhabilitación, que constituyen un daño patrimonial.

²⁶ FERNÁNDEZ, Sessarego. Deslinde conceptual entre "Daño a la persona", "daño al proyecto de vida" y "daño moral". Foro Jurídico, Año 1, N° 2, editada por alumnos de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú, julio del 2003.

²⁷ FERNÁNDEZ, Sessarego. O. cit.

²⁸ FERNÁNDEZ, Sessarego. Op.cit. p. 42.

²⁹ Párrafo 148. Consideraciones de la Corte Interamericana de DDHH, en el caso Loayza Tamayo.





forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en los órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses”³⁰.

Por lo expuesto, contar con un instrumento de valoración del daño psíquico coadyuvará a la realización del derecho humano a acceder a la justicia de conformidad con lo establecido en el artículo 25 en relación con el 1.1 de la Convención Americana, en tres sentidos: primero, valorando el daño psíquico con el objetivo de contribuir a la tipificación del delito de lesiones (graves o leves) y faltas contra la persona, en los casos de violencia familiar³¹; segundo, como medio probatorio dando cuenta de la existencia del daño psíquico y posibilitando la sanción, en especial en los casos de violencia familiar³², violencia sexual y tortura; y tercero, precisando la naturaleza de la afectación con fines de obtener una reparación civil adecuada.

2.3.2 Perspectiva psicojurídica del daño psíquico

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2000) define el término daño como el efecto de dañar o dañarse. Al mismo tiempo dañar es causar menoscabo, perjuicio, dolor, detrimento o molestia, maltratar o echar a perder una cosa.

Fernández Sessarego (1996), señala que el daño a la persona puede ser hecho a su cuerpo (daño físico) o a su psique (daño psíquico) afectando el ejercicio de su libertad y algunas de sus múltiples manifestaciones. El mismo autor al referirse al daño que afecta a la esfera psíquica alude a Milmaiene (1995), para quien el daño psíquico se configura por “la alteración o modificación patológica del aparato psíquico como consecuencia de un trauma que desborda toda posibilidad de elaboración verbal o simbólica”³³.

Arteaga Medina (2005) señala que trasladada dicha acepción al ámbito jurídico, se puede afirmar que daño implica la pérdida, destrucción o disminución de un bien jurídico, ya sea un daño real, o al menos la creación de un riesgo innecesario e indebido, daño potencial o peligro concreto. Siendo el *bien jurídico integridad personal*, el valor social que el legislador

³⁰ Corte Interamericana de DDHH, 1998, Caso Loayza Tamayo. Párrafo 150.

³¹ De acuerdo a la legislación penal peruana, los delitos de lesiones (graves y leves) y de faltas contra la persona, se configuran por el daño en la salud física o mental de la persona. Sin embargo, se requiere que previamente se señale “los días de asistencia o descanso” de afectación de la salud mental.

³² Según la ENDES2009, la prevalencia nacional de la violencia psicológica contra las mujeres, ejercida por el cónyuge/conviviente, es de 68.8%. La de violación sexual dentro del matrimonio, es del 8,0%. Sin embargo, existe un ínfimo número de sentencias condenatorias.

³³ FERNÁNDEZ, Sessarego, Op. cit. p.20.





estima procedente y pertinente proteger, se requiere salvaguardar la totalidad de la persona en sus aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos, sexuales, relacionales, morales y sociales. Esto, aplicado a la salud mental, dirá Arteaga Medina (2005), nos coloca frente al daño psicológico³⁴, que se presenta como el detrimento, el perjuicio y el menoscabo a la salud mental a consecuencia de un comportamiento ilícito, por lo tanto, es una ofensa que se puede imputar objetivamente a la acción u omisión, según los criterios de la causalidad adecuada.

Siguiendo esta línea argumentativa, el autor define al daño psíquico como “una alteración clínicamente significativa, que afecta la actividad psíquica global de la víctima, cuyos síntomas permiten identificar de manera clara un síndrome de diagnóstico internacionalmente aceptado; que posee manifestaciones desadaptativas, y que se instaura y perdura en un lapso determinado, cuya etiología es bien definida, al punto que permite establecer una relación de causalidad, producto de una conducta desviada o hecho punible, tipificada por la autoridad competente”.

El concepto requiere sin embargo, desde la perspectiva del autor y la norma colombiana, establecer una categorización de perturbación psíquica permanente y transitoria³⁵ (Arteaga Medina, 2005). Así, el daño psíquico debe acreditar:

- Un cuadro psicopatológico, claramente conformado como síndrome.
- Ser nuevo en el historial del sujeto.
- Causar una limitación real del psiquismo.
- Tener suficiente jerarquía y envergadura como para causar lesión.
- Presentarse definido y acreditar un nexo causal con un agente traumático determinado por el hecho punible.
- Ser crónico o jurídicamente consolidado.

Respecto al tiempo de aparición y período sintomático para que el daño en la esfera psíquica se considere jurídicamente consolidado, Durán y Carreño (1999) han establecido que debe ser de seis meses, lo cual concuerda con los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), de la Asociación

³⁴ Para efectos de este protocolo, se habla del constructo psico-jurídico daño psíquico (Fernández Sessarego, 1995; Milmaiene, 1995 y Zavala de González 1996). Sin embargo, en las referencias bibliográficas varios autores no hacen una distinción formal entre daño psíquico y daño psicológico.

³⁵ Art. 115 Código Penal. Perturbación psíquica: si el daño consistiere en perturbación psíquica transitoria, la pena será de prisión de dos (2) a siete (7) años y multa de veintiséis (26) a cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si fuere permanente, la pena será de tres (3) a nueve (9) años de prisión y multa de veintisiete (27) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.





Americana de Psiquiatría. Entre tanto, para el grupo de Neuropsiquiatría Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Regional Bogotá, debe ser de 120 días o cuatro meses (Arteaga Medina, 2005). En cambio, desde la normativa argentina, Castex y Risso (2003), se señala que la lesión debe ser irreversible o que al menos los síntomas estén presentes en la peritación luego de que hayan transcurrido dos años del evento en el fuero civil y un año en el fuero laboral.

Por otra parte, en tanto se requiere que la alteración sea un evento psiquiátrico nuevo en la biografía del sujeto, la variación de al menos 20 puntos en la *Escala de evaluación de actividad global* (EEAG) ha sido tomada como un buen indicativo para catalogarlo como tal (Hollander, Simeon y Gordan, 2000). Echeburúa, Corral y Amor (2002) nos señalan sin embargo, la dificultad de valoración de este aspecto en tanto implica una evaluación *post hoc*, en donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la estabilidad emocional previa de la víctima, así como establecer un pronóstico diferido (curabilidad/incurabilidad).

Frente a la exigencia de acreditación de un cuadro psicopatológico claramente conformado en forma de síndrome, que además establezca una condición de cronicidad, otros autores asumen una postura más flexible. Para Mora-Izquierdo (1988) el daño psicológico implica cualquier alteración de las facultades mentales, que impida el normal funcionamiento del psiquismo de un individuo en tanto supone una pérdida del equilibrio psicológico a causa del compromiso en el área cognoscitiva-intelectiva, afectivo-emocional y/o volitivo-conativa de su personalidad. Sánchez y Remolina (1990), por su parte, lo asimilan a un “daño en la salud” que se presenta cuando hay una alteración en las funciones mentales que sobrepase la capacidad de adaptación del individuo.

En ambas referencias al daño psíquico, el énfasis radica en el carácter perturbador en el equilibrio o funcionamiento de un individuo. En ese sentido, Zavala de González (1996) lo define como una perturbación patológica de la personalidad de la víctima que altera su equilibrio básico o agrava algún desequilibrio precedente y comprende tanto a las enfermedades mentales como desequilibrios pasajeros. El autor aclara que ya sea como situación estable o bien accidental y transitoria, lo relevante es que implica en todo caso una faceta morbosa, que perturba la normalidad del sujeto y trasciende en su vida individual y de relación.





Echeburúa, Corral y Amor (2004), desde una perspectiva más integradora, afirman que el daño psicológico se refiere por un lado, a las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento que, en algunos casos, puede remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro lado, a las secuelas emocionales que persisten en la persona en forma crónica, como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana. En uno u otro caso, el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación.

De manera más precisa, los autores señalan que la lesión psíquica hace referencia a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de un delito violento, y que le incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social. Las lesiones psíquicas más frecuentes son los trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo o ansioso, el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala.

Las secuelas emocionales aluden por su parte, a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un menoscabo de la salud mental (Echeburúa, Corral y Amor, 2004).

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de delitos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad, Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima versión (CIE10), Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F62.0), es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (pe. dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc.), que se mantienen durante al menos dos (2) años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000). Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1), que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un delito violento (Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

Las referencias mencionadas coinciden en que el daño psíquico implica: a) la perturbación, menoscabo o alteración de un equilibrio psicológico precedente; b) la existencia de un nexo





causal entre el acontecimiento violento y el funcionamiento psicológico actual; c) la existencia de la condición discapacitante producto de un daño transitorio, permanente, reversible o irreversible; y, d) constituye un daño patrimonial que justifica una indemnización.

Definimos el **daño psíquico** como “la afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (Comité de Trabajo IML/CAPS/MMR/PUCP 2008).

Según esta definición, el **daño psíquico** implica:

- La afectación y/o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona que puede presentarse de dos maneras: como un cuadro psicopatológico codificable internacionalmente (CIE-10) o como un menoscabo del funcionamiento integral de la persona expresado en un síndrome difuso.
- Puede ser tanto una condición nueva en el sujeto como incrementar una discapacidad anterior.
- Causa una limitación o disminución del funcionamiento biopsicosocial.
- La existencia de un nexo causal con un evento violento que es experimentado como traumático.
- Puede ser reversible y temporal.
- Menoscaba el funcionamiento integral previo al evento violento.
- Puede darse una alteración del proyecto de vida.

2.3.3. Enfoques sobre el daño psíquico

A pesar de que un hecho violento es una experiencia extrema potencialmente generadora de daño psíquico, la manera en que una persona víctima procesa el acontecimiento violento es singular, así como la capacidad o dificultad de sobreponerse al hecho en sí. Afrontar psicológicamente las huellas dejadas por la violencia dependerá de varios factores a tener en cuenta: la etapa de desarrollo en que la persona experimentó el hecho violento, la capacidad de generar una narrativa integradora de la experiencia, las destrezas y recursos socioeducativos, las redes de soporte familiar, amical y social, la posición ética, religiosa o ideológica, el género, el status socioeconómico, el contexto sociopolítico, la cultura en la que la persona está inmersa, las capacidades resilientes, entre otros. Todos estos factores podrán potenciar, disminuir o inclusive no registrar el hecho violento como un daño psicológico.





De esta manera queremos resaltar los diversos enfoques de la experiencia traumática, los que consideran una amplia gama de factores involucrados para la valoración del daño infligido.

a) Enfoque de derechos humanos³⁶

Reconoce que el objetivo principal de toda la intervención debe ser la realización de los derechos humanos, identificando a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho conforme a particulares necesidades, identificando, asimismo, a los obligados o titulares de deberes y de las obligaciones que les corresponden. Se procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos y de los titulares de deberes para cumplir con sus obligaciones.

b) Enfoque de desarrollo

Es ampliamente conocida la indefensión del ser humano en su advenimiento al mundo. Un bebe nace en total dependencia de su entorno y, principalmente, de la madre. Coincide el mundo académico en la importancia de las primeras experiencias en la formación de los seres humanos; en las épocas tempranas de la vida las improntas quedan inscritas constituyéndose como telón de fondo de posteriores desarrollos pese a la maleabilidad –progresivamente decreciente en el curso de la vida– de los individuos; sin embargo “episodios únicos” de la biografía individual dejan marca en cualquier etapa de la vida. (Baltes et al. 1980).

Los eventos de violencia vividos inciden diferenciadamente –entre otros factores– dependiendo del grado de maduración de la persona. Desafortunadamente no es extraordinario saber de casos en los que mujeres gestantes reciben y/o esperan agresiones. La respuesta natural, biológica, ante tales sucesos se da en términos bioquímicos, inhibición de algunas secreciones, incremento de otras; tanto la intensidad como la persistencia del estímulo sostendrán ese desbalance, que alcanza al organismo de la criatura en formación, tanto en los fundamentos de su ser psicológico como físico (Szyldo D. et al. 2003). Madres que han gestado a sus criaturas rodeadas de ambientes de extrema violencia dan cuenta de la transmisión y efectos de su malestar a esos bebes, tanto antes como después de su parto, vía la lactancia (Theidon K. 2004).

Esto es así porque el proceso de formación que se inicia en la concepción no culmina con el nacimiento. El ser humano tiene un tiempo de vida extrauterina en la cual termina la

³⁶ Fuentes: Artículo 3 de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.





maduración de estructuras cerebrales que sustentan habilidades diversas. (Ornstein, R. 1997, Viñar, M. 1910, Le Doux, J. 1996). A lo largo del desarrollo de una criatura se suceden fases en las que se organizan y consolidan capacidades, estilos de comprensión y de relación; cada fase propone problemas distintos a ser tramitados, que subyacen al modo de solución de posteriores dilemas emergentes. Desde enfoques distintos esto ha sido contemplado por diversos autores; E. Piaget (1964) describe las fases del desarrollo cognitivo; S. Freud (1905) el desarrollo psicosexual; L. Kohlberg (1964), el desarrollo moral; E. Erikson (1963) el desarrollo de la personalidad atendiendo a la imbricación de factores biológicos y psicosociales.

La madre y el padre, o sus figuras sustitutas, y el entorno cercano son los transmisores de mensajes culturales, de concepciones del mundo, de modelos de vínculo y conducta. La irrupción de hechos de violencia trastoca el natural desenvolvimiento de la persona, y el efecto sobre la propia seguridad e identidad puede ser devastador si ocurre en etapas críticas del desarrollo. Los sobrevivientes de abuso crónico en sus familias describen un patrón de control totalitario en sus hogares por medio de la violencia, amenazas, reglas caprichosas, premios intermitentes y la destrucción de cualquier relación interpersonal que haga competencia a través del aislamiento, el silencio y la traición. Así las niñas y niños quedan expuestos a la continua relación abusiva y desarrollan apegos patológicos a aquellos que los abusan, apego que exige sacrificios al sobreviviente a costa de su propio bienestar. Los sobrevivientes de abuso crónico en sus familias buscan adaptarse a un clima de constante peligro a su integridad física y mental en detrimento de su desarrollo emocional dejando secuelas en las funciones cognitivas y la memoria, la integración de la identidad, la regulación de las emociones, el funcionamiento físico, entre otros. Por su necesidad emocional de mantener una relación con la figura parental abusiva, el niño(a) implementa defensas psicológicas para mantener su equilibrio y minimizar o racionalizar la conducta del abusador alterando sus capacidades mentales de manera permanente (Hermann, 1992).

Las experiencias acumulativas de violencia y el contexto familiar en que estas ocurren se convierten en “lo normal” en la vida de los sobrevivientes. El desarrollo de mecanismos de defensa, de habilidades resilientes y la obtención de ganancias secundarias —utilización de la situación adversa para obtener algún beneficio— pueden dar la impresión que el sobreviviente ha salido bien librado del entorno hostil cuando lo que ha ocurrido es que para su sobrevivencia psicológica, la persona ha creado un escudo caracterológico a lo largo de su





historia con el que intenta sobrellevar tanto las situaciones traumáticas experimentadas como las que potencialmente pudieran ocurrirle.

c) Enfoque psicosocial

El enfoque psicosocial pone en relieve que la comprensión del padecimiento de una persona debe contextualizarse en su entorno social, económico y político. Desde este ángulo, un enfoque exclusivamente clínico-psicopatológico de la experiencia traumática tiende a desembocar en clasificaciones diagnósticas de individuos, principalmente, que no captan cualitativamente diferencias importantes entre los efectos de un desastre natural, un accidente o actos de violencia entre personas de una comunidad. Sin la contextualización social del padecimiento se genera un sesgo en la comprensión de los efectos de la experiencia traumática, lo que trae como consecuencia que no se logre visualizar la complejidad de los efectos a nivel de relaciones interpersonales, familiares y/o sociales. Por ejemplo, un enfoque clínico categorial puede omitir las secuelas transgeneracionales entre los miembros de una familia ya que no toma en cuenta la acumulación de la experiencias traumáticas (Gálvez, Pastrana y Venegas, 2004). Del mismo modo, en el caso de los contextos de violencia colectiva, conflicto armado o post-conflicto, de no incorporar la óptica psicosocial se dificulta el entendimiento de la experiencia traumática y su re-experimentación por disparadores sociales y políticos como la impunidad, el no acceso a la justicia o la exclusión.

Las respuestas biopsicosociales al trauma pueden ser entendidas como reacciones normales frente a una situación anormal de las relaciones sociales y políticas. Baró (1990), señala que “el espectáculo de violaciones o torturas, de asesinatos, ejecuciones masivas, de bombardeos y arrasamiento de poblados enteros es casi por necesidad traumatizante (...). Reaccionar así con angustia incontenible o como una forma de autismo tiene que ser considerado como una reacción normal ante circunstancias anormales”.

En esa línea de pensamiento es importante volver a destacar la complejidad de las experiencias traumáticas y su conexión con las relaciones sociales.

Keilson (1992) desarrolla su teoría sobre la traumatización secuencial basado en su trabajo psicoterapéutico con huérfanos judíos sobrevivientes del Shoah. La importancia de sus hallazgos reside en que en varias ocasiones la experiencia traumática no se detiene en un solo evento disruptivo, sino que se trata de un proceso que continúa generando nuevas situaciones



de violencia. Luego de haber sido liberados de los campos de concentración, por ejemplo, los niños tuvieron que seguir enfrentando situaciones complejas no exentas de violencia: el conflicto de lealtad a los padres adoptivos y a sus propios parientes, el repudio del entorno por el estigma de ser judío, el constante temor a ser nuevamente encarcelados, el desplazamiento a sus nuevos lugares de residencia, entre otros aspectos³⁷.

La referencia a Keilson se complementa con la lectura psicosocial hecha por Baró en el entendimiento de que el trauma no queda limitado a la esfera privada, sino que se puede tratar de un fenómeno social y político que afecta a toda la sociedad y al desenvolvimiento de la experiencia traumática de una persona en su entorno. En contextos de impunidad y marcadas deficiencias en el sistema de justicia, una denuncia y proceso legal, por ejemplo de tortura o desaparición forzada, puede crear un patrón de reagudizaciones cuando la persona o familiar que sigue el juicio se ve expuesto a la presencia constante u hostigamiento de su(s) posible(s) agresor(es).

En ese sentido, se debe señalar que en sociedades con conflictos armados internos o post-conflicto como la sociedad peruana, más que hablar de efectos post-traumáticos, en los que subyace el supuesto de la ocurrencia de un solo evento o conjunto de eventos dados en un tiempo determinado, deben considerarse las condiciones de verdad, justicia, cambio social y reparación que las víctimas han de atravesar o estancarse por esas mismas condiciones de violencia e impunidad que en primera instancia las victimizó.

d) Enfoque de género

El enfoque de género es una categoría de análisis y reflexión que resulta central en la evaluación del daño psíquico, ya que como señalan diferentes autores los sistemas de sexo-género vendrían a ser todas aquellas prácticas, símbolos, representaciones, valores y normas sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual entre hombres y mujeres (Scott, 1980; Ruiz Bravo, 1998). La categoría género no opera sola, sino que está atravesada por otras tantas categorías como la etnia, la raza y la clase.

El enfoque de género evidencia la situación de subordinación y vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en las diferentes sociedades y culturas, partiendo de la distinción de aquello que es biológico (el sexo) con respecto a aquello que es cultural y social (el género).

³⁷ Se puede observar en el desarrollo teórico de Keilson ecos del concepto de *trauma acumulativo* de MasudKhan que pone énfasis en las dificultades significativas al interior de la relación materno-filial para constituirse en un escudo protector del desarrollo del niño.



Esta distinción permite ver las características y atributos que se adjudican a hombres y mujeres como parte del proceso de socialización y que se naturalizan e invisibilizan a lo largo del mismo, limitando su accionar y colocando a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad (Ruiz Bravo, 1998; GTSM, 2007).

Incluir un enfoque de género en el abordaje de la salud mental nos permite hacer un análisis de las relaciones de desigualdad e inequidad que se construyen entre los géneros. Si tenemos en cuenta que las personas que han sido afectadas por alguna forma de violencia han sido expuestas a situaciones donde sus derechos humanos han sido vulnerados y, en ese sentido, se ha efectuado un abuso de poder, es importante evaluar la afectación teniendo en cuenta que el conflicto central que afecta la salud mental de las mujeres, es el de la exclusión y discriminación por razones de género (GTSM, 2007).

Las variables socioculturales, que actúan a través de patrones y roles socialmente impuestos condicionarían el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento y malestar psicológico, así como las estrategias que adoptan para hacer frente a las mismas (Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall, Vázquez-Barquero; 2004).

e) Enfoque intercultural de la experiencia traumática

La Gufa enfrenta dificultades adicionales al quehacer meramente clínico, en la medida que el modelo clínico en uso proviene de un contexto cultural determinado: el pensamiento “cientificista”, “occidental”, “positivo”. Se trata de un enfoque etnocéntrico, de la “normalización” –de norma y de normal– de la perspectiva propia acerca de las cosas como si fuera pauta universal, reflejo de la ubicación hegemónica de un grupo sobre otros minoritarios.

Se requiere tender un puente entre los modos culturalmente determinados de sentir y expresar el sufrimiento y el paradigma clínico, para una cabal integración de las dimensiones de la persona, su constitución y su sufrimiento. Un síntoma, es ya una experiencia simbolizada que pertenece a un dominio cultural, a un complejo de significados simbolizados e intersubjetivos. E. Durkheim (1968) anotaba: “Cada uno de nosotros los ve a su manera [los conceptos, las representaciones colectivas] de ahí viene que tengamos tanta dificultad para





entendernos, que, a menudo inclusive, nos mintamos sin quererlo los unos a los otros: *es que todos empleamos las mismas palabras sin darles el mismo sentido*³⁸.

Señala Theidon (2004), con Bourdieu (1990), que "...nuestros cuerpos [...] toman en serio las metáforas que atraviesan los... [Ámbitos sociales] dentro de los cuales nos movemos. Las metáforas no son 'meras palabras'; más bien, nos orientan en el mundo y en nuestros cuerpos..."³⁹. Para apreciar la dimensión del daño psíquico que pueda aquejar a una persona, consideramos necesario prestar oído a la manera como esta persona manifiesta su malestar. Esa expresión nos informa sobre el sentido que el síntoma tiene para su portador.

Personas que han sido víctimas de violencia y no son hispanohablantes de nacimiento, al hacer el relato de lo sufrido, inundadas por el sentimiento, abandonan el español y retoman su lenguaje primario, o incluyen expresiones del idioma primario en su discurso. Es decir, *vuelven a sus referentes culturales de base*, viéndose en aprietos quien entrevista si desconoce el idioma y la cultura de procedencia.

La persona habla de sí misma y para poder apreciar la magnitud posible de la repercusión de los hechos de violencia es necesario tratar de aproximarse al sentido que para la víctima entrañan, "escuchar" su mundo.

En el mundo tradicional "salud" es "*estar bien*", en equilibrio, balance; y eso implica lo corporal, lo psicológico, lo social y lo espiritual, en mutua dependencia, formando parte de (integrándose en) una naturaleza "animada". Todo lo que existe está dotado de alma (espíritu) y pueden las personas tener más de un componente no corpóreo capaz de afectar y ser afectado por los de otras entidades (humanas, naturales o espirituales). Desde esa óptica, lo corporal "solo", lo psicológico "solo" son inconcebibles. Son aspectos de una unidad engarzada con la totalidad de las otras esferas del mundo, una unidad "bio-psico-socio-espiritual".

Posiblemente el *susto* es el síndrome cultural más extendido en el Perú, el que desde la psiquiatría se entiende como un cuadro con características neuróticas. Sal y Rosas⁴⁰, considera el *susto* como "...un fenómeno médico psiquiátrico de auténtica raíz cultural,

³⁸ La cursiva es nuestra.

³⁹ Theidon, Kimberly. *Entre próximos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú* Lima: IEP, 2004, pp. 49 – 50.

⁴⁰ Sal y Rosas, Federico *El mito del Jani o susto de la Medicina Indígena del Perú* en Revista de la Sanidad de Policía, volumen.18, número 3, Lima, 1958.





antropológica”. Señala la existencia del susto por causa de una fuerte emoción y el susto sin susto, ligado a la separación del espíritu o robo del alma. El miedo intenso, dice, no es causa necesaria ni suficiente para que se produzca el síndrome; se requiere para ello la conjugación de dos factores: la constitución bio-psicológica de la persona y el influjo de creencias relativas al robo del alma.

Entonces, para evaluar la repercusión y significado de hechos de violencia en una persona (daño psíquico), es necesario buscar comprender su cosmovisión, desentrañar el sentido de sus expresiones, ser conscientes de que lo ocurrido repercute y se manifiesta en grados diversos en todas las dimensiones de su ser en el entorno sociocultural.

2.3.4. Evaluación clínica-forense del daño psíquico

La evaluación clínica-forense tiene como uno de sus referentes centrales el modelo de comprensión médica basado en el método científico positivista, que sistematiza el estudio de los procesos de salud y enfermedad de las personas en su integridad social, biológica y psicológica. Este modelo organiza sistemáticamente clasificaciones categoriales que dividen los trastornos mentales en diversos tipos basándose en criterios definitorios. La formulación de categorías o enfoque categorial es el método empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. El trastorno mental es definido como un síndrome psicológico o comportamental de significación clínica o patrón que ocurre a una persona y que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-V) son las dos clasificaciones más utilizadas a nivel mundial.

En las clasificaciones diagnósticas mencionadas destaca el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) que recoge varios de los signos y síntomas ocurridos en personas que han atravesado experiencias traumáticas. Sin embargo, también son frecuentes diagnósticos como trastornos depresivos, ansiosos, adaptativos, entre otros.

El TEPT exige seis criterios diagnósticos: a) que el sujeto haya sido expuesto a un acontecimiento traumático en el que ha existido una amenaza a su vida o de la vida de otros y causado temor, desesperanza u horror intensos; b) el acontecimiento traumático es





reexperimentado persistentemente en una o más de las siguientes maneras: recuerdos intrusivos del hecho, sueños de angustia del hecho, sentimiento que el hecho está sucediendo de nuevo, intensa angustia ante exposición de estímulos que le recuerden o estimulen el hecho; c) evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo como lo indican síntomas tales como: evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el hecho traumático, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida amorosa, sensación de un futuro limitado; d) síntomas persistentes de aumento de activación (arousal) tales como: dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, sobresalto; e) los síntomas de los criterios b, c y d se prolongan por más de un mes; f) las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas del TEPT pueden ser crónicos o fluctuar en el tiempo. En determinado momento el cuadro clínico puede estar dominado por los síntomas de intrusión, excitabilidad e irritabilidad; en otros momentos la persona puede aparecer constreñida y retirada emocionalmente, aparentemente con menos manifestaciones, pero estas pueden ser crónicas, incluso habiendo un cambio de personalidad.

El estrés post-traumático puede ocurrir en un contexto violento que en sí mismo es complejo. El entorno, la red de relaciones sociales de un sujeto pueden estar crónicamente distorsionados produciendo una zozobra constante en el sujeto y repercutiendo de manera continua en la mente de este. Se habla entonces de un estrés post-traumático complejo, categoría que todavía no ha sido incluida en las clasificaciones diagnósticas por el DSM V o el CIE 10. La condición de complejidad del trauma es particularmente descriptiva en los casos donde la violencia física, psicológica y/o sexual ocurre de manera crónica en las familias o en contextos amenazantes como los de un conflicto armado o de violencia colectiva. El principal obstáculo de utilizar la clasificación *Trastorno de estrés post-traumático complejo* es que todavía es imprecisa. Sin embargo es importante considerarlo como concepto descriptivo porque abarca factores de concausa y requiere incluir los distintos enfoques sobre el daño psíquico intervinientes y que son importantes de considerar en el análisis del caso.

En la presente Guía, además del enfoque médico categorial descrito en los párrafos anteriores, la evaluación y valoración clínica-forense del daño psíquico debe considerar a la





persona en su integralidad en sus diversas áreas de funcionamiento psicosocial y teniendo en cuenta los diversos enfoques (de derecho, desarrollo, género, psicosocial e intercultural) en los que una experiencia traumática puede producir un daño psíquico. De este modo, para la investigación del caso de una persona que alega ser víctima de violencia debe considerarse un grupo de variables que permita realizar la comprensión integral del caso. Estas variables, para efectos de la presente guía son:

- a) *Organización de personalidad*: se considera las características de personalidad actuales y previas al hecho violento, mecanismos de defensa, formas de afrontamiento /capacidades resilientes con los que cuenta, condición neurológica, psicopatológica y/o intelectual que contribuya a las características actuales de la personalidad del examinado, trastornos previos al hecho violento, experiencias traumáticas previas, entre otros.
- b) *Entorno sociocultural*: se considera los factores sociales y culturales condicionantes, contexto social en que ocurrió la situación de violencia, factores de estrés coexistentes que influyan sobre el examinado, prácticas culturales, status socioeconómico, redes de soporte, etc.
- c) *Descripción del evento/situación traumática*: se considera las características (escenario de violencia, evento violento, relación de dominio sobre el examinado), presencia o persistencia del estresor (evento único, múltiple, cónico, recurrente).
- d) *Curso de la historia del daño psíquico*: se considera la etapa del ciclo de vida en que ocurrió el hecho/situación violenta, evolución de los signos y síntomas relacionados con el trauma, contraste entre los cursos actual, posterior y pre-existente.
- e) *Tiempo*: se considera la aparición de los signos o síntomas relacionados con el hecho violento y si se trata de un cuadro agudo, crónico, con secuelas o reagudizaciones, entre otros.
- f) *Evaluación clínica-forense*: se considera el registro de los indicadores de la matriz de la Guía y su correspondiente calificación y análisis. Asimismo, se consideran las áreas de funcionamiento psicosocial: personal, pareja, familia, sexual, social, laboral/académica del examinado(a).



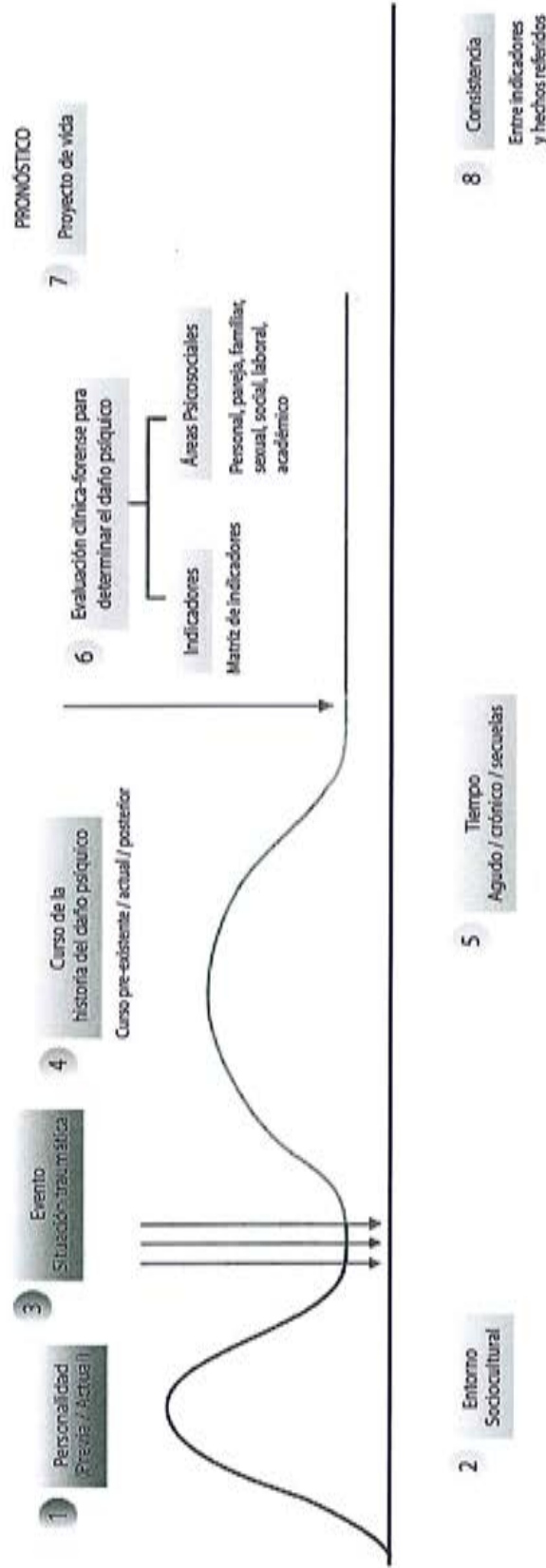


- g) *Proyecto de vida*: se considera la alteración del proyecto de vida encontrada en una o más áreas de funcionamiento y si esta es reversible o irreversible.
- h) *Consistencia de los indicadores de daño psíquico encontrados con los hechos de violencia referidos*: se considera la consistencia de la relación causal entre los indicadores encontrados de daño psíquico y el relato de violencia(s) referido(s) por la persona examinada.

Ver Diagrama “Variables para el análisis del caso”



DAÑO PSÍQUICO: VARIABLES PARA EL ANÁLISIS DEL CASO





2.3.5. Experiencia traumática y tiempo requerido para la valoración del daño psíquico

La definición de daño psíquico planteada por el Comité de Especialistas para la Elaboración de la Guía de Valoración del Daño Psíquico, considera a las lesiones psíquicas agudas que pueden cesar con el tiempo o por el apoyo recibido, y a las secuelas del daño psíquico. Se entiende por secuelas a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad que permanece en el examinado en una o más áreas de su funcionamiento psicosocial por lo menos durante seis meses.

La persona examinada puede presentar un trastorno de características agudas, adaptativas o concordante con otras categorías diagnósticas, inmediatamente después de la experiencia traumática o antes de transcurridos los seis (06) meses de la experiencia traumática. El DSM V (2002) establece que en los trastornos adaptativos, la duración de los síntomas no debería persistir más de los primeros seis meses⁴¹ luego del acontecimiento estresante indicando que esta categoría no debería utilizarse si es que el síndrome cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I. Sostiene, sin embargo, que el trastorno adaptativo puede ser tipificado como crónico si luego de los seis meses los síntomas persisten como respuesta a un estresante crónico.

Para efectos de esta Guía, para que el examinador pueda emitir una conclusión sobre la valoración de las secuelas del daño psíquico en la víctima de violencia —es decir del daño crónico que permanece tras la experiencia traumática y que es consecuencia de la misma— tiene que transcurrir por lo menos seis meses, que es el tiempo de demora que el DSM V establece como criterio para que el síndrome de estrés post-traumático termine de configurarse de una manera definida. El DSM V (2002: 521-522, 525) especifica que el tiempo en que un trastorno de estrés postraumático puede manifestarse es de seis meses a un año, aunque los síntomas suelen aparecer en el transcurso de los tres primeros meses posteriores a la experiencia traumática.

Es importante retomar las diferencias conceptuales planteadas por Benyacar (2003). El *evento fáctico* o hecho violento no necesariamente es traumático, va depender de *la vivencia*

⁴¹ "Por definición un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencia)" (DSM IV, 2002: 759).





del sujeto. La vivencia implica la manera en que subjetivamente se procesa el evento violento. Un mismo hecho de violencia no afecta de igual manera a todas las personas: para una, el hecho puede producir un daño devastador de su equilibrio psíquico mientras que para la otra, no necesariamente. La *experiencia traumática* recoge tanto las características del hecho o situación de violencia ocurridos (mundo externo) y la manera en que una persona vive subjetivamente tal hecho (mundo interno); implica la narración y comunicación del hecho violento que remite a la forma en que el psiquismo del individuo procesó el impacto producido por el hecho o la situación de violencia vivida.

Si bien la investigación sobre los hechos de violencia se inicia con la denuncia del caso, se debe tomar en cuenta que, en algunos casos, el hecho de violencia denunciado y causa inmediata de la denuncia, no necesariamente coincide con el inicio de la experiencia traumática. Esta última puede ser anterior al hecho denunciado, incluso puede darse el caso de denuncias y hechos violentos previos al actual, causa del peritaje. Es el caso particular de la violencia de pareja, esta no se limita al hecho concreto que finalmente motiva a la persona a denunciar la violencia; por lo general, se trata de una sucesión de acontecimientos violentos en el marco de relaciones intrafamiliares, en el que algún(os) miembro(s) ejerce(n) un poder que marca desigualdad o asimetría en relación a los otros miembros de la familia, lo que conlleva a la experiencia traumática en el sujeto. Como lo establece Corsi (1994), la violencia es un ejercicio de poder a través de la fuerza e implica un arriba y un abajo, reales o simbólicos.

En consecuencia, el examinador tomará en cuenta el inicio de la experiencia traumática en el marco de una relación violenta de poder desigual (dominante-sometido) en el relato de la persona examinada, el que no necesariamente coincide con el hecho denunciado. Este criterio es importante porque es un indicador del momento en que el examinador puede considerar el plazo de los seis meses para la valoración de las secuelas del daño psíquico.

Para efectos de esta Guía hemos considerado pertinente la valoración del daño psíquico en las siguientes situaciones:

- a) **La persona examinada ha sufrido un acontecimiento violento experimentado como traumático y es evaluada luego de seis meses de ocurrido.** Se utiliza la guía realizando la valoración y emitiendo pronunciamiento sobre las secuelas de daño psíquico.





- b) **La persona examinada ha sufrido un acontecimiento violento experimentado como traumático y es evaluada a los pocos días o en un plazo menor de seis meses de haber ocurrido el hecho.** En tal situación el examinador seguirá las pautas de la Guía realizando la evaluación del daño psíquico agudo, y del funcionamiento psicosocial que el examinado muestre en el presente. En estos casos la valoración de las secuelas del daño psíquico se podrá completar una vez transcurridos los seis meses de la experiencia traumática con la consecuente evaluación del curso del síndrome presentado.
- c) **En el caso de situaciones de violencia crónica en que se observa que la persona examinada ha sido sometida a una experiencia traumática compleja, con períodos de reagudización del cuadro clínico y los hechos de violencia siguen ocurriendo de manera continua o intermitente,** que es con frecuencia lo que se observa en los casos de violencia de pareja, familiar y/o sexual, sin perjuicio de valorar el daño psíquico, el examinador podrá: i) pronunciarse respecto la presencia activa del estresor crónico si es que la duración del estresor es mayor de seis meses; ii) requerir una nueva evaluación una vez transcurridos los seis meses de la evaluación para determinar el curso del síndrome presentado y si existe la presencia de secuelas una vez estabilizado el síndrome; o, iii) pronunciarse sobre la estabilidad de los síntomas y requerir una reevaluación a los seis meses.

3. METODOLOGÍA PARA LA VALORACION DEL DAÑO PSÍQUICO EN PERSONAS ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTENCIONAL

3.1. Instructivo

3.1.1 Objetivos

La Valoración del Daño Psíquico es un procedimiento complejo que tiene los siguientes objetivos:

- Determinar la presencia o no de daño psíquico.
- Determinar el nivel del daño psíquico ocurrido: leve, moderado, grave o muy grave.

3.1.2 Definición de Daño Psíquico contenido en la Guía

Es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.





3.1.3 Personas a las que está dirigida la Guía

Mujeres y hombres mayores de 18 años de edad, víctimas de situaciones de violencia intencional.

3.1.4 Personas a las que no se les puede aplicar la Guía

Niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidades severas que les impidan expresarse de manera comprensible durante las entrevistas.

Personas que en el momento del examen, presenten signos y síntomas activos de un trastorno mental que no permita dicha evaluación (esquizofrenia, trastorno psicótico agudo, trastorno de ideas delirantes, entre otros).

3.1.5 Previsiones a adoptar, en caso que el evaluado se exprese en un idioma o lenguaje distinto al del perito

En los casos en que la persona evaluada se exprese en un idioma diferente al del examinador, requerirá de un traductor designado por la autoridad competente. Asimismo, las personas mudas y sordomudas, requerirán de un intérprete designado por la autoridad competente.⁴²

3.1.6 Autoridad que puede requerir la valoración del daño psíquico

La autoridad fiscal o judicial mediante un oficio o documento formal dirigido al Jefe de la División Médico Legal correspondiente.

El oficio de requerimiento debe indicar:

- Número de expediente
- Número de oficio
- Lugar y fecha
- Autoridad que lo requiere
- Nombre completo y documento de identidad⁴³ de la persona a ser evaluada
- Motivo o causa de la investigación

⁴² Código Procesal Penal, artículo 114 inc. 3

⁴³ Se refiere a cualquier documento que identifique a la persona a evaluar. En caso de no contar con ningún documento se tomarán las impresiones de las huellas dactilares de ambas manos, entre otras formas que permitan la identificación.





- Nombres del/a denunciante y del denunciado
- Firma de la autoridad

Los requisitos precedentes se observarán salvo los supuestos previstos en el inciso 3 del artículo 132 del Código Procesal Penal, debiendo regularizarse el requerimiento en un plazo no mayor de 24 horas.

3.1.7 Profesionales autorizados(as) a aplicar la Guía

Peritos forenses psiquiatras o psicólogos/as del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público certificados/as para realizar la valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional (Ver flujograma en el Anexo B).

3.1.8 Requisitos necesarios para aplicar la Guía

- Oficio de requerimiento de evaluación del daño psíquico emitido por fiscal o juez.
- Copia fedateada de las partes pertinentes de la carpeta fiscal o del expediente, previa coordinación con el fiscal o el juez.
- Examen psicológico previo de la persona examinada, conforme a los criterios previstos en la "Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y, otros casos de violencia. Estos criterios serán empleados en la evaluación psicológica de otras víctimas fuera del contexto familiar. El psicólogo o psiquiatra podrá recomendar la valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional si es que así lo considerara.
- Presencia del peritado/a.

3.1.9 Tiempo aproximado de duración de la aplicación de la Guía y de elaboración del informe

Asunto	Tiempo (Sesión de 60 minutos)
Aplicación de la Guía	2 ó 3 sesiones
Estudio previo del expediente, análisis del caso y elaboración del informe	1 ó 2 sesiones En los casos complejos, el perito podrá solicitar sesiones adicionales





3.1.10 Circunstancias en que no es posible pronunciarse en forma definitiva sobre el daño psíquico

- En los casos de daño psíquico agudo⁴⁴; es decir, cuando la evaluación psicológica ha ocurrido en un plazo menor de seis meses contados a partir de la ocurrencia del hecho violento. En estos casos se recomienda una nueva evaluación pasados los seis meses de aquel.
- En los casos en que el vínculo violento se mantiene, existen períodos de reagudización y el síndrome clínico así como las alteraciones en las áreas de funcionamiento psicosocial no se han estabilizado. En estos casos se recomienda una nueva evaluación pasados los seis meses del hecho violento denunciado.
- Cuando el relato no es congruente o no creíble.
- Cuando no se cuenta con la información suficiente para realizar el análisis de las variables del caso.

3.1.11 Evaluación del daño psíquico agudo en los casos de violencia contra las personas adultas víctimas de violencia intencional

La evaluación del daño psíquico agudo (que comprende los síntomas y signos que presenta la víctima dentro de los seis meses inmediatos al evento traumático) en los casos de violencia intencional se realizará mediante la "Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y otros casos de violencia" que comprende el diagnóstico psicológico forense, en donde se señalará la afectación psicológica u otra alteración que presente el evaluado(a).

3.1.12 Procedimiento para solicitar una nueva evaluación del caso

En los casos en los que el daño psíquico producido es de tipo agudo o en aquellos en los que el vínculo violento se mantiene, existen períodos de reagudización y el síndrome clínico no se ha estabilizado, el perito requerirá a la autoridad solicitante, la realización de una nueva evaluación de la persona examinada en un tiempo aproximado de seis meses. La nueva evaluación será realizada de preferencia por el mismo perito que hizo la evaluación inicial.

⁴⁴ Afectación psicológica que se produce dentro de los seis meses de ocurrido el hecho violento.





3.1.13 Solicitud sobre otras evaluaciones complementarias o exámenes auxiliares

En caso que las personas examinadas tengan antecedentes o indicios de alguna patología (enfermedades como hipertiroidismo, encefalopatía, etc.) y como consecuencia de ella puedan generar síntomas psicológicos, el/la perito/a informará y solicitará a la autoridad fiscal las evaluaciones complementarias que considere necesarias para una adecuada valoración del daño psíquico.

3.1.14 Recomendaciones del/a perito en su informe

Las recomendaciones que el/la perito/a considere pertinentes estarán de acuerdo al estudio del caso, las que podrán referirse, aunque no se limitan a ellas, a la necesidad y especificidad de tratamientos, la necesidad de medidas preventivas, una nueva evaluación del daño psíquico debido a que el síndrome clínico no se ha estabilizado, evaluación de trabajo social y otros que el/la perito/a considere beneficiosos para la recuperación de la víctima.

3.1.15 Software de la Guía

El software es un instrumento que facilita la aplicación de la Guía. Su uso requiere capacitación.

Para el acceso al software en la versión de Internet, la entidad a través de su área correspondiente, posibilitará la ruta y la contraseña respectiva. En caso que no sea posible acceder al software por Internet, se cuenta con una versión para ser instalada en las respectivas computadoras del personal a cargo de la evaluación.

3.2 Metodología para la valoración de daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional

PARTE I: CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Datos de la solicitud del peritaje

Número de Oficio:

Tipo de delito:

Institución que solicita la evaluación:

Lugar y fecha de la evaluación:





1.2. Consentimiento informado

La persona a ser evaluada debe ser informada de:

- a) Las características del peritaje,
- b) La autoridad solicitante,
- c) El tiempo aproximado que durará (en promedio 2 ó 3 sesiones de una hora cada una),
- d) El uso que se le dará a los resultados en el sistema de justicia; y,
- e) El derecho a dar o no dar su consentimiento para ser evaluada.

Una vez llenado el formato (Anexo A), debe ser impreso y firmado por la persona evaluada y el perito a cargo de la evaluación.

1.3. Datos de filiación de la persona examinada

Apellidos:

Nombres:

Sexo:

Lugar de nacimiento:

Etnia/pueblo originario:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Domicilio:

Idioma en que se expresó el examinado(a):

Intérprete: Sí () No ()

Ocupación:

Religión:

Dominancia:

1.4. Persona que informa: Persona examinada ()

Acompañante ()

Nombre de acompañante:

.....





1.5. Descripción física y de conducta de la persona examinada

.....

.....

.....

.....

PARTE II: RELATO DEL HECHO VIOLENTO

2.1. Relato libre del hecho violento

Consigna:

Cuénteme ¿qué le ha sucedido? ¿Qué problema está teniendo usted que le hace venir a esta entrevista?

(Tiempo referencial: 10 a 20 minutos sin formular preguntas directivas a la persona entrevistada, salvo preguntas que busquen aclarar algún detalle sobre lo ya dicho).

2.1.1 Preguntas específicas acerca del relato

Luego de los primeros 10 a 20 minutos en que la persona evaluada ha relatado el hecho violento, se prosigue con las siguientes preguntas básicas para precisar información del relato libre (10 a 15 minutos).

Evitar preguntas acerca de aspectos ya relatados a menos que el perito requiera de una mayor exploración.

¿Cómo ocurrieron los hechos? ¿Cuándo y en qué circunstancias? ¿Dónde ocurrieron los hechos? ¿Quién(es) le ocasionaron la violencia? ¿Por qué cree que ocurrió?





2.1.2. Cambio de perspectiva del relato

¿Por qué cree que tal persona tuvo esa conducta violenta contra usted? La persona que la ha violentado ¿le dio alguna explicación de su conducta? ¿Qué piensa usted de eso? De haber testigos ¿cómo cree que se sentían las personas que estaban presentes? ¿Cómo reaccionaron?

2.1.3. Relato en orden inverso (Solo si el perito encuentra inconsistencias significativas en el relato).

Quiero que me ayude a comprender bien lo que le pasó, **pero comencemos por el final, retrocediendo hacia el inicio de lo que me ha contado que ocurrió:** ¿Dónde estaba después de lo ocurrido? ¿Cómo estaba Ud.? ¿Qué hizo después de lo ocurrido? ¿Qué había pasado el momento anterior? ¿Y el momento anterior a ese? ¿Y antes de ese?

Para finalizar:

¿Hay algo más que quisiera agregar o contarme?

El/la examinador/a tendrá en consideración los criterios de credibilidad y simulación del relato que están en los anexos 2 y 3 de la Guía.

Pauta para el/la examinador/a antes de entrar a la Parte III:

“Ahora que ya me ha contado lo ocurrido, es importante hablar sobre su historia personal y familiar”





PARTE III: HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

3.1. Historia personal

○ Datos perinatales y desarrollo de los primeros años

¿Qué le han comentado sobre su nacimiento?, ¿Hubo complicaciones al nacer? ¿Tuvo problemas en su desarrollo en los primeros años? ¿Le han comentado a qué edad empezó a caminar? ¿A hablar?

○ Información sobre madre y padre o figuras sustitutas en la niñez

Nombre de la madre ¿Cómo era ella cuando usted era niña(o)? ¿Cómo era su relación con ella?

Nombre del padre ¿Cómo era él cuando usted era niña(o)? ¿Cómo era su relación con él?

En caso que la persona examinada no haya sido criada por sus progenitores: ¿Quién le crió? ¿Cómo fue la relación con él/ella? ¿Hubo otras personas que ayudaron en su crianza?

○ Niñez

¿Cómo fue su niñez? ¿Cómo era usted de niña(o)? ¿Su padre y madre vivían juntos? ¿Cómo se llevaban sus padres cuando usted era niña(o)? ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene? ¿Cómo era vivir con ellos en su niñez? ¿Tuvo pérdidas, mudanzas, separaciones, muertes durante sus primeros seis años? ¿Sufrió maltrato físico y/o emocional durante su niñez?





o **Adolescencia**

¿Cómo era usted en su adolescencia? ¿Cómo utilizaba su tiempo libre? ¿Participaba en algún grupo? ¿Con quién ha vivido en la adolescencia? ¿Qué personas fueron importantes para usted en su adolescencia?

o **Educación**

¿Cómo fue su rendimiento escolar en primaria?, ¿Terminó usted sus estudios? ¿Repitió de año? ¿Cómo fue su rendimiento en secundaria? ¿Repitió de año? ¿Hasta qué año estudió? ¿Tuvo cambios de colegio? ¿Cómo se llevaba con sus compañeras/os y con los/as profesores/as? ¿Faltaba al colegio? ¿Ha sido suspendido/a o expulsado/a? ¿Estudia actualmente? ¿Cómo le va en sus estudios? ¿Se ha retrasado en sus estudios?

o **Actividad laboral**

¿A qué edad empezó a trabajar y en qué? ¿En qué más ha trabajado? ¿Duraba en los trabajos? ¿Por qué salía de sus trabajos? ¿Cuál ha sido su último empleo? ¿A qué se dedica ahora?

o **Vida psicosexual**

¿A qué edad tuvo su primer(a) enamorado(a)? ¿Tiene actualmente pareja? ¿Ha tenido parejas previas a la actual? ¿Cómo fue esta relación y por qué terminó? ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Actualmente, ¿Tiene relaciones sexuales? ¿Tiene una pareja sexual estable o mantiene relaciones con diferentes personas? ¿Le satisface su vida sexual? ¿Ha sufrido maltrato sexual en algún momento de su vida? ¿Ha sufrido abuso sexual en su





niñez? En caso de abuso sexual, preguntar: ¿ha tenido alguna relación sexual con alguna persona de su mismo sexo?

o **Hábitos e intereses**

Actualmente ¿cómo ocupa su tiempo libre? ¿Tiene algún interés o pasatiempo preferido? ¿Tiene amigos cercanos? ¿Asiste a fiestas o reuniones? ¿Cómo es su consumo de alcohol? ¿En algún periodo de su vida llegaba a embriagarse? ¿Con qué frecuencia? ¿Actualmente consume alguna droga? ¿Cuál(es) y con qué frecuencia? ¿En algún periodo de su vida las ha consumido? En caso afirmativo ¿ha recibido rehabilitación?

o **Antecedentes médicos/psicológicos**

¿Ha tenido enfermedades graves a lo largo de su vida? ¿Tuvo alguna enfermedad o accidente que puso en riesgo su vida? ¿Ha sido operado(a) en algún momento de su vida? ¿Ha recibido ayuda psicológica o psiquiátrica? ¿Actualmente, continúa con ayuda psicológica o psiquiátrica? ¿Ha tomado/toma medicación? ¿Ha interrumpido el tratamiento o la medicación?

o **Antecedentes judiciales y policiales**

¿Ha tenido/tiene algún problema con la justicia? ¿Qué piensa del problema que tuvo/tiene? ¿Se solucionó?





o **Actitud personal con relación a la denuncia**

¿Qué espera usted que suceda con esta investigación?

3.2. Historia Familiar

o **Madre**

¿Vive su madre? ¿Qué edad tiene? ¿Qué grado de instrucción tiene? ¿En qué trabaja o trabajó en su vida? ¿Cómo es la manera de ser de ella? ¿Cómo se lleva con ella? ¿Ha habido períodos de conflicto o de distanciamiento entre ustedes?

o **Padre**

¿Vive su padre? ¿Qué edad tiene? ¿Qué grado de instrucción tiene? ¿En qué trabaja o trabajó en su vida? ¿Cómo es la manera de ser de él? ¿Cómo se lleva con él? ¿Ha habido períodos de conflicto o de distanciamiento entre ustedes?

o **Otras personas significativas (Figuras sustitutas)**

En caso que la persona examinada tenga figuras sustitutas de crianza: ¿Ha mantenido la relación con las personas que le cuidaron en la niñez? ¿Con quién(es)? ¿Cómo es la manera de ser de él/ella? ¿Cómo se lleva con él/ella? ¿Ha habido períodos de conflicto o distanciamiento entre ustedes?





○ **Pareja actual:**

¿Tiene pareja? ¿Cómo se llama? ¿A qué se dedica? ¿Cómo se lleva con él o ella? ¿Cómo es como persona? ¿Qué siente por él o ella? ¿Qué dificultades tienen como pareja? ¿Le ve futuro a su relación?

○ **Hijas/os:**

¿Tiene hijas(os)? ¿Cuáles son sus nombres? ¿Qué edades tienen? ¿En qué colegio estudian y en qué grados están? ¿Cómo se siente con sus hijas/os? ¿Su pareja actual, es la madre/padre de todas/os sus hijas/os?

○ **Información acerca del sistema familiar:**

¿Con quién(es) vive? ¿Cómo es su casa (cuántas habitaciones) y cuántas personas viven en ella? ¿En qué lugar está ubicada su casa? ¿De quién es la casa? ¿Quién mantiene la casa? ¿Quién toma las decisiones? ¿Cómo se llevan en su casa? Por lo general, ¿cuáles son las razones de sus discusiones? ¿Hay algún familiar que ha sufrido alguna enfermedad?

○ **Sistema de soporte emocional:**

¿A quién acude cuando tiene un problema? ¿Con qué miembros de su familia/amigos(as) tiene confianza para contarle sus problemas? ¿Le contó a alguien sobre el hecho de violencia que ha denunciado, a quién, cómo se lo contó? (De no haberle contado a nadie, indagar por qué)





PARTE IV: INFORMACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS

Para la realización del peritaje se contó con las siguientes fuentes de información (marcar):

- ☐ Carpeta fiscal o expediente judicial (obligatorio) ()

- ☐ Informes realizados en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses ()

- ☐ Historia(s) clínica(s) de la persona examinada ()

- ☐ Entrevista(s) a familiares u otras personas relevantes para la evaluación ()

- ☐ Otros: peritajes de parte, informe o atestado policial, resoluciones judiciales previas ()

PARTE V: EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS

Para la apreciación del daño psíquico en el presente caso se requieren las siguientes evaluaciones complementarias (marcar):

- ☐ Inteligencia ()
☐ Neuropsicológica ()





- ☐ Personalidad ()
- ☐ Examen psiquiátrico ()
- ☐ Exámenes toxicológicos ()
- ☐ Exámenes de laboratorio ()
- ☐ Exámenes imagenológicos ()
- ☐ Otros: _____ ()

PARTE VI: TIPOS DE VIOLENCIA

6.1. Tipo de hecho(s) violento(s) informado(s) por la persona examinada (marcar donde se aplique):

Tipos:

- a) Violencia física () b) Violencia psicológica () c) Violencia sexual ()
d) Violencia económica o patrimonial ()

Escenarios:

a) Violencia familiar

Por parte de su pareja () Contra los hijos(as) menores de edad () Contra adultos mayores ()

Violencia sexual por parte de su pareja ()

Violencia sexual por parte de un familiar ()

Otros ()

b) Violencia comunitaria

Actos delictivos () Pandillaje () Violencia juvenil () Secuestro ()

Violencia en la escuela () Violencia en lugares de trabajo ()

Violencia en residencia de ancianos/as () Violencia sexual por parte de un no familiar ()

Otros ()





c) Violencia colectiva

Tortura () Familiar de desaparecido () Familiar de asesinado ()

Violencia por parte de organización terrorista ()

Violencia por parte de organización criminal ()

Otros ()

PARTE VII: VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO

7.1. Relación del funcionamiento actual con el hecho violento

¿Cómo se ha sentido luego del hecho/situación violenta? En el último mes ¿cómo se ha sentido?

(Descripción espontánea del estado de la persona a partir del hecho violento)

7.2 Calificación de la *Matriz de Indicadores* que tienen nexo causal con el hecho/situación violenta

Pautas para el examinador:

- La *Matriz de Indicadores* muestra una serie de signos y síntomas que pueden presentar las personas después de experimentar hechos violentos. Consigne en la Matriz de Indicadores aquellos que espontáneamente han sido identificados durante la/s entrevista/s. Observe que en la *Matriz* hay 22 indicadores marcados en negrita que siempre deberán explorarse durante la entrevista.

Por favor:

- Marque P (Presente) en los indicadores que observó durante la entrevista que tengan relación directa con el/los hecho/s violento/s.





- Marque con un signo de interrogación (?) el/los indicador/es que necesita/n ser profundizado/s.
- Pregunte por el curso (actual, posterior y pre-existente) y la intensidad. Empiece con los indicadores marcados con "P". Siga con los indicadores marcados con el signo de interrogación. Finalmente, revise si queda algún indicador de obligada exploración (en negrita) que no haya sido preguntado.
- Marque el indicador de acuerdo a la gradación de intensidad señalada: 0 (Ausente), L, M, G, MG, en el curso actual, posterior y pre-existente, respectivamente. Cuando existan dudas marque con el signo de interrogación los dos niveles en que se encontraría la calificación para que, una vez concluida la entrevista, pueda calificar el indicador escuchando la grabación o revisando sus apuntes.

7.2.1. Preguntas exploratorias del curso, intensidad y alteración del funcionamiento psicosocial

1) En el último mes:

- (PREGUNTA DEL INDICADOR) ¿Cuánto malestar o problema le causa (INDICADOR)? ¿Qué frecuencia tiene el indicador?
- Donde la pregunta sea aplicable ¿Cómo es que (INDICADOR) ha cambiado su relación de PAREJA, FAMILIA, SEXUAL, SOCIAL, LABORAL/ACADEMICA?

2a) Después del hecho violento/experiencia traumática

- ¿Usted sintió (INDICADOR)? ¿Cuánto tiempo después? ¿Cuánto tiempo duró (INDICADOR)? ¿Cuánto malestar o problema le causaba (INDICADOR) pasados los seis meses de ocurrido el hecho o de haberse detenido la violencia?
- Donde la pregunta sea aplicable: Después del hecho violento ¿Cómo es que (INDICADOR) cambió su relación de PAREJA, FAMILIA, SEXUAL, SOCIAL, LABORAL/ACADEMICA?

2b) Para los casos en que la experiencia traumática y/o el estresor no haya cesado y la experiencia traumática tenga una duración igual o mayor de 6 meses

- Durante estos últimos meses en que ha experimentado esta situación de violencia, ¿usted ha sentido (INDICADOR)? ¿Por cuánto tiempo lo ha sentido? ¿Cuánto malestar o problema le causa (INDICADOR)?





- Donde la pregunta sea aplicable: ¿Cómo es que (INDICADOR) ha cambiado su relación de PAREJA, FAMILIA, SEXUAL, SOCIAL, LABORAL/ACADEMICA? (Explore interferencia en las funciones para una vida autónoma)

3) Antes del hecho violento/experiencia traumática:

- Antes de que ocurriera el hecho/situación de violencia ¿Usted sintió (INDICADOR)? ¿Cuánto malestar o problema le causaba (INDICADOR)? ¿Qué frecuencia o duración tuvo el indicador?
- Donde la pregunta sea aplicable: ¿Cómo es que (INDICADOR) afectaba su relación de PAREJA, FAMILIA, SEXUAL, SOCIAL, LABORAL/ACADEMICA? (Explore interferencia en las funciones para una vida autónoma)

Curso del indicador:

- **Curso actual:** Presencia del indicador en el último mes.
- **Curso posterior:** Presencia del indicador después de seis meses de ocurrido el hecho/situación violento/a. En casos de violencia continua sin cese del estresor violento, se explora presencia y cronicidad de los indicadores una vez establecida la experiencia traumática.
- **Curso pre-existente:** Presencia del indicador antes de ocurrido el hecho/situación de violencia.

7.2.2. Calificación de indicadores

Pautas para el examinador:

- La calificación de los indicadores se basa en tres criterios: a) alteración de la función/capacidad, b) presencia/persistencia del indicador, c) interferencia en las funciones para una vida autónoma.
- Para calificar basta que uno de los tres criterios esté presente.
- La calificación de indicadores tiene la siguiente escala: AUSENTE (0), LEVE (L), MODERADO (M), GRAVE (G), MUY GRAVE (MG).





Ausente: no hay presencia del indicador.

Leve: *Alteración de la función/capacidad:* presencia del indicador en una mínima deficiencia de una función o capacidad luego del hecho violento. O incremento leve de la presencia del indicador en caso de su pre-existencia antes del hecho violento. *Presencia/persistencia del indicador:* se trata de molestias temporales y/o intermitentes factibles de remisión. *Interferencia en las funciones para una vida autónoma:* estos indicadores no afectan funciones en la capacidad de autonomía de la persona examinada.

Moderado: *Alteración de la función/capacidad:* la persona examinada logra sobrellevar el indicador con esfuerzo, siendo notoria la deficiencia en la función o capacidad. *Presencia del indicador:* se trata de una deficiencia persistente, recurrente o crónica. *Interferencia en las funciones para una vida autónoma:* el indicador causa alguna interferencia en las actividades cotidianas; el examinado podría necesitar ayuda de la familia, redes de soporte, especialistas, fármacos u objetos de apoyo para sobrellevar el indicador.

Grave. *Alteración de la función/capacidad:* el indicador alcanza un nivel de severidad o intensidad perturbadora de la capacidad o función. Existe riesgo para su integridad física o mental o la de los demás. *Presencia del indicador:* es un indicador persistente, recurrente o crónico que limita seriamente el funcionamiento del examinado. *Interferencia en las funciones para una vida autónoma:* el sujeto a pesar de esforzarse en controlar el signo o síntoma no consigue aliviarlo por sí mismo, existe una marcada interferencia en la actividad y por lo general requiere de soporte externo (fármacos incluidos) el que le ayuda de manera momentánea.

Muy Grave: *Alteración de la función/capacidad:* es un indicador que expresa la total o casi total deficiencia de la función o capacidad evaluada. Existe un alto riesgo para su integridad física o mental o la de los demás. *Presencia del indicador:* es un indicador persistente y/o crónico. *Interferencia en las funciones para una vida autónoma:* el sujeto es incapaz de continuar con sus actividades cotidianas sin el soporte externo de terceros y/o un entorno supervisado a tiempo parcial o completo.

Ejemplo:

Intrusión de pensamientos, sentimientos asociados al evento violento

0. Ausente

1. **Leve:** alguna intrusión de pensamientos/recuerdos con mínima angustia o interrupción de las actividades. Es temporal, factible de remisión.





2. **Moderada:** intrusión de pensamientos/recuerdos con angustia presente claramente, pero controlable. Puede ser persistente, recurrente o crónica. Alguna interrupción de actividades.
3. **Grave:** dificultad para quitar de la memoria los pensamientos/recuerdos con angustia considerable. Es persistente, recurrente o crónico. Marcada interferencia con las actividades.
4. **Muy Grave:** angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los pensamientos/recuerdos, incapaz de continuar con sus actividades. Es persistente, recurrente o crónica.

7.2.3. Matriz de indicadores de daño psíquico

Consigna para la persona examinada

Le voy a preguntar acerca de varias dificultades o molestias que pueden sentir las personas que han vivido hechos violentos. Por favor, diga si usted... (Leer el primer indicador marcado con "P").

	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	O	L	M	G	M	P	O	L	M	G	M	P	O	L	M	G	M
1. Indicadores Depresivos																		
1. Insomnio ¿Ha tenido dificultades para dormir o mantener el sueño?																		
2. Hipersomnia ¿Duerme más de lo que acostumbra?																		
3. Ánimo depresivo ¿Se ha sentido triste o sin ánimo?																		
4. Apatía ¿Ha sentido falta de interés o de entusiasmo frente a las personas o cosas que le rodean?																		
5. Anhedonia ¿Ha sentido que no disfruta de las cosas que antes le gustaban?																		
6. Ideación suicida ¿Ha tenido pensamientos o ideas de acabar con su vida?																		
7. Resentimiento y/o venganza ¿Ha sentido odio, resentimiento o deseos de vengarse de las personas que lo han dañado?																		





	Curso Actual						Curso Posterior					Curso Pre-existente				
	P	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G
8. Descuido del arreglo personal ¿Ha perdido interés en su aseo o arreglo personal? (Indicador también puede ser observado por el examinador)																
9. Llanto espontáneo o ¿Ha llorado sin motivo o sin saber por qué?																
10. Labilidad afectiva ¿Ha tenido cambios bruscos o exagerados de estados de ánimo sin motivo aparente?																
11. Cansancio y/o fatiga ¿Se ha sentido agotado o cansado para realizar sus actividades cotidianas?																
12. Disminución del apetito con pérdida de peso ¿Ha bajado de peso sin hacer dieta o sin quererlo?																
13. Problemas psicosomáticos ¿Ha sentido algún/os malestar/es en su salud física? ¿Cuál/es?																
14. Disminución del rendimiento académico, laboral y/o doméstico ¿Ha sentido que le cuesta más trabajo o le toma más tiempo hacer sus labores en el hogar, trabajo o estudio?																
2. Indicadores de ansiedad o aumento del umbral de activación (arousal)																
15. Hiperactivación ¿Se ha sentido sobresaltado o alarmado con facilidad?																
16. Pesadillas recurrentes ¿Ha tenido pesadillas repetitivas?																
17. Terrores nocturnos ¿Se ha despertado bruscamente sintiendo angustia y terror?																
18. Dificultades de la atención – concentración ¿Ha tenido dificultades para mantenerse atento o concentrado en lo que hace?																



	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	0	L	M	G	M G	0	L	M	G	M G	0	L	M	G	M G		
19. Ansiedad ¿Se ha sentido nervioso, inquieto o en constante tensión?																		
20. Temor a estar solo(a) ¿Ha sentido temor a estar solo(a)?																		
21. Crisis de angustia situacionales o predispuestas ¿Ha tenido momentos de terror o de pánico ante situaciones que le recuerdan el suceso violento?																		
22. Síntomas neurovegetativos ¿Ha sentido que el corazón le palpita o le va muy de prisa, dolor o malestar en el pecho, sudoraciones, temblores en el cuerpo, sensaciones de ahogo o de atragantamiento, calor o frío de manera súbita, dificultades para respirar, entumecimientos u hormigueos en alguna parte de su cuerpo, mareos, sensación de inestabilidad o desmayo?																		
23. Irritabilidad ¿Se ha sentido irritable o malhumorado?																		
24. Poca tolerancia a la frustración ¿Se molesta o decae rápidamente cuando las cosas no salen como usted quiere?																		
25. Temores y miedos ¿Ha sentido miedo ante objetos, personas o situaciones que no son un peligro para usted?																		
3. Indicadores disociativos																		
26. Amnesia disociativa ¿No recuerda hechos importantes o penosos? ¿Otras personas se lo han tenido que recordar?																		
27. Amnesia selectiva ¿No recuerda aspectos importantes del hecho violento?																		
28. Flashbacks (Re-experimentación del evento violento) ¿Ha tenido la sensación de estar reviviendo el hecho violento, como si estuviese ocurriendo otra vez?																		



	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G		
29. Despersonalización ¿Ha tenido la sensación de encontrarse fuera de su cuerpo o como si no fuera usted mismo?																		
30. Desrealización ¿Ha sentido que las cosas o personas que le rodean le son desconocidas, extrañas o irreales?																		
31. Embotamiento y/o desapego emocional ¿Ha sentido dificultad para amar, estar feliz, emocionarse, como si todo le diera igual?																		
4. Indicadores de alteración en el pensamiento y la percepción																		
32. Evitación de pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas al evento violento ¿Ha evitado ciertos pensamientos, conversaciones, lugares o actividades que le recuerdan el hecho violento?																		
33. Intrusión de pensamientos, sentimientos asociados al evento violento ¿Han aparecido de manera inesperada pensamientos o recuerdos del suceso violento que le producen malestar?																		
34. Alteraciones de la percepción ¿Le ha parecido escuchar voces o ver cosas que otras personas no oyen ni ven?																		
35. Delirios Observación de ideas delirantes																		
5. Indicadores de alteraciones en el control de impulsos que se manifiestan en la conducta																		
36. Conductas autoagresivas ¿Se ha golpeado o herido usted mismo en alguna parte de su cuerpo?																		
37. Restricción alimentaria ¿Ha dejado de comer porque le preocupa su peso?																		
38. Atracones ¿Ha comido en exceso sin tener hambre?																		





	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G	0	L	M	G	M _G		
39. Provocación del vómito ¿Se ha provocado el vómito después de comer?																		
40. Interés o preocupación excesiva por temas sexuales ¿Ha tenido mayor interés o preocupación por temas sexuales?																		
41. Comportamiento sexual inadecuado ¿Ha tenido comportamientos sexuales riesgosos o perjudiciales para usted o para los demás (promiscuidad, sexo no seguro, etc.)?																		
42. Inhibición del deseo sexual ¿Ha disminuido su interés o deseo sexual?																		
43. Conducta suicida ¿Ha intentado de alguna manera acabar con su vida?																		
44. Conductas heteroagresivas ¿Ha insultado, golpeado a otras personas y/o roto objetos de su entorno?																		
45. Conducta Antisocial ¿Ha tenido problemas con las reglas o con la ley?																		
46. Respuesta impulsiva ¿Ha reaccionado sin pensar o de manera precipitada?																		
47. Conductas adictivas secundarias ¿Ha iniciado o aumentado el consumo de alcohol o drogas y/o se ha dedicado al juego para evitar pensar en lo sucedido?																		
48. Exposición a situaciones de riesgo ¿Se ha expuesto innecesariamente a situaciones riesgosas o que hacen peligrar su seguridad?																		
49. Descontrol psicomotriz ¿Ha tenido crisis de llanto, gritos o movimientos violentos que no logra controlar?																		
6. Indicadores de alteraciones en la calidad del vínculo interpersonal																		
50. Desadaptación familiar ¿Ha tenido la sensación de no ser querido(a) y/o aceptado(a) por la familia?																		





	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	0	L	M	G	M G	0	L	M	G	M G	0	L	M	G	M G		
51. Sumisión ¿Ha evitado contradecir a una persona que considera tiene poder sobre usted?																		
52. Pérdida de confianza hacia personas cercanas ¿Ha perdido la confianza en amigos, familia y/o pareja?																		
53. Suspiciacia ¿Ha sentido que los demás tienen malas intenciones con usted?																		
54. Temor, desagrado y/o rechazo al contacto físico ¿Ha sentido desagrado o rechazo cuando alguna persona cercana o su pareja lo toca o abraza?																		
55. Aislamiento y/o retraimiento ¿Se ha aislado o evitado relacionarse con las personas?																		
56. Oposicionismo desafiante ¿Se ha puesto terco o ha desafiado innecesariamente a personas de autoridad?																		
57. Dificultades para establecer vínculos con pares y/o pareja ¿Ha sentido que le es difícil relacionarse con la pareja o amigos?																		
58. Ideación homicida ¿Ha pensado matar a alguien?																		
7. Indicadores de alteraciones en la autovaloración y el propósito de vida																		
59. Desesperanza frente al futuro ¿Ha sentido que no vale la pena hacer planes para el futuro y que las cosas no pueden mejorar?																		
60. Dificultad en el logro de metas ¿Ha sentido que le es difícil alcanzar las metas que se ha propuesto?																		
61. Pérdida del sentido de la vida ¿Considera que su vida ha perdido sentido?																		





	Curso Actual						Curso Posterior						Curso Pre-existente					
	P	O	L	M	G	M	P	O	L	M	G	M	P	O	L	M	G	M
62. Pérdida o disminución de la capacidad de auto-eficacia ¿Ha tenido dificultad para hacer frente a los problemas de la vida diaria que antes podía resolver?																		
63. Desvalorización de sí mismo(a) ¿Se ha sentido inútil, fracasado o que vale muy poco?																		
64. Sentimientos de culpa ¿Se ha sentido culpable por lo sucedido?																		

Cuadro con las frecuencias de los indicadores encontrados (por curso)					
CURSO ACTUAL	Nº	CURSO POSTERIOR	Nº	CURSO PRE-EXISTENTE	Nº
Ausente		Ausente		Ausente	
Leve:		Leve :		Leve	
Moderado:		Moderado:		Moderado	
Grave :		Grave :		Grave	
Muy Grave:		Muy Grave:		Muy Grave:	

7.3 Daño psíquico en las áreas de funcionamiento psicosocial debido al hecho/situación violenta

Pautas para el examinador:

- Explorar el curso posterior y actual de las alteraciones de cada área de funcionamiento
- Anotar información relevante sobre las áreas de funcionamiento que no haya sido manifestada por la persona examinada o explorada por el perito durante las entrevistas.
- Si durante la exploración de la alteración de las áreas de funcionamiento se han identificado nuevos indicadores de daño psíquico, proceder igual que 7.2





Consigna para la persona examinada

- ¿En qué han cambiado su(s) relación(es) de (PAREJA, FAMILIAR, SEXUAL, SOCIAL, LABORAL/ACADÉMICA) después de los hechos de violencia ocurridos?

Personal:

Información sobre capacidades y funciones de la persona examinada: apariencia, control de impulsos, discurso, ánimo, pensamiento, juicio, percepción, atención, orientación, memoria, riesgo suicida/homicida. Asimismo auto-valoración, resiliencia, inteligencia emocional, metas y proyecto de vida.

Pareja:

Información sobre grado de conflictividad, resolución de problemas, patrones de violencia física, emocional y/o sexual, cuidado de la relación, separaciones, problemas de infidelidad, desconfianza.

Familiar:

Información sobre composición familiar actual, distribución del espacio físico del hogar (hacinamiento), grado de conflictividad de la familia nuclear y/o ampliada, resolución de problemas, patrones de violencia física, psicológica y/o sexual; protección y cuidado entre los miembros de la familia, roles alterados, límites entre los miembros, desconfianza, respeto a la autoridad y las reglas de la casa; experiencia subjetiva de pertenencia, confianza e integración a la familia.



**Sexual:**

Información sobre la experiencia subjetiva física y mental de satisfacción (satisfacción, inhibición, rechazo), frecuencia; capacidad de aceptar placenteramente el contacto físico con la pareja durante las relaciones sexuales; presencia de disfunciones sexuales.

Social:

Información sobre capacidad de crear y mantener relaciones amicales y casuales observando la calidad de tales relaciones; participación en organizaciones benéficas, clubes o asociaciones profesionales organizadas; participación en prácticas religiosas o espirituales; participación en actividades ligadas al ejercicio de la ciudadanía y la participación política; participación en actividades culturales y recreativas; participación en grupos antisociales (pandillaje).

Laboral/Académica:

Información sobre la capacidad de buscar, conseguir y mantener un trabajo remunerado o por autoempleo; logro de algún grado de suficiencia económica. Rotación laboral, conflicto con pares, clientes o jefes, búsqueda de capacitación que mejore oportunidades de empleo.

Información sobre las responsabilidades relacionadas con la escuela u otra instancia académica, incluye asistencia, participación, cooperación con otros estudiantes, organizar el estudio y completar tareas, avanzar hacia otras fases de la educación.

(Fin de la Entrevista)





PARTE VIII: ANÁLISIS DEL CASO

El examinador deberá tener en cuenta las siguientes áreas de análisis para que pueda llegar a la valoración del daño psíquico de la persona examinada y sus conclusiones:

8.1. Organización de personalidad del examinado: (características de personalidad actuales, características previas al hecho violento, mecanismos de defensa, formas de afrontamiento/capacidades resilientes con los que cuenta, condición neurológica, psicopatológica y/o intelectual que contribuya a las características actuales de la personalidad del examinado, trastornos previos al hecho violento, etc.).

8.2. Entorno sociocultural: (factores sociales y culturales condicionantes, contexto social en que ocurrió la situación de violencia, pertenencia a etnia/pueblo originario, factores de estrés coexistentes que influyan actualmente en el examinado, prácticas culturales, estatus socioeconómico, redes de soporte, etc.).

Para el análisis del Entorno sociocultural, de manera especial, el/la examinador/a tendrá en consideración los enfoques de interculturalidad y de género, así como las pautas del anexo 5.

8.3. Descripción del evento/situación traumática: Características: situación violenta relatada, relación de dominio sobre la persona examinada, presencia o persistencia del estresor (episodio único, agudo, crónico, recurrente).





8.3.1. Presencia y frecuencia del estresor violento

Marcar donde corresponda (puede ser más de uno):

Episódico (un solo hecho/situación de violencia) ()

Recurrente (más de un episodio de violencia en un lapso menor de seis meses) ()

Crónico (hechos violentos constantes o recurrentes por más de seis meses) ()

Agudo (evaluación antes de transcurridos los seis meses) ()

8.4. Curso de la historia del daño psíquico: Etapa del ciclo de vida en que ocurrió el hecho/situación violenta, evolución de los signos y síntomas relacionados con el trauma, contraste entre los cursos actual, posterior y pre-existente.

8.5. Análisis de la Matriz de Indicadores de Daño Psíquico

8.5.1. Frecuencias de indicadores de daño psíquico en el curso actual

Esta es una tabla de frecuencias y ayuda al examinador a observar la tendencia del perfil de la persona examinada a presentar indicadores leves, moderados, graves o muy graves en las categorías de daño psíquico en el curso actual.

Categorías de indicadores de daño psíquico	Nº de indicadores X categoría	L	M	G	MG
1. Indicadores depresivos	14				
2. Indicadores de ansiedad o de aumento del umbral de activación (arousal)	11				
3. Indicadores disociativos	6				
4. Indicadores de alteraciones en el pensamiento y percepción	4				
5. Indicadores de control de impulsos observados en la conducta	14				
6. Indicadores de la calidad del vínculo interpersonal	9				
7. Indicadores de auto-valoración y propósito de vida	6				
Frecuencias	64				





8.5.2. Análisis de los Indicadores de daño psíquico más discapacitantes (Ver tabla 8.5.1)

a) Marque la calificación más discapacitante encontrada en el **Curso Actual**

Muy Grave () Grave () Moderado () Leve ()

a.1) ¿Qué indicadores han sido calificados como los más discapacitantes en el Curso Actual?
(Ver tabla 7.2.3) (indicadores graves):

b) Marque la calificación más discapacitante en el curso posterior (Ver tabla 7.2.3)

Muy Grave () Grave () Moderado () Leve ()

b.1) ¿Qué indicadores han sido calificados como los más discapacitantes en el Curso Posterior? (Ver tabla 7.2.3)

c) La intensidad pre-existente de los indicadores fue incrementada o intensificada por el hecho/situación de violencia (Ver tabla 7.2.3)

Sí () No () No aplicable ()

c.1) El incremento fue (escribir los indicadores más discapacitantes):

De leve a moderado:

De moderado a grave:

De grave a muy grave:

8.5.3. Alteraciones en las áreas de funcionamiento psicosocial

¿Cuáles son las dos áreas del funcionamiento psicosocial de la persona examinada que están más alteradas? (marque sólo una si sólo una corresponde)

Personal () Pareja () Familia () Sexual () Social () Laboral/Académica ()

No se encontró ningún área de funcionamiento psicosocial alterada ()





8.6. Alteración del proyecto de vida

Considera que el proyecto de vida de la persona examinada está alterado

Sí () No ()

Sólo en caso que considere que sí existen evidencias de alteración del proyecto de vida:

¿En qué áreas de funcionamiento psicosocial observa que la experiencia traumática ha alterado el proyecto de vida de la persona examinada?

Personal () Pareja () Familia () Sexual () Social () Laboral/Académica ()

La alteración del proyecto de vida encontrada en una o más áreas de funcionamiento es:

Reversible ()

Irreversible ()

8.7. Consistencia de la relación causal entre los indicadores de daño psíquico y el relato de violencia(s) referido

Marcar si la relación es:

Consistente ()

No consistente ()

Apreciación :

8.8. Integración del análisis del caso

Escriba usted una síntesis del análisis efectuado en la Parte VIII.





8.9. Referencia diagnóstica (CIE-10)

.....

8.10. Escala de valoración del daño psíquico

Pautas para la valoración:

1. Para valorar el daño psíquico se considera:
 - La información recabada durante las entrevistas con el examinado
 - La información de la carpeta fiscal o expediente judicial y exámenes complementarios (de ser pertinente)
 - La calificación de los indicadores de daño psíquico (teniendo en cuenta el curso actual, posterior y preexistentes) en las áreas de funcionamiento psicosocial
 - El análisis del caso.
2. Marque en la escala de valoración del daño psíquico en qué nivel de intensidad se manifiesta el daño psíquico en las áreas de funcionamiento psicosocial de la persona examinada.
3. Tenga en cuenta que:

La valoración del daño psíquico se determina al establecer cuál ha sido el mayor nivel de discapacidad encontrado en una o más áreas de funcionamiento psicosocial de la persona examinada en relación con el hecho violento

AUSENCIA DE INDICADORES DE DAÑO PSÍQUICO O NINGUNA DEFICIENCIA EN LAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO

No presenta indicadores de daño psíquico congruentes con los hechos referidos ()

NIVEL LEVE DE DAÑO PSÍQUICO:

Criterios

Alteración de la función/capacidad: nivel en el que los indicadores presentan una mínima deficiencia de una función o capacidad luego del hecho violento. O un incremento leve de la presencia de los indicadores en caso de su pre-existencia antes del hecho violento. *Presencia*





de los indicadores; en este nivel, se trata de molestias temporales y/o intermitentes factibles de remisión. *Interferencia en la funciones de una vida autónoma:* Estos indicadores no afectan funciones en la capacidad de autonomía de la persona examinada.

1. Leve deficiencia en el área personal (Ejemplos: incremento de estados de irritabilidad; menos tolerancia a la frustración; momentos de tristeza o desánimo por situaciones de frustración objetivables; ideas o recuerdos del hecho violento que producen un grado manejable de ansiedad; atención y concentración disminuidas (leve distractibilidad); algunas dificultades para recordar detalles del hecho violento; ninguna ideación suicida/homicida; incremento en la dificultad para la toma de decisiones y/o resolución de problemas cotidianos; sentimientos de desvalorización por algún rasgo o situación, no como persona total; percepción del hecho violento como obstáculo en la vida pero que con esfuerzo es posible reencaminarse).	()
2. Leve deficiencia en el área de pareja (ej.: peleas con la pareja que antes del hecho violento (HV) llegaban a resolverse y que ahora sólo se alivian de momento; ocasionales agresiones verbales o expresiones de descalificación o de temor hacia la pareja que antes no había; descuido o sentimientos ocasionales de rechazo hacia la pareja, ideación de ser infiel que antes del HV no ocurría; aparición o incremento de sentimientos de desconfianza y/o celos; disminución de la comunicación entre la pareja).	()
3. Leve deficiencia en el área de familia (ej.: incremento de las discusiones con agresiones verbales hacia miembros de familia nuclear; resentimientos hacia familiares que llegan a resolverse; descuido ocasional en el cuidado a los miembros de la familia que no era usual antes de HV; resistencia a cumplir las reglas de convivencia y respetar los límites; sobre-exigencia o descuido no usual en las tareas de la casa)	()
4. Leve deficiencia en el área sexual (ej.: disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales y/o de la satisfacción en ellas; las relaciones sexuales no se reinician como solían hacerse luego de una discusión con la pareja; ocasional inhibición en el placer sexual; incremento o disminución de fantasías sexuales).	()
5. Leve deficiencia en el área social (ej.: evita ocasionalmente a sus amigos, se siente algo distante o sin la usual cercanía con ellos; discusiones con vecinos o conocidos sin razones objetivas, no usuales en el examinado; disminución en la participación en actividades comunitarias, religiosas o culturales; ha disminuido la satisfacción en sus pasatiempos; incremento significativo en una actividad social que empieza a copar otras áreas perdiendo el balance anterior a HV).	()





6. Leve deficiencia en el área laboral/académica (ej.: ausencias o tardanzas sin justificación adecuada; atraso/postergación de las tareas laborales o académicas sin que haya habido un patrón previo; ocasional descuido de responsabilidades o incremento de llamadas de atención).	()
---	-----

Pautas para la calificación del daño psíquico en el nivel LEVE:

La persona examinada presenta uno o más indicadores leves de daño psíquico en una o más áreas de su funcionamiento psicosocial.

NIVEL MODERADO DE DAÑO PSIQUICO

Criterios

Alteración de la función/capacidad: en este nivel la persona examinada logra sobrellevar los indicadores con esfuerzo, siendo notoria la deficiencia en la función o capacidad. *Presencia de los indicadores:* en este nivel los indicadores muestran una deficiencia persistente, recurrente o crónica. *Interferencia en la funciones para una vida autónoma:* el sujeto tiene interferencias en las actividades cotidianas; podría necesitar ayuda de la familia, redes de soporte, especialistas, fármacos u objetos de apoyo para sobrellevar los indicadores.

1. Moderada deficiencia en el área personal (Ej.: estados de irritabilidad; baja tolerancia a la frustración (continúa en la tarea pero con esfuerzo en el auto-control); tristeza o desánimo por situaciones de frustración sin mayores razones objetivas; ideas o recuerdos del hecho violento que producen una clara ansiedad; menor atención y concentración (disminuye ante estímulos internos o externos, exige esfuerzo para volver a la tarea); dificultades para recordar detalles importantes del hecho violento; ideas ocasionales de morir sin intención ni plan de autoeliminación; dificultad clara para la toma de decisiones y/o resolución de problemas cotidianos; sentimientos recurrentes de desvalorización por algún rasgo o situación, no como persona total; percepción del hecho violento como hecho traumático en la vida, hay moderada confianza en recuperarse).	()
2. Moderada deficiencia en el área de pareja (Ej.: peleas recurrentes con la pareja que no se resuelven; expresiones verbales frecuentes de descalificación o de temor hacia la pareja; descuido o claros sentimientos de rechazo hacia la pareja, conductas de flirteo o infidelidad ocasional que antes del HV no ocurrían; incremento de sentimientos de desconfianza y/o celos; disminución notoria de la comunicación entre la pareja).	()





3. Moderada deficiencia en el área de familia (Ej.: discusiones frecuentes con agresiones verbales entre miembros de familia nuclear; resentimientos hacia familiares que no llegan a resolverse; descuidos notorios en la atención a los miembros de la familia que no eran usuales antes de HV; trasgresiones a las reglas de convivencia y los límites, hurto en la casa; sobre-exigencia marcada o descuido no usual en las tareas de la casa).	()
4. Moderada deficiencia en el área sexual (Ej.: evidente disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales y/o de la satisfacción en ellas; rechazo persistente de las relaciones sexuales luego de una discusión con la pareja; inhibición en el placer sexual; rechazo de las relaciones sexuales por periodo de algunas semanas, aparición de fantasías sexuales inusuales que producen ansiedad en el examinado).	()
5. Moderada deficiencia en el área social (Ej.: evita a los amigos que tiene, se siente distante de ellos; discusiones frecuentes con vecinos o conocidos; disminución marcada en la participación en actividades comunitarias, religiosas o culturales; marcada disminución en la satisfacción que le brindan sus pasatiempos; actividad social fija que ha copado otras áreas perdiendo el balance anterior a HV).	()
6. Moderada deficiencia en el área laboral/académica (Ej.: riesgo de perder empleo o el año académico; dificultad de mantener estabilidad en un empleo; conversaciones formales con autoridades para que cambie conducta deficiente en su desempeño; descuido en las tareas cotidianas de la casa; inasistencia escolar por fuga, disminución notoria en el rendimiento académico).	()

Pautas para la calificación del daño psíquico en el nivel MODERADO:

La persona examinada presenta uno o más indicadores moderados de daño psíquico en una o más áreas de su funcionamiento psicosocial.

Si la persona examinada presenta tres o más indicadores leves en las áreas de funcionamiento psicosocial, revisar la calificación de los indicadores a fin de determinar si se está ante un nivel de daño MODERADO.

NIVEL GRAVE DE DAÑO PSÍQUICO

Criterios

Alteración de la función/capacidad: Los indicadores alcanzan un nivel de severidad o intensidad perturbadora de la capacidad o función. Existe riesgo para su integridad física o





mental o la de los demás. *Presencia de los indicadores:* Es un nivel en que los indicadores son persistentes, recurrentes o crónicos y que limitan seriamente el funcionamiento del examinado. *Interferencia en la funciones para una vida autónoma:* El sujeto a pesar de esforzarse en controlar el signo o síntoma no consigue aliviarlo por sí mismo, existe una marcada interferencia en la actividad y por lo general requiere de soporte externo (puede incluir fármacos) que ayuda de manera momentánea.

1. Grave deficiencia en el área personal (Ej.: intolerancia a la frustración (no continúa en la tarea); tristeza persistente sin mayores razones objetivas; ideas o recuerdos del hecho violento que producen ansiedad desbordada; marcada disminución en atención y concentración (se distrae fácilmente ante estímulos internos o externos, vuelve a la tarea momentáneamente); no recuerda detalles importantes del hecho violento aunque se esfuerce; ideas de suicidio (recurrentes, no hay una planificación); no logra tomar decisiones ni resuelve problemas cotidianos, busca a terceros para que lo hagan por él; sentimientos recurrentes de desvalorización como persona total; intento suicida; hecho violento ha marcado un antes y un después en la vida del examinado, los paliativos son notoriamente insuficientes, no va a recuperar lo perdido).	()
2. Grave deficiencia en el área de pareja (Ej.: peleas recurrentes con la pareja, no es posible mantener una conversación sin que estén atacándose verbalmente; violencia física con la pareja (ya sea en el rol de víctima o victimario/a); marcado temor hacia la pareja; sentimientos de odio y venganza hacia la pareja; infidelidad como conducta nueva luego del HV; sentimientos fijos de desconfianza y/o celos; la pareja no se habla, utiliza a terceros por varias semanas o meses).	()
3. Grave deficiencia en el área de familia (Ej.: peleas frecuentes con agresiones verbales y/o físicas entre miembros de familia nuclear; conductas vengativas – incluso planeadas– hacia familiares; conducta abiertamente negligente en el cuidado a los miembros de la familia; patrón recurrente de trasgresiones a las reglas de convivencia y a los límites sin consecuencias ni culpa; sobre-exigencia con las tareas de la casa con castigos corporales; abuso físico y/o sexual).	()
4. Grave deficiencia en el área sexual (Ej.: la pareja puede llevar meses o años sin contacto sexual por distanciamiento emocional; el acto sexual es rechazado o automático; presencia de disfunciones sexuales y/o desviaciones de la conducta sexual).	()





5. Grave deficiencia en el área social (Ej.: notorio patrón de evitamiento de los amigos, aislamiento; marcado desapego emocional a personas muy amigas; claro rechazo a cualquier tipo de socialización; peleas verbales y/o físicas con vecinos o conocidos; no participa en actividades comunitarias, religiosas o culturales; ha olvidado pasatiempos que le causaban satisfacción; utiliza todo su tiempo en una o dos actividades fijas; pasa muchas horas en la cama o viendo programas de televisión sin que sean de interés real para el examinado).	()
6. Grave deficiencia en el área laboral/académica (Ej.: no puede mantener un empleo; desempleado; tiene notoria dificultades para buscar y encontrar trabajo, sea formal o por auto-empleo; año académico abandonado o perdido; negligencia en el cuidado de las tareas de la casa; no puede mantener económicamente a su familia, ha contraído deudas que no puede pagar por falta de empleo).	()

Pautas para la calificación del daño psíquico en el nivel GRAVE:

La persona examinada presenta uno o más indicadores graves de daño psíquico en una o más áreas de su funcionamiento psicosocial.

Si la persona examinada presenta tres o más indicadores moderados en las áreas de funcionamiento psicosocial, revisar la calificación de los indicadores a fin de determinar si se está ante un nivel de daño GRAVE.

NIVEL MUY GRAVE DE DAÑO PSÍQUICO

Criterios

Alteración de la función/capacidad: Es un nivel que expresa la total o casi total deficiencia de las funciones o capacidades evaluadas. Existe un alto riesgo para su integridad física o mental o la de los demás. *Presencia de los indicadores:* A este nivel, los indicadores son persistentes y/o crónicos. *Interferencia en las funciones para una vida autónoma:* el sujeto es incapaz de continuar con sus actividades cotidianas sin el soporte externo de terceros y/o un entorno supervisado a tiempo parcial o completo.





1. Muy grave discapacidad en el funcionamiento personal (Ej.: existe peligro de lesionar a otros o a sí mismo/a; tristeza o estados de excitación persistentes; cambios de humor bruscos sin razones objetivas; explosiones de violencia homicida o suicida; lenguaje ilógico, incoherente o inapropiado; no recuerda el hecho violento o parecería que le sucedió a una tercera persona; ideas de suicidio (recurrentes, hay un plan, no encuentra razones para seguir viviendo); no toma decisiones, son terceros los que deciden por él; intento suicida repetido; hecho violento ha marcado un antes y un después en la vida del examinado. Pérdida total del proyecto de vida).	()
2. Muy grave discapacidad en el funcionamiento de pareja (Ej.: violencia física recurrente con la pareja, sea en el rol de víctima o victimario; la pareja ha causado lesiones físicas; la pareja no se habla y/o utiliza a terceros para comunicarse por varios meses).	()
3. Muy grave discapacidad en el funcionamiento de familia (Ej.: violencia física entre miembros de familia nuclear con lesiones entre ellos; conducta negligente en el cuidado a los miembros de la familia que pone en inminente riesgo la vida de éstos; abuso físico y/o sexual continuo. Desintegración familiar).	()
4. Muy grave discapacidad en el funcionamiento sexual (Ej.: meses o años sin contacto sexual por rechazo a tener intimidad sexual; presencia de disfunciones sexuales y/o desviaciones de la conducta sexual).	()
5. Muy grave discapacidad en el funcionamiento social (incapacidad de vivir de manera independiente, no puede mantener higiene personal mínima, requiere de un considerable apoyo externo (cuidadores, institución) para no realizar acciones que pongan en riesgo su integridad o perjudiquen a los demás).	()
6. Muy grave discapacidad en el funcionamiento laboral/académico (ej.: permanece en cama buena parte del día, incapacidad de trabajar o estudiar, desempleado crónico, requiere que terceros lo sostengan para su subsistencia).	()

Pautas para la calificación del daño psíquico en el nivel MUY GRAVE:

La persona examinada presenta uno o más indicadores muy graves de daño psíquico en una o más áreas de su funcionamiento psicosocial.

Si la persona examinada presenta tres o más indicadores graves en las áreas de funcionamiento psicosocial, revisar la calificación de los indicadores a fin de determinar si se está ante un nivel de daño MUY GRAVE.





ANEXOS





ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN PERSONAS ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTENCIONAL

La presente evaluación se realiza aplicando la Guía de valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional que toma un promedio de tres sesiones de 60 minutos cada una. En estas sesiones se le harán preguntas sobre los hechos, materia de investigación, su historia personal y familiar, malestares y síntomas, principalmente. La realización de la presente evaluación ha sido ordenada por la autoridad competente y sus resultados serán usados en la investigación en el sistema de administración de justicia.

División Médico legal: _____

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Examinada (o): _____ DNI: _____

Detalle del consentimiento:		SI*	NO*
1	Acepto ser evaluada(o)		
2	Evaluaciones complementarias		
3	Perennización de la evaluación (a criterio del perito)		

(*) Marcar con una "X" la/s casilla/s correspondiente/s.

Yo
dejo constancia expresa de haber recibido información detallada y minuciosa de los procedimientos a realizarse, por lo que firmo el presente documento, en pleno uso de mis facultades mentales: SÍ () NO () brindo mi consentimiento voluntario.
Al firmar este consentimiento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

.....
Firma de la persona evaluada

(Impresión Dactilar)

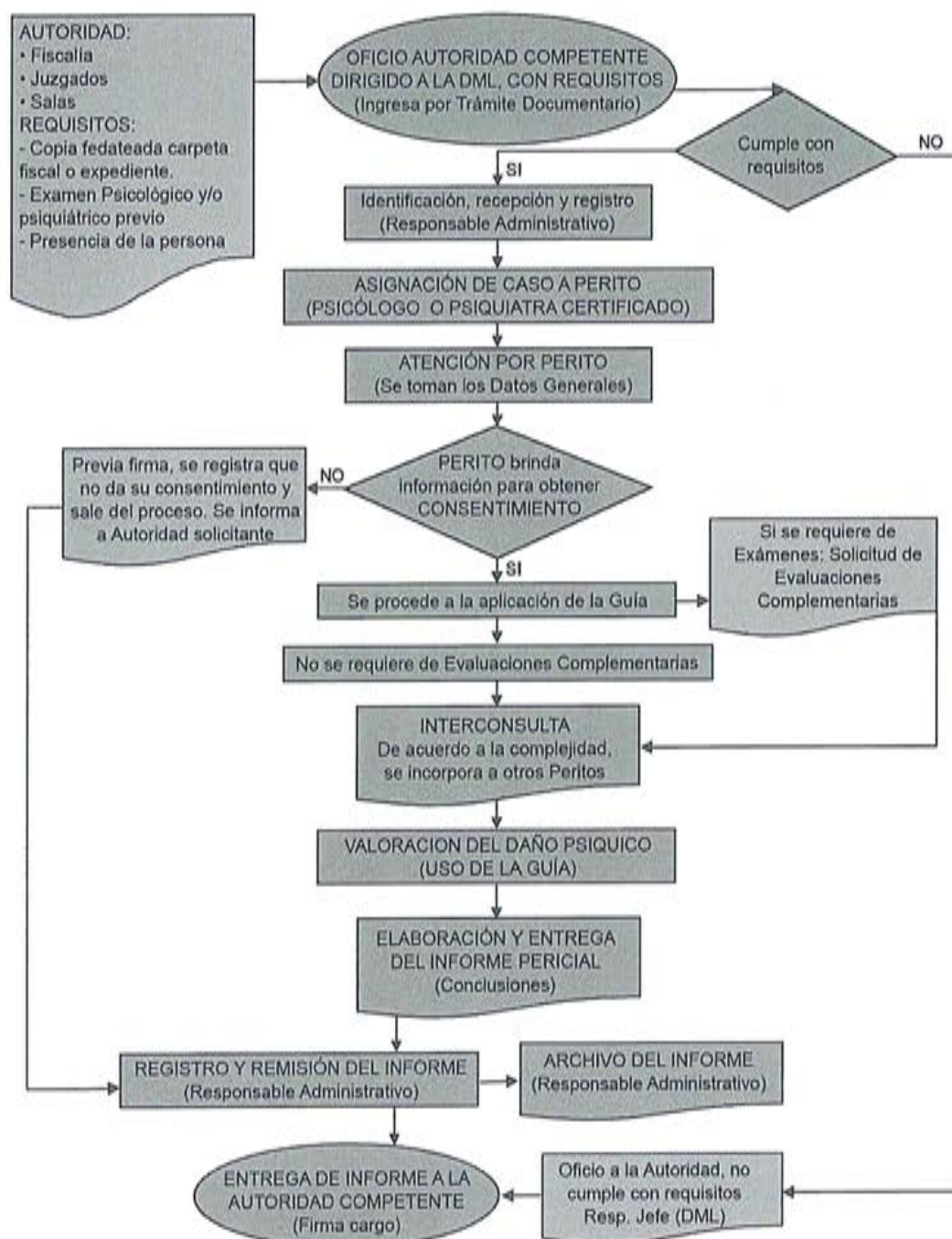
.....
(Firma)

.....
Sello o nombres y apellidos del perito a cargo de la evaluación



ANEXO B: FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL REQUERIMIENTO DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN PERSONAS ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTENCIONAL





ANEXO 1: DEFINICIONES OPERACIONALES DE INDICADORES

1. INDICADORES DEPRESIVOS

1. Insomnio

Dificultad para conciliar o mantener el sueño. O bien, no tener un sueño reparador.

2. Hipersomnia: Sueño o somnolencia excesiva y/o prolongada, episodios inusualmente prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno no deseados.

3. Ánimo depresivo

Emoción generalizada y persistente caracterizada por tristeza, infelicidad y desdicha, y acompañada de llanto frecuente, pesimismo y sentimientos de desesperanza respecto a sí mismo y a su entorno.

4. Apatía

Estado de indiferencia con ausencia de motivación o entusiasmo, en el que la persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

5. Anhedonia

Incapacidad para obtener placer de actividades que habitualmente producen sensaciones o sentimientos agradables.

6. Ideación suicida

Pensamientos persistentes de autoeliminación que pueden o no estar acompañados de un plan.

7. Resentimiento y /o venganza

Persistencia de afectos de cólera, ira u hostilidad ante una persona o situación que ha causado daños emocionales y físicos. Dificultad para perdonar u olvidar el agravio. Pensamientos y fantasías de revancha que pueden llegar al acto.

8. Descuido del arreglo personal

Disminución o ausencia del interés por el arreglo, aseo o higiene personal.

9. Llanto espontáneo

Llanto sin razón aparente y sin relación necesaria con una situación penosa.





10. Labilidad afectiva

Cambios bruscos de humor y del estado de ánimo sin que medie una razón aparente

11. Cansancio y/o fatiga

Disminución de la energía y desgano físico que no guarda proporción con el nivel de actividad realizada.

12. Disminución de apetito con pérdida de peso

Disminución del peso sin aparente intencionalidad o enfermedad.

13. Problemas psicosomáticos

Presencia de cefaleas, náuseas, gastritis, dolor de cuerpo, de espalda, fibromialgias y otros síntomas orgánicos debido a motivaciones emocionales o psicológicas.

14. Disminución del rendimiento académico, laboral y/o doméstico

Menoscabo en el nivel de funcionamiento académico, laboral y doméstico respecto a su desempeño previo.

2. INDICADORES DE ANSIEDAD O AUMENTO DEL UMBRAL DE ACTIVACIÓN (AROUSAL)

15. Hiperactivación

Permanente y persistente estado de hipersensibilidad, hipervigilancia, estado de alerta y respuesta exagerada de sobresalto.

16. Pesadillas recurrentes

Sueños extremadamente terroríficos y repetitivos que dejan recuerdos vívidos y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona se recupera rápidamente y está orientada y despierta.

17. Terrores nocturnos

Despertares bruscos recurrentes acompañados de gritos de angustia, miedo y signos intensos de activación vegetativa. Falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle. Existe amnesia del episodio.





18. Dificultades de la atención – concentración

Dificultad para centrarse, de manera persistente, en una actividad concreta así como para construir y mantener un foco de atención que permita atender selectivamente a los estímulos (internos y externos) relevantes e ignorar los irrelevantes.

19. Ansiedad

Estado emocional en el que se experimenta una anticipación aprensiva de daño o desgracia, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión y que puede presentarse de modo persistente. El objeto del daño anticipado puede ser interno o externo.

20. Temor a estar solo/a

Sentirse vulnerable o desprotegido y requerir de la presencia de una figura cercana que le brinde seguridad.

21. Crisis de angustia situacionales o predispuestas

Aparición brusca e intensa de miedo o malestar intenso. Miedo a perder el control, a volverse loco o a morir. Las crisis pueden ser situacionales o predispuestas, es decir, el sujeto asocia la aparición de los síntomas a un estímulo interno o externo vinculado al hecho violento.

22. Síntomas neurovegetativos

Elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantamiento, malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, sensación de hormigueo, escalofríos o sofocaciones.

23. Irritabilidad

Emoción generalizada y persistente que se caracteriza por una elevada susceptibilidad, reacciones de cólera y enojo.

24. Poca tolerancia a la frustración

Dificultades para postergar la satisfacción inmediata de los deseos, impulsos o anhelos. Entre las manifestaciones más comunes están las explosiones de ira, enfado y llanto ante las negativas o prohibiciones, estados de contención, inhibición, tristeza y pesimismo.

25. Temores y miedos

Sentimiento aprensivo y desproporcionado ante objetos, personas o situaciones que con independencia de su naturaleza son consideradas peligrosas o dañinas para el sujeto.





3. INDICADORES DISOCIATIVOS

26. Amnesia Disociativa

Incapacidad para recordar información relacionada con acontecimientos desagradables o estresantes.

27. Amnesia selectiva

Dificultad o incapacidad para evocar los recuerdos. No recuerda situaciones específicas asociadas a un hecho desagradable o estresante.

28. Flashbacks (Re-experimentación del evento violento)

Vívida re-experimentación del evento violento. La persona pierde parcialmente la consciencia del presente y tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia traumática al sobrevenirle imágenes, percepciones, emociones, conductas, incluso ilusiones o alucinaciones relacionadas con el evento violento.

29. Despersonalización

Sensación de extrañeza o irrealidad con respecto a sí mismo, como si fuese un observador externo de su propio cuerpo o de sus procesos mentales.

30. Desrealización

El mundo es percibido como algo irreal, las cosas o personas circundantes son sentidas como desconocidas o extrañas.

31. Embotamiento y/o desapego emocional

Disminución de la capacidad de experimentar emociones, especialmente amorosas, en sus vínculos más cercanos.

4. INDICADORES DE ALTERACIÓN EN EL PENSAMIENTO Y LA PERCEPCIÓN

32. Evitación de pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas al evento violento

Esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático.





33. Intrusión de pensamientos, sentimientos asociadas al evento violento

Ideas, pensamientos, sentimientos asociados al evento violento que involuntariamente son recordados por la víctima ocasionándole malestar y dolor subjetivo; suelen presentarse en forma súbita y no tener relación con la actividad que se viene desempeñando.

34. Alteraciones de la percepción

Alteración de la función de recoger y elaborar la información proveniente del exterior e interior y dotarla de significado acorde a la realidad. Las alteraciones más frecuentes son: ilusión (percepción alterada de un estímulo real) y alucinación auditiva (percepción sin estímulo real).

35. Delirios

Presencia de ideas aisladas y/o articuladas entre sí, que evidencian una falsa creencia o una inferencia incorrecta acerca de la realidad externa. Las ideas son sostenidas con certeza, a pesar de la ausencia de evidencias. Entre las ideas delirantes más frecuentes aparecen las de persecución, celos, grandeza, control o influencia etc.

5. INDICADORES DE ALTERACIONES EN EL CONTROL DE IMPULSOS QUE SE MANIFIESTAN EN LA CONDUCTA

36. Conductas autoagresivas

Conducta que implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Se manifiesta en conductas como: golpearse la cabeza contra los objetos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, hacerse cortes en las muñecas u otras partes del cuerpo, golpear el propio cuerpo, jalarsé los cabellos.

37. Restricción alimentaria

Rechazo o disminución de la ingesta de alimentos descuidando los requerimientos necesarios para vivir el día a día, asociado a la preocupación por el peso.

38. Atracones

Ingesta compulsiva de alimentos acompañada de una sensación subjetiva de descontrol.

39. Provocación del vómito

Consiste en provocarse el vómito estimulando zonas de la garganta, sin importar la autoagresión física y fisiológica que se produce con esta conducta.





40. Interés o preocupación excesiva por temas sexuales

Incluye temas sexuales durante conversaciones fuera de contexto, intentos persistentes o excesivos de ver a otros mientras se visten, se bañan o van al baño; interés excesivo o persistente por la pornografía, dibujos y juegos sexualmente explícitos.

41. Comportamiento sexual inadecuado

Comportamiento sexualizado que no corresponde a lo esperado, que es dañino para sí mismo o para otros. Por ejemplo: exposición persistente o excesiva de sus propios genitales a otros, tocar partes del cuerpo de otros sin su consentimiento, conductas *voyeuristas*, simular el acto sexual con objetos, animales, promiscuidad sexual, etc.

42. Inhibición del deseo sexual

Inhibición o desinterés en temas sexuales y/o disminución del deseo sexual o libido.

43. Conducta suicida

Persona que ha intentado quitarse la vida en una o varias ocasiones. El indicador señala el paso a la acción del suicida en su intención de auto-eliminarse.

44. Conductas heteroagresivas

Comportamiento destructivo y hostil contra los demás y el medio ambiente con la intención de provocar daño.

45. Conducta antisocial

Patrón de conducta que infringe las reglas y expectativas sociales y que incluye acciones contra el entorno, incluyendo personas y propiedades. Se manifiesta en robos, fugas del hogar o colegio, actos de vandalismo o destrucción de la propiedad, crueldad con animales o personas, participación en estafas, asaltos, extorsiones –ya sea por beneficio personal o por placer–, y ausencia de remordimientos ante acciones transgresoras.

46. Respuesta impulsiva

Se caracteriza por una respuesta precipitada a los estímulos, actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento, excesivo cambio de una actividad a otra.

47. Conductas adictivas secundarias

Conductas adictivas de riesgo como consumo de alcohol y drogas, adicción al juego y videojuegos, como un mecanismo evitativo o de fuga de la realidad.





48. Exposición a situaciones de riesgo

La persona tiene conductas que ponen en riesgo su vida como reacción a experiencias traumáticas. Puede tomar la forma de exposición a ser asaltado, a tener accidentes, a contraer enfermedades (sexuales, por ejemplo), a participar en pandillas, etc.

49. Descontrol psicomotriz

Estado extremo de pérdida del control de los impulsos sin finalidad objetiva o voluntad caracterizados por movimientos violentos, gestos, gritos o llanto que requieren de intervención inmediata para el control de los síntomas.

6. INDICADORES DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DEL VÍNCULO INTERPERSONAL

50. Desadaptación familiar

Sensación de estar excluido del círculo familiar, de no sentirse escuchado, tenido en cuenta, de no tener un lugar en el afecto de los seres cercanos. Sensación de rechazo que puede manifestarse en conductas de aislamiento, desafío y cólera.

51. Sumisión

Conducta y actitud de subordinación frente a la conducta y actitud dominante de otro. No muestra capacidad de respuesta frente a las dificultades y se sostiene desde la dependencia.

52. Pérdida de confianza hacia personas cercanas

Las personas pueden mostrar una marcada falta de confianza y de seguridad en sus relaciones con las personas significativas. La pérdida de confianza está dirigida a algunos o a todos los miembros de su círculo familiar, a sus cuidantes, amigos, pareja.

53. Suspiciacia

Actitud de desconfianza o sospecha ante las intenciones y comportamientos de los demás. Se suele pensar que los otros se pueden aprovechar de ellos, hacerles daño o engañarlos; se duda de la fidelidad o lealtad de los seres cercanos o se vislumbran amenazas o degradaciones en hechos insignificantes.

54. Temor, desagrado y/o rechazo al contacto físico

Respuesta de temor, desagrado y/o rechazo ante la experiencia de ser tocado por personas del entorno familiar y cercano, incluye la respuesta de desagrado al contacto físico con la pareja.





55. Aislamiento y /o retraimiento

Evitación de contactos interpersonales, la persona se muestra apartada físicamente y/o constreñida emocionalmente, prefiere actividades solitarias, tiene dificultades para integrarse a los grupos, incluso puede mostrar inhibición en la expresión social de afectos.

56. Oposicionismo desafiante

Patrón persistente de conducta negativista, hostil y desafiante, excesiva para el contexto sociocultural y el nivel de desarrollo de la persona que causa un deterioro significativo en su funcionamiento social. Se manifiesta en conductas excesivamente rebeldes y provocativas y discusiones repetidas con figuras de autoridad.

57. Dificultades para establecer vínculos con pares y/o pareja

Presencia de conductas inhibidas, retraídas y temerosas ante el contacto social. Sensación de poder ser rechazado por los pares y/o pareja.

58. Ideación homicida

Pensamientos persistentes de eliminar a una o varias personas. Presencia de ánimo hostil y vengativo.

7. INDICADORES DE ALTERACIONES EN LA AUTOVALORACIÓN Y EN EL PROPÓSITO DE VIDA

59. Desesperanza frente al futuro

Actitud caracterizada por pesimismo y desilusión frente al futuro que repercute en la relación de la persona con su entorno y limita su construcción de metas.

60. Dificultad en el logro de metas

La persona siente que no está en capacidad de obtener los objetivos que se traza, puede tener un plan con metas, pero éstas no logran mantenerse consistentes en el tiempo o la persona no logra esforzarse por conseguirlas.

61. Pérdida del sentido de la vida

Sentimientos de pérdida del valor particular que la persona le había conferido a su vida, de que las razones y propósitos que anteriormente le servían para orientar su vida ya no están o están menoscabados.





62. Pérdida o disminución de la capacidad de auto-eficacia

Disminución de la capacidad para resolver problemas, la persona se abruma o siente que tiene que hacer un esfuerzo muy grande para sobreponerse a situaciones complicadas en sus relaciones interpersonales, familia, trabajo, estudios.

63. Desvalorización de sí mismo(a)

La persona tiene una percepción negativa o descalificación de sí mismo(a). Hay una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado, inútil, indigno. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán, producto de un estigma social.

64. Sentimientos de culpa

La víctima se responsabiliza del hecho violento, cree que la violencia depende de ella, que la ha provocado y por ello la justifica. Se siente culpable no sólo por la violencia sino por su reacción ante la misma: silencio, encubrimiento, tolerancia, etc.





ANEXO 2: CRITERIOS DE CREDIBILIDAD DEL RELATO

a. Criterios generales

- 1) **Uso de vocabulario técnico aprendido:** El lenguaje utilizado deberá tener concordancia con la instrucción y cultura de procedencia de la persona examinada. Un uso de lenguaje técnico aprendido, es decir, la presencia de términos provenientes de la psiquiatría, el derecho u otra especialidad no relacionada con el nivel educativo o el léxico y el conocimiento general de la persona entrevistada, apuntaría a un intento de falsear el testimonio.
- 2) **Coherencia entre las diferentes fuentes:** Coherencia entre las diferentes fuentes de información exploradas durante la investigación: información previa, atestado policial, datos de otras personas, etc.
- 3) **Consistencia externa con otras pruebas incontrovertibles:** Coherencia del relato con los resultados de los exámenes médico-legales y auxiliares.
- 4) **Susceptibilidad a la sugestión:** El testimonio y los hechos principales de la situación violenta no tendrían que mostrar marcadas variaciones entre una repetición y otra. Sin embargo, la persona examinada podría cambiar su relato fundamental si es que se trata de un sujeto fácilmente sugestionable, es decir, que puede variar su manera de percibir la situación de violencia ante la actitud persuasiva de un tercero. Ello puede deberse a la presunción de un funcionamiento cognitivo por debajo del promedio, a aspectos emocionales dependientes, un ánimo de agradar a personas significativas, una ganancia secundaria, entre otras razones.
- 5) **Motivos y contexto de la denuncia:** Se producen dudas en cuanto a la veracidad cuando la persona examinada muestra motivos o razones, así como un contexto situacional en el que la denuncia favorece a intereses emocionales, económicos, familiares o sociales subalternos de la persona denunciante.

b. Criterios específicos

- 6) **Narración verosímil/ consistencia lógica y psicológica:** Apunta a la coherencia contextual, lógica y espaciotemporal que debe tener el relato. Los detalles de una declaración, pese a su independencia, deben guardar un curso integrado, consistente y lógico.





- 7) **Elaboración naturalmente no estructurada:** Los relatos libres o en los que el examinador o examinadora no tiene una actitud directiva suelen darse de forma aparentemente inconexa, puesto que los detalles aparecen espontáneamente. Pese a esta desorganización aparente, los segmentos de la narración guardan una coherencia lógica y forman un todo contextual. Los relatos que son fruto de la invención se presentan normalmente de forma continua y estructurada, se evidencian notablemente las conexiones causales, los detalles, cómo deben ser memorizados, siguen una estructura rígida e inalterable, a fin de darle una coherencia interna a una experiencia no vivida.
- 8) **Relato con riqueza de detalles:** Una gran cantidad de detalles aumenta la credibilidad de una declaración. Los detalles se refieren tanto a las descripciones de las personas, lugares o cosas, así como a la sucesión de acontecimientos.
- 9) **Detalles superfluos o poco usuales:** Hacen referencia a la aparición en el relato de detalles superfluos que no aportan aspectos relevantes del suceso o de detalles inusuales y extraños. Las declaraciones falsas se concentran en entrelazar y darle cohesión a los detalles sólidos que darían mayor veracidad a la declaración.
- 10) **Engranaje contextual:** Hace referencia a la inserción de los contenidos del relato en un contexto o en una sucesión espaciotemporal. Estas interrelaciones espaciotemporales pueden incluir sucesos rutinarios, relaciones familiares, y sociales. Los relatos falsos tienen dificultades para describir contextos complejos, suelen simplificar.
- 11) **Interacciones y reproducción de diálogos:** Se describen cadenas de acciones y reacciones del testigo, así como las discusiones y actos producto de la interacción con el agresor. Los diálogos se incluyen dentro de dicha descripción de interacciones y se contemplan, fundamentalmente, tres situaciones:
- Uso del vocabulario específico del agresor
 - Razonamiento utilizado por éste
 - Conversaciones que revelan las distintas actitudes entre agresor y víctima, como por ejemplo, las insinuaciones del primero.
- 12) **Descripción del estado subjetivo mental de la persona:** Se incluyen sentimientos de miedo, atracción y cogniciones (cómo escapar o detener la situación de abuso). Es





especialmente importante tener en cuenta la evolución emocional que puede darse producto de la interrelación entre la víctima y el agresor.

- 13) Narración de complicaciones inesperadas durante el incidente:** Estas complicaciones pueden referirse a una interrupción imprevista, a la aparición de un personaje externo, al retraso en la finalización de la situación o a un accidente fruto del forcejeo o de la interacción violenta.
- 14) Asociaciones externas relacionadas:** El testigo relata conversaciones referidas a otros sucesos relacionados con el evento, por ejemplo, en el caso de una agresión a un conocido de la víctima, ésta puede relatar cómo anteriormente habían hablado de sus respectivas experiencias. La asociación es externa pero íntimamente relacionada con el contenido del suceso.
- 15) Auto-desaprobación:** El testigo menciona conductas impropias o erróneas, así como detalles autoincriminatorios y desfavorables para su declaración. Los reproches autoinculpativos son frecuentes en los adolescentes que muchas veces sienten que podían haber hecho algo más para evitar los hechos. En los testimonios falsos no aparece este tipo de menciones.
- 16) Perdón al autor del hecho violento aunque ello favorezca al acusado:** Se dan explicaciones que favorecen al acusado o lo excusan y/o no se hace uso de posibilidades obvias para incriminarlo.
- 17) Atribución al estado mental del agresor:** Se incluyen en la declaración los estados mentales, motivos, estados fisiológicos y reacciones afectivas que la víctima atribuye al autor del hecho violento.
- 18) Correcciones espontáneas:** Se distinguen dos tipos de correcciones que otorgan credibilidad al relato:
- Cuando la corrección es espontánea y encaminada a mejorar la declaración.
 - Cuando en la corrección espontánea se anulan o cambian detalles anteriores sin que intervenga el entrevistador. Una declaración inventada tiene muy poca probabilidad de incluir estas correcciones puesto que la imagen y la buena impresión son esenciales.





19) Plantear dudas sobre el propio testimonio: El testigo hace explícitas algunas dudas sobre lo que está relatando. Sigue el mismo razonamiento que el criterio anterior pues se supone que una persona que desea parecer creíble no va a cuestionar su propio testimonio.

20) Admisión de falta de memoria: Al igual que en los criterios anteriores, la persona examinada se pone en una situación poco favorable al admitir su falta de memoria de algunos episodios. Las personas que mienten tenderían a responder enteramente a las preguntas antes de admitir una laguna en la memoria que evidenciara la no experimentación del suceso.





Anexo 3: MODALIDADES Y CRITERIOS DE SIMULACIÓN

La simulación es la actitud psíquica, consciente y voluntaria, donde se expresa y representa un evento mórbido, con la intención de engañar a un tercero (perito) y así obtener un beneficio.

Modalidades de simulación⁴⁵:

1. Disimulación: es aquella donde la persona examinada oculta la patología que padece con el fin de obtener cierto beneficio personal o de convalidar futuros actos jurídicos. Surge con mayor asiduidad en pacientes internados que desean lograr el alta médica.

2. Parasimulación: esta modalidad se da cuando el individuo representa un evento mórbido distinto al que ya padece. Sobre este punto cabe señalar que se utiliza el término "parasimulación" para diferenciarlo de la sobresimulación, entendiendo que esta última es una variante de aquella. Esta modalidad, de relativa relevancia médico legal, suele verse en pacientes internados y que desean obtener beneficios secundarios por medio de simular síntomas ya padecidos o vistos en terceras personas. Ejemplo de ello podemos encontrarlo en aquellos pacientes que, además de padecer su cuadro psicótico, simulan síntomas extrapiramidales con la intencionalidad de obtener algún beneficio asistencial, generalmente para que le retiren o cambien la medicación.

3. Sobresimulación: como se ha dicho, es una variante de la anterior, donde se exagera o sobreactúa la sintomatología de un evento mórbido que padece o que está simulando. Es posible detectarla en la población carcelaria que desea ser trasladada al hospital con el fin de mejorar sus condiciones de reclusión o en aquellos internos que intentan modificar su calificación penal y ser declarados inimputables en instrucción o durante el juicio oral.

4. Metasimulación: se caracteriza por la actitud psíquica voluntaria e intencional de sostener en el tiempo la sintomatología del cuadro psiquiátrico ya desaparecido. Se observa con mayor frecuencia en el Fuero Civil cuando debe determinarse el porcentaje de incapacidad.

5. Presimulación: consiste en simular una enfermedad antes de la comisión de un acto antijurídico con el fin de poder liberarse de la responsabilidad legal que en tal sentido le cabe. Si bien no es frecuente, se puede llegar a advertir en causas penales.

⁴⁵ Bruno AH, Cabello J. *Simulación en psiquiatría forense*. Cuadernos de Medicina Forense, 2002; 1(2):81-93.





Algunos criterios a tomar en cuenta:

1. **Incongruencia del perfil sintomático:** Reporte de síntomas que pertenecen a diferentes cuadros clínicos sin relación entre sí. Presencia de perfiles inconsistentes, agrupación indiscriminada de síntomas, informe de síntomas que difícilmente van juntos.
2. **Incongruencia entre la personalidad y/o funcionamiento psicosocial global y los síntomas reportados:** No hay correspondencia entre el estilo de funcionamiento psicosocial o personalidad del examinado y el tipo de síntoma que manifiesta tener.
3. **Presencia de síntomas de carácter psicótico:** Reporte de síntomas que apuntan a la existencia de una psicosis severa tales como: alucinaciones agudas, robo de pensamiento, certeza de ser perseguido o escuchado por los demás y que no guardan coherencia con el relato global.
4. **Síntomas raros e improbables:** síntomas que raramente se dan, incluso entre poblaciones psiquiátricas, o que adquieren carácter fantástico o ridículo.





ANEXO 4: ÁREAS E INSTRUMENTOS REFERIDOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INDICADORES

Áreas de evaluación	Instrumentos	Estudios	Modalidad de violencia
Historia de Victimización	Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico (Echeburua y Corral, 1998)	Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
	Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Derogatis, 1977, ve. 2002)		
	Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979)	Rodríguez, A. (2006)	Acoso Laboral
	General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)	Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Política
	Protocolo de Evaluación Psicológica	Centro Mujer 24 horas. Dirección General de la mujer (1999)	Violencia Doméstica Violencia Sexual
Síntomas psicopatológicos generales	Cuestionario de Respuesta emocional a la Violencia (REV)	Soler, Barreto y González (2005)	Violencia Doméstica Violencia Sexual
	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (EGS, Echeburua, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)	Echeburua, Corral y Amor (1998)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo
	Structured Interview for PTSD (Davidon, Malik y Travers, 1997)	Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
	Inventario de síntomas del Trauma (TSI) (John Biriere)	Rodríguez, A. (2006)	Acoso Laboral
	Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al, 1987) (va. Perú)	LinChing (2003)	Violencia Doméstica
Ansiedad	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, ve. 1982)	Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Política
	Hopkins Symptom Check List-25: HSCL-25	Echeburua, Corral y Amor (1998) Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002) Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo Violencia Doméstica Violencia Política





Áreas de evaluación	Instrumentos	Estudios	Modalidad de violencia
Depresión	Inventario de Depresión (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, ve. Vásquez y Sanz, 1997)	Echeburua, Corral y Amor (1998)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo
	Escala de Valoración de la Depresión (HRS, Hamilton, 1960, ve. Conde y Franch, 1984)	Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
	Hopkins Symptom Check List-25; HSCL-25	Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Política
Sistema de creencias	World Assumption Scale (WAS, Jannoff-Bulman, 1989)	Rodríguez, A. (2006)	Acoso Laboral
Autoestima	Escala de Autoestima (EAE, Rosenberg, 1965)	Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
Inadaptación	Escala de Inadaptación (EI, Echeburua, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)	Echeburua, Corral y Amor (1998) Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo Violencia Doméstica





ANEXO 5: SÍNDROMES CULTURALES

CUADRO N° 1: ALCANZO O PACHA (AGARRADO POR LA TIERRA)			
Denominaciones	Sintomatología nosología	Aspectos causales	Relación con la nosología de la medicina académica
Alkanzo, pachas, pacha q'apirusqa (Andahuaylas). Pacha qapísqa, pacha kamasqa o pacha oqarisqa (Ayacucho y Huancavelica). Jallpajapisk'a (Canas). Pacha, pacha ganarun, llapchaska, qapísqa o agarrado por la tierra (Cangallo). Pacha hapísqa (Cusco). Alkanzo, pacha o pachajapín (Huamanga); Pampa chatay (Huancayo); Jallpajapiska o lugar hapísqa (Puno). Oraken - oraqencajatawa o laqan batuta (Puno). Pacha o alkanzo (Vileas Huamán).	Malestar general, decaimiento, aceleración del pulso, sueño, pérdida del apetito, dolor de "estómago", tos; dolor intenso de huesos, debilidad, pérdida de peso y fiebre. Cuando se agrava, en muchos casos, espantos con sangre (yawarraqay). El agravamiento de los síntomas mencionados provoca la aparición de tumores (amoqillo) malignos y dolorosos que minan el órgano afectado y hasta pueden producir la muerte. En este caso el "significado" es que el enfermo ha sido "comido" como consecuencia de la cólera del espíritu de la tierra.	TaytaOrcotUnquyo agarrado por el espíritu del cerro (wamani): síndrome por desarrollar actividades agropecuarias o cualquier otra actividad sin antes haber realizado el ofrecimiento de "pagos" al taytaorcco, también por caerse o dormir a la intemperie; caminar o pasar por el cerro a "malas horas". Amaru Qapísqa agarrado por el espíritu del cerro. Amaru: agarrado por el espíritu malévolos que vive en las quebradas o lugares propicios, como son ríos, lagunas o manantiales. Rumi Qapísqa agarrado por el espíritu de las piedras, debido a la evaporación de los minerales, o evaporación de "animonio" de la tierra, cuando en el trabajo se saca las piedras del terreno o cuando uno se sienta sobre una piedra grande. Sacha Qapísqa agarrado por el espíritu de los árboles, por las emanaciones de la tierra o las evaporaciones (humo) del "animonio", cuando se saca el monte o cuando se corta plantas "encantadas" que crecen en los puquiales (mástico, cedro, pauca), sin haber hecho previamente el pagapu. "Agarrado" (apropiado, posesionado, cogido, tomado) por la tierra (o por sus poderes negativos cuando se halla enojada) se genera por: No realizar los pagos u ofrendas antes de iniciar los Caer o ser tumbado bruscamente por algún animal. Dejar caer algunas gotas de su sangre (principalmente en tierra virgen). Sentarse o recostarse con descuido, dormir en el campo, a medio camino o en el piso recién construido de una casa.	El conjunto de síntomas está referido a las enfermedades conocidas por la medicina académica, con los nombres de: bronquitis, neumonía, enfermedades del corazón, cáncer de los diferentes órganos y tuberculosis.



511



CUADRO N° 3: KUTICHIY O DAÑO			
Denominaciones	Descripción	Síntomas	Aspectos causales
Jamp'atutiwkask'a, chupusitina, p'istilla o p'istilla, tiuk'a, ñaw'i (Puno)	En el mundo quechua y aymara Kutichiy expresa una "contraoperación" que se practica para contrarrestar los efectos de algún daño (trujería). Kutichiy es "resistir", devolver, contestar. Derivado de ella, en la amazonía peruana se utiliza el término "Cutipar" para referir la reacción o respuesta que los shamanes, las personas, las plantas o animales, realizan al devolver un daño.	Aparición de erupciones cutáneas y/o abscesos, generalmente en las extremidades superiores e inferiores, con una forma que reproduce la del animal; se considera que se produce porque el animal "chupa" la sangre de la persona; en el caso de los sapos, por haber sido escupido (contagiado) con el líquido que tienen en sus membranas de la espalda. Fuerte escozor y dolor en los abscesos e hinchazones; aparición de heridas (en forma de rasguños) en las manos que se asemejan al camino que hace el animal, fuerte escozor y ardor, "granos" con fuerte escozor.	Sacha ñakayqa o respuesta de los árboles.- Ocurre por cortar las ramas de los árboles en Luna nueva. Rurñakayqa o respuesta de los productos.- Por derramar y pisar sin ningún respeto los productos de la tierra (papas, ocas, granos y los productos elaborados por el hombre).
Uywanakayqa (Ayacucho).	En la sierra recae en el trasgresor, en cambio en la amazonía, el Cutipado asume tres formas, una de las cuales, la venganza, recae en el hijo recién nacido de la persona causante. Otra se proyecta en el hijo por contacto con cadáveres.		Kutichiy es causado por pisar, leer (con piedras o herramientas) o fastidiar a los animales: caracoles, culebras, lagartijas, lagartos, ratones, sapos, taperacos, tarántulas; afecta a adultos y niños.

CUADRO N° 4: EL AGRAVIO O CONTAGIO MÁGICO	
Descripción	Aspectos causales y síntomas
Los grupos quechuas de la amazonía, ubicados en la provincia de Lamus, dan cuenta de una forma de kutichiy denominada "agravio", considerado como un contagio mágico que se manifiesta a través de enfermedades que recaen en los hijos de los trasgresores y que constituyen la sanción.	Agravio o contagio de animales.- Se produce por tener el padre contacto directo con cosas dotadas de poder asociado a un espíritu o seres considerados tabú, durante un período inmediato, anterior o posterior al nacimiento de su criatura. Los síntomas no han sido definidos. Agravio de víboras, de caballos o de cerdos.- Afecta a niños recién nacidos (hasta la edad de 2 meses). Produce hinchazón, biquera, legañas, fiebres altas y torceduras. Agravio del tigre.- Se produce por cazar y degollar animales en el monte antes del nacimiento; como consecuencia se produce ceguera en el recién nacido.





CUADRO N° 5: CUTIPADO (JAHUINQUIN, COPIA)	
Descripción	Aspectos causales y síntomas
En la amazonía peruana se utiliza el término "cutipar" para referirse a la venganza, reacción o respuesta negativa que los shamanes, cualquier persona, las plantas o animales realizan para devolver un daño o mal, a quien intenta producirlo.	<p>Cutipado del bufeo.-Por viajar por los ríos en las noches. En los niños se produce náuseas, diarreas y debilitamiento general; en mujeres que se encuentran en período menstrual se producen cólicos violentos y dolores abdominales acompañados de vómitos y diarreas.</p> <p>Cutipado de saltón.-Por caminar por el monte sin cuidado y/o pisar flema de boa. En los niños se produce diarreas, vómitos, dificultad respiratoria y balanceo abdominal; y en adultos: diarreas, fiebre elevada y lesiones en la piel con aspecto de quemadura.</p> <p>Cutipado de ojo.-Por incumplimiento de dietas, en los que se considera privación de: picantes, ácidos, manteca, carne de cerdo, huangana o sachavaca y de relaciones sexuales. Produce diarreas y edema generalizado.</p> <p>Cutipado de la boa.-Por el encuentro sorpresivo del padre o la madre con una boa. En el niño, se produce vómitos y edema doloroso en las articulaciones.</p> <p>Cutipado del perezoso.-Cuando la madre está embarazada y es atacada por un perezoso. En el niño, se produce deficiencias intelectuales o físicas al nacer.</p>
	<p>Cutipado de plantas y animales.-Cuando el padre ha tenido un encuentro sorpresivo con animales y ciertas plantas. En los niños, se genera una pielomielitis caracterizada por lesiones pequeñas o "chupos" en la piel o forúnculos.</p> <p>Cutipado por la planta: Meramisrao.- Por tocar, ver u oler aun a distancia las plantas Meramisrao. En los niños se generan chupos en la piel (ronchas), dolor de cabeza, inflamación en la cara, fiebre y alergias.</p> <p>Cutipado de Lupuna.-Por cortar el padre la Lupuna o Sholoniravana. Se produce hinchazón del abdomen, vómitos y diarrea.</p> <p>Cutipado de relaciones sexuales.- Por tener los padres relaciones sexuales fuera del matrimonio. En los bebés de ocho (08) días de nacidos, aproximadamente, se produce: "flemosidad" en la boca, diarrea con moco y sangre y cierta dificultad respiratoria.</p> <p>Cutipado de muertos en la madre.- Por presenciar un muerto estando embarazada. En el recién nacido se genera sudores fríos, tos, fiebre moderada y diarreas, que generalmente provocan la muerte.</p> <p>Cutipado de muerto en los padres.- Por mirar o tocar un muerto. En el niño recién nacido se produce palidez, irritabilidad, vómitos y diarrea con sangre.</p>

La información de los Cuadros N°s 1, 2, 3, 4 y 5 son tomados del Instituto Nacional de Salud (MINSAL): <http://www.ins.gob.pe/portal/home-censal/> "salud intercultural", "medicina tradicional".





ANEXO 6

ESTUDIO DE VALIDACION DE LA GUÍA DE VALORACIÓN DEL DAÑO PSIQUICO EN VICTIMAS ADULTAS DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL, TORTURA Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA INTENCIONAL RESUMEN EJECUTIVO

Ph.D. Rafael Gargurevich⁴⁶

El presente resumen muestra de manera sucinta los principales aspectos del proceso de establecimiento de la validez de la Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas Adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y Otras Formas de Violencia Intencional. Concretamente, este resumen presenta información acerca de los tipos de validez considerados en el caso particular de este instrumento (validez de contenido, interna y externa) y repasa brevemente los resultados de estos procedimientos.

La validez se refiere al grado en que un instrumento evalúa aquello que realmente desea evaluar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Whitley, 2002) y es un paso previo a la aplicación de cualquier instrumento nuevo de evaluación que involucre a la salud mental. Este es el caso del presente instrumento.

La Guía es un instrumento de evaluación forense, y como tal utiliza diversas fuentes de información para llegar a conclusiones acerca del grado en que uno o varios eventos violentos denunciados ante el sistema judicial podrían haber causado daño psíquico en la salud mental del denunciante. Adicionalmente esta guía podrá ser utilizada también para realizar estudios investigaciones en el contexto de evaluación forense, las que resultan escasas en nuestro país.

La Guía recoge, selecciona e integra información para que el perito (psiquiatra o psicólogo) del Instituto de Medicina Legal pueda obtener conclusiones fehacientes sobre el caso que se le presenta. La información recogida se plasma en el análisis del caso y en las conclusiones que se derivan de este análisis. El resultado final resulta en la categorización del daño (leve, moderado, grave, muy grave) en las diversas áreas de funcionamiento psicosocial de las personas.

⁴⁶ El presente resumen ejecutivo fue elaborado por el Ph.D. Rafael Gargurevich, a efecto de explicar el proceso de validez de la "Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional", aprobada por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 2543-2011-MP-FN de fecha 26 de diciembre de 2011; y, ha servido como antecedente para la "Guía de valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses" del Ministerio Público.





1. La validez de la Guía de Valoración del Daño Psíquico en Víctimas adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y otras formas de violencia intencional

El primer tipo de validez inspeccionada fue la validez de contenido. La inspección de la validez de contenido de un instrumento novedoso es una tarea obligatoria y es el primer tipo de validez que se realiza. La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja todos los aspectos del contenido del fenómeno que se evalúa (Whitley, 2002). Si la guía es un instrumento que evalúa el daño psicológico que pueden presentar las personas que experimentaron algún tipo de violencia, entonces, debería evaluar los contenidos que representan las consecuencias psicológicas que una persona puede desarrollar al haber vivido experiencias de violencia (Kaplan & Scuzzo, 2006).

Este procedimiento se llevó a cabo mediante un “juicio de expertos”, también llamado “criterio de jueces” (Escurre, 1988; Merino y Livia, 2009). Este método consiste en seleccionar un grupo de expertos (o jueces) en el tema que se está investigando para que juzguen la idoneidad del contenido de los ítems del instrumento, en otras palabras, si los ítems son relevantes y representativos del constructo (Whitley, 2002). Así, se seleccionaron 16 expertos del campo de la salud mental (nacionales y extranjeros) con experiencia clínica y forense con años de experiencia en temas relacionados a la violencia política, tortura, familiar, sexual, social y comunitaria. Para recoger sus opiniones se creó un cuadernillo de validación en el que los jueces informaron acerca de la congruencia existente entre el contenido de fenómeno evaluado y el ítem, es decir, si el ítem representaba las posibles consecuencias que se suscitan al haber experimentado violencia y si su presencia era relevante para poder lograr un juicio acerca del daño ocasionado por la violencia experimentada. Además se preguntó a los jueces acerca de la naturaleza del proceso de recolección de información del guía, por lo que los expertos dieron también sugerencias acerca del tipo de la formulación de las preguntas del guía (ver resultados de esta sección). Las opiniones de los expertos son luego cuantificadas y se obtuvo el coeficiente V de Aiken (Merino y Livia, 2009). El coeficiente V de Aiken puede ser expresado del 0 al 1 y los valores de 0.80 en adelante consideran al contenido del ítem como aceptable (Escurre, 1998), es decir como representante del contenido.

El segundo tipo de validez utilizada fue la validez interna, la que hace referencia a la capacidad de obtener conclusiones a partir de las relaciones causales entre las variables (Cozby, 2005; Coolican 2004). Usualmente utilizada en la investigación experimental, la





validez interna también puede ser utilizada en el caso de instrumentos de medición encargados de evaluar relaciones causales entre variables. En la presente guía, se reúnen diversas fuentes de información (observación, entrevista, informes escritos, entre otros) para luego obtener conclusiones acerca del estado de daño psíquico del entrevistado. Así, las conclusiones que se obtengan deberán ser derivadas de la información que es recopilada por el perito a lo largo del instrumento estableciéndose así una relación causal entre la información antecedente y las conclusiones.

Para inspeccionar este tipo de validez, se reunió a un grupo de 13 expertos (psicólogos y psiquiatras con años de experiencia en temas de violencia política, tortura, familiar, sexual y social-comunitaria) que dieron su opinión acerca de la funcionalidad de la guía para recoger información relevante (de diversas fuentes) que pueda reflejar el daño psíquico y concretamente de la capacidad de obtener conclusiones causales de daño psíquico a partir de la información recogida por el perito. Las opiniones favorables o desfavorables de los expertos fueron cuantificadas y aquellas áreas o ítems que obtuvieron puntuaciones menores al 80% fueron evaluadas y modificadas por el comité conformado por profesionales del Instituto de Medicina Legal del Perú y las ONGs Movimiento Manuela Ramos y Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

Finalmente se inspeccionó la validez externa del instrumento. Esta hace referencia a la capacidad de un instrumento para generalizar sus resultados en diversos grupos de personas (Whitley, 2002). En este caso y con relación a la Guía, este proceso evalúa si el instrumento podría ser utilizado en diversos grupos de personas que se encuentran en diferentes partes de nuestro país. Usualmente utilizada en la investigación experimental, la validez externa se concentra en estudiar si las relaciones entre las variables pueden ser generalizadas en muestras diversas (Bordens & Abbott, 2008).

En la guía, se reúnen diversas fuentes de información (observación, entrevista, informes escritos, entre otros) para luego obtener conclusiones acerca del estado de daño psíquico del entrevistado. La validez externa resulta útil porque permite tener la seguridad de que los diferentes elementos a partir de los cuales se obtiene conclusiones no son ajenos a las muestras evaluadas. Dado que el objetivo de esta guía es evaluar el daño psíquico, a nivel nacional se requiere de un instrumento que pueda ser aplicado en muestras de diversas localidades y cuyos resultados sean susceptibles de ser interpretados en las diversas regiones del país.





Con el fin de poder explorar la validez externa del guía se realizaron aplicaciones del instrumento en diversas regiones del país. Así, se realizó un entrenamiento en la aplicación, calificación e interpretación del guía a un grupo de peritos del norte, centro y sur del país. Este entrenamiento se llevó a cabo en la ciudad de Lima y en una de las sesiones de entrenamiento se les explicó el proceso de validación externa del guía y se les pidió que por favor apliquen la guía en sus localidades y envíen el resultado de sus evaluaciones. De esta manera se pudo obtener la información acerca de la aplicabilidad del guía en diversas localidades.

Al igual que en los casos de inspección de validez anteriores, se elaboró una guía con una serie de preguntas dirigidas a explorar si la aplicación del guía resultaba idónea en diversas partes del país. Nuevamente, las opiniones favorables o desfavorables de los 14 peritos que devolvieron sus formatos de la guía fueron cuantificadas y se obtuvo un coeficiente de aceptación de cada uno de los elementos de la prueba que los expertos evaluaron. La pertinencia de aquellas áreas o ítems que obtuvieron puntuaciones menores al 80% fueron evaluados por el comité conformado por profesionales del Instituto de Medicina Legal del Perú y las ONGs Movimiento Manuela Ramos y Centro de Atención Psicosocial (CAPS). El Comité evaluó las sugerencias planteadas por los peritos y llevó a cabo ciertas modificaciones en la guía para asegurar la validez interna del instrumento.

2. Cambios realizados en la Metodología para la valoración del daño psíquico a partir del proceso de validación

- a) En la Parte IV de la Metodología (Fuentes Secundarias de Información) se agregó la lista de fuentes de información la Carpeta Fiscal.
- b) En la parte VIII de la Metodología (Análisis del Caso), se procedió a quitar la sección de modelos de daño psíquico y se agregó la sección de referencia diagnóstica.
- c) Se agregó información acerca del proyecto de vida en la sección VIII Análisis de Caso.
Esta información se presenta a continuación:
- d) Alteración del Proyecto de Vida

Considera que el proyecto de vida de la persona examinada está alterado

Sí () No ()

Sólo en caso que considere que sí existen evidencias de alteración del proyecto de vida:





¿En qué áreas de funcionamiento psicosocial observa que la experiencia traumática ha alterado el proyecto de vida de la persona examinada?

Personal () Pareja () Familia () Sexual () Social () Laboral/Académica ()

La alteración del proyecto de vida encontrada en una o más áreas de funcionamiento es:

Reversible ()

Irreversible ()

e) En la Parte II de la Metodología (Relato del Hecho Violento) se consideró necesario que el perito haga especial énfasis en el uso de los criterios de credibilidad y simulación que se encuentran en los anexos respectivos. Así, se acordó remarcar en el guía lo siguiente “El examinador tendrá en consideración los criterios de credibilidad y simulación del relato que están en los anexos 2 y 3 de la Guía”

f) Se realizaron cambios en las conclusiones y recomendaciones. Se añadió la información que se presenta a continuación:

CONCLUSIONES

Después de evaluar a somos de la opinión que en relación a los hechos referidos :	
No presenta daño psíquico	()
Presenta daño psíquico Nivel Leve.	()
Presenta daño psíquico Nivel Moderado.	()
Presenta daño psíquico Nivel Grave.	()
Presenta daño psíquico Nivel Muy Grave.	()
Presenta un cuadro agudo que requiere reevaluación para determinar las secuelas del hecho referido.	()

RECOMENDACIONES

La persona evaluada requiere:

- Una reevaluación de la persona examinada dentro de (número de meses).....meses para la valoración de las secuelas del daño psíquico.





g) En la Parte VI de la Metodología (Tipo de Violencia) se mencionan diferentes tipos de violencia para que pueda indicarse qué tipo de violencia se está evaluando.

h) Se hizo mayor énfasis en el guía al entorno sociocultural y se agregó o siguiente “El examinador tendrá en consideración el enfoque de interculturalidad y las pautas del anexo 5”.

3. Conclusión

A través de juicios de expertos, se han utilizado tres procedimientos de validez para poder asegurar que la prueba mida lo que fue diseñada para medir. Se inspeccionó la validez de contenido para verificar la pertinencia de los contenidos de la prueba y se utilizaron la validez interna y externa para inspeccionar en sistema de calificación y las conclusiones que pueden desprenderse de este.

Futuras investigaciones acerca de la validez del instrumento podrán ser llevadas a cabo cuando se la utilice de forma regular por los peritos del Instituto de Medicina Legal.





Referencias Bibliográficas

- Álvarez, Varela y Greif. (1997). *La actividad pericial en psicología forense*. Buenos Aires: Eclipse.
- Amone-P'Olak, K. (2006). Mental status of adolescents exposed to war in Uganda: finding appropriate methods of rehabilitation. *Torture, Journal on Rehabilitation of Torture victims and prevention of torture*. 16, 2, IRCT editores, Copenague, Dinamarca.
- Andreasen, N. (1985). "Posttraumatic Stress Disorder" in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Apraiz de Elorza E. y col (1994). *La educación del alumno con altas capacidades*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Aulagnier, P. (1997). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Baró, M. (1990). "El impacto psicosocial de la guerra". En *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja. El proceso traumático*. Tomo I. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Beristain, Carlos Martín. *Diálogos sobre reparación*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008. Tomo II. P. 700.
- Bolduc, K. (2001). *Desarrollo humano y equidad*. Conferencia dictada en la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2008). *Research design and methods: A process approach*. McGraw Hill: New York.
- Calvi, B. (2005). *Abuso sexual en la infancia. Efectos psíquicos*. Buenos Aires: Labor
- Cantón, J. y Cortés, M (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas* (6ta edición). McGraw Hill: México D.F.
- Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2003). *Informe Final*. Lima: CVR.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe sobre Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*. Washington DC. 2007.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer Belém Do Pará (2005) Serie Marco Normativo. Lima: DEMUS.





Convención sobre los Derechos del Niño, 1998. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra, Suiza.

Coolican, H. (2004). *Introduction to Research Methods and Statistics in Psychology* (2da edición). Hodder & Stoughton: London.

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Sentencia del Caso Tamayo Loayza*. 17 de setiembre, 1997. Serie C No 33.

Cozby, P. C. (2005). *Methods in Behavioral Research* (9na edición). McGraw Hill: New York.

Daray, H. (2006). *Daño Psicológico*. Buenos Aires: Astrea.

De Trazegnies, F. (1995). *Responsabilidad Extracontractual* Tomo II. Lima: Fondo Editorial PUCP.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2000).

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia". *Cuadernos Médico Forense*, 12 (43-44), 75 - 82.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Erikson, E. (1974). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Hormé.

Escurre, L. (1989) Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología*, 6, 103-111.

Fernández Sessarego, C. (2003). Deslinde conceptual entre "daño a la persona", "daño al proyecto de vida" y "daño moral". *Foro Jurídico*, Año 1, 2 (2007).

Ford, J. y otros (2000) *ChildMaltreatment*, Vol 5, 3, 205-217.

Gálvez, Pastrana y Venegas Gálvez, Pastrana y Venegas (2004). El proceso de traumatización en personas afectadas por terrorismo de Estado. Un desarrollo conceptual en Cuadernos de Psicología Jurídica N° 1. Año 2004.

Giberti, E., Garaventa, J. y Lamberte, S. (2005). *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

GTSM Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. (2007). *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES PERU.





Hermann, J. (1997). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From domestic abuse to Political Terror*. Nueva York: Basic Book.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta edición). McGraw Hill: México D.F.

Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (2002). "Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental". Informe General. *Anales de Salud mental*, 1 y 2.

Jibaja, C. (2004). "Proyecto de vida y depresión". En CAPS (eds) *Herramientas para la atención y la promoción de la salud mental y derechos humanos*. Lima: QuadroImpress.

Kaplan, R. M., & Scuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas* (6ta edición). Thompson: México D.F.

Keilson, H. (1992). *Sequential Traumatization of Children*. Jerusalem: The Agnes Press.
Krug, E. y otros (eds.) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Mac Gregor, F. y Rubio, M. (1998). *Droga: desinflando el globo. Narcotráfico, corrupción y opinión pública en el Perú*. Lima: Instituto de la Paz – Universidad del Pacífico.

Merino, C., & Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25, 169-171.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: SANIDAD

MINSA (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSA.

MINSA (2006). *Plan Nacional de Salud Mental*. Documento técnico normativo. Lima: Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de salud Mental y MINSA.

Montero, I.; Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J.; Vázquez-Barquero, J.L. (2004). "Género y salud mental en un mundo cambiante". *Gaceta Sanitaria*. Parte II: Temas actuales de salud pública, 18, 1. Valencia: Universidad de Valencia.

Oyague, M. J. (2005). *En el día de los psicólogos y psicólogas. Promoviendo la salud mental, para un desarrollo humano integral*. Lima: Reflexiones CEDAPP, No 9.

PNUD (2008). *Informe Sobre el Desarrollo Humano*.





Protocolo de Estambul (2005). *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Serie de Capacitación Profesional N° 8, Rev. 1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos, Ginebra.

Puget, J. y Berestein, I. (1993). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ramírez, F. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México D.F.: Editorial Pax México. Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral de la Violencia Intra familiar de pareja, trabajo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá D.C. diciembre de 2005.

Rodríguez A. (2006). *Valoración del Daño Psíquico y Emocional en víctimas de Acoso Psicológico en el trabajo*. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Ruiz Bravo P. (1998). "Una aproximación al concepto de género". En: *Sobre género, derecho y discriminación*, Lima: PUCP.

Saporta, J. Jr. y Van Der Kolk, B. (1993). *Psychobiological Consequences of Severe Trauma in Torture and its Consequences*. Great Britain: Cambridge University Press.

Scott, J. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: James Amelang y Mary Nash. *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Ediciones Alfonso el Magnánimo; Institución Valenciana d'Estudis i Investigació.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Urquijo, M. (2007). *El enfoque de las capacidades de Amartya Sen: Alcance y límites*. Tesis para optar el grado de Doctor en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de Valencia.

Vázquez, B. (1998). "El perfil psicológico de la mujer maltratada". En *Curso Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Apuntes para una reforma* (pp. 91-108). Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.

Velázquez, T. (2002). *Violencia contra la mujer en la relación de pareja: factores de riesgo y protección*. Tesis para optar el grado de Magíster en Evaluación clínica y forense de la Universidad de Salamanca.

Velázquez, T. (2007). "Embarazo por violación: un recorrido por justicia y reparación". En: Velázquez (ed.) *Experiencias de dolor: reconocimiento y reparación. Violencia sexual contra las mujeres* (46-55) Lima: Estudio para la Defensa de los derechos de la Mujer, DEMUS.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la mujer.





Whitley, B. (2002). *Principles of Research in Behavioral Sciences* (2da edición). McGraw Hill: New York.

Winnicott, D. (1981). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

Zavala de González, T. (1996). *Resarcimiento de Daños*. Buenos Aires: Hammurabi Editorial.

Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., De Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). "Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico". En: E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (129-152). Madrid: Editorial Pirámide.





2016

MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN

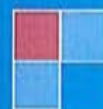
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES

“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA
ÚNICA A VÍCTIMAS EN EL MARCO DE LA
LEY N° 30364 PARA PREVENIR, SANCIONAR
Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS
MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL
GRUPO FAMILIAR; Y, A NIÑOS Y
ADOLESCENTES VARONES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA

Lima - Perú

JEFATURA NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL





MINISTERIO PÚBLICO

FISCALÍA DE LA NACIÓN

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA
A VÍCTIMAS EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364
PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR; Y, A NIÑOS Y
ADOLESCENTES VARONES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA**

FISCAL DE LA NACIÓN

DR. PABLO SÁNCHEZ VELARDE

**JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

DR. SEGUNDO ELEAZAR ALIAGA VIERA





RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Mg. Rosario Girón Sánchez

Psicóloga de la División Clínico Forense

Especialista en Psicología Forense

Lic. Patricia Ruiz Cruz

Psicóloga de la División Clínico Forense

Especialista en Psicología Forense

Lic. Elizabeth Huaranga Ross

Psicóloga de la División Médico Legal Lima Norte

Especialista en Psicología Forense

Lic. Miriam Bustamante Gutiérrez

Psicóloga de la División Médico Legal Lima Este

Lic. Alicia Ayala Veliz

Psicóloga de la División Médico Legal Callao

Lic. Ingrid Vallejos Mori

Psicóloga de la División Médico Legal Lima Sur

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 1196-2016-MP-FN, DE FECHA 11 DE MARZO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Lourdes Emérita Morales Benavente

Fiscal Provincial de la Décimo Cuarta Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Katherine Borrero Soto

Fiscal Provincial de la Décimo Tercera Fiscalía Provincial Penal de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima





Segundo Eleazar Aliaga Viera

Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público

Juan Jesús Huambachano Carbajal

Gerente del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 3564-2016-MP-FN, DE FECHA 16 DE AGOSTO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Oswaldo Elías Taccesi Guevara

Fiscal Provincial de la Vigésima Primera Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Juan Víctor Quiroz Mejía

Asesor de la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Estela Jessica Mejía Lovaton

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Manuel Sotelo Trinidad

Médico I del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Miriam Rocío Bustamante Gutiérrez

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Julissa Mercedes Urbizagástegui Manrique

Asistente Administrativo del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)





AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Sistema Fiscal, asimismo a los psicólogos a nivel nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses por sus valiosos aportes para la elaboración de la presente guía.





ÍNDICE

	Página
Presentación	8
Objetivos	12
1. Marco jurídico	13
2. Marco Teórico	14
2.1 Violencia contra las mujeres	14
2.2 Violencia contra los integrantes del grupo familiar	14
Tipos de violencia según la Ley N° 30364	15
Enfoques	16
Entrevista forense	17
CAPÍTULO I	19
FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DE LOS OPERADORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA	
1. Función y actuación del Juez de Familia	19
2. Función y actuación del Juez Penal	19
3. Función y actuación del fiscal	19
4. Función y actuación del Psicólogo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses	20
5. Función y actuación del digitador de Sala de Entrevista Única	20
6. Función y actuación del intérprete o traductor	21
7. Participación del abogado defensor o defensor público de la víctima y del denunciado	21
8. Función de las Unidades de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos del Ministerio Público	22
CAPÍTULO II	23
PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA	
1. Etapa Previa	23
1.1 Denuncia	23
Formas de conocimiento del delito o la infracción a la ley penal	23
➤ Conocimiento de oficio	23
➤ Denuncia ciudadana o de parte	23
➤ Comunicación de la Policía Nacional del Perú o noticia policial	23
1.2 Evaluación Médico Legal	24
1.3 Intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos (Fase previa al Procedimiento de Entrevista Única)	24
2. Etapa Entrevista Única	25
2.1 Definición	25
2.2 Consideraciones Generales de la Entrevista	25
2.3 Ambiente de Entrevista Única	26
- Cámara Gesell	27
- Sala de Entrevista	27
2.4 Identificación de las víctimas	28
2.5 Procedimiento de Entrevista Única	28
Antes de la Entrevista	28
Inicio de la Entrevista	29
Durante la Entrevista	30





Criterios de suspensión de la Entrevista	34
3. Etapa Posterior	34
3.1 Evaluación psicológica	34
3.2 Cadena de Custodia	34
3.3 Intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos (Fase posterior al Procedimiento de Entrevista Única)	35
3.4 Derivación a la red de asistencia y tratamiento a la víctima de violencia	35
Anexos	36
Anexo N° 01	37
Anexo N° 02	38
Anexo N° 03	39
Anexo N° 04	40
Anexo N° 05	43
Anexo N° 06	44





PRESENTACIÓN

La violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar está constituida por toda acción u omisión que cause daño físico, psicológico, sexual o patrimonial, en la que se evidencia un ejercicio de poder o de dominio sobre las víctimas, siempre que existan los vínculos previstos en la normatividad entre los agresores y aquellas. La violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, especialmente cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como los niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas con discapacidad, exige respuestas específicas y diferenciadas por parte de los operadores de justicia y la sociedad en general, a efecto que la intervención sea eficiente, evitando su revictimización¹.

La violencia contra las mujeres en particular, no constituye una manifestación de violencia propia de la idiosincrasia de nuestro país, sino que forma parte de una expresión cultural de inobservancia de los derechos humanos de las personas a nivel mundial. Desde esta perspectiva, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1979 la “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW), ratificada por el Estado peruano, mediante Resolución Legislativa N° 23432 del 04 de junio de 1982, en la que se estableció que la expresión “discriminación contra la mujer” denotará “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural y civil o cualquier otra esfera”. Asimismo, en 1993 se aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y ese mismo año, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos adoptó la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”, conocida como la “Convención de Belem do Pará”, ratificada por el Estado peruano, mediante Resolución Legislativa N° 26583 del 25 de mayo de 1996, en cuyo Preámbulo declara que “la violencia contra la mujer, constituye una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y

¹ La victimización primaria, es el daño que sufre directamente la víctima como consecuencia de un hecho violento (agresión sexual, maltrato físico, psicológico, etc.). La victimización secundaria, es el perjuicio por los integrantes de las instituciones del sistema de administración de justicia, tales como Jueces, Fiscales, Peritos, Policías y otros funcionarios, involucrados en la atención de los casos. Una de las formas es cuando un niño, niña o adolescente, es sometido a numerosos y tediosos interrogatorios en el intento de esclarecer la agresión, pues se incrementan las condiciones para exacerbar las vivencias del evento traumático.

La victimización terciaria, es el daño que causa la estigmatización que la sociedad realiza sobre la víctima, al identificarla y excluirla.





ejercicio de tales derechos y libertades”; además de definir a la violencia contra la mujer como una violencia de género y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

En el ámbito nacional, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Ley N° 28983, entiende por discriminación cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad entre el hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural y civil o cualquier otra concordancia con la Constitución Política del Perú y los instrumentos internacionales ratificados por el Estado peruano.

En tal sentido, se reconoce la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, considerando principalmente el reconocimiento de la equidad de género, desterrando las prácticas, concepciones y lenguajes que justifiquen la superioridad de alguno de los sexos, así como todo tipo de discriminación y exclusión sexual o social.

Ahora bien, la violencia contra las mujeres en general y las personas menores de edad, en particular, impacta negativamente en las posibilidades de desarrollo del país, especialmente cuando las víctimas pertenecen a las comunidades campesinas y nativas, en cuyo caso la actuación de los operadores de justicia debe ser claramente diferenciada, para responder a las necesidades de acceso a la justicia de aquellas. Frente a lo dicho, se justifica que en nuestro país se haya promulgado la Ley N° 30364, Ley para la Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, la cual recoge la necesidad de un cambio legislativo trascendente en la atención de las víctimas; máxime, si la data recogida y analizada por nuestra institución respecto a los casos de violencia contra las mujeres así lo exige.

Efectivamente, según las estadísticas del Observatorio de la Criminalidad del Ministerio Público entre enero de 2009 a julio del 2016, se han registrado 881 mujeres víctimas de feminicidio², el 89.9% fue asesinada por su pareja, ex pareja o familiar (feminicidio íntimo) y

² El feminicidio se define como la muerte violenta de mujeres por el hecho de serlo y se produce en condiciones especiales de discriminación. Puede darse en el ámbito privado como el asesinato de una mujer a manos de su pareja (feminicidio íntimo); o el ámbito público como es el caso de la trabajadora sexual por parte de su cliente (feminicidio no íntimo). En tal sentido, el feminicidio es una categoría que debe abordarse como la forma más extrema de la violencia directa hacia las mujeres y como una alternativa frente a la neutralidad del término homicidio.





el 10.1% fue asesinada por un conocido o desconocido (feminicidio no íntimo). El 57.7% de los feminicidios ocurrió dentro de la casa, siendo que, aunque la tendencia es considerar el hogar como lugar más seguro al que se acude para sentirse más seguro, este se vuelve el espacio más inseguro para algunas mujeres.³ De otro lado, existe una creciente cifra de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intencional dentro y fuera del contexto de la relación familiar que debe ser atendida con criterios técnicos que eviten también su revictimización.

De otro lado, la incorporación de niños, niñas, adolescentes y adultas víctimas del delito de Trata de Personas en todas sus modalidades para que puedan ser entrevistados en cámara Gesell o Sala de Entrevista Única, resulta necesaria debido a que dichas víctimas, se encuentran en un estado de especial vulnerabilidad, por lo que debe evitarse numerosos y tediosos interrogatorios a lo largo del proceso de investigación policial, fiscal o judicial que incrementen las condiciones que exacerban las vivencias del evento traumático.

Es así que para enfrentar dicha revictimización⁴, y con el afán de proteger la integridad emocional de la víctima tanto menor de edad como adulta, y coadyuvar a un mejor esclarecimiento de los hechos, es preciso generar las condiciones para que éstas presten su declaración o testimonio por única vez durante el proceso de investigación.

El Ministerio Público, consciente del rol que la Constitución y la Ley le asignan y con el propósito de combatir la violencia en perjuicio de los citados grupos poblacionales considera indispensable diseñar una nueva **“Guía de procedimiento de entrevista entrevista única a víctimas en el marco de la Ley N° 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”**; y, **“a niños y adolescentes varones víctimas de violencia”**, que no se encuentren dentro de los supuestos del contexto de la mencionada Ley⁵, con el objetivo de brindar a los operadores de justicia y en el marco de la nueva normatividad, una herramienta de trabajo que les permita aplicar el procedimiento de Entrevista Única con el objeto de evitar la revictimización, la cual tiene actualmente la calidad legal de prueba preconstituida, según el artículo 19 de la Ley N° 30364.

³ Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, 2016, Víctimas de Feminicidio en el Perú (enero 2009 – julio 2016).

⁴ Conforme a las Reglas de Brasilia, que tienen como objeto garantizar las condiciones de acceso efectivo a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, en el sistema de justicia se deben adoptar aquellas medidas que resulten adecuadas para mitigar los efectos negativos del delito (victimización primaria); así como asegurar que el daño sufrido por la víctima del delito no se vea incrementado como consecuencia de su contacto con el sistema de justicia (victimización secundaria).

⁵ Artículo 19 de la Ley No. 30364.





La Gufa ha sido desarrollada bajo los enfoques de género, integralidad, interculturalidad, derechos humanos, interseccionalidad, generacional; y, bajo el espectro de los principios de igualdad y no discriminación, interés superior del niño, debida diligencia, intervención inmediata y oportuna, sencillez y oralidad, así como razonabilidad y proporcionalidad, a la luz del Código Procesal Penal.

La Entrevista Única es dirigida por el juez de familia, el fiscal penal, el fiscal de familia o el fiscal mixto, según corresponda, la cual es realizada por el psicólogo, quien cuenta con los conocimientos teóricos y técnicos para obtener elementos fácticos dentro del proceso de esclarecimiento de los hechos; y, se lleva a cabo en la Cámara Gesell o en la Sala de Entrevista Única.

El resultado del procedimiento de la Entrevista Única de la víctima, es un elemento probatorio y debe ser tratado como tal, debiendo cautelarse la forma como se recoge la información, de conformidad con la normatividad vigente y los tratados internacionales⁶.

Frente a lo indicado queda claro que la Entrevista Única es un procedimiento que busca evitar la revictimización y reservar especialmente la identidad de la víctima.

El procedimiento de Entrevista Única consta de tres etapas que comprenden:

- 1.- Etapa Previa: denuncia, evaluación Médico Legal e Intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos,
- 2.- Procedimiento de Entrevista Única⁷; y,
- 3.- Etapa Posterior: evaluación psicológica, cadena de Custodia, intervención de la Unidad de Víctimas y Testigos; y, derivación a la red de asistencia y tratamiento a la víctima de violencia.

Finalmente, la Gufa constituye una herramienta de trabajo para los operadores de justicia, orientada a unificar criterios de actuación y adecuada conducción del procedimiento de Entrevista Única.

⁶ El artículo 55° de la Constitución Política del Perú establece que "los tratados celebrados por el Estado y en vigor, forman parte del derecho nacional". En consecuencia, si un tratado ha cumplido con los requisitos para su celebración y entrada en vigor, esto es que haya sido debidamente aprobado y ratificado por los órganos pertinentes, haciendo el depósito del instrumento de ratificación, y sujeto al plazo para la entrada en vigencia dispuesto en cada tratado para que tenga vigencia o efecto jurídico para las partes celebrantes, dicho acuerdo forma parte del derecho nacional. El sistema adoptado en el Perú es el de "(...) la aplicabilidad inmediata de los tratados en el Derecho interno. Esto significa que el Estado no requiere emitir acto adicional alguno de incorporación, sino que basta con que el Perú haya, de un lado, "celebrado" el tratado y que éste, de otro, se encuentre en vigor de acuerdo a sus propias disposiciones. (Fabián Novak, Capítulo II De los Tratados. En: La Constitución Comentada, análisis artículo por artículo. Tomo I, pp. 757, Gaceta Jurídica, Primera Edición, Diciembre 2005).

⁷ De conformidad con lo señalado en los artículos 5 y 6 de la Ley No. 30364, Ley para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.





OBJETIVOS

- Evitar la victimización secundaria.
- Recopilar información de los hechos denunciados de manera objetiva, precisa y confiable, a través del relato de la víctima.
- Uniformizar criterios administrativos, metodológicos y de articulación respecto al procedimiento de Entrevista Única.
- Perennizar la entrevista a través de medio audiovisual a fin de que se constituya como prueba válida dentro del proceso de investigación.





1. MARCO JURÍDICO

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para"
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de la Organización de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional "Protocolo de Palermo"
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
- Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder
- Las 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas con Vulnerabilidad
- Constitución Política del Perú
- Código de los Niños y Adolescentes
- Código Penal y normas conexas
- Código de Procedimientos Penales y normas conexas
- Código Procesal Penal y normas conexas⁸
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27115, Ley que establece la acción penal pública en los delitos contra la libertad sexual
- Ley N° 28950, Ley que tipifica el delito de Trata de Personas y el Tráfico ilícito de Migrantes
- Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad
- Ley N° 30251, Ley que perfecciona el tipo penal de Trata de Personas
- Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar
- Ley N° 27668, Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (2011-2021)

⁸ Entiéndase por normas conexas todas aquellas que modifican, incorporan tipos penales e instituciones procesales.





- Recomendación General N° 19: La Violencia contra la Mujer CEDAW
- Decreto Supremo N° 005-2016-IN que aprueba el Protocolo Intersectorial de prevención, investigación y protección a las víctimas de Trata de Personas
- Protocolo del Ministerio Público para la Atención de las víctimas del delito de Trata de Personas, aprobado por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 257-2014 del 23 de enero de 2014

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia contra las mujeres

La Ley N° 30364 define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico sexual o psicológico por su condición de tales, tanto el ámbito público como el privado.

Se entiende por violencia contra las mujeres:

- a) La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta, o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende entre otros violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.
- b) La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- c) La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra.

2.2 Violencia contra los integrantes del grupo familiar

La Ley N° 30364, define a la violencia contra cualquier integrante del grupo familiar, como cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.





TIPOS DE VIOLENCIA SEGÚN LA LEY N° 30364

- a) **Violencia física:** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.
- b) **Violencia psicológica:** Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.
- c) **Violencia sexual:** Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.
- d) **Violencia económica o patrimonial:** Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:
1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
 2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
 3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias;
 4. La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.





ENFOQUES

- a) **Enfoque de Género:** Reconoce la existencia de circunstancias asimétricas en la relación entre hombres y mujeres, construidas sobre la base de las diferencias de género que se constituyen en una de las causas principales de la violencia hacia las mujeres. Este enfoque debe orientar el diseño de las estrategias de Intervención orientadas al logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- b) **Enfoque de Integralidad:** Reconoce que en la violencia contra las mujeres confluyen múltiples causas y factores que están presentes en distintos ámbitos, a nivel individual, familiar, comunitario y estructural. Por ello se hace necesario establecer intervenciones en los distintos niveles en los que las personas se desenvuelven y desde distintas disciplinas.
- c) **Enfoque de Interculturalidad:** Reconoce la necesidad del diálogo entre las distintas culturas que se integran en la sociedad peruana, de modo que permita recuperar, desde los diversos contextos culturales, todas aquellas expresiones que se basan en el respeto a la otra persona. Este enfoque no admite aceptar prácticas culturales discriminatorias que toleran la violencia u obstaculizan el goce de igualdad de derechos entre personas de géneros diferentes.
- d) **Enfoque de Derechos Humanos:** Reconoce que el objetivo principal de toda intervención en el marco de esta Ley debe ser la realización de los derechos humanos, identificando a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho conforme a sus particulares necesidades; identificando, asimismo, a los obligados o titulares de deberes y de las obligaciones que les corresponden. Se procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.
- e) **Enfoque de Interseccionalidad:** Reconoce que la experiencia que las mujeres tienen de la violencia se ve influida por factores e identidades como su etnia, color, religión; opinión política o de otro tipo; origen nacional o social, patrimonio; estado civil, orientación sexual, condición de seropositiva, condición de inmigrante o refugiada, edad o discapacidad; y, en su caso, incluye medidas orientadas a determinados grupos de mujeres.
- f) **Enfoque Generacional:** Reconoce que es necesario identificar las relaciones de poder entre distintas edades de la vida y sus vinculaciones para mejorar las condiciones de vida o





el desarrollo común. Considera que la niñez, la juventud, la adultez y la vejez deben tener una conexión, pues en conjunto están abonando a una historia común y deben fortalecerse generacionalmente. Presenta aportaciones a largo plazo considerando las distintas generaciones y colocando la importancia de construir corresponsabilidades entre estas.

- g) Enfoque de Desarrollo Humano:** El desarrollo humano es una ciencia que sigue reglas objetivas de la evidencia científica, se encarga del estudio de los cambios que ocurren a través de toda la vida, es continuo, global y dotado de flexibilidad. El estudio se centra en el crecimiento físico, desarrollo cognoscitivo, social y emocional que ocurren simultáneamente; así mismo, su análisis se realiza en siete fases de crecimiento, empezando desde la concepción hasta la muerte, siendo las etapas de estudio las siguientes: prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad. En estas fases se organizan y se consolidan las capacidades, estilos de comprensión y de relación.
- h) Enfoque Interdisciplinario:** En el enfoque interdisciplinario, es proveniente de diferentes campos científicos. Este enfoque es de especial importancia para comprender y resolver problemas, controversias y conflictos, donde interactúan las ciencias exactas, naturales, sociales y la tecnología. La interdisciplina es una concepción holística de la realidad; es decir, la considera como un todo que es más que la suma de las partes. En la práctica, la interdisciplinariedad de los conocimientos científicos transferida al campo de las decisiones políticas y jurídicas, permite la comprensión integral de los procesos que se desarrollan simultáneamente en sistemas físicos y sociales.

ENTREVISTA FORENSE

Es una técnica psicológica de entrevista semiestructurada, que se utiliza con el fin de obtener una primera evaluación de la víctima, lo más integral y sistemática posible, considerando los objetivos específicos de la evaluación psicológica y teniendo en cuenta las demandas que el sistema legal requiere, identificando criterios de realidad para ser considerada como una declaración basada en hechos vividos.

La entrevista semiestructurada presenta un mayor grado de flexibilidad que los otros tipos de entrevista, ajustándose a los entrevistados de diferentes grupos etáreos.





Debemos tener presente que el valor de la información obtenida se verá optimizada en la medida que el entrevistador posea experticia y conocimiento en entrevista forense.

Existen protocolos de entrevistas para personas adultas – entrevista cognitiva –, así como otros específicos aplicados a personas menores de edad, – Michigan, NICHD y SATAC – víctimas de delito sexual; y, a personas con discapacidad – Memorándum de Buenas Prácticas, 1992 –, que tienen en común no ser directivas, ni de tipo interrogatorio, sino que están orientadas a obtener una declaración imparcial que ayude a acceder a la aproximación de los hechos. Si bien el entrevistador cuenta con una serie de fases por las cuales debe desarrollar la entrevista, debe procurar que ésta se despliegue con el propio vocabulario del entrevistado.





CAPÍTULO I

FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DE LOS OPERADORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA

1. FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DEL JUEZ DE FAMILIA

Cuando el Juez de Familia conozca primero las denuncias por actos de violencia contra las mujeres o contra los integrantes del grupo familiar, puede solicitar el uso de la Sala de Entrevista o Cámara Gessell implementadas por el Ministerio Público, con la finalidad de practicar la declaración de las víctimas bajo el Procedimiento de Entrevista Única y evitar la doble victimización, conforme a los artículos 18 y 19 de la Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.

2. FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DEL JUEZ PENAL

En caso que el Juez Penal requiera practicar la declaración ampliatoria de la víctima, en los supuestos establecidos en el artículo 19 de la Ley N° 30364, puede solicitar el uso de la Sala de Entrevista o Cámara Gesell implementadas por el Ministerio Público.

3. FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DEL FISCAL

En los casos de delitos o infracciones a la ley penal que contempla la Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, el Ministerio Público conduce la investigación desde su inicio hasta su culminación, en sede fiscal o en sede policial, según corresponda.

Cuando el investigado es mayor de edad, quien dirige el Procedimiento de Entrevista Única es el Fiscal Penal. El Fiscal de Familia participa velando por el respeto de los derechos y garantías de las víctimas niñas, niños y adolescentes; y, si el investigado es menor de edad, aquel dirige el procedimiento.

En caso existan investigados mayores y menores de edad, quien dirige la entrevista es el Fiscal Penal previa coordinación con el Fiscal de Familia, a fin que se comuniquen al psicólogo cuáles son los elementos fácticos que son necesarios conocer.





El Fiscal Penal, de Familia o Mixto, o la Policía, cuando el Fiscal lo disponga, emite el oficio correspondiente para que la víctima asista a las evaluaciones médico forenses (reconocimiento médico legal, evaluación psicológica y otras que correspondan a la investigación).

4. FUNCIÓN Y ACTUACION DEL PSICÓLOGO DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

El psicólogo(a) del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses debe estar capacitado en técnicas de entrevista forense y contar con la experticia necesaria para realizar el Procedimiento de Entrevista Única en los casos de víctimas de violencia.

El psicólogo(a) es responsable de informar a la persona entrevistada respecto al Procedimiento de Entrevista Única, sin discriminación alguna, tomando en cuenta los enfoques de Género, Integralidad, Interculturalidad, Derechos Humanos, Interseccionalidad, Generacional, Desarrollo Humano e Interdisciplinario.

Realiza las coordinaciones previas con los operadores intervinientes a fin de tener la información necesaria que le permita realizar la entrevista, recaudando los elementos fácticos que ayuden al esclarecimiento del caso.

Asimismo, durante el Procedimiento de Entrevista Única, el psicólogo(a) adecuará las preguntas del operador a la edad cronológica, estado emocional, déficit intelectual, deficiencias físicas – sensoriales – o indicios de posibles trastornos neurológicos, entre otras limitaciones de la víctima.

5. FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DEL DIGITADOR DE SALA DE ENTREVISTA ÚNICA

El digitador es un técnico que cuenta con estudios certificados de ofimática y conocimiento en manejo de equipos audiovisuales.

Prepara anticipadamente la Sala de Entrevista o Cámara Gesell, según sea el caso, de tal forma que le permita la digitación ininterrumpida y textual de la entrevista.

Revisa el buen funcionamiento de los equipos audiovisuales para el desarrollo del Procedimiento de Entrevista Única, en caso contrario informará al fiscal o juez, según corresponda.





Obtiene los datos de los intervinientes y digita la entrevista y al final de la misma procede a escucharla a efecto de completar o corregir lo digitado.

La digitación de la entrevista única se realiza evitando apreciaciones subjetivas del digitador. Por ejemplo: si el entrevistado(a) canta durante la entrevista, no debe registrar en el acta que "está alegre".

Culminada la entrevista, el digitador, grabará en soporte informático (Cd o DVD) y verificará con el Fiscal o juez la calidad de la grabación de la entrevista.

En los casos que participe un intérprete o traductor, se debe consignar en el acta "participa el intérprete o traductor", procediendo a realizar la transcripción de lo que aquellos señalan.

6. FUNCIÓN Y ACTUACIÓN DEL INTÉRPRETE O TRADUCTOR

El traductor es una persona que traduce de una lengua a otra debido a que la víctima tiene una lengua materna distinta al español.

El intérprete interviene cuando la víctima presenta algún tipo de discapacidad (sordo, mudo o sordomudo), para lo cual el fiscal encargado de la investigación, o el juez coordinará con las entidades competentes.

El traductor o intérprete no deben tener vinculación con las partes.

Durante la Entrevista Única, el traductor o intérprete se ubica al interior de la Sala de Entrevista Única, al costado del psicólogo; y, se limita a transmitir las preguntas de éste y las respuestas del entrevistado, evitando la emisión de contenidos subjetivos.

7. PARTICIPACIÓN DEL ABOGADO O DEFENSOR PÚBLICO DE LA VÍCTIMA Y DEL DENUNCIADO

Teniéndose en cuenta que conforme al artículo 19 de la Ley N° 30364, la declaración de la víctima tiene la calidad de prueba preconstituida, es necesaria la participación del abogado o defensor público de aquella y del denunciado, en el acto de la Entrevista Única.





8. FUNCIÓN DE LAS UNIDADES DE PROTECCIÓN Y ASISTENCIA A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DEL MINISTERIO PÚBLICO

Las Unidades de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos intervienen en la etapa previa y posterior a la realización del Procedimiento de Entrevista Única, con el objetivo de brindar contención emocional y acompañamiento a las víctimas a fin de asegurar su adecuada participación procesal, y evitar la revictimización en su perjuicio.





CAPÍTULO II

PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA

1. ETAPA PREVIA

1.1 Denuncia

Formas de conocimiento del delito o la infracción a la ley penal

Conocimiento de oficio

El juez de familia, fiscal penal, de familia o mixto de turno tomará conocimiento del presunto hecho punible en agravio de las víctimas de violencia, a través de los medios de comunicación, página web del Ministerio Público, organizaciones públicas o privadas, o de cualquier ciudadano no necesariamente identificado.

Denuncia ciudadana o de parte

Cualquier persona natural o jurídica a través de su representante, así como los sectores estatales o privados de salud, educación y otros vinculados a la atención de personas víctimas de violencia, están facultados para denunciar el hecho en forma verbal o escrita; incluso la propia víctima, así fuera menor de edad.

Comunicación de la Policía Nacional del Perú o noticia policial

La Policía Nacional del Perú comunica el hecho punible al juez de familia, al fiscal penal en caso de delitos y al fiscal de familia si se trata de infracción a la ley penal. Esta comunicación puede ser hecha por teléfono o por cualquier medio que asegure el recibo de la información, registrándola.

A efecto de preservar la identidad de la persona víctima de violencia, el juez o el fiscal, según sea el caso, instruye a la Policía Nacional para que en todos los documentos que emita se consigne el Código Único de Registro (CUR), el cual será solicitado al Registro Único de Víctimas y Agresores a cargo del Ministerio Público.⁹

⁹ El Programa de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos se hará cargo de la emisión del Código Único de Registro (CUR), en tanto se implemente el Registro Único de Víctimas y Agresores.





1.2 Evaluación Médico Legal

Para efecto de orientar el Procedimiento de Entrevista Única, previo al procedimiento, y dependiendo del tipo de violencia, será necesario que la presunta víctima cuente con el respectivo Reconocimiento Médico Legal expedido conforme a los protocolos aprobados por la Fiscalía de la Nación.

La Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos asume el acompañamiento de la víctima a las instalaciones del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, otros centros de salud acreditados por el Ministerio de Salud (MINSA) o establecimientos públicos y privados que señala la Ley, como parte del procedimiento de asistencia integral a cargo de dicha Unidad, que tiene como finalidad empoderar a la víctima para que se someta a las evaluaciones correspondientes sin interferencia de ninguna clase.

1.3 Intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos (Fase Previa al Procedimiento de Entrevista Única)

La intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos en la fase previa al Procedimiento de Entrevista Única, tiene como objeto asegurar la adecuada participación procesal de la víctima, propiciando su estabilidad emocional durante el desarrollo de la entrevista; a efecto que su testimonio sea espontáneo y coherente con los fines de la investigación fiscal. Esta labor no implica actos de notificación o localización de la víctima, al margen del procedimiento de verificación preliminar o de la asistencia integral brindada.

El psicólogo designado acompañará a la víctima al ambiente de la Cámara Gesell o Sala de Entrevista. Cuando sea necesario y la autoridad competente lo autorice, el psicólogo podrá estar presente en el ambiente de observación, con el objeto que al culminar la diligencia prosiga brindándole el apoyo correspondiente.

Para lograr el empoderamiento de la víctima y que participe en el Procedimiento de Entrevista Única, el/la psicólogo(a) de la Unidad deberá transmitirle un mensaje de confianza en la labor de las autoridades competentes.





2. ETAPA: ENTREVISTA ÚNICA

2.1 Definición

La Entrevista Única es una diligencia de declaración testimonial, forma parte de la investigación y está dirigida a las personas víctimas de violencia. Se desarrolla en una sola sesión, con la intervención de los operadores que participan en el procedimiento, siendo el psicólogo quien lleva a cabo la entrevista.

2.2 Consideraciones generales de la Entrevista Única

La Entrevista Única se documenta en un acta, que será firmada por los intervinientes, en caso puedan o sepan hacerlo. Asimismo, la entrevista será grabada en el medio audiovisual respectivo, el que será lacrado y firmado.

Tanto el acta como el soporte audiovisual tienen un original y una copia. El original forma parte de la investigación fiscal y la copia se remite a la unidad orgánica correspondiente, ambas cuentan con el tratamiento propio de un medio de prueba siendo necesario establecer la cadena de custodia.

La Entrevista Única es irrepetible, por lo que se debe garantizar que sea realizada en los ambientes adecuados y con los equipos de audio y video en perfecto funcionamiento, a fin que la prueba sea preservada.

En caso que el fiscal disponga la realización de la investigación a nivel policial, se entrega una copia del acta de entrevista al instructor policial, pero no el medio magnético de almacenamiento que contiene el material audiovisual de la Entrevista Única realizada.

El Procedimiento de la Entrevista Única tendrá una duración promedio de dos horas, y dependiendo de la complejidad del caso este podrá extenderse. Se iniciará puntualmente a la hora programada. El tiempo de tolerancia será no mayor de 15 minutos, a fin de no perjudicar las siguientes entrevistas programadas.





Se dará prioridad a la Entrevista Única en caso de flagrancia, la cual estará sujeta a coordinaciones previas a nivel fiscal.

En los casos de flagrancia, la Entrevista Única se realiza a la mayor brevedad y dentro de las **24 horas**, siempre y cuando las condiciones de salud física o mental de la víctima lo permitan.

En los supuestos previstos en los párrafos anteriores, concurren a la Entrevista Única:

- La persona víctima de violencia
- El Fiscal Penal, de Familia o Mixto, según corresponda
- El Juez Penal, de Familia o Mixto, según corresponda
- Los padres o responsables de la niña, niño o adolescente
- El abogado defensor o defensor público de la víctima y del investigado
- El Policía, según corresponda
- El traductor o intérprete, cuando corresponda
- El psicólogo de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos, cuando corresponda

En todos los casos la Entrevista Única es un procedimiento reservado, está prohibida la presencia de estudiantes de cualquier profesión, profesionales o funcionarios de otras instituciones, bajo responsabilidad.

En caso que los sujetos procesales hayan solicitado la presencia de un perito psicólogo de parte y el fiscal o juez lo hayan admitido, su participación se limitará a observar la entrevista desde el ambiente de observación.

En caso de inconcurrencia de la víctima, el fiscal levantará un acta y reprogramará la entrevista.

2.3 Ambiente de Entrevista Única

La Entrevista Única se desarrollará en Cámara Gesell o en Sala de Entrevista.





En Cámara Gesell prioritariamente se practica la entrevista de niñas, niños y adolescentes; y en Sala de Entrevista Única la de personas adultas.

- **CÁMARA GESELL:**

Consta de dos ambientes separados por un vidrio espejado (espejo de visión unidireccional), que serán utilizados de la siguiente forma:

- 1) **Ambiente de Entrevista:** Es el espacio físico, el cual cuenta con un equipo de audio y video que perenniza la entrevista y está destinado a las víctimas de violencia, al psicólogo(a) y en el caso que se requiera, al traductor o intérprete.
- 2) **Ambiente de Observación:** Es el espacio físico destinado a los sujetos procesales: el fiscal, el juez (cuando corresponda), los padres o responsables del niño, niña o adolescente, el abogado de la víctima, el abogado del imputado, el psicólogo de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos; y, el policía, según el caso.

Las especificaciones técnicas del diseño de la Cámara Gesell serán aprobadas por la Fiscalía de la Nación.

- **SALA DE ENTREVISTA:**

Consta de dos ambientes separados (material noble, drywall, madera, contraplacados), que evitan que se filtren ruidos externos durante el procedimiento de Entrevista Única. No se considera para este fin, ambientes que no cuenten con las especificaciones establecidas.

Estos dos ambientes serán utilizados de la siguiente forma:

- 1) **Ambiente de Entrevista:** Es el espacio físico destinado a la víctima, psicólogo y el traductor o intérprete en los casos que sea necesario. Cuenta con un equipo de audio y video que perenniza la entrevista.
- 2) **Ambiente de Observación:** Es el espacio físico debidamente acondicionado, destinado al fiscal, el juez (cuando corresponda), los padres o responsables del niño, niña o adolescente, el abogado de la víctima, el abogado del imputado, el psicólogo de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos; y, el policía, según el caso.





Las especificaciones técnicas del diseño de la Sala de Entrevista serán aprobadas por la Fiscalía de la Nación.

2.4 Identificación de las víctimas

Las víctimas son identificadas con el respectivo documento de identidad. En caso de no contar con ningún documento se tomarán las impresiones de las huellas dactilares de ambas manos, entre otras formas que permitan la identificación.

2.5 Procedimiento de Entrevista Única

ANTES DE LA ENTREVISTA

A. En caso de Niño, Niña o Adolescente.

Antes de la Entrevista Única, el fiscal o juez y el psicólogo se reúnen en la sala de observación con los padres o responsables del niño, niña o adolescente, con la finalidad de obtener sus generales de ley, información preliminar del suceso, sus condiciones familiares y demás información que resulte pertinente para la realización de la entrevista.

En esta etapa, el fiscal entregará al niño, niña o adolescente y a sus padres o responsables, la respectiva declaración de derechos.

El fiscal o juez a cargo de la entrevista informa a los padres o responsables sobre el uso, procedimiento y fines de la Entrevista Única, debiendo éstos brindar su consentimiento informado en el formato respectivo. (Anexo N° 02)

Del mismo modo, el niño, niña o adolescente prestará su consentimiento previa información, y conforme a su edad y madurez.

En caso que los padres o responsables no presten su consentimiento y el niño, niña o adolescente decida ser entrevistado, prevalece su opinión conforme a su edad y madurez.





De no contarse con el consentimiento de los padres, responsables y entrevistado, se dejará constancia en acta.

Por su parte, el psicólogo informa al entrevistado(a) sobre los usos, procedimientos y fines de la Entrevista Única, luego aquel prestará su consentimiento en el formato respectivo. (Anexo N° 01)

Antes de la entrevista el fiscal o juez informará al psicólogo los puntos sobre los cuales se debe enfatizar durante la entrevista.

B.- En el caso de Persona Mayor de Edad.

El fiscal o juez procederá a obtener sus generales de ley, información preliminar del suceso, las condiciones familiares de la persona mayor de edad, y demás datos que resulten pertinentes para la realización de la entrevista.

El fiscal o juez a cargo de la entrevista informa sobre el procedimiento y los fines de la Entrevista Única a la víctima y el psicólogo obtiene el consentimiento informado de aquella en el formato respectivo. (Anexo N° 01).

INICIO DE LA ENTREVISTA

El fiscal o juez da inicio a la Entrevista Única y el psicólogo se presenta. Éste procede a explorar adecuadamente sobre el hecho que se investiga. En forma simultánea se realiza la respectiva grabación.

Si en el proceso de entrevista, surgen motivos justificados que impidan su desarrollo, el fiscal o juez con la apreciación del psicólogo, la suspenderá y reprogramará lo más pronto posible, dejando constancia en el acta correspondiente.

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA:

- Facilitar una actitud de apertura con el entrevistado(a) en todo el momento de la entrevista.
- No formular preguntas que atenten contra la dignidad de la persona víctima de violencia.





- Permitir que el entrevistado(a) cuente con el tiempo suficiente para responder las interrogantes que se le formulen.
- En el caso de los niños y niñas, se debe considerar el nivel de atención el cual varía de acuerdo a la edad.
- Esperar el tiempo pertinente para la emisión de la respuesta del entrevistado(a) y después realizar la siguiente pregunta.
- Evitar preguntas ambíguas, sugestivas o capciosas.
- No sugerir el nombre, sobrenombre o apellido del investigado(a) antes, durante o después de la entrevista, salvo que el entrevistado(a) lo mencione.
- Evitar expresar verbal o gestualmente acuerdo o desacuerdo con la declaración efectuada por el entrevistado(a).
- Evitar interrumpir al entrevistado(a) sin justificación (sólo se acepta la interrupción si tiene un fin específico).
- No usar terminología que el entrevistado(a) no pueda comprender.
- Evitar hablar temas irrelevantes para la investigación.

DURANTE LA ENTREVISTA

El psicólogo tendrá en cuenta las siguientes pautas básicas que orientan el trabajo durante la Entrevista Única:

1. Establecer clima de confianza

El psicólogo establece un clima de confianza. Se presenta indicando su nombre y la función que cumple durante la entrevista, luego formula preguntas generales tomando en cuenta el desarrollo evolutivo de la víctima, lo cual permite conocer el nivel de lenguaje del entrevistado, su fluidez, capacidad de comprensión y memoria.

Esta etapa es breve y aborda aspectos cotidianos y neutrales de interés del niño, niña y adolescentes; y, en los casos de adultos, indaga sobre sus preferencias; por ejemplo ¿Qué pasatiempo tiene?

2.- Narrativa libre

Para introducir el tema, el psicólogo empieza con preguntas abiertas por ejemplo en el caso de niños, niñas y adolescentes: ¿sabes por qué has venido hoy? ¿Ha ocurrido algo que quieras contarme?





En caso de personas adultas: ¿cuénteme qué sucedió?, ¿dígame por qué viene hoy?

El psicólogo procura obtener un relato de los hechos en forma espontánea, utilizando el propio lenguaje de la persona entrevistada, sin interrupciones, adoptando una actitud de escucha, evitando gestos que sean sugerentes de aprobación o desaprobación frente a lo que manifiesta el entrevistado, respeta los silencios o pausas que se presenten en este momento del relato.

En caso surja una información que sea irrelevante, que conlleve a la dilación de la entrevista y que no aporte al hecho de la denuncia, el psicólogo tendrá que direccionar con preguntas, por ejemplo: ¿me estabas contando sobre...?, ¿hace un momento me dijiste qué...?, o haciendo uso del parafraseo que permita retomar el tema investigado.

3.- Clarificación

En esta fase, obtenido el relato espontáneo del entrevistado, el psicólogo(a), formula preguntas que sean fácilmente comprensibles para focalizar los hechos, teniendo en cuenta las preguntas básicas ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, y ¿dónde?, así obtiene una información con mayor precisión, debiendo formular una pregunta a la vez que se adecue al nivel maduracional, cultural y de instrucción del entrevistado.

El psicólogo(a) debe precisar en la entrevista lo siguiente:

- Fecha en que ocurrieron los hechos materia de la denuncia.
- Hora en que ocurrieron los hechos materia de la denuncia.
- Lugar donde se produjeron los hechos violentos.
- Descripción del lugar donde ocurrieron los hechos.
- Cómo sucedieron los hechos.
- Identificar al supuesto agresor(es).
- Descripción física del supuesto agresor(es).
- Establecer el vínculo con el supuesto agresor(es).
- Determinar la frecuencia e intensidad en que se dan los hechos.
- Precisar el tiempo de inicio del hecho violento ¿desde cuándo vienen sucediendo los hechos?
- Precisar la existencia de otras víctimas por parte del agresor(es).
- Indagar recursos de afronte ante la situación de violencia.





- Indagar las motivaciones para realizar la denuncia.
- Antecedentes de denuncias por hechos similares.
- Expectativa frente a la denuncia.
- Actitud frente al presunto agresor
- Sentimiento respecto a los hechos narrados.
- Pensamiento respecto a los hechos narrados.
- Si recibe o ha recibido atención médica o psicológica.

En caso de niños, niñas y adolescentes se recomienda, para la formulación de preguntas, el siguiente cuadro:

Cuadro: Guía relacionada con las preguntas indicadas para la edad

Edad	Quién	Qué	Dónde	Cuándo	# de veces	Circunstancias
3 años						
4-6						
7-8						
9-10						
11-12						

Fuente: PROTOCOLO SATAC ® PARA ENTREVISTAS FORENSES DE CORNERHOUSE

En los casos de trata de personas, el psicólogo debe explorar la dinámica de la trata, tomando en cuenta:

- 1.- Captación: La forma en que fue reclutada o tomaron contacto con la víctima.
- 2.- Transporte - Traslado: Desplazamiento del entorno de origen de la víctima.
- 3.- Acogida - Recepción: Llegada de la víctima al entorno o lugar de explotación.
- 4.- Retención: Formas de control ejercidas por el tratante para retener a la víctima.





- 5.- Violencia, amenaza u otras formas de coacción
- 6.- Engaño o mentira: Ofrecimientos no cumplidos
- 7.- Abuso de una situación de vulnerabilidad: Aprovechamiento de la capacidad disminuida de una persona para anticiparse, afrontar o resistir los efectos de un peligro.
- 8.- Finalidad delictiva: De acuerdo a la modalidad de la trata.
- 9.- Valoración de riesgo: Indagar temores, antecedentes de maltrato, situación social, familiar, económica, entre otros.
- 10.- Identificación de las consecuencias: Indagar sobre los efectos de la trata en las víctimas.

4.- Preguntas de los operadores de justicia desde el Ambiente de Observación

Culminada la fase de clarificación el psicólogo(a) recibe, a través del fiscal o juez, según sea el caso, las preguntas formuladas por los intervinientes, las cuales deben vincularse con los hechos relatados por la víctima; asimismo, el psicólogo(a) adecuará las preguntas al nivel cognitivo y socio cultural del entrevistado para su comprensión.

De advertirse en la narración otros hechos de violencia distintos al de la investigación, el fiscal o juez deberá profundizar en su esclarecimiento.

Una vez concluidas las preguntas de los operadores se procederá al cierre de la entrevista.

5.- Cierre de la Entrevista

El fiscal o juez dispone la culminación del Procedimiento de Entrevista Única.

El psicólogo preguntará al entrevistado(a), si tiene algo más que agregar o alguna pregunta, de no ser así, procederá al cierre de la entrevista con frases cordiales.

Terminada la Entrevista Única, el acta es suscrita por todos los participantes, dejándose constancia de cualquier incidencia que se hubiera suscitado durante el desarrollo de la diligencia.

El relato contenido en la Entrevista Única, forma parte del informe o dictamen pericial psicológico.





CRITERIOS DE SUSPENSIÓN DE LA ENTREVISTA:

- La víctima no brinda información concerniente o vinculada a los hechos materia de investigación o se niegue a hablar.
- La víctima se encuentre en situación de crisis emocional.
- La víctima tenga manifestaciones de necesidades básicas.
- La víctima, a pesar de haber dado su consentimiento previo, decida no continuar con la entrevista.
- Fallas en el suministro de energía eléctrica o en el funcionamiento de los equipos audiovisuales.

3. ETAPA POSTERIOR

3.1 Evaluación psicológica

De acuerdo al requerimiento de la autoridad competente se programará la evaluación psicológica siguiendo los lineamientos de la Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y en otros casos de violencia. En caso las víctimas cuenten con evaluación psicológica previa por el mismo caso, ya no deberá practicarse una nueva pericia.

3.2 Cadena de Custodia

La Entrevista Única es una diligencia que forma parte de la investigación que conduce el fiscal, quien al recibir el Acta de la Entrevista Única y el soporte audiovisual que la contiene, los remite a la Oficina de Evidencias, en aplicación al Art. 13 del Reglamento de Registro Audiovisual de Actuaciones Fiscales N° 729-2006-MP-FN.

En los Distritos Fiscales en los cuales no se aplica el Código Procesal Penal, corresponde al Presidente de la Junta de Fiscales Superiores designar al responsable del Almacén de Elementos Materiales y Evidencias, y el ambiente adecuado donde se conserve y asegure el soporte audiovisual.





3.3 Intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos (Fase posterior al Procedimiento de Entrevista Única)

La intervención de la Unidad de Protección y Asistencia a Víctimas y Testigos, posterior al procedimiento de Entrevista Única, tiene como objeto asegurar la adecuada participación de la víctima en los sucesivos actos procesales que disponga el juez o fiscal a cargo del caso. El seguimiento de la víctima se realizará de manera continua por parte del equipo multidisciplinario de la Unidad, el que deberá informar al juez o fiscal, según corresponda, sobre el resultado del seguimiento y acciones realizadas, efectuando sus recomendaciones técnicas.

En los casos de alto riesgo en los que las víctimas requieran un tratamiento diferenciado, el equipo multidisciplinario de la Unidad informará oportunamente al juez o fiscal del caso para una adecuada adopción o variación de las medidas de protección, y se encargará de articular con la red multisectorial para su inmediata atención.

3.4 Derivación a la red de asistencia y tratamiento a la víctima de violencia

En los casos de violencia sexual en agravio de niños, niñas y adolescentes, el Fiscal de Familia procede conforme al Art. 144 inc. b del Código de los Niños, Niñas y Adolescentes.





ANEXOS





ANEXO N° 01

MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Yo _____ identificado(a)
con _____ después de haber sido informado(a) sobre el
Procedimiento de Entrevista Única, doy el consentimiento para que:

- Sea filmado y grabado durante la entrevista.
- Se me realicen preguntas en relación al suceso por el que acudo a la Cámara Gesell o a la Sala de Entrevista Única, o por hechos nuevos o similares que surgieran como parte de la entrevista.
- El material audiovisual obtenido por medio de la entrevista forme parte de la investigación.

Lugar..... Día..... Mes..... Año.....

Firma _____

Impresión dactilar:





ANEXO N° 02

MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA ÚNICA DEL PADRE, MADRE O RESPONSABLE

Yo..... identificado(a)
con padre/madre/o adulto responsable de
después de haber sido informado(a) sobre el Procedimiento de la Entrevista Única, doy el
consentimiento para que mi menor hijo(a):

- Sea filmado y grabado durante la entrevista.
- Se le realicen preguntas con relación al suceso por el que acudo a la Cámara Gesell o a la Sala de Entrevista Única, o por hechos nuevos o similares que surgieran como parte de la entrevista.
- Que el material audiovisual obtenido por medio de la entrevista forme parte de la investigación.

Lugar..... Día..... Mes..... Año.....

Firma _____

Impresión dactilar:





ANEXO N° 03

**MODELO DE OFICIO DE FISCALÍA / JUZGADO / DIRIGIDO AL INSTITUTO DE
MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES SOLICITANDO EL PROCEDIMIENTO
DE ENTREVISTA ÚNICA**

OFICIO N°

Lima, dede 20....

Dr(a).

Jefe(a) División Médico Legal

Distrito Fiscal de

Presente.-

ASUNTO: ENTREVISTA ÚNICA

REF. :

FISCALÍA QUE SOLICITA:.....

CON DETENIDO: Sí () No ()

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de solicitarle, se sirva ordenar a quien corresponda se practique el Procedimiento de Entrevista Única a:

(Ingresar Nombres y Apellidos)

Identificado(a) con DNI:.....

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Datos del acompañante del niño, niña o adolescente:

Nombres y apellidos:

DNI:

Edad:

Relación con el niño, niña o adolescente :





ANEXO N° 04

Acta de Entrevista Única

FISCALÍA:

NÚMERO DE DENUNCIA:

DENUNCIANTE:

DENUNCIADO(A):

VÍCTIMA:

VÍNCULO AGRAVIADO/ DENUNCIADO:

MATERIA:

En el distrito de....., provincia de....., del Distrito Fiscal de....., siendo las....., horas del día....., del mes de..... del año....., (nombres y apellidos)..... Fiscal Provincial..... de la....., Fiscalía....., se hizo presente en las instalaciones de la **CÁMARA GESELL** o **SALA DE ENTREVISTA**, ubicada en la sede de, a efecto de llevar a cabo la Entrevista Única programada para el día de hoy, dejándose constancia que previamente se hizo de conocimiento a la víctima los derechos que la legislación le reconoce.

DATOS DE LA VÍCTIMA

NOMBRES Y APELLIDOS:

CÓDIGO ÚNICO DE REGISTRO (CUR).....

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

DOMICILIO:

NOMBRE DE LA MADRE:

NOMBRE DEL PADRE:

A continuación se consigna la presencia y ubicación de las siguientes personas:





EN EL AMBIENTE DE ENTREVISTA:

- 1.- PSICÓLOGO(A): Lic.
Psicólogo(a) de la División Médico Legal (sede).....
2.- VÍCTIMA:

EN EL AMBIENTE DE OBSERVACIÓN:

- 3.- JUEZ:.....
Juzgado N°.....
4.- FISCAL PENAL O MIXTO:.....
(N°) Fiscalía Provincial de.....
5.- FISCAL DE FAMILIA:.....
(N°) Fiscalía Provincial de.....
6.- ABOGADO DE LA VÍCTIMA:.....
N° de Colegiatura.....
Domicilio procesal.....
7.- ACOMPAÑANTE DE LA VÍCTIMA
NOMBRES Y APELLIDOS:
DNI u OTRO :
EDAD :
ESTADO CIVIL :
GRADO DE INSTRUCCIÓN:
OCUPACIÓN :
DOMICILIO :
VÍNCULO CON LA VÍCTIMA:

8.- ABOGADO DEFENSOR DEL IMPUTADO:
N° de Colegiatura.....
Domicilio procesal.....

CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

La presente entrevista es dirigida por el Fiscal
interviniendo el perito psicólogo desarrolla la entrevista forense.





INICIO DE LA ENTREVISTA

En este estado el Fiscal da inicio a la Entrevista Única.

REFERENCIA DE LA VÍCTIMA:

.....
.....
.....
.....
.....

PREGUNTAS FORMULADAS POR EL FISCAL:

PREGUNTAS FORMULADAS POR EL ABOGADO DE LA VÍCTIMA:

PREGUNTAS FORMULADAS POR EL ABOGADO DEL IMPUTADO(A)

.....

CULMINACIÓN DE LA ENTREVISTA

En este estado el Fiscal / Juez
da por culminada la Entrevista Única.

OBSERVACIONES

Siendo la hora:....., con lo que concluyó la presente diligencia, firmando los comparecientes en señal de conformidad.

JUEZ

FISCAL PROVINCIAL PENAL O MIXTO

PSICÓLOGO (A)

ENTREVISTADO(A)

FISCAL PROVINCIAL DE FAMILIA

EFFECTIVO POLICIAL

ABOGADO(A) DEFENSOR DEL IMPUTADO

ABOGADO(A) DEFENSOR DE LA VÍCTIMA

PADRE / MADRE O RESPONSABLE

DIGITADOR

INTÉRPRETE





ANEXO N° 05

PROTOCOLO SATAC

SIMPATÍA	De 3 a 7 años: dibujar la cara De 8 a 10 años: dibujar la cara según declaración del niño De 11 a 17 años: conversación neutral para la narrativa
IDENTIFICACIÓN ANATÓMICA	De 3 a 5 años: Diferenciación género De 3 a 9 años: Nombrar partes del cuerpo De 10 a 17 años: Usa dibujos sólo según su necesidad
INDAGACION DE TOQUES	Positivo De 3 a 5 años. ¿Recibes besos, abrazos, cosquillas? De 6 a 9 años. ¿Recibes caricias que te gustan? Negativo De 3 a 9 años. ¿Recibes caricias que no te gustan? De 10 a 17 años. ¿Sabes por qué viniste hablar conmigo hoy? ¿Hay lugares de tu cuerpo donde nadie te debe de tocar? ¿Tienes lugares en tu cuerpo que no quieres que nadie te toque? ¿Está bien que alguien toque.... (parte de tu cuerpo)? ¿A quién le dirías si alguien te toca en una de esas partes? ¿Has recibido una caricia que te causo confusión o miedo? Alternativas ¿Le contaste a tu mamá, maestra... de algo que te pasó que no estuvo bien? ¿Fuiste al médico por algo que te pasó últimamente? ¿Hay lugares o partes en los cuerpos de otras personas que no quieres tocar? ¿Alguien te ha mostrado algo que tiene que ver con las partes del cuerpo?
ESCENARIO DEL ABUSO	Escenas Detalles sensoriales y de la escena, según el desarrollo y la habilidad de expresión. Datos y detalles pertinentes Hipótesis alternativa Otros agresores Otras víctimas Otras explicaciones Hipótesis alternativas Otras fuentes
CIERRE	Seguridad personal y opciones Con todos se desarrolla las estrategias de seguridad Preguntas ¿Has recordado algo más? ¿Quieres preguntarme algo? Etc. Gracias

FUENTE: <https://entrevistafgn.wordpress.com/2014/08/10/el-protocolo-satac/>





ANEXO N° 06
ENTREVISTA COGNITIVA

FASES DE ENTREVISTA	
FASE 1	Presentaciones y personalización de la entrevista (presentación, usar el nombre del entrevistado).
FASE 2	Establecimiento de la comunicación (creación de una atmósfera agradable, de confianza a través de la formulación de preguntas neutras).
FASE 3	Explicación del propósito de la entrevista.
FASE 4	Reinstauración de contextos.
FASE 5	Recuerdo libre.
FASE 6	Preparación para el interrogatorio (pedirle que se concentre intensamente, que diga lo que se le viene a la mente tal como llega, sin fabricarlo, que puede decir no comprendo, no sé, no recuerdo, que active y contraste imágenes).
FASE 7	Interrogatorio compatible con el testigo (cada testigo tiene una secuencia de memoria distinta del evento debiendo el entrevistador ajustarse a esa secuencia).
FASE 8	Recuerdo desde diferentes perspectivas.
FASE 9	Recuerdo en orden inverso.
FASE 10	Resumen (realizado por el entrevistador en función de lo que el entrevistado ha informado).
FASE 11	Cierre (desactivación emocional y de tensiones en el entrevistado).

*Revisar bibliografía





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arce, R y Fariña, F. (2005). "Peritación Psicológica de la Credibilidad del Testimonio, la huella psíquica y la Simulación: el Sistema de Evaluación Global (SEG)." Papeles del Psicólogo. pag. 59-77. Universidad del Vigo - España.

Asensi, L. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. Revista Internauta de Práctica Forense. Nº 21, año enero-junio 2008, pàgs. 15-29.

Cosacove E. (2007). Diccionario de términos Técnicos de la Psicología. Argentina. Editorial Brujas.

D'Angelo Flavio A. (2013). La Entrevista Psicológica Forense. Universidad Comahue, Neuquén - Argentina. (<http://docslide.com.br/documents/la-entrevista-psicologica-forense.html>).

Echeburúa, E.; Illescas, S. (2010). Por qué la Víctima es Femenino y el agresor Masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales. España. Ed. Pirámide.

Guía de Buenas Prácticas para el Abordaje de niños (as), adolescentes víctimas y/o testigos de abuso sexual y otros delitos. (2013), Argentina, Primera Edición.

Hernández, José A. Comisión de Psicología Jurídica, Clínica y de la Salud - Guía de actuación del psicólogo en los abusos sexuales y otros maltratos en la infancia

Lamb, M. E.; Orbach, Y.; Hershkowitz, I.; Esplin, P. W. y Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. Child Abuse & Neglect, 31, pp. 1201 - 1231.

Papalia, D. (2009). Psicología del Desarrollo. México. Mc. Graw.

Pérez, N. (2011). "Psicología del Desarrollo Humano del Nacimiento a la Vejez". España.





Revista Iberoamericana de Educación (2005), N.º 38 pp. 13-32.

<https://entrevistafgn.wordpress.com/2014/08/10/el-protocolo-satac/>

Protocolo del Ministerio Público para la Atención de las víctimas del delito de Trata de Personas, aprobado por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 257-2014 del 23 de enero de 2014





2016

**MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”

**GUÍA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FORENSE EN CASOS DE VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES Y LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR; Y
EN OTROS CASOS DE VIOLENCIA**

Lima – Perú

2016

**JEFATURA NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA
LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**





MINISTERIO PÚBLICO

FISCALÍA DE LA NACIÓN

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
“DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA”**

**GUÍA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE EN
CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR; Y EN OTROS
CASOS DE VIOLENCIA**

FISCAL DE LA NACIÓN

DR. PABLO SÁNCHEZ VELARDE

**JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES**

DR. SEGUNDO ELEAZAR ALIAGA VIERA





AUTORES DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Psicóloga Alicia Cristina Ayala Véliz

División Médico Legal del Callao

Psicólogo Edgardo Soto Tenorio

División Médico Legal de Lima Este

Psicóloga Estela Jessica Mejía Lovatón

División Médico Legal de Lima Norte

Psicóloga Giovana del Pilar Velarde Castro

División Médico Legal de Lima Sur

Psiquiatra Manuel Sotelo Trinidad

División Médico Legal de Lima-DICLIFOR

Psicóloga María Caridad Lamas Calderón

División Médico Legal de Lima-DICLIFOR

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 1196-2016-MP-FN, DE FECHA 11 DE MARZO DE 2016:

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Lourdes Emérita Morales Benavente

Fiscal Provincial de la Décimo Cuarta Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Katherine Borrero Soto

Fiscal Provincial de la Décimo Tercera Fiscalía Provincial Penal de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Segundo Eleazar Aliaga Viera

Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público

Juan Jesús Huambachano Carbajal

Gerente del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público



**Karla Yaquelin Salazar Zamora**

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)

COMISIÓN DE TRABAJO CONFORMADA POR RESOLUCIÓN DE LA FISCALÍA DE LA NACIÓN N° 3564-2016-MP-FN, DE FECHA 16 DE AGOSTO DE 2016:**Rita Arleny Figueroa Vásquez**

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos

Oswaldo Elías Taccesi Guevara

Fiscal Provincial de la Vigésima Primera Fiscalía Provincial de Familia de Lima

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Séptima Fiscalía Provincial Penal de Lima

Juan Víctor Quiroz Mejía

Asesor de la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Estela Jessica Mejía Lovaton

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Manuel Sotelo Trinidad

Médico I del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Miriam Rocío Bustamante Gutiérrez

Psicóloga del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Julissa Mercedes Urbizagástegui Manrique

Asistente Administrativo del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

Karla Yaquelin Salazar Zamora

Gerente encargada de la coordinación Administrativa del Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva (RENADESPLE)





AGRADECIMIENTOS

La socialización de la Guía permitió contar con los puntos de vista de los psicólogos forenses de las diferentes sedes del país y de esta forma enriquecerla, por lo que corresponde mencionar a las siguientes Divisiones Médico Legales, reconociendo sus aportes y agradeciendo su interés:

Primera Socialización (abril-mayo):

DML II Ancash (Huari, Caraz).

DML III Arequipa (Arequipa).

DML II Cañete (Cañete, Mala, Yauyos).

DML II Huánuco

DML II Huancavelica (Angaraes, Huancavelica, Tantará).

DML II Ica (Nasca, Chincha).

DML III Junín (Chanchamayo, Concepción, Jauja, Oxapampa, Satipo, Tarma, Yauli).

DML III Lambayeque

DML II La Libertad (Gran Chimú, Trujillo, Pacasmayo).

DML II Lima Este (Chosica, Huaycán).

DML II Lima Norte

DML II Lima Sur

DML II Madre de Dios

DML II Pasco (Huariaca, Pasco, Santa Ana de Tusi, Yanahuanca).

DML II Piura (Piura, Sullana).

DML II Santa

DML II Tacna (Alto de la Alianza, Tacna).





DML II Tumbes (Tumbes y Zarumilla).

DML II Ucayali

Segunda Socialización (junio):

DML II Amazonas (Utcubamba).

DML III Arequipa (Arequipa, Caylloma).

DML II Cañete (Cañete, Mala, Yauyos).

DML III Junín (Chanchamayo, Concepción, Jauja, Junín, Oxapampa, Satipo, Puerto Bermudez, Tarma, Tayacaja y Yauli).

DML II La Libertad (Pacasmayo, Trujillo).

DML II Lima Este (Huaycán).

DML II Madre de Dios (Madre de Dios, Puerto Maldonado).

DML II Piura (Paíta).

DML II Puno

DML II San Martín

DML II Tacna (Alto de la Alianza, Tacna).





Índice

Agradecimientos	4
Introducción	9
Justificación	12
PRIMERA PARTE	
Capítulo I:	
1. Aspectos Generales	14
1.1 Objetivos de la Guía	14
1.2 Población Objetivo	14
Capítulo II:	
2. Marco Legal	15
2.1 Marco Normativo	15
2.2 Enfoques	17
2.3 Principios Rectores	18
2.4. Aspectos deontológicos	19
Capítulo III:	
3. Marco Teórico	23
3.1. Definiciones básicas	23
3.1.1. Violencia	23
3.1.2. Agresión	23
3.1.3. Conflicto	23
3.1.4. Análisis del hecho fáctico	23
3.1.5. Daño psicológico	24
3.2 Violencia hacia la Mujer	26
3.3 Violencia contra los integrantes del grupo familiar	26
3.4. Personalidad	27
3.5 Valoración de la vulnerabilidad y factores de riesgo	28
3.5.1. Vulnerabilidad	
3.5.2. Vulnerabilidad en niños	
3.5.3. Factor de riesgo	
3.6. Diferencia entre una valoración psicológica clínico y una forense	29



SEGUNDA PARTE

Capítulo I:

1. Procedimiento administrativo de admisión, recepción, identificación y registro	33
1.1 Consideraciones Generales	33
1.1.1 Criterios	33
1.1.2 Responsable	33
1.2. Recepción del oficio	33
1.3. Identificación del usuario	34
1.4. Registro del usuario	35
1.5. Programación de la cita	36

Capítulo II:

2. Procedimiento pericial psicológico forense	37
2.1. Consideraciones Generales	37
2.2. Objetivos de la pericia psicológica	37
2.3. Responsable	38
2.4. Instructivo para la aplicación de la metodología	38
2.4.1 Respeto del Evaluado	38
2.4.2 Respeto de la Infraestructura y Equipamiento	40
2.4.3 Condiciones para la Evaluación Psicológica	41
2.5. Tiempo técnico estimado	41

Capítulo III:

3. Metodología de la evaluación psicológica forense	43
3.1 Técnicas de Exploración	43
A. Observación de Conducta	43
B. Entrevista Psicológica Clínico - Forense	43
C. Instrumentos de Evaluación psicológica	43
3.2 Estructura del informe psicológico	44
3.3 Recomendaciones para el psicólogo evaluador	53





Referencias	55
Anexos:	61
Anexo 1: Flujograma	62
Anexo 2A: Consentimiento Informado (adultos)	63
Anexo 2B: Consentimiento Informado (niños, niñas y adolescentes)	64
Anexo 3: Definiciones Conceptuales	65
Anexo 4: Definiciones Operacionales	66
Anexo 5: Diagnósticos y Conclusiones	67
Anexo 6: Ampliación del Marco Teórico	71
Anexo 6A: Violencia	71
Anexo 6B Familia	90
Anexo 6C: Personalidad	93
Anexo 6D: Factores de riesgo – Dinámica relacional	99
Anexo 7: Definiciones operacionales de los indicadores de afectación emocional	107
Anexo 8: Códigos CIE X	117
Anexo 9: Instrumentos de evaluación sugeridos	123



Introducción

En el siglo XVIII el criminólogo francés Edmond Locard enunció un principio fundamental de las ciencias forenses: “*Quisunque tactus vestigia legat*” (“todo contacto deja una huella”). La búsqueda de las huellas dejadas por el asesino en la escena del crimen permitió recoger las evidencias para encontrar al autor del delito. Sin embargo, en ese entonces Locard, no imaginó que siglos después la psicología forense también hallaría esas huellas en la mente y en el alma de las víctimas, transformándolas en pruebas de la violencia que habían sufrido.

Si bien la Organización de las Naciones Unidas ha definido a la violencia como un problema ubicuo, que ha acompañado a la historia de la humanidad en los más diversos lugares, tiempos y culturas, es necesario diferenciar a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar como un tipo fundamental de violencia que dará el escenario en el que se desarrollarán las otras formas de violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En el Perú los índices de violencia se han incrementado permanentemente. Diversas instituciones del Estado y la sociedad civil están a la búsqueda de mecanismos e instrumentos que permitan una intervención eficaz e inmediata para evitarla y proteger a sus víctimas, especialmente a aquellas en las que su integridad y su vida se encuentren en grave riesgo, como son los casos de feminicidio.

La derogada Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar y sus posteriores modificaciones, constituyeron un mecanismo fundamental de protección ante esta violencia. La vigente Ley N° 30364 “**Para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar**” representa un nuevo avance que marca un cambio fundamental en el proceso de investigación y en la intervención pericial.

En el marco de esta nueva Ley, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público ha elaborado la “*Guía de Evaluación Psicológica Forense en Casos de Violencia contra las Mujeres y los integrantes del grupo familiar; y en otros casos de*



Violencia” como un instrumento psicológico forense que busca orientar el proceso de la evaluación psicológica, adecuando su metodología a los nuevos requerimientos de la Ley con los mejores estándares de calidad, respeto a la dignidad de los evaluados y eficiencia pericial.

La Primera parte se divide en tres Capítulos, los cuales tratan sobre Aspectos Generales referidos a los objetivos de la guía y la población a la que se dirige; el Marco Legal, hace mención a los principios, marco normativo y enfoques; y, posteriormente el Marco Conceptual, que contiene conceptos y definiciones propias de la Guía. La Segunda Parte se divide también en tres Capítulos, que incluyen los Procedimientos Administrativos (admisión, recepción, identificación y registro), el Procedimiento Pericial Psicológico Forense propiamente dicho; y, finalmente la Metodología de la Evaluación Psicológica Forense.

La aplicación de la presente Guía permitirá al psicólogo forense arribar a las siguientes conclusiones:

1. El diagnóstico clínico forense, que señalará la afectación psicológica u otra alteración que presente el evaluado.
2. El hecho o evento violento que generó el diagnóstico clínico forense.
3. La personalidad o características comportamentales del evaluado.
4. La vulnerabilidad o riesgo del evaluado.
5. La respuesta a requerimientos de los operadores de justicia. La pertinencia de la valoración del Daño Psíquico.
6. Las recomendaciones o sugerencias que estime pertinente el evaluador.

Este instrumento constituye un avance en el desarrollo de la Psicología Forense en nuestro país y una contribución en la búsqueda permanente de alcanzar justicia.



Justificación

La evaluación psicológica forense constituye un instrumento especializado que permitirá colaborar con los operadores de justicia para los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y en otros casos de violencia.

Es ante las exigencias de la nueva Ley N° 30364, que ha sido necesario desarrollar la *Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de Violencia contras las Mujeres y los Integrantes del grupo Familiar; y en otros casos de Violencia*, cuya metodología de intervención determina el estado emocional, características comportamentales y vulnerabilidad de las personas implicadas en un hecho de violencia; además, constituye el nivel de abordaje inicial para la aplicación de la Guía de valoración de Daño Psíquico en Personas Adultas Víctimas de Violencia Intencional.

La Guía servirá como instrumento técnico de referencia para los profesionales psicólogos de establecimientos de salud de los diferentes sectores públicos y privados, que atiendan a víctimas de violencia.

Es importante señalar que, para su elaboración, la Guía fue socializada en el sector salud, seguridad social, entre otros, por la Comisión Especial para el diseño, conducción, coordinación, supervisión y evaluación del proceso de adecuación a la Ley N° 30364; y además entre los psicólogos forenses de las diferentes sedes a nivel nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, tomándose en cuenta las observaciones y los valiosos aportes de éstos.





PRIMERA PARTE



Capítulo I

1. Aspectos Generales

1.1. Objetivos de la Guía. Establecer una metodología de trabajo para uniformizar criterios y sistematizar los procedimientos que orienten a los profesionales psicólogos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, así como de otras entidades públicas y privadas, dando respuesta a los requerimientos periciales solicitados para esclarecer un hecho de violencia.

1.2. Población objetivo.

- a) Las mujeres durante todo su ciclo de vida: niña, adolescente, joven, adulta y adulta mayor.
- b) Los miembros del grupo familiar:
 - Cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes;
 - Padrastrros, madrastras;
 - Ascendientes y descendientes;
 - Los parientes colaterales de los cónyuges y convivientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad;
 - A quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales;
 - A quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia.
- c) Los niños, adolescentes y adultos varones víctimas de violencia que no se encuentren dentro del grupo familiar.



Capítulo II

2. Marco Legal

2.1. Marco normativo

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-CEDAW, del año 1979 y su Protocolo Facultativo, aprobado por Resolución Legislativa N° 27429 en el año 2001.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará", ratificada en el año 1996.
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificada en el año 1990.
- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de la Organización de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional "Protocolo de Palermo".
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder.
- 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.
- Constitución Política del Perú. 1993.
- Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes y sus modificatorias, año 2000.
- Código Penal y normas conexas.
- Código Procesal Penal. Decreto Legislativo 957. Libro Segundo, Sección II, Título II, Capítulo III, Artículo 172 al 181. 2004.



- Código de Procedimientos Penales. Ley 9024. Libro II, Título VI, Artículo 160 al 169.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27115, Ley que establece la acción penal pública en los delitos contra la libertad sexual.
- Ley N° 28950, Ley Contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, año 2007.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30251, Ley que perfecciona el tipo penal de Trata de Personas.
- Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, año 2015.
- Ley N° 27668, Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (2011-2021)
- Decreto Supremo N° 005-2016-IN que aprueba el Protocolo Intersectorial de prevención, investigación y protección a las víctimas de Trata de Personas.
- Protocolo del Ministerio Público para la Atención de las víctimas del delito de Trata de Personas, aprobado por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 257-2014 del 23 de enero de 2014.
- Decreto Supremo 006-2016-MIMP. Protocolo Interinstitucional de Acción Frente al Femicidio, Tentativa de Femicidio y Violencia de Pareja de Alto Riesgo.
- Manual de Organización y Funciones del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Aprobado con RGG N° 727-2006-MP-FN-GG.
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú.
- Ley N° 28369 del Trabajo del Psicólogo.



2.2. Enfoques. Los enfoques orientadores de la Guía, son los siguientes:

ENFOQUES	DESCRIPCIÓN
1. Enfoque de género	Reconoce la existencia de circunstancias asimétricas en la relación entre hombres y mujeres, construidas sobre la base de las diferencias de género que se constituyen en una de las causas principales de la violencia hacia las mujeres. Este enfoque debe orientar el diseño de las estrategias de intervención orientadas al logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
2. Enfoque de integralidad	Reconoce que en la violencia contra las mujeres confluyen múltiples causas y factores que están presentes en distintos ámbitos, a nivel individual, familiar, comunitario y estructural. Por ello se hace necesario establecer intervenciones en los distintos niveles en los que las personas se desenvuelven y desde distintas disciplinas.
3. Enfoque de interculturalidad	Reconoce la necesidad del diálogo entre las distintas culturas que se integran en la sociedad peruana, de modo que permita recuperar, desde los diversos contextos culturales, todas aquellas expresiones que se basan en el respeto a la otra persona. Este enfoque no admite aceptar prácticas culturales discriminatorias que toleran la violencia u obstaculizan el goce de igualdad de derechos entre personas de géneros diferentes.
4. Enfoque de derechos humanos	Reconoce que el objetivo principal de toda intervención debe ser la realización de los derechos humanos, identificando a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho conforme a sus particulares necesidades; identificando, asimismo, a los obligados o titulares de deberes y de las obligaciones que les corresponden. Se procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.

5. Enfoque de interseccionalidad	Reconoce que la experiencia que las mujeres e integrantes de otros grupos vulnerables tienen de la violencia se ve influida por factores e identidades como su etnia, color, religión; opinión política o de otro tipo; origen nacional o social, patrimonio; estado civil, orientación sexual, condición de seropositivos, condición de inmigrantes o refugiados, edad o discapacidad; y, en su caso, incluye medidas orientadas a determinados grupos de mujeres e integrantes de determinados grupos vulnerables.
6. Enfoque generacional	Reconoce que es necesario identificar las relaciones de poder entre distintas edades de la vida y sus vinculaciones para mejorar las condiciones de vida o el desarrollo común. Considera que la niñez, la juventud, la adultez y la vejez deben tener una conexión, pues en conjunto están abonando a una historia común y deben fortalecerse generacionalmente. Presenta aportaciones a largo plazo considerando las distintas generaciones y colocando la importancia de construir corresponsabilidades entre estas.

2.3. Principios rectores. Los principios orientadores de la Guía, son los siguientes:

PRINCIPIOS	DESCRIPCIÓN
1. Principio de igualdad y no discriminación	Se garantiza la igualdad entre mujeres y hombres. Prohíbase toda forma de discriminación. Entiéndase por discriminación, cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por finalidad o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas.
2. Principio del interés superior del niño	En todas las medidas concernientes a las niñas, niños y adolescentes adoptadas por instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos deben tener en consideración primordial el interés superior del niño.

3. Principio de la debida diligencia	El Estado adopta sin dilaciones, todas las políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia. Deben imponerse las sanciones correspondientes a las autoridades que incumplan este principio.
4. Principio de intervención inmediata y oportuna	Los operadores de justicia y la Policía Nacional del Perú, ante un hecho o amenaza de violencia, deben actuar en forma oportuna, sin dilación por razones procedimentales, formales o de otra naturaleza, disponiendo el ejercicio de las medidas de protección previstas en la ley y otras normas, con la finalidad de atender efectivamente a la víctima.
5. Principio de sencillez y oralidad	Todos los procesos por violencia se desarrollan considerando el mínimo de formalismo, en espacios amigables para las presuntas víctimas, favoreciendo que estas confíen en el sistema y colaboren con él para una adecuada sanción al agresor y la restitución de sus derechos vulnerados.
6. Principio de razonabilidad y proporcionalidad	El fiscal o juez a cargo de cualquier proceso de violencia, debe ponderar la proporcionalidad entre la eventual afectación causada y las medidas de protección y de rehabilitación a adoptarse. Para ello, debe hacer un juicio de razonabilidad de acuerdo con las circunstancias del caso, emitiendo decisiones que permitan proteger efectivamente la vida, la salud y la dignidad de las víctimas. La adopción de estas medidas se adecua a las fases del ciclo de la violencia y a las diversas tipologías que presenta la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

2.4. Aspectos deontológicos. Dentro del marco legal en el que desarrolla su actividad profesional, el psicólogo cuenta con el código ético de la American Psychological Association - APA (2010) que identifica 5 principios éticos generales:

- **El principio de beneficencia y no-maleficencia.** En sus acciones profesionales, los psicólogos salvaguardaran el bienestar y los derechos de aquellos con los que interactúan profesionalmente teniendo cuidado de no perjudicarles



- **Principio de fidelidad y responsabilidad.** Los psicólogos serán conscientes de sus responsabilidades científicas y profesionales. Seguirán los estándares de conducta profesional, clarificarán sus roles y obligaciones profesionales, aceptarán la responsabilidad apropiada de su conducta y clarificarán los conflictos de intereses que pueden llevar a explotación o perjuicio
- **Principio de integridad.** Los psicólogos promoverán la precisión, honestidad y veracidad en la ciencia, enseñanza y práctica de la psicología.
- **Principio de justicia e igualdad.** Los psicólogos velarán por la imparcialidad y la justicia. Ejercerán juicios razonables y tomarán precauciones para asegurar que su parcialidad potencial, los límites de su competencia y/o los límites de su experiencia no conduzcan al abuso de prácticas injustas.
- **Principio de respeto de los derechos y dignidad de las personas.** Los psicólogos respetarán la dignidad y la valía de toda persona y los derechos de los individuos a la privacidad, confidencialidad y a la autodeterminación. Los psicólogos serán conscientes de, y respetarán, las diferencias culturales, individuales y de rol incluyendo aquellas basadas en la edad, género, identidad de género, raza, etnia, cultura, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, idioma y estatus socioeconómico.

Estando especificados los principios universales que deben ser acatados y cumplidos durante el ejercicio de su profesión, el *Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú* (Colegio de Psicólogos del Perú, 1999), contempla además los siguientes principios:

♦ **Responsabilidad.**

Como profesional, el psicólogo reconoce la responsabilidad social implicada en su trabajo, ya que puede afectar íntimamente a la vida de otros; por ello, se mantiene alerta frente a situaciones o presiones personales, sociales, institucionales, económicas o políticas, que puedan conducirlo a un abuso de su prestigio o influencia (Art.1).



Como funcionario en una organización, el psicólogo tiene la responsabilidad de permanecer alerta y no aceptar presiones que puedan distorsionar sus informes, e impedir el uso inapropiado de los mismos (Art.5).

♦ *Competencia.*

Los psicólogos comparten la responsabilidad de mantener normas elevadas de competencia profesional, en resguardo del interés público y de la profesión como un todo (Art.7).

El psicólogo debe estar constantemente actualizado tanto profesional como científicamente en relación con los servicios que presta. Reconoce la necesidad de educación continua y se mantiene alerta a nuevos descubrimientos científicos y cambios sociales (Art.12).

♦ *Normas legales y morales.*

Como profesional, el psicólogo se mantiene informado de las disposiciones legales y vigentes referentes a su práctica profesional. Se preocupa por la modificación de las leyes que puedan perjudicar al interés público o a la profesión y se ocupa de promover una legislación que favorezca a ambos (Art.15).

El psicólogo, como ciudadano, debe respetar las normas éticas y jurídicas de la comunidad social en la que se desenvuelve (Art.16).

♦ *Utilización de técnicas de diagnóstico.*

El uso y la elaboración de pruebas psicológicas (test), exámenes, diagnósticos e informes psicológicos son privativos del psicólogo y no de otro profesional (Art.55).

El psicólogo se asegura de que los resultados de la evaluación y su interpretación no sean mal usados por terceros (Art.57).

♦ *El informe psicológico.*

El informe psicológico debe tomar en cuenta y responder específicamente al motivo por el cual se llevó a cabo (Art.66).

El informe psicológico debe ser redactado de acuerdo con los principios vigentes





aceptados por la comunidad psicológica. Será firmado por el psicólogo que lo elaboró, quien incluirá también el número de su matrícula de colegiación (Art.67).

♦ *Relaciones profesionales.*

Los psicólogos se deben respeto mutuo, evitando las expresiones o críticas que puedan herir la reputación moral o científica de cada uno. Dichas expresiones o críticas, en último término, perjudican al buen nombre de la profesión (Art.76).



Capítulo III

3. Marco Teórico

3.1. Definiciones básicas. Estas premisas darán a conocer la importancia de discriminar los términos *Violencia* y *Conflicto*, debido a que explicarán que ante un hecho de violencia cada persona reacciona de manera diferente dependiendo del hecho fáctico, experiencias, vivencias y tipos de personalidad.

3.1.1. Violencia: La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder como amenaza o de manera efectiva contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2015).

3.1.2. Agresión: Respuesta adaptativa y constituye una parte de las estrategias de los animales y las personas ante las amenazas externas. Mecanismo de defensa ante las amenazas que ponen en riesgo la vida (Sanmartín, 2005).

3.1.3. Conflicto: Es la interacción de personas interdependientes que perciben objetivos incompatibles e interferencias mutuas en la consecución de esos objetivos (Skarlicki y Folger, 1997). El conflicto se produce porque las partes implicadas se empeñan en defender sus posiciones y argumentos, sin ceder ni un ápice en vez de contemplar los puntos en común (Millán, Eugenia y Buznego, 2011).

3.1.4. Análisis del hecho fáctico: Benyakar (2003) sostiene que “no se puede afirmar a priori que una persona ha sufrido un “trauma” basándose sólo en la intensidad, duración y exposición del hecho violento. Se debe tener en cuenta la manera singular de la vivencia en que las personas elaboran psicológicamente el impacto de la violencia, el entorno sociocultural en el que éste se produce y es significado, así como las características específicas del evento fáctico ocurrido. El mismo autor diferencia tres aspectos en la situación de violencia causante de daño psíquico:

a) *El evento fáctico* se refiere al hecho concreto que tiene la capacidad potencial de irrumpir en la vida de las personas y de provocar una discontinuidad o "disrupción" alterando un estado de equilibrio precedente al hecho. La capacidad desestructurante del evento fáctico se potencia cuando es inesperado, interrumpe procesos vitales, amenaza la integridad física y psicológica, mina el sentimiento de confianza, contiene rasgos novedosos no codificados y distorsiona el hábitat cotidiano.

b) *La vivencia* se refiere al modo singular en que un sujeto procesa el evento fáctico violento en su mundo intrapsíquico. Ante un hecho exógeno se moviliza en el psiquismo la capacidad de articular los afectos con los procesos de pensamiento. La vivencia traumática ocurre cuando el evento fáctico tiene el poder de fracturar los procesos de articulación entre afectos y pensamientos lo que produce fallas en la elaboración psíquica.

c) *La experiencia* se refiere a la articulación psicológica entre el evento fáctico y la vivencia. Mientras que la vivencia es el modo intrapsíquico que cada persona tiene para sentir y metabolizar los hechos de violencia, procesos donde varios de ellos no son conscientes, la experiencia es necesariamente pensable y comunicable. Las personas hablan de sus experiencias, describen los hechos y expresan la percepción que tienen de los efectos del evento en ellos. Es una narrativa personal de lo ocurrido que guarda relación con la vivencia pero que no la puede abarcar ni expresar del todo".

3.1.5. Daño psicológico: Según Echeburúa, 2001, el daño psicológico cursa habitualmente en fases (Fig. 1):

En una *primera fase*, suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado por lentitud, un abatimiento general, unos pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones.

En la *segunda fase*, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de shock, se abren paso vivencias afectivas de un

colorido más dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento.

Como *tercera fase*, hay una tendencia a reexperimentar el suceso, bien espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido, un olor, etc.) o de algún estímulo más general: una película violenta, el aniversario del delito, la celebración de la Navidad, entre otros.

1. Reacción de sobrecogimiento
2. Vivencias afectivas dramáticas
 - ♦ Dolor
 - ♦ Indignación
 - ♦ Ira
 - ♦ Culpa
 - ♦ Miedo
3. Tendencia a revivir intensamente el suceso

Figura 1. Fases habituales en el daño psicológico (Echeburúa, Corral y Amor, 2004)

Según la Guía de Procedimientos para la pericia psicológica en delitos de Violencia Psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar del Ecuador (Fiscalía General del Estado del Ecuador, 2015) es necesario situar siempre el daño psicológico en relación con el trauma sufrido, al margen de otras variables individuales (psicopatología previa, personalidad vulnerable, entre otras) o biográficas (divorcio, estrés laboral, entre otras).

3.2. Violencia hacia la mujer. La violencia contra las mujeres es cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entiende por violencia contra las mujeres (Ley N° 30364):



A. La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.

B. La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.

C. La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra.

3.3. Violencia contra integrantes del grupo familiar. La violencia contra cualquier integrante del grupo familiar es cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad (Ley N° 30364).

- **Niños, niñas y Adolescentes.** Según la Organización de Naciones Unidas la violencia contra los niños y niñas se define como el uso deliberado de la fuerza o el poder, real o en forma de amenaza que tenga o pueda tener como resultado lesiones, daño psicológico, un desarrollo deficiente, privaciones o incluso la muerte.

- **Adultos mayores.** Se considera violencia contra la persona adulta mayor cualquier conducta única o repetida, sea por acción u omisión, que le cause daño de cualquier naturaleza o que vulnere el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza (Ley N° 30490, Art. 28).



El maltrato hacia las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión, y puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico, o puede entrañar abuso económico.

El maltrato hacia las personas mayores puede también formar parte de un ciclo de violencia doméstica; puede estar causado por cuidadores, o puede ser consecuencia de una falta de formación de instituciones sociales y sanitarias que no pueden atender las necesidades de las personas mayores.

- **Personas con discapacidad.** Se entiende por discapacidad la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Se procurará establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes a utilizar todos los servicios judiciales requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad y comunicación (100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad). La condición de discapacidad no es suficiente para desembocar en este tipo de fenómeno, pero sí se considera un factor de riesgo.

3.4. Personalidad. Es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1998).



La personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que emergen de una complicada matriz formativa biológica-ambiental, este patrón persiste por largos períodos de tiempo y es relativamente resistente a la extinción (Millon y Everly, 1985). (Ver Anexo 6c).

Trastornos de personalidad. Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tiene relevancia clínica por sí mismo, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modo de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida (CIE 10: F60-F62, 1992).

3.5. Valoración de vulnerabilidad y factores de riesgo.

3.5.1. Vulnerabilidad. La vulnerabilidad, tanto en su dimensión material como psicológica, no suele depender de un único factor, sino que es la consecuencia de una combinación dinámica de factores: físicos y ambientales. La edad, la discapacidad, la enfermedad, el género, la pertenencia étnico-cultural, etc. son situaciones o características de los sujetos que coadyuvan a su mayor o menor vulnerabilidad según como se relacionen con otras variables y, en general, con el contexto económico, político y cultural en el que se integran (Lázaro et al., 2014).

3.5.2. Vulnerabilidad en niños. Los estudios sobre la vulnerabilidad y la exclusión de la infancia tienden a señalar la existencia de colectivos especialmente vulnerables, es decir, aquellos a los que se debería prestar especial atención porque sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales, educativas, sanitarias o económicas son frágiles y pueden conducirles a situaciones de exclusión social. Algunos de los colectivos son: niños y niñas con discapacidad; niños con padres



con alcoholismo o drogodependencia; niños de la etnia gitana; niños extranjeros no acompañados; niños en sistema de protección social; niños en sistema de reforma o con medidas de reeducación; y niños en familias monoparentales (Lázaro et al., 2014).

3.5.3. Factor de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se entiende a aquellas circunstancias (individuales, sociales o ambientales) que incrementan la probabilidad de aparición del comportamiento delictivo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2012).

3.6. Diferencia entre una valoración psicológica clínica y una forense. Para Melton y otros (en Amar y Aristizabal, 2010) las evaluaciones psicológicas forenses difieren significativamente de las evaluaciones clínicas tradicionales en una serie de dimensiones, tales como los objetivos, alcance y producto de la evaluación, así como el papel del evaluador y la naturaleza de la relación entre el evaluador y el evaluado, para ello describen características tanto de la psicología clínica como de la forense:

Tabla 1.

Diferencias entre el Contexto Clínico y el Contexto Forense.

DIMENSIÓN	CONTEXTO CLÍNICO	CONTEXTO FORENSE
Eje	Psicodiagnóstico Ajuste de personalidad Tratamiento	Determinado por el sistema legal (solo ocasionalmente interesan las necesidades de tratamiento)
Importancia de la perspectiva del evaluado	Lo más importante es la perspectiva y visión del mundo del evaluado	Lo más importante es la credibilidad de la información (se utilizan fuentes colaterales para corroborarla)
Voluntariedad	Relación usualmente voluntaria	Usualmente a pedido de una autoridad judicial
Autonomía	Evaluado se encuentra al tanto de los objetivos y procedimientos de evaluación.	Los objetivos de la evaluación son usualmente intrusivos y restrictivos de la autonomía.

Amenazas a la validez	Evaluado y evaluador buscan una agenda común, basados en las necesidades de tratamiento del primero.	Debido a la naturaleza relativamente coercitiva de la evaluación, existe una amenaza de distorsión consciente e intencional.
Relación dinámica	Las interacciones orientadas al tratamiento enfatizan en el cuidado, la confianza y la comprensión empática para construir una alianza terapéutica.	El evaluador tiene una posición más desvinculada (función principal es más adversarial y confrontativa).
Ritmo y contexto de la evaluación	La evaluación sigue un ritmo lento y el diagnóstico puede ser reconsiderado en el curso del tratamiento.	El acceso al evaluado en múltiples ocasiones es bastante limitado debido a factores como tiempo y recursos.

Otros autores grafican de la siguiente manera:

Tabla 2.

Evaluación forense y evaluación clínica.

	EVALUACIÓN FORENSE	EVALUACIÓN CLÍNICA
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales.	Diagnóstico y tratamiento.
Relación evaluador-sujeto	Escéptica pero con establecimiento de un rapport adecuado.	Ayuda en el contexto de una relación empática.
Secreto profesional	No.	Sí.
Destino de la evaluación	Variable (juez, abogado, seguros...).	El propio paciente.
Estándares y requisitos	Psico-Legales.	Médico-psicológicos.
Fuentes de información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales.	Las mismas (excepto los expedientes judiciales) y el historial clínico.
Actitud del sujeto hacia la evaluación	Riesgo de simulación o de disimulación o de engaño (demanda involuntaria).	En general, sinceridad (demanda voluntaria).
Ámbito de la evaluación	Estado mental en relación al objeto pericial.	Global.

Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal.	Breve y con conclusiones. Documento clínico.
Intervención en la sala de justicia	Esperable. En calidad de perito.	No esperable. En calidad de testigo-perito.

Fuente: Echeburúa, E, Muñoz, J. M. y Loinaz, I. (2011).

Después de establecer las diferencias entre una valoración psicológica clínica y una forense, es necesario ubicarnos en los casos que competen a la evaluación psicológica forense.





SEGUNDA PARTE



Capítulo I

1. Procedimiento administrativo de admisión, recepción, identificación y registro

1.1. Consideraciones generales.

1.1.1. Criterios. El personal que participa en este procedimiento, deberá tener en cuenta una atención de calidad que tiene como base de referencia el marco de los derechos humanos fundamentales de las personas.

Mostrar amabilidad: la atención se debe brindar en un clima de buen trato.

Brindar orientación adecuada: el usuario tiene derecho a recibir información clara y entendible de acuerdo a su nivel cultural, de los lugares a donde debe dirigirse y el trámite respectivo.

1.1.2. Responsable. El responsable de la recepción, identificación, registro del usuario y programación de citas es el personal administrativo de la División Médico Legal, que labora en esa área en el momento del requerimiento.

1.2. Recepción del oficio. El personal responsable, se asegurará que el oficio con la solicitud de evaluación psicológica forense, contenga los siguientes datos:

- Nombre de la institución solicitante.
- Firma y sello del responsable de la entidad solicitante.
- Nombres y apellidos o Código Único de Registro (CUR) de la persona a evaluar, y número de documento de identidad.
- Situación del examinado, víctima o agresor.
- Nombre del agresor o agresores y su relación o grado de afinidad con la víctima.
- Materia de la investigación o del proceso (Tipo de delito, según el caso).
- En el caso de niños, niñas y adolescentes, incapaces o adultos mayores deberán

registrarse los datos de las personas mayores o acompañantes.



- En caso que la persona a evaluar no cuente con documento de identidad, se consignará en el oficio: "Sin Documentos Personales a la Vista"

1.3. Identificación del usuario.

Se verificará la identidad de la persona a evaluar con el Documento Nacional de Identidad (DNI), acta o partida de nacimiento, licencia de conducir u otros.

- En los casos de niños, niñas y adolescentes, se procederá a la identificación del adulto o policía que lo acompañe, registrándose sus generales de ley.
- En casos de niños, niñas y adolescentes custodiados por terceras personas o representantes de instituciones, se procederá a la identificación de aquellos.
- En casos de indocumentados se debe generar una hoja de datos para las identificaciones en la que se debe incluir, de ser posible, foto del evaluado, huellas dactilares y algunas características físicas visibles, no mutables.

En todos los casos, documentados e indocumentados, la impresión de las huellas dactilares forma parte de la identificación de la persona a evaluar y está orientada a evitar la suplantación.

Las formas más frecuentes de tomar estas impresiones son:

- ♦ **Pelmatoscópica:** huella plantar en ausencia de manos.
- ♦ **Decadactilares:** huellas de los dedos de ambas manos, para los menores de edad e indocumentados.
- ♦ **Unidactilar o monodactilar:** dedo índice derecho o en ausencia del mismo, índice izquierdo, cualquier dedo pulgar o palma de la mano en caso de adultos, haciéndose referencia a la huella de la impresión tomada.



1.4. Registro del usuario. Los usuarios serán atendidos por el personal responsable en los horarios establecidos para cada División Médico Legal del Ministerio Público explicándoseles la importancia de registrar los datos básicos para este procedimiento.

Datos generales del Oficio:

- Tipo de pericia: pericia psicológica en casos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar o en otros casos de violencia.
- Dependencia solicitante: dependencias policiales, fiscales o juzgados.
- Número de oficio: con el que ingresa el usuario.

Datos del usuario:

- Adultos: nombres y apellidos.
- Menores de edad: nombres y apellidos, además de los datos completos del acompañante.
- En caso que corresponda Código Único de Registro (CUR).
- Lugar y fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- País de nacimiento.
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de procedencia.
- Domicilio.
- Documento de Identidad.
- Grado de Instrucción.
- Estado Civil.
- Ocupación.





- Religión.
- Número telefónico.

1.5. Programación de la cita. El personal responsable determinará la fecha y hora de la primera evaluación psicológica, procederá a registrarla en el sistema de programación y en el oficio petitorio correspondiente. En caso que los usuarios citados no acudan a sus citas y se cuente con disponibilidad horaria, se evaluará a otro usuario.



Capítulo II

2. Procedimiento pericial psicológico forense

2.1. Consideraciones generales. Por parte del psicólogo, la calidad de servicio al usuario tiene como base el respeto de sus derechos fundamentales, regida por los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad de las personas evaluadas.
- Trato igualitario sin discriminación.
- Procedimiento minucioso y especializado.

Asimismo, tendrá en cuenta:

- Buen trato.
- Explicación clara y oportuna al evaluado respecto al procedimiento a seguir.
- Evitar cualquier juicio de valor sobre el examinado.
- Tratar temas específicos a la evaluación, evitando hacer comentarios o sugerencias para la solución del problema.

2.2. Objetivos de la pericia psicológica: Son los siguientes:

1. Determinar la ausencia o presencia de afectación psicológica u otra alteración actual, que pudiera presentar el peritado en relación a los hechos investigados a través de un diagnóstico o conclusión clínica forense.

2. Establecer a través de un análisis, la naturaleza del hecho o evento violento, delimitando si es un evento único, si es un conflicto o si es una dinámica de violencia.

3. Determinar el tipo o rasgos de personalidad en caso de adultos; y, en los niños, niñas y adolescentes, señalar sus características comportamentales, a fin de objetivar la singular manera en que el evaluado procesa el evento violento.

4. Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o factores de riesgo que pueda amplificar y perpetuar el impacto del evento violento en su estado emocional.



5. Dar respuesta a otros requerimientos de los operadores de justicia, así como determinar la pertinencia de valorar el daño psíquico.

6. Sugerir las recomendaciones que el evaluador estime como pertinentes.

2.3. Responsable.

El responsable de este procedimiento es el psicólogo, profesional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público con formación y experiencia en el campo forense; y, además los psicólogos de los establecimientos públicos de salud de los diferentes sectores e instituciones del Estado y niveles de gobierno, así como centros de salud parroquiales y los establecimientos privados cuyo funcionamiento se encuentra autorizado por el Ministerio de salud.

En caso de ampliaciones, precisiones, ilustraciones o aclaraciones respecto a la pericia emitida o informe psicológico que solicite la autoridad competente, deben ser explicadas por el mismo psicólogo responsable de la evaluación psicológica.

2.4. Instructivo para la aplicación de la metodología.

2.4.1. Respecto al evaluado.

- En caso que el examinado se niegue a ser evaluado o se niegue a firmar el consentimiento informado, se consignará tal hecho en el informe y no se realizará la evaluación.
- Cuando el examinado se encuentre exacerbado en sus impulsos o en cualquier actitud que ponga en riesgo la integridad del psicólogo, se procederá a suspender la evaluación, se consignarán dichas conductas en el informe y se verá la pertinencia de programar o no otra cita.
- En caso que la persona se encuentre con problemas de salud que dificulten la



realización de la evaluación, se le asignará una nueva fecha y se consignará tal hecho en el informe.

- Si la persona a evaluar tiene discapacidad sensorial y de la comunicación o discapacidades múltiples, se consignará en el informe a fin de comunicar a la autoridad competente, a efecto que designe a un intérprete para su posterior evaluación.
- En caso que la persona se encuentre con signos de alteración de la conciencia debido a algún factor externo (sustancias psicoactivas, evento estresor no relacionado a hecho investigado, entre otros), se le asignará una nueva fecha para la evaluación correspondiente, lo que se consignará en el informe psicológico.
- En el caso de las personas que presenten algún trastorno psicótico agudo, no podrá ser evaluado debiendo consignarse en el informe los síntomas y signos observados, recomendando su derivación para una evaluación psiquiátrica.
- En los casos que la persona evaluada se exprese en un idioma diferente al del examinador, se consignará en el informe la necesidad de un traductor. La autoridad competente designará el traductor y se procederá a la evaluación.

Consideraciones especiales en la evaluación a menores de edad:

- En la evaluación de infantes, niños y niñas, se requiere que cuenten con un lenguaje comprensible que permita recopilar información relevante sobre el motivo de consulta; de lo contrario, el pronunciamiento estará basado sólo en la observación conductual de su desarrollo evolutivo.
- La entrevista a niños, niñas y adolescentes es estrictamente personal, el relato debe ser brindado por los mismos, sin la intervención de terceros (padre, madre u otros). De ser necesario, los acompañantes (padre, madre u otros) serán llamados por el evaluador para que brinden datos relativos al motivo de denuncia con la finalidad de que esta



información, permita al psicólogo orientar su entrevista, así como obtener datos personales y familiares del evaluado, consignándose en el informe la intervención de aquellos.

2.4.2. Respecto a la infraestructura y equipamiento.

- **En las instalaciones de la División Médico Legal (Intramural):**

La evaluación psicológica se debe realizar en un consultorio que garantice privacidad, evitando los estímulos distractores, provisto de buena iluminación y adecuada ventilación.

Se debe contar con equipo informático en óptimas condiciones, los programas, software y sistemas informáticos debidamente instalados y operativos.

En el consultorio se debe contar con los instrumentos de evaluación, así como el material logístico necesario para la realización de la evaluación psicológica.

- **En el lugar designado por autoridad competente (Extramural):**

La evaluación psicológica en lugares externos a las instalaciones del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, son de carácter excepcional y sólo se realizarán a solicitud expresa de la autoridad competente y en presencia de la misma (fiscalías o juzgados).

El oficio de solicitud deberá consignar la dirección donde se realizará la evaluación.

Estando en el lugar señalado, la evaluación psicológica solo se realizará si se cuenta con las condiciones adecuadas que garanticen la privacidad del examen y la seguridad del evaluador.

Dada la excepcionalidad del caso (determinado por la autoridad competente) y el traslado al lugar, no se precisa un límite de tiempo, debiéndose observar los mismos parámetros de una evaluación en consultorio.



2.4.3. Condiciones para la evaluación psicológica. El psicólogo responsable de la atención deberá:

- Presentarse a fin de establecer la relación formal del caso.
- Verificar la identidad de la persona a evaluar. En el caso de existir una relación de parentesco, de afinidad, amistad o enemistad, o conflicto de intereses entre el psicólogo y el evaluado, derivará al usuario a otro profesional.
- Brindar información sobre el proceso de la evaluación a realizar, teniendo en cuenta la edad y nivel sociocultural del examinado.
- Solicitar el Consentimiento informado (Ver Anexo 2a y 2b).

2.5. Tiempo técnico estimado. La evaluación psicológica forense implica procesos de mucha responsabilidad por sus implicancias legales, en la que no se puede determinar el número de sesiones, aquella dependerá de la complejidad del caso, de las características propias del evaluado, así como de aspectos particulares del contexto en el cual se lleve a cabo la evaluación; por ello, el criterio del psicólogo experto es fundamental en la determinación del tiempo que requerirá.

En casos excepcionales, donde la persona a evaluar provenga de una zona distante, sin acceso a medios de comunicación o con dificultad para su traslado, se considerará la posibilidad de culminar en una sola intervención (sesiones continuas).

Tiempo estimado de intervención:

Entrevista (motivo de evaluación)	60 minutos
Entrevista (historia personal y familiar)	60 minutos
Aplicación y calificación de instrumentos	60 minutos
Análisis e interpretación de resultados	60 minutos
Tiempo técnico Estimado	4 HORAS (240 minutos)



Plazo de entrega de informe pericial para los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: en estos casos la entrega del informe psicológico será en el plazo máximo de 72 horas posterior a la última sesión de evaluación.

Plazo de entrega de informe pericial para otros casos de violencia: en estos casos el plazo de entrega del informe psicológico será no mayor a cinco días útiles posterior a la última sesión de evaluación.



Capítulo III

3. Metodología de la evaluación psicológica forense

3.1. Técnicas de exploración.

a) **Observación de conducta.** Es la descripción objetiva de la apariencia física y de las manifestaciones conductuales que expresa el evaluado a través de signos observables, para lo cual se tendrán en cuenta cambios fisiológicos (sudoración, hiperventilación, tensión muscular, tics, etc.), conductuales (inflexiones de voz, movimientos corporales, postura, temblor de las manos, etc.) así como actitud (defensiva, hermética, entre otras) presentadas durante la evaluación.

b) **Entrevista clínico forense.** Se propone una entrevista de tipo semi estructurada que permite la narrativa libre, las aclaraciones propias de la investigación, evaluar la presencia de indicadores de afectación emocional, proporcionar información sobre la dinámica del evento violento, así como la existencia de condiciones de vulnerabilidad del evaluado.

Según Arce y Fariña (2005) la entrevista clínico forense es la “entrevista llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, consiste en pedir a los sujetos que relaten en un discurso narrativo libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior al delito. [...] Es por ello que la entrevista no es en formato de interrogatorio, sino no directiva y orientada a la reinstauración de contextos”.

c) **Instrumentos de evaluación psicológica.** Constituyen un conjunto de herramientas auxiliares que sirven para evaluar cualitativa y cuantitativamente las diferentes áreas de la persona evaluada.



3.2. Estructura del Informe psicológico.

La evaluación se realiza respetando la siguiente estructura:

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Se consignan los datos de identificación del evaluado.

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

a. Relato:

Se consigna en este apartado, la solicitud de evaluación que se indica en el oficio (perfil de personalidad, maltrato psicológico, estado emocional, etc.). Se transcribe el relato de los hechos proporcionado por el evaluado. Se tiene en cuenta lo siguiente:

- Quién denuncia, a quién y por qué denuncia. Fase del desarrollo personal que atravesaba el evaluado al momento del evento.
- Evento que motiva la denuncia: fecha, tiempo y lugar de los hechos, contexto, motivo de la agresión y dinámica. Reacción ante el evento, percepción e interpretación que hace de ello.
- Antecedentes del evento: tiempo y frecuencia de las agresiones, según el caso.
- Sentimientos o percepción hacia el agresor.
- Alteración o afectación o ausencia: evaluar las consecuencias o repercusiones del evento violento en el evaluado, cómo se encuentra en su adaptación psicológica, salud, vulnerabilidad, entre otros, así como sintomatología relacionada al hecho violento.
- Deseos y forma de soluciones a su problemática

En los casos en que la entrevista sea bajo la técnica de Entrevista Única (Cámara Gesell o Sala de entrevista), el mismo profesional psicólogo que realizó la entrevista procederá con la evaluación siguiendo los lineamientos consignados en esta Guía.

b. Historia Personal:

- 1. Perinatal:** Tipo de parto y complicaciones, haciendo énfasis en caso de niños,



niñas y adolescentes.

2. Niñez: Características comportamentales. Desarrollo social, emocional y afectivo. Estilos de crianza. Medidas disciplinarias (motivo, forma y circunstancias). Relación entre padres o figuras parentales y hermanos. Experiencias negativas (pérdidas, separaciones, miedos).

3. Adolescencia: Características comportamentales o rasgos en estructuración. Cambios psicológicos. Resolución de conflictos. Estilo de vida. Interacción social. Independencia. Cumplimiento de reglas. Intereses y aspiraciones. Descripción personal o autodescripción. Cualidades y déficits personales. Manejo de la ira y resolución de conflictos. Percepción sobre roles de género (sesgos cognitivos).

4. Educación: Inicio de escolaridad, comportamiento (ausentismo, sanciones o castigos). Relación entre pares y figuras de autoridad. Rendimiento y causas de variabilidad. Cambios de colegios. Grado de instrucción alcanzado (motivos de no culminación).

5. Trabajo: Edad de Inicio. Tipos de trabajo. Estabilidad laboral (motivos). Relación con superiores y compañeros. Desempeño laboral. Nivel de satisfacción. Horario. Ingresos.

6. Hábitos e intereses: Uso de tiempo libre (pasatiempos, hobbies, deportes, juegos preferidos). Actividades sociales. Sueño (horarios, calidad, alteraciones). Apetito y régimen alimenticio (alteraciones). Consumo de sustancias psicoactivas.

7. Vida Psicosexual: Menarquía/Polución nocturna, masturbación. Enamoramientos. Inicio de relaciones sexuales. Convivencias y relaciones de pareja. Conflictos y separaciones. Dinámica sexual (capacidad de disfrute). Interacción con el sexo opuesto. Antecedentes de abuso sexual. *En caso de niños, niñas y adolescentes:*

Conocimiento de su esquema corporal y denominación adecuada de zonas genitales, diferencias entre géneros, primeros conocimientos de sexualidad.

8. Antecedentes Patológicos:

- Enfermedades: Significativas que han requerido tratamiento u hospitalización. Tratamiento psicológico o psiquiátrico. Consumo de medicamentos. Autolesiones (edad, motivos).
- Accidentes: Significativos con pérdida de conocimiento o lesiones graves.
- Operaciones: Las que refiera.

9. Historial de denuncias:

Solicitud de garantías personales (Gobernación), denuncias (Defensorías Municipales del Niño y Adolescentes-DEMUNA, Centro Emergencia Mujer-CEM), denuncias policiales, denuncias fiscales, procesos judiciales, entre otros, en calidad de víctima o de agresor.

c. Historia Familiar:

- **Padre:** nombre, edad, condición civil, ocupación, tipo de relación, características de comportamiento.

- **Madre:** nombre, edad, condición civil, ocupación, tipo de relación, características de comportamiento.

- **Hermanos:** nombre, edad, número, tipo de relación.

- **Pareja:** nombre completo, edad, ocupación, condición civil. Descripción del carácter de la pareja. Dinámica de pareja (grado de conflictividad, resolución de problemas, patrones de violencia física, emocional o sexual, cuidado de la relación, separaciones, problemas de infidelidad). En casos de violencia de pareja indagar sobre la percepción de roles de género.

- **Hijos:** número, datos generales. Relación interpersonal. Estilos de crianza.



- **Análisis de la dinámica Familiar:** Información sobre composición familiar actual. Tipo de vivienda, distribución del espacio físico del hogar (hacinamiento). Distribución del presupuesto familiar y satisfacción de necesidades. Relaciones entre los miembros de la familia; Grado de conflictividad de la familia nuclear o ampliada. Resolución de problemas. Patrones de violencia física, psicológica, sexual y económica. Protección y cuidado entre los miembros de la familia. Roles. Tipos de comunicación. Respeto a la autoridad y a las normas de convivencia. Experiencia subjetiva de pertenencia, confianza e integración a la familia.

- **Actitud de la Familia:** Opiniones y actitudes de los demás miembros de la familia frente al problema actual.

- **Actitud personal:** Percepción, opinión y actitud personal frente al problema actual.

CIERRE: Este puede ser un espacio para que el evaluado agregue aspectos que desee aportar o sobre datos que no le fueron recabados y que su evaluador considere importantes. Así mismo, el evaluador aclarará dudas pendientes. Se debe explicar, además, que se continuará con la aplicación de cuestionarios e instrumentos de evaluación psicológica.

III. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

Considerando las diferencias individuales, culturales y la naturaleza del caso a investigar, así como la diversidad de instrumentos y pruebas psicológicas que existen en la actualidad, el psicólogo elegirá a su criterio el instrumento a utilizar (Ver anexo 9).

Dentro de los instrumentos de evaluación se considerarán de acuerdo a áreas, las siguientes:

Organicidad: Determina indicadores de probable lesión orgánica cerebral y/o madurez perceptual.



Inteligencia: Evalúa capacidades cognitivas y su funcionamiento. En caso se presuma de retraso mental, aplicar el instrumento psicométrico pertinente para conocer el coeficiente intelectual y áreas en déficit.

Personalidad: Evalúa los rasgos y mecanismos psicológicos, aspectos del carácter y de la **personalidad** de un individuo.

Estado emocional: Considera manifestaciones de la ira, capacidad de afronte y adaptación. Estados de ansiedad y/o depresión. Sesgos cognitivos.

Dinámica familiar: Determina relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia, involucra aspectos de comunicación, interacción, estructura y organización de la familia, grado de control que ejercen unos miembros sobre los otros.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En coherencia con las técnicas de exploración (observación y entrevista) y los datos obtenidos del relato, de la historia personal y familiar, de acuerdo al método científico se analizan los resultados y se integran de tal forma que se describan los indicadores psicológicos encontrados y se llegue a un diagnóstico o conclusión clínica forense. Teniendo en cuenta la estructura que se presenta a continuación, se describen las siguientes áreas:

En casos de adultos y adultos mayores:

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA. Descripción objetiva de apariencia física y manifestaciones conductuales observables (nivel de conciencia, orientación, atención y concentración, características del lenguaje y comunicación. Expresiones emocionales. Actitud). Apreciación general de la coherencia (secuencia lógica) y consistencia (congruencia entre la expresión verbal con la emocional, detalles) del relato.

ÁREA DE ORGANICIDAD. Presencia o ausencia de indicadores de organicidad.

ÁREA DE INTELIGENCIA. Determinación de su desarrollo cognoscitivo acorde a su nivel sociocultural. Considerar áreas en déficit si el caso lo amerite.



ÁREA DE PERSONALIDAD. Descripción de las características de personalidad, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto.

ANÁLISIS FÁCTICO:

Descripción del evento violento: características, contexto, presencia o persistencia del estresor (episodio único, agudo, crónico, recurrente).

Determinar la repercusión o impacto: sobre la salud mental de la persona examinada, sintomatología, reacciones psicológicas (por ejemplo: rabia, desánimo, deseo de venganza, sensación de desamparo, insensibilidad, miedo, aislamiento, entre otras) o indicadores de afectación emocional encontrados.

Propensión a la vulnerabilidad y condiciones de riesgo: Habilidades sociales y factores socioculturales condicionantes que influyan actualmente en el examinado.

DINÁMICA FAMILIAR: Tipo de familia y análisis de la dinámica.

En casos de niños, niñas y adolescentes:

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA: Descripción objetiva de apariencia física y manifestaciones conductuales observables (nivel de conciencia, orientación, atención y concentración, características del lenguaje y comunicación. Expresiones emocionales. Actitud). Apreciación general de la coherencia (secuencia lógica) y consistencia (congruencia entre la expresión verbal con la emocional, detalles) del relato.

ÁREA VISOMOTORA. Coordinación del área visual con el área motriz. Presencia o ausencia de indicadores de organicidad.

ÁREA COGNITIVA. Determinación de su desarrollo cognoscitivo acorde a su nivel sociocultural. Considerar áreas en déficit si el caso lo amerite.



ÁREA SOCIOEMOCIONAL. Descripción de las características comportamentales, sociales, emocionales, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto. Susceptibilidad a la sugestión e influencia de terceros.

ANÁLISIS FÁCTICO:

Descripción del evento violento (Manifestación de maltrato): características, contexto, presencia o persistencia del estresor (episodio único, agudo, crónico, recurrente).

Determinar la repercusión o impacto: sobre la salud mental del niño, niña o adolescente examinado, sintomatología, reacciones psicológicas (por ejemplo: rabia, desánimo, deseo de venganza, sensación de desamparo, insensibilidad, miedo, aislamiento, entre otras) o indicadores de afectación emocional encontrados.

Propensión a la vulnerabilidad y condiciones de riesgo: Habilidades sociales y factores socioculturales condicionantes que influyan actualmente en el evaluado.

DINÁMICA FAMILIAR: Tipo de familia y análisis de la dinámica (Apego. Relación con figuras parentales. Estilos de crianza. Aceptación de los métodos disciplinarios).

En casos de DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL, también consignar:

En caso de adultos y adultos mayores:

ÁREA SEXUAL: Identificación con su género y rol de asignación. Señalar la presencia de indicadores de alteración (disfuncionalidad sexual, inestabilidad en su interacción con el sexo opuesto, etc.).

En caso de niños, niñas, adolescentes:

ÁREA SEXUAL: Identificación con su género de asignación. Reconocimiento de esquema corporal. Conocimientos acordes a su edad. Diferencias entre caricias y toques negativos. Señalar la presencia de indicadores de alteración.



V. CONCLUSIONES PSICOLÓGICAS FORENSES.

La Guía propone las siguientes conclusiones:

En casos de adultos y adultos mayores:

1. **Diagnóstico.** Signos y síntomas actuales de la presunta víctima relacionada con el evento violento: Diagnóstico clínico forense (Ver anexo 5). CIE 10: Clasificación diagnóstica códigos Z (Ver anexo 8).
2. **Evento violento.** Hecho o conjunto de situaciones que han sido denunciados como violencia y que son motivo de investigación. Ejemplo: evento único de agresión, conflictos de pareja, conflictos de intereses, dinámica de violencia familiar, entre otros.
3. **Personalidad.** Describir los rasgos, aspectos del carácter y de la personalidad de un individuo. Considerar los criterios del CIE 10.
4. **Vulnerabilidad o riesgo.** Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o ausencia de la misma así también determinar los factores de riesgo si lo hubiera (Ver anexo 6d).
5. **Respuesta a los requerimientos de los operadores de justicia.** Por ejemplo: perfil de personalidad, coeficiente intelectual, grado de peligrosidad, entre otros. Así también, la pertinencia de la valoración de Daño Psíquico, señalándose si se reúnen los criterios para dicha valoración.

Criterios para la valoración de daño psíquico:

Cumple con criterios para la valoración de Daño Psíquico por lo que se sugiere sea evaluado por profesional certificado en Daño Psíquico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Ejemplos:

- En caso en que se concluya con afectación emocional, reacción a estrés agudo signos y síntomas de TEPT, signos y síntomas de Trastorno Adaptativo, que sean compatibles al hecho o evento violento.



- En caso de encontrar alguna patología mental, signos y síntomas de una enfermedad mental o la referencia por el evaluado de haber recibido tratamiento psiquiátrico se recomendará que la Valoración de Daño Psíquico sea realizada por médico psiquiatra.

No reúnen criterios para la valoración de daño psíquico:

Ejemplos:

- En el evaluado no se encontraron indicadores de afectación o alteración significativa (emocional, cognitiva, conductual, entre otras), sustentado en las conclusiones previas.
- En casos de que se concluya con una reacción ansiosa situacional y esta sea compatible a un conflicto.
- En los casos en que el vínculo violento se mantiene (presencia del estímulo estresor).
- En casos en que existan períodos de reagudización de la sintomatología.
- En los casos en que el síndrome clínico así como las alteraciones en las áreas de funcionamiento psicosocial no se han estabilizado.
- Cuando no se cuenta con la información suficiente para realizar el análisis de las variables del caso.

6. Recomendaciones. Lo pertinente acorde al caso evaluado (terapia psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación social, entre otros).

En casos de niños, niñas y adolescentes:

1. Diagnóstico. Sintomatología actual de la presunta víctima relacionada con el evento violento. Usar CIE 10 (clasificación diagnóstica incluyendo códigos Z) o diagnóstico forense (Ver anexo 5).

2. Manifestación de maltrato. Considerando un hecho o conjunto de situaciones que genera maltrato en base al análisis del relato brindado por el niño, niña o adolescentes



evaluado (Ej.: evento único de agresión, conflictos de terceros, dinámica de violencia, entre otros). (Ver anexo 5).

3. Área socioemocional. Descripción de las características comportamentales, sociales, emocionales, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto, valorándolas dentro de su normal desarrollo.

4. Vulnerabilidad o riesgo. Señalar la existencia o ausencia de vulnerabilidad o riesgo. Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o ausencia de la misma, así también determinar los factores de riesgo si lo hubiera (Ver anexo 6d).

5. Respuesta a requerimientos de operadores de justicia. A pedido de los jueces, fiscales y policías, como, por ejemplo: coeficiente intelectual, estado emocional, dinámica familiar, entre otros.

No es posible determinar valoración del Daño psíquico en niños, niñas y adolescentes con la Guía de Valoración del Daño Psíquico en Personas Adultas Víctimas de Violencia Intencional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la cual ha sido diseñada solo para adultos.

6. Recomendaciones. Lo pertinente acorde al caso evaluado (terapia psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación social, entre otros).

3.3. Recomendaciones para el psicólogo evaluador.

Para el análisis:

- El uso de terminología debe ser comprensible para el solicitante de la evaluación.
- Debe contener un resumen de los principales hallazgos de la evaluación; la entrevista, la observación conductual, historia personal y familiar, así como los instrumentos utilizados.



- Es importante explicar el impacto que tuvo el hecho investigado sobre la salud mental de la persona evaluada, y cómo interactuó con los factores antecedentes y predisponentes (si los hubiere), para alterar sus áreas relacional, funcional, laboral, familiar, etc.
- Considerar que en ciertos casos pueden presentarse reacciones psicológicas que, por su particular intensidad, y aún sin configurar cuadros sintomáticos, deben ser descritas para que la autoridad las estime.
- La información brindada a través de los documentos por parte del usuario, son referenciales.

Para la conclusión:

Las conclusiones arribadas en esta Guía (afectación emocional, reacción aguda, etc.) corresponden a criterios relacionados a la repercusión del cuadro clínico o afectación observada en las capacidades funcionales del evaluado, y que guardan relación con el hecho o evento violento, por lo que es importante considerar lo siguiente:

- No establecer juicios de valor.
- No realizar afirmaciones sobre hechos que no están probados.
- No indicar la autoría o responsabilidad de una persona frente al hecho materia de investigación.



Referencias

- Aguilar, J. (2006). *SAP: Síndrome de Alienación Parental*. 3° ed. Madrid: Almuzara.
- Amar, J. y Aristizabal, E. (2010). *Psicología Forense: estudio de la mente criminal*. Barranquilla: Uninorte.
- Amato, M. (2007). *La pericia psicológica en Violencia Familiar*. Buenos Aires: La Rocca.
- Artola, R. (2000). *La familia en la sociedad pluralista*. Buenos Aires: Espacio.
- American Psychological Association (APA). 2010. *Principios éticos de los psicólogos y Código de Conducta*. 6° ed.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005). *Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (seg)*. Revista Papeles del Psicólogo. Vol. 26. Pp. 59-77. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1247.pdf>
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio*. Barcelona: Paidós. 7
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aries: Editorial Biblos.
- Careaga, E. (2014). *Child abuse and its relationship with the disability*.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (1999). *Código de ética profesional*. Lima.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2012). *Guía de Buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP)*. Madrid.
- Congreso de la República del Perú. (2015). *Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familia*. Ley N° 30364. 23 de noviembre del 2015. Lima.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU).



- Corsi, J. (1995). *Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi J., Dohmen M. y Sotés M. (1995). *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós. 216 p.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2007). *Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático*. En Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?*. Psicología conductual. 15(3). Pp. 373-387.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. (2004). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*. Psicopatologías Clínica, Legal y forense.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?*. Psicología conductual. 15(3). Pp. 373-387.
- Echeburúa, E, Muñoz, J. M. y Loinaz, I. (2011). *La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro*. International Journal of Clinical and Health Psychology. 11(1). pp. 141-159. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423009>
- Fiscalía General del Estado del Ecuador. (2015). *Guía de Procedimientos para la pericia psicológica en delitos de Violencia Psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar*. Ecuador.
- García, M. (2014). *Guía de evaluación clínica forense para la valoración de daños psicológicos en víctimas de delitos violentos*. Congreso Virtual de la Asociación Latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense V.10.0. Recuperado de:



<http://psicologiajuridica.org/archives/4880>

Gómez, M., Muñoz, J., Vázquez, B., Gómez, R. y Mateos, N. (2012). *Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Instituto Aragonés de Servicios Sociales-IASS y Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón-DCARA. (2007). *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil, en Aragón desde los servicios sociales comunitarios*. Zaragoza: IASS-ADCARA. Recuperado de: [file:///C:/Users/admin/Downloads/Aragon_Guia_maltratoinfantil%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/Aragon_Guia_maltratoinfantil%20(3).pdf)

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. (2011). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas o psicológicas forenses sobre Daño Psíquico, con fines de indemnización, conciliación o reparación*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Lázaro, I. et al. (2014). *Vulnerabilidad y exclusión en la infancia*. Madrid: Huygens Editorial. Recuperado de: http://solidaria.unicef.es/pdf/UNICEF_CdebateIII_Vulnerabilidad_y_exclusion_en_la_infancia_2014.pdf

Millán, A., Eugenia, M., y Buznego, A. (2011). *Validación de la Escala de Bienestar Psicológico en una muestra multiocupacional venezolana*. *Revista CES Psicología*, 4 (1).

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Millon, T. y Everly, G. (1998). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Masson.

Millon, T. y Everly, G. (1985). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). (2009). Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. *Violencia Familiar y Sexual en mujeres y varones de*



15 a 59 Años: Estudio realizado en los Distritos de San Juan de Lurigancho, Puno y Tarapoto. Recuperado de:

http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvlg/libro_mujeres_varones_15_a_59.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2015). *Protocolo Interinstitucional de acción frente al Feminicidio, tentativa del feminicidio y Violencia de pareja de alto riesgo*. Lima: MIMP.

Ministerio de salud y consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de salud y consumo.

Ministerio Público. (2013a). *Guía de Psicología Forense para la evaluación en casos de Violencia Familiar*. Lima: Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Ministerio Público. (2013b). *Guía de Valoración del Daño Psíquico en víctimas adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y Otras formas de Violencia Intencional*. Lima: Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1979). *Técnicas de Terapia Familiar*. New York: Harvard University Press.

Murueta, M. y Orozco, M. (2015). *Psicología de la violencia: causas, prevención y afrontamiento*. México, DF: Manual Moderno.

OMS. (2016). *Nota descriptiva N.º 239*. Enero. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

OMS. (2015). Recuperado de: <http://www.who.int/topics/violence/es/>

OMS (1998). *Violencia familiar: Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio*. Lima.



OPCION. (2004). *Violencia Familiar. Aspectos sociales, psicológicos y adicciones*. Tomo I.

Lima: OPCION.

OPCION. (2001). *Violencia Familiar. Evolución, antecedentes, y consumo de drogas*. Lima:

OPCION.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la*

Salud: Resumen. Washington, D. C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la*

mujer y violencia doméstica. Ginebra: OMS. En Aguinaga, A. (2012). *Creencias*

irracionales y conductas parentales en madres víctimas y no víctimas de violencia

infligida por la pareja. Tesis de Maestría. Lima: UNMSM. Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1464/1/Aguinaga_aa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Manual de Diagnósticos Clínicos y de*

Enfermedades Mentales – CIE 10. Ginebra.

Quintero, A. (2007). *Trabajo Social y Procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.

Real Academia Española (RAE). (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23ª edición.

Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.rae.es>

Sanmartin, J. (2005). *Agresividad y violencia*. En J. Sanmartin (Coord.): *El laberinto de la*

violencia. Causas, tipos y efectos (pp. 21-55). Barcelona: Ariel.

Skarlicki, D. y Folger, R. (1997). *Retaliation in the workplace: The roles of distributive,*

procedural, and interactional justice. Journal of Applied Psychology, 82.

Soria, M. (2010). *Manual de Psicología Jurídica e Investigación Criminal*. Madrid: Pirámide.

Vásquez, B. (2008). *Manual de Psicología Forense*. Madrid: Síntesis.

Vásquez, B. (2008). *Casos Prácticos en Psicología Forense*. Madrid: EOS Instituto de

Orientación Psicológica Asociados.





Veccia, T. (2002). *Aplicación del TRO al estudio de las relaciones interpersonales en la adolescencia*. En *el Diagnóstico de la Personalidad. Desarrollos actuales y estrategias combinadas*. Buenos Aires: Lugar.

Zarza, M. y Froján, M. (2005). *Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos*. Rev. Anales de Psicología, 21(1). Junio.



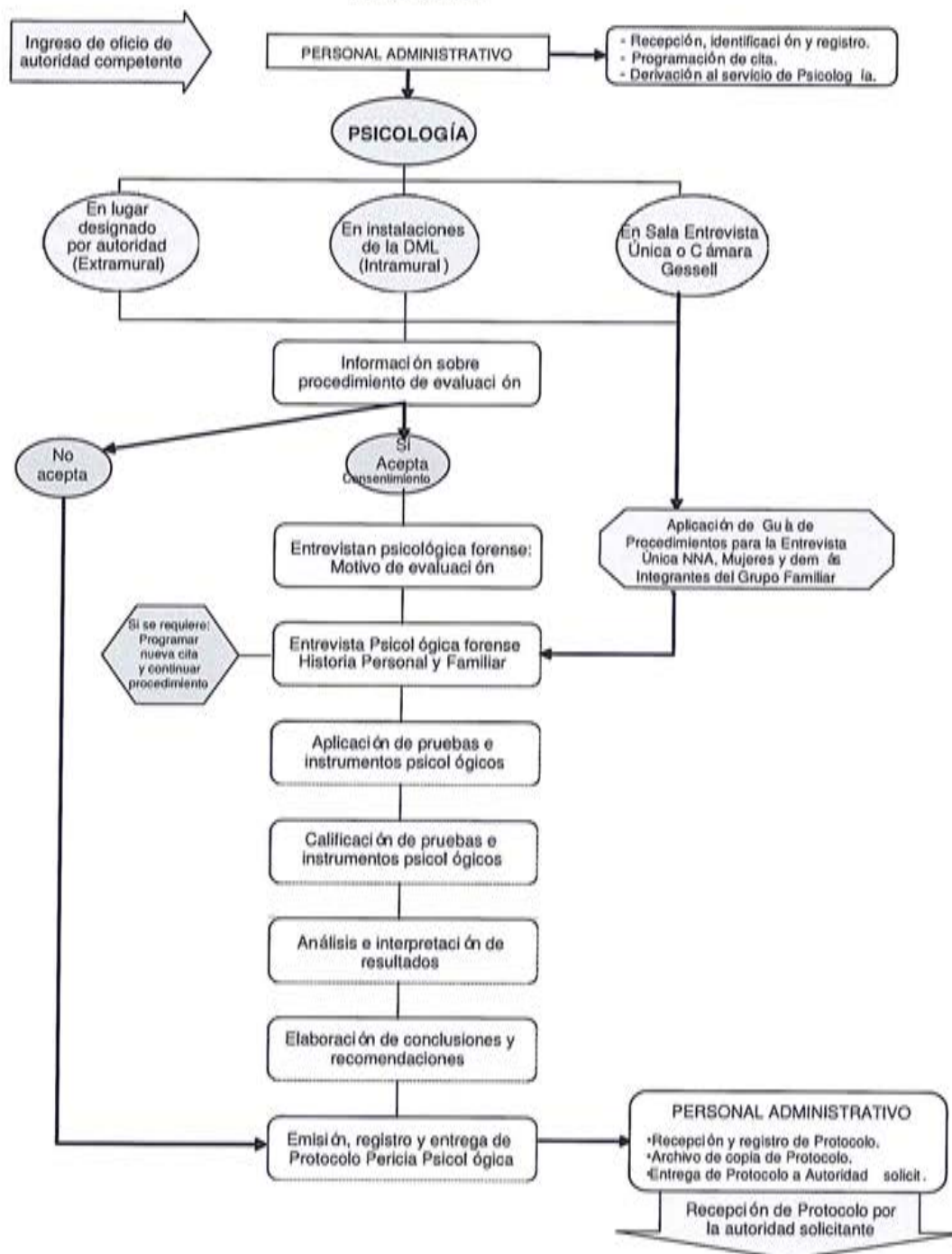


Anexos



Anexo 1.

Flujograma



Anexo 2a:

Consentimiento informado (adultos)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FORENSE A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Yo _____ identificado(a) con D.N.I.
_____, después de haber sido informado(a) sobre el procedimiento de
evaluación psicológica y estando de acuerdo, **doy el consentimiento** para que se realicen las
preguntas en relación al suceso por el que acudo a la evaluación, o las que surjan como parte
de la entrevista; así como que se me apliquen las pruebas o instrumentos psicológicos
correspondientes.

Lugar _____ día _____ mes _____ año _____

Firma: _____



Impresión dactilar
(I.D.)





Anexo 2b:

Consentimiento informado (niños, niñas y adolescentes)

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE A
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS
INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, A SER SUSCRITO POR EL PADRE,
MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE A EVALUAR**

Yo _____ identificado(a) con D.N.I.
_____, padre/madre y/o adulto responsable de
_____, después de haber sido informado(a) sobre
el procedimiento de evaluación psicológica y estando de acuerdo, **doy el consentimiento**
para que se realicen las preguntas en relación al suceso por el que se acude a la evaluación, o
las que surjan como parte de la entrevista; así como que se apliquen las pruebas o
instrumentos psicológicos correspondientes.

Lugar _____ día _____ mes _____ año _____

Firma: _____



Impresión dactilar
(I.D.)



Anexo 3:

Definiciones conceptuales

ENTREVISTA: Como señala Veccia (2002), la entrevista implica: a) un intercambio presencial entre dos o más personas; b) una direccionalidad o propósito de ese intercambio, planteado de antemano, con la consecuente expectativa de resolución por parte de los actores involucrados; c) el consentimiento recíproco por el cual una de las partes puede preguntar y la otra responder, y eso es lo que la diferencia de otros interrogatorios coercitivos (judiciales, policiales) y estructura una interacción sobre el modelo de dos roles (entrevistador y entrevistado).

INCAPACIDAD: 1.adj. Que no tiene capacidad o aptitud para algo. 2. adj. Falto de talento. 3. adj. Que no es capaz, por su naturaleza o por decisión de su voluntad. *Ella es incapaz DE mentir.* 4. adj. Der. Que no tiene cumplida personalidad para actos civiles, o que carece de aptitud legal para algo determinado. (RAE, 2014).

DISCAPACIDAD: Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2015).



Anexo 4:

Definiciones operacionales

CONCLUSIÓN: Obtener el resultado final de algo. Es el último apartado de un proceso previo. Para llegar a ella es preciso comprender una serie de etapas anteriores. Es la síntesis de una información global.

La conclusión es el fin de un asunto, por medio de la cual queda delimitado y precisado. Se llega a una conclusión luego de discutirse un tema, se obtiene la clarificación del problema, y se cierra en una conclusión a modo de síntesis, que en general son breves y precisas, mostrando los puntos fundamentales sobre los que se llegó a un acuerdo.

DIAGNÓSTICO: Un diagnóstico es el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.

DIAGNÓSTICO FORENSE: En psicología forense, la finalidad es analizar y evaluar el estado mental de un individuo, y relacionarlo con unos hechos jurídicos determinados que ayuden a un Juez en la determinación de su sentencia.

En el área forense el diagnóstico es importante, ya que el informe pericial va dirigido a personas ajenas al mundo de la psicología y su objetivo no es saber qué es lo que tiene o no tiene el individuo, sino saber que de acuerdo a lo que tiene o no tiene como actúa, o actuó, o puede actuar, de una u otra forma con respecto a unos hechos que se están juzgando. Es importante efectuar un diagnóstico descriptivo y funcional que categorial pues lo que más importa no son tanto las clasificaciones clínicas sino como estas se manifiestan, y como aparecen relacionadas con unos determinados hechos.

FUENTES COLATERALES: Están referidas a otras fuentes de información, por ejemplo: revisión de expedientes, entrevistas con familiares, informes pedagógicos, entre otros.



Anexo 5:

Diagnósticos y Conclusiones

Diagnósticos clínicos (CIE 10)

1. Reacción a estrés agudo (F43.0):

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.



2. Trastornos de adaptación (F43.2):

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

3. Trastorno de estrés post-traumático (F43.1)

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de



volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de despegue de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Conclusiones Clínico forenses:

1. Afectación emocional.

Signos y síntomas que presenta el individuo como consecuencia del evento violento (hecho fáctico), que para ser valorados dependen de su tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento, autopercepción, madurez, experiencias personales, cultura, habilidades sociales, capacidad de resiliencia, percepción del entorno, entre otras, pudiendo estas interferir de forma pasajera o permanente en una, algunas o todas las áreas de su



funcionamiento psicosocial (personal, pareja, familiar, sexual, social, laboral y/o académica). *En el caso de los niños, niñas y adolescentes:* Considerar signos y síntomas que interfieren con su normal desarrollo (físico, cognitivo, psicosocial).

2. Reacción ansiosa situacional

Respuesta de ansiedad ante un evento que el individuo percibe como amenazante manifestada en inseguridad, temor, preocupaciones, tensiones; siendo pasajera y de corta duración.

3. No se evidencian indicadores de afectación emocional

Ausencia de sintomatología relacionada al hecho violento.



Anexo 6:**Ampliación del marco teórico****ANEXO 6a:****Violencia**

Definición: La OMS lo define como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte" (OMS, 2015).

Agresión y Violencia: Con respecto a **la agresividad**, Sanmartin (2002, 2004, citado por Murueta y Orozco, 2015), explica que *es una reacción instintiva de autoprotección o de aumento de la supervivencia*; como es una reacción automática, existen respuestas que la inhiben, tales como el miedo reflejado en el rostro o la actitud del otro. La agresividad es regulada por la *amígdala* y el *hipotálamo* interviene a través del control que ejerce sobre la hipófisis; también juega un papel relevante la corteza prefrontal que está ligada a la reflexión. En la corteza prefrontal se encuentran las ideas, pensamientos y sentimientos, los cuales no son instintivos, sino que se adquieren a lo largo de la historia personal. Según como se configuren, el individuo potenciará o inhibirá las emociones que alcancen su corteza desde las zonas profundas de su cerebro; es decir, se puede ser violento si en el sistema precedido por la amígdala, en interconexión con la corteza prefrontal, existe una perturbación de origen biológico. Sin embargo, **la violencia**, en la mayoría de los casos, es el resultado de factores culturales dados a través del aprendizaje y estará condicionada por múltiples factores tanto de orden individual como social (Murueta y Orozco, 2015).



Teorías explicativas de la Agresión y Violencia:

De acuerdo a Murueta y Orozco (2015), en diferentes contextos las conductas agresivas y violentas, mencionan que Cerezo en el año 2008 hace una reseña de las diferentes teorías que pretenden dar una respuesta al porqué de la conducta agresiva humana:

A. PERSPECTIVAS CLÁSICAS: Entre las que destacan:

1. *Teoría clásica del dolor.* Esta teoría sostiene que ante un estímulo adverso respondemos con agresividad. El miedo al dolor esta clásicamente condicionado, tendemos a aceptar lo placentero y a rechazar lo que no lo es. El dolor es suficiente en sí mismo para activar la agresión en los sujetos.

2. *Teoría de la frustración.* Aquí la conducta agresiva es una de las consecuencias más importantes de la frustración. Afirman que cualquier acción agresiva puede ser atribuida, en última instancia, a una frustración previa. Se puede hablar de frustración desde dos ópticas distintas:

a) como una barrera externa que impide al individuo alcanzar la meta deseada y cuya consecuencia más inmediata es la agresión, y

b) como reacción emocional que surge ante la contrariedad, de manera que no solo es necesaria una barrera, sino que es necesaria la intervención de elementos cognitivos, es decir, que el sujeto interprete la situación como amenazante.

3. *Teorías sociológicas de la agresión.* La unidad de análisis en estas teorías es el grupo social y no el individuo. La conducta agresiva únicamente buscará el bienestar del grupo independientemente del sacrificio que representa para uno u otro miembro. Se pueden distinguir dos aspectos de la agresividad social:



a) La que se genera cuando los objetivos que se persiguen son de corte material, altamente individualista (competencia del individuo frente a los demás miembros del grupo), y

b) La que se plantea a nivel de grupo organizado (el conflicto o agresión socializada).

4. Teoría catártica de la agresión. El concepto de catarsis ha surgido de la teoría psicoanalítica; supone una expresión repentina de afecto anteriormente reprimido cuya liberación es necesaria para mantener el estado de relajación adecuada, por lo que constituye una solución única al problema de la agresividad humana. Los resultados de este campo sugieren que el estado físico producido por una amenaza hacia el yo o por un bloqueo de meta se reduce si se tiene la oportunidad de agredir, aunque sea verbalmente, a quien lo provoca.

5. Etiología de la agresión. Podemos situar bajo este epígrafe todas aquellas teorías que consideran la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente, casi fisiológico. Dichas teorías sugieren que la agresión es espontánea y no hay ningún placer asociado a ella. Freud sostiene que hay dos clases esencialmente diferentes de instintos: el instinto sexual y el instinto agresivo, cuyo fin es la destrucción. Habla de agresión activa, que hace referencia a nuestro deseo de herir o dominar un objeto. Los factores instintivos subyacen en toda conducta humana agresiva.

6. Teoría bioquímica o genética. Esta teoría trata de demostrar que el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el organismo y en los que las hormonas desempeñan un papel decisivo. Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión y de la esquizofrenia simple.

7. Teoría sociocognitiva del aprendizaje (Mc Guire, 2008). "Provee un marco coherente de la conducta agresiva primordialmente como un fenómeno aprendido" (Bandura, 1973). Esta perspectiva resalta "los factores clave del ambiente y de la socialización, si bien



ello se hace de manera más explícita sobre el efecto que esos factores ejercen en los patrones de desarrollo que corresponden a la adaptación y al ajuste a las percepciones interpersonales y al estilo de interacción social del individuo”.

8. Teoría de campo o interconductual de Kantor (1980). Desarrollada en mayor medida por Ribes y López (1985). El campo psicológico incluye la intervención de varios elementos (objeto de estímulo-respuesta, función de estímulo-respuesta, medio de contacto, biografía reactiva, historia del estímulo), no de uno solo”, es decir, “el campo interconductual es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente.

B. PERSPECTIVAS CONTEMPORÁNEAS:

Estas perspectivas, se han nutrido y retroalimentado de las teorías clásicas (OPCION, 2004):

- **Teorías sociológicas:**

1. Teoría sociológica: Los sociólogos consideran que la violencia, en este caso familiar, tienen sus raíces en la crisis que padece la institución familiar, creada por la gran cantidad de estresores externos a los que está expuesta o por el cambio que están sufriendo las normas sociales y culturales (Ej. Ser víctima de abuso, ser encarcelado, etc.).

2. Teoría sistémica: Aquí se plantea que la conducta violenta no debe ser entendida sólo en función del “agresor” sino también en función del “agredido”, y de la relación que ambos mantienen, es decir, no se puede concebir bajo un modelo lineal de causa – efecto, sino asumiendo una percepción circular, de corresponsabilidad.

3. Teoría del estrés: De acuerdo a esta teoría, la violencia se manifiesta cuando un individuo se encuentra bajo estrés y carece de recursos personales y de estrategias de afrontamiento para mitigar su impacto.



4. *Teoría feminista:* Centra su análisis en las relaciones mujer – hombre y manifiesta que los hombres utilizan la violencia física y/o enfado y el maltrato psicológico como estrategia de control.

- **Teorías psicológicas:**

I. *Teoría de la indefensión aprendida de WALKER (1979,1984):* Según esta teoría el maltrato continuo en el tiempo y espacio provocaría en las mujeres maltratadas la percepción cognitiva de que es incapaz de manejar o resolver la situación por la que atraviesa que se puede generalizar a situaciones futuras, como la relación con sus padres, hijos y amigos.

II. *Teoría de la unión traumática:* Es el desarrollo de una unión emocional entre dos personas, donde una de ellas amenaza, golpea, maltrata o intimida intermitentemente a la otra. Esta unión se manifiesta en actitudes o expresiones positivas por parte de la persona maltratada.

III. *Teoría de la trampa psicológica:* Según esta teoría, cuanto más tiempo y esfuerzo una mujer maltratada ha invertido en su relación, tanto más difícil será que se dé por vencida si no logra lo que persigue, por lo que es muy poco probable que abandone la relación.

- **Teorías asociadas a los factores de riesgo:** Este modelo señala que la violencia puede deberse a diferentes factores de riesgo:

- *Factores de riesgo a nivel individual:* Son las dificultades y déficits en la persona (Ej. Autoestima inadecuada, pocas habilidades sociales, rebeldía, uso inadecuado del tiempo libre, impulsividad, depresión, baja tolerancia al conflicto, etc.).

- *Factores de riesgo a nivel familiar:* Ej.: vínculos afectivos débiles, conflictos matrimoniales o de pareja, inadecuado control de los hijos, disciplina inconsistente, ejercicio violento de la autoridad, consumo de alcohol o drogas, sobreprotección o descuido, modelos inadecuados, desintegración familiar, etc.

- *Factores de riesgo a nivel social:* Está referido a la forma cómo la familia interactúa con los agentes de socialización fuera de la familia, tales como la escuela,



compañeros, comunidad, etc. Ej.: Comportamientos agresivos, deficiencia escolar o laboral, vinculación con grupos disfuncionales.

- **Modelo ecológico:** Es una propuesta desde el enfoque de salud pública para abordar la violencia, la cual brinda un panorama integral e eficiente de la violencia, sobretodo, la familiar, donde se incluyen niveles:

- **Nivel macrosistema:** Es el comportamiento que tiene que ver con los sistemas de creencias, actitudes, mitos y estilos de vida en una determinada cultura. Aquí entran en juego las relaciones de poder, la violencia estructural, la anomia, y la identidad nacional.

- **Nivel mesosistema:** Se refiere a que hay instituciones que reproducen la violencia en la sociedad a través de sus acciones, las cuales generan una imagen simbólica de resolución de conflictos con el uso de la violencia.

- **Nivel microsistema:** Es el entorno social inmediato de la persona, en la cual el microsistema está representado por *la familia*, al cual constituye el entorno inmediato de la persona.

- **Nivel individual:** Son aquellos que tiene que ver con el desarrollo de la persona, desde los factores biológicos, hereditarios, fisiológicos, intelectuales, afectivos, personalidad, historia personal, los cuales influyen en su comportamiento.

TIPOS DE VIOLENCIA: La OMS (1998) establece 3 tipos de violencia generales, según las características de los que cometen el acto violento:

a. **La violencia autoinfligida:** Incluye el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero está integrado por pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. Por su parte, las autolesiones pueden incluir actos como la automutilación.

b. **La violencia interpersonal:** Está dividida en subcategorías:

- **Violencia Familiar o de Pareja:** En el estudio de la OMS (1998) define como



violencia familiar a: "toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia".

- **Violencia Física:** Indica acciones que producen daño a la integridad física de una persona y que se manifiesta mediante la acción del agresor contra el cuerpo de la víctima, como golpes, patadas, puñetes, empujones, entre otros; así como, la utilización de objetos contundentes, corto-punzante o ciertas sustancias (Corsi, 1995).

- **Violencia Psicológica:** Es toda acción u omisión que cause daño emocional en las personas, se manifiesta mediante ofensas verbales, amenazas, gestos despreciativos, indiferencia, silencios, descalificaciones y ridiculizaciones. Suele ser la más difícil de reconocer e identificar, pero es la que más consecuencia puede ocasionar (OPCION, 2001).

- **Violencia Sexual:** Es toda acción que implica amenazas o intimidaciones que afectan la integridad y la libertad sexual. Su expresión más grave es la violación sexual, pero los acercamientos íntimos no deseados son también formas de violencia sexual.

- **Violencia Económica:** Son todas aquellas acciones u omisiones por parte del agresor que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Incluye la negación a cubrir cuotas alimenticias para los hijos o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar (OPCION, 2004).

- **Violencia Comunitaria:** Alude a la violencia que se produce entre personas que no tienen un vínculo familiar y que pueden conocerse o no, y esto sucede generalmente fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, el ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como centros educativos, lugares de trabajo, centros de reclusión, entre otros.



c. La violencia colectiva: Representa los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales puede incluir, por ejemplo, los actos delictivos de odio o discriminación cometidos por grupos organizados, los atentados terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los realizados con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

Maltrato en niños, niñas y adolescentes (Según IASS y ADCARA, 2007):

MALTRATO FÍSICO

Cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

Indicadores físicos en el niño:

- Magulladuras o moretones en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos; en diferentes fases de cicatrización o con formas no normales, agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, o con indicadores de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.
- Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos.
- Torceduras o dislocaciones.



- Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

MALTRATO PSICOLÓGICO (Emocional)

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Tipos de conductas que comprende:

1. **Rechazar:** En general, implica conductas de los padres/tutores que comunican o constituyen abandono.

Cero a dos años: Rechazo activo por parte del padre/madre a aceptar las iniciativas primarias de apego del niño, a las iniciativas espontáneas de éste, y a las respuestas naturales/normales al contacto humano. Rechazo a la formación de una relación primaria de apego con el niño.

Cero a cuatro años: Exclusión activa del niño de las actividades familiares.

Edad escolar: Transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo.

Adolescencia: Rechazo a aceptar los cambios en el rol social esperados en el joven (es decir, evolucionar hacia una mayor autonomía y autodeterminación).



2. **Aterrorizar:** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro, que intentan crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar al niño creando hacia él unas expectativas inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlas.

Cero a dos años: Ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y a los nuevos estímulos.

Dos a cuatro años: Utilización de gestos y palabras exagerados que pretenden intimidar, amenazar o castigar al niño.

Edad escolar: Exigencia al niño de respuesta a demandas contradictorias de los padres/tutores.

Adolescencia: Amenaza al joven de exponerle a la humillación pública.

3. **Aislar:** Se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

Cero a dos años: Negación al niño de la posibilidad de interactuar de manera continuada con los padres u otros adultos.

Dos a cuatro años: El padre/madre enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él.

Edad escolar: Evitación activa de que el niño mantenga relaciones normales con sus compañeros.

Adolescencia: Evitación activa de que el joven participe en actividades organizadas e informales fuera del hogar.

4. **Violencia doméstica extrema y/o crónica:** Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.



Para poder definir la existencia de maltrato psíquico/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) la presencia de tales indicadores ha de ser claramente perceptible.

NEGLIGENCIA FÍSICA

Las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Indicadores en el niño:

- *Alimentación:* No se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
- *Vestido:* Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
- *Higiene:* Constantemente sucio, escasa higiene corporal.
- *Cuidados médicos:* Ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades. Ausencia de cuidados médicos rutinarios.
- *Supervisión:* El niño pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres/cuidadores del niño.
- *Condiciones higiénicas y de seguridad* del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del niño.
- *Área educativa:* Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

Para poder definir la existencia de negligencia física, debe presentarse uno o varios de los indicadores de manera reiterada y/o continua.



NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA (Emocional)

Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

Tipos de conductas que comprende:

1. **Ignorar:** Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño, y cuando aquellos se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del niño.

- ♦ *Cero a dos años:* No provisión de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño.
- ♦ *Dos a cuatro años:* Frialdad y falta de *afecto* en el tratamiento de los padres al niño, no participación en las actividades diarias del niño.
- ♦ *Edad escolar:* Fracaso en proteger al niño de las amenazas externas o en intervenir en favor de aquel aun sabiendo que necesita ayuda.
- ♦ *Adolescencia:* Renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por el joven.

2. **Rechazo de atención psicológica:** Rechazo de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes.

3. **Retraso en la atención psicológica:** Los padres/tutores no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (p.ej., depresión severa, intento de suicidio).

Para poder definir la existencia de negligencia psíquica/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) su presencia ha de ser claramente perceptible.

ABUSO SEXUAL

Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Tipos de conductas que comprende:

- **En función de la relación entre la víctima y el abusador:**

Incesto: Contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).

Violación: Contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior.

- **En función del tipo de contacto sexual:**

Abuso sexual sin contacto físico: Por ejemplo exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico.

Abuso sexual con contacto físico: Por ejemplo tocar y acariciar los genitales del niño, coito, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal.

EXPLOTACIÓN LABORAL

Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o para la estructura familiar.

CORRUPCIÓN

Los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándolo para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas asociales, delictivas o autodestructivas.

Tipos de conductas que comprende:

Las conductas que pueden incluir un modelo inadecuado para el niño pueden incluir: conductas delictivas, particularmente las que causan daño a los demás, el tráfico de drogas, el consumo de drogas, y comportamientos autodestructivos o violentos.

Para poder definir la existencia de modelo de vida inadecuado para el niño debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua. Su presencia ha de ser claramente perceptible. El modelo inadecuado debe ser claramente perceptible por el niño en su interacción cotidiana.

El niño debe reunir condiciones suficientes de vulnerabilidad al modelo: capacidad cognitiva suficiente y razonamiento moral en desarrollo.

MALTRATO PRENATAL

Falta de cuidado por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre, o autosuministro de drogas o sustancias que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto.



Tipos de conducta que comprende:

- Descuido de los cuidados de higiene y alimentación necesarios.
- Ausencia o incorrecto control sanitario.
- Consumo de drogas durante el embarazo (tabaco, alcohol, cocaína, heroína, etc.)
- Malos tratos a la madre durante la gestación.
- Rechazo manifiesto del embarazo

ABANDONO

Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño.

Repercusiones de la violencia doméstica en el desarrollo y funciones cognitivas en los niños:

Autores como Burudy (2003) y Santrock (2003) entre muchos otros (citados por Murueta y Orozco, 2015), coinciden en señalar que el maltrato infantil puede ocasionar diferentes consecuencias tanto físicas como cognitivas, emocionales y sociales que repercuten en el desarrollo de los niños. A partir de lo expuesto por varios autores, pueden reconocerse varias consecuencias de la exposición crónica a episodios violentos:

○ **Tristeza:** esta consecuencia emocional puede manifestarse de diversas maneras, ya sea llorando, permaneciendo callado, alejado, distraído y/o mostrando dificultad para disfrutar de actividades que solían gustarle. Este sentimiento puede volverse crónico y transformarse en depresión.

○ **Miedo:** suele expresarse a través del llanto frecuente, conductas de apego, inquietud o rechazo incluso a cualquier persona cercana. Esto puede deberse al temor a ser abandonado, a quedarse sin alimento, abrigo o casa, o bien, a que se le deje de querer.

○ **Culpa:** este sentimiento es muy común en los niños que tienen la creencia de que ellos son el *centro del universo* y que por eso son la causa de todo lo que ocurre a su alrededor, por lo que se sienten responsables de las peleas entre sus padres y creen que ellos pueden reconciliar o solucionar los problemas.

○ **Soledad:** esta sensación suelen experimentarla por carecer de los cuidados y la seguridad que necesitan, ya que sus padres no se los proporcionan por encontrarse inmersos en el conflicto de violencia.

○ **Enfado:** suele manifestarse como desacato a las figuras de autoridad y peleas con otros niños.

○ **Regresión:** se manifiesta con los intentos del niño por evadir todos los acontecimientos estresantes que está viviendo retirándose mentalmente a un lugar donde se sienta más seguro y tranquilo. Las conductas regresivas más comunes son: chuparse el dedo, habla infantil, enuresis nocturna, rabietas, alta dependencia de los padres, así como dejar de usar cubiertos para alimentarse y recurrir nuevamente al biberón y/o a relacionarse con un objeto de apego.

○ **Desamparo aprendido:** es una consecuencia que puede presentarse tras un periodo relativamente largo de exposición a episodios violentos, o como resultado de frustraciones y fracasos repetidos que lo hacen sentir que sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática son inútiles.

○ **Alteraciones hormonales:** Portellano (2008) y Estivil (2002) (citados por Murueta y Orozco, 2015), refieren que los menores víctimas de violencia en casa están expuestos a condiciones que afectan de forma importante su calidad y cantidad de sueño, lo que tendrá importantes repercusiones en la generación y modulación hormonal, en particular de la hormona de crecimiento, químico fundamental para los procesos de regeneración tisular y consolidación de los procesos de aprendizaje. Esta condición ha provocado que muchos

menores de edad en condiciones de violencia crónica muestren niveles generales de menor y más lento crecimiento físico, menores niveles de éxito académico y menores puntuaciones en pruebas de inteligencia general. Este cuadro se ha denominado enanismo psicosocial, que se define como el retraso en el crecimiento de origen psicosocial (García, 2009; Rosenzweig, Breedlove, & Watson, 2005, citados por Murueta y Orozco (2015).

○ **Problemas de sueño:** Estos se manifiestan básicamente con presencia de terrores nocturnos, pesadillas recurrentes, insomnio, miedo a dormir sólo o a la oscuridad. También se han descrito condiciones donde el menor de edad no tiene los hábitos de sueño necesarios para su edad, hay disminución de los periodos de sueño.

○ **Problemas escolares:** se refieren a la inadaptación en el ámbito educativo, bajas calificaciones, repetición de años escolares y un conjunto de condiciones que se han denominado fracaso escolar. En el caso de preescolares, se ha apreciado que la exposición a la violencia entre sus padres se asocia con irritabilidad excesiva, regresión en el lenguaje y control de esfínteres, ansiedad de separación, dificultades en el desarrollo normal de la autoconfianza y de posteriores conductas de exploración relacionadas con la autonomía.

○ **Dificultades en sus relaciones interpersonales:** los niños víctimas de violencia muestran estrategias de relación interpersonal caracterizadas por vinculación con compañeros de menor edad y dificultad en la asunción de reglas en la relación con sus pares o para expresar desacuerdos. Es común el despliegue de conductas violentas como medio de resolución de problemas. También se observa aislamiento o exclusión por parte de sus compañeros. Los niños maltratados no aprenden a defenderse, no saben detener el maltrato y, en muchas ocasiones, ni siquiera se dan cuenta de que el trato que se les brinda es nocivo e inconveniente.

○ **Alteraciones cognitivas:** en los niños en situación de maltrato se han observado menores niveles de rendimiento en escalas de inteligencia, verbales y de memoria (Pino & Herruzo, 2000, en Murueta y Orozco (2015). Presentan retrasos en el nivel

madurativo global, incapacidad para abstraer y generalizar conceptos, inmadurez y perseverancia en plantear soluciones negativas (Moreno, 2003, en Murueta y Orozco, 2015).

○ **Alteraciones en el lenguaje:** se manifiestan en forma de trastornos del habla, generalmente disfemia y dislalia; desarrollo lingüístico por debajo de su edad cronológica; alteraciones en la intencionalidad en la comunicación y pobreza de vocabulario; y dificultades en pragmática, morfología, sintaxis y semántica (Moreno, 2003 en Murueta y Orozco, 2015).

○ **Problemas conductuales:** es común que los niños en condiciones de violencia muestren una serie de conductas desajustadas o desadaptativas que pueden incluir alteraciones por poca activación o participación en el ambiente (como los niños que presentan mutismo selectivo, común, aunque no exclusivo, en casos de maltrato), poca integración con pares, disminución de la curiosidad, timidez excesiva, cuadros que semejan la fobia social de los adultos, o por el contrario, casos en que la conducta se exagera y se manifiesta poco control de impulsos, cuadros maniacos, autolesiones, conductas obsesivo-compulsivas (frecuentemente onicofagia) y prácticas de riesgo (Silva, 2003; Meece, 2000) citados por Murueta y Orozco (2015).

En casos extremos, la ideación suicida e intentos de suicidio (Silva, 2003; Meece, 2000) también se han asociado con prácticas parentales violentas (Palacios & Andrade, 2008) citados por Murueta y Orozco (2015).



ANEXO 6b:

Familia

Definiciones de Familia:

Según la OMS, tomando un criterio eminentemente demográfico, por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

Ackerman (citado en Cusinato, 1992) la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud".

Minuchin (2001) la define como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares".

Por la composición la familia se puede clasificar de la siguiente forma (Quintero, 1994):

1. **Familia nuclear:** es la compuesta por los padres y los hijos que viven bajo un mismo techo.
2. **Familia extensa:** varias generaciones conforman el grupo familiar (padres, hijos, abuelos, tíos).
3. **Familia reconstituida o recompuesta:** aquella donde los miembros de la pareja vienen de uniones previas, conviven con hijos de sus relaciones anteriores y de la suya propia.
4. **Familia monoparental:** conformada por uno de los progenitores, generalmente la madre, y sus hijos.

Por el nivel de funcionamiento la familia (Artola, 2000) puede ser:

- **Familia rígida:** Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.
- **Familia centrada en los hijos:** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".
- **Familia permisiva:** En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- **Familia inestable:** La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.



- **Familia estable:** La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos, por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.



ANEXO 6c:**Personalidad****Teoría de la personalidad de Millon*****Concepto de Personalidad:***

Es el patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon y Everly, 1985; Millon, 2000).

Patrones básicos de la Personalidad:

Millon clasifica la personalidad en diez patrones básicos, los que en sus formas rígidas o extremas, son descritas como trastornos de personalidad (Millon y Everly, 1985 y 1998; Millon, 2000 y 2006). Entre ellos tenemos:

Personalidad Masoquista (Patrón pasivo-discordante). Sujetos que interpretan los sucesos y se implican en relaciones interpersonales de manera contraria a los aspectos de progreso y crecimiento personal, prefiriendo las experiencias dolorosas, principalmente en las relaciones interpersonales, intensificadas por autoreproches y desprecio de sí mismos.

Personalidad Agresivo-Sádica (Patrón activo-discordante). Estas personas consideran que el modo preferente de relacionarse con los demás gira en torno a sucesos que resultarán dolorosos (tensión, miedo, crueldad) y los viven como deseables y gratificantes (actos en que humillan, desprecian e incluso tratan brutalmente a los demás), asumiendo con los demás un rol activo de control, dominación y abuso.

Personalidad Esquizoide (Patrón pasivo-retraído). Sujetos que se caracterizan por su incapacidad para experimentar placer o entusiasmo, tienen necesidades mínimas en el plano interpersonal y experimentan muy pocos sentimientos, son apáticos, su interés por el contacto social es mínimo, y exhiben deficientes habilidades de comunicación social.

Personalidad Evitativa (Patrón activo-retraído). Estos sujetos muestran una disminución en su autoimagen, en experimentar placer y en su euforia afectiva, provocada por sentimientos constantes de tristeza, disminución, vacío, rechazo y despersonalización; vacilan entre el deseo de obtener afecto y el miedo al contacto social, suspicaces y evitan el rechazo social.

Personalidad Dependiente (Patrón pasivo-dependiente). Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, necesitando de una figura fuerte y protectora, dóciles, con escasas iniciativas, evitación de la autonomía, poco competitivos, autopercepción de debilidad, evitan los conflictos interpersonales.

Personalidad Histriónica (Patrón activo-dependiente). Son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales. Muestran conductas de seducción, manipulando o intentando manipular a los otros para obtener su atención y sus elogios, se autoperciben como sociables y encantadores, pensamientos ocasionales, erráticos y fugaces en sus emociones, actitudes y conductas.

Personalidad Narcisista (Patrón pasivo-independiente). Prototipo del patrón de personalidad independiente, de autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Abandonados a fantasías inmaduras y narcisistas, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos.



Personalidad Antisocial (Patrón activo-independiente). Exhiben una pauta de conducta irresponsable y antisocial. Muestran incapacidad para mantener una conducta laboral consistente y fracasan en adaptarse a las normas sociales y en comportarse con respeto a las leyes. Irritables, agresivos y vengativos, suelen exhibir comportamientos hostiles, y no dejan de efectuar ataques físicos a los demás para lograr sus fines.

Personalidad Obsesivo-Compulsiva (Patrón pasivo-ambivalente). Su afectividad está restringida y mantienen un estricto control de su expresión emocional. Valoran la autodisciplina, la prudencia y la lealtad, y prefieren el trabajo estructurado, metódico y meticuloso. Su inusual adherencia a sus propias convenciones y a las normas sociales esconde un conflicto entre su hostilidad latente hacia los otros y el miedo al rechazo y desaprobación social. La posibilidad de que surjan sentimientos de cólera y actitudes agresivas dependen de la eficacia de los controles de la orientación pasiva en la polaridad activo-pasivo.

Personalidad Pasivo/Agresiva (Patrón activo-ambivalente). En este caso los sujetos se vuelven malhumorados, discutidores o irritables, trabajan de un modo deliberadamente lento o hacen mal las tareas cuando se les pide que hagan algo de lo que no están convencidos, evitan obligaciones pretendiendo que las ha olvidado, protestan sin justificación, creen que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan y tienden a criticar o burlarse de manera irracional de las personas.

A estos 10 tipos básicos resultantes de las polaridades fueron añadidos otros 3 trastornos de mayor severidad:

Personalidad esquizotípica. Se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos, es excéntrico y percibido por los otros como extraño, de pensamiento autístico, ensimismado y perdido en sueños que en





ocasiones confunde con la realidad, hipersensible, desconfiado y aprensivo, su apariencia emocional es monótona, falta de activación y afecto, experimenta sentimientos ansiosos de vacío y falta de significado, con períodos de despersonalización.

Personalidad Límite (Borderline). Sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia, ciclo del sueño irregular, pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración, reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento, ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

Personalidad Paranoide. Se asocia más a menudo con los tipos de personalidad independiente (narcisista y antisocial) y en menor grado con los patrones compulsivo y pasivo-agresivo, es suspicaz y defensivo ante la crítica y el rechazo que anticipa, su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia; distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional, a veces para alimentar su imagen grandiosa y otras para confirmar sus ideas autorreferenciales.



Teoría factorial de la personalidad Raymond Cattell

Definición de la Personalidad:

Como la integración de rasgos y viene hacer lo que determina el comportamiento de los sujetos ante una situación y estados de ánimo definido. El rasgo representa una tendencia general que nos indica características de conductas del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y una regularidad de conducta a lo largo de tiempo y ante una situación.

Teoría de los rasgos según Cattell:

Su teoría está fundamentada en la técnica estadística del análisis factorial, el cual es un procedimiento que permite reducir la información realizando agrupaciones de variables.

Cattell lo usaba para explorar las dimensiones básicas de la personalidad, motivación y capacidades cognoscitivas. Y su resultado más importante fue el descubrimiento de 16 factores que permiten describir la personalidad. A estos factores lo llamó "rasgo de la fuente" ya que creía que proporcionaba la fuente del comportamiento que pensamos que es personalidad. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia y por el ambiente. La conducta de los individuos ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de las variables que pueden intervenir antes dicha situación.

Los 16 Rasgos o Factores son:

Sociabilidad, Solución de Problemas, Estabilidad Emocional, Dominancia, Impetuosidad, Responsabilidad, Empuje, Sensibilidad, Suspiciousidad, Imaginación, Diplomacia, Seguridad, Rebeldía, Individualismo, Cumplimiento, y Tensión.

Teoría de la personalidad de Hans Jurgen Eysenck

Definición de Personalidad:

Es una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina (Eysenck, 1970).

Dimensiones de la personalidad:

Sustentada en el aspecto biológico del ser humano, que describe los tipos extraversión y neuroticismo como ejes o dimensiones de la personalidad, y en un segundo momento suma a estos dos el tipo psicoticismo. El análisis factorial muestra que los rasgos no son independientes unos de otros, pues correlacionan entre sí formando patrones:

- **Extraversión - Introversión:** en relación a la tendencia a la sociabilidad o a la soledad.
- **Neuroticismo - Estabilidad emocional:** en relación a la falta o no de estabilidad emocional y autocontrol.
- **Psicoticismo - Control de impulsos:** en relación a la existencia de tendencias a la conducta trastornada o a la conducta adaptada.

ANEXO 6d:

FACTORES DE RIESGO DE LA DINÁMICA RELACIONAL*

FACTOR	PRESENTE	AUSENTE
Violencia cronificada con escalada en ella		
Grado de severidad en la violencia:		
1. Violencia física o amenazas (uso de armas/instrumentos, crueldad)		
2. Violencia psíquica (grado de humillación para la víctima)		
3. Violencia por abandono/de privación		
Cese de la relación o amenazas de abandono		
Nueva relación de pareja en la denunciante		
Vivencia de las consecuencias legales de la ruptura para el imputado		
Conductas de acecho post ruptura		
Relación de cuidado (estrés del cuidador)		
Incumplimiento de anteriores órdenes de alejamiento por parte del denunciado		

Factores de riesgo de la dinámica relacional Denunciante - Denunciado:

VIOLENCIA CRONIFICADA CON ESCALADA EN ESTA

Una cronificación en la dinámica relacional violenta con incremento de intensidad en ella es un indicador de riesgo de primera magnitud para predecir una nueva aparición de estas conductas con una intensidad elevada. Como reitera la investigación, el factor que mejor pronostica la conducta futura es la conducta pasada (Redondo, 2008).

GRADO DE SEVERIDAD EN LA VIOLENCIA

Se valorará la intensidad y frecuencia del uso de la violencia en sus distintas formas (física, psicológica, sexual y por negligencia/abandono). A través del análisis de las características de esa violencia (i. e., uso de armas/instrumentos, grado de crueldad, humillación, valor simbólico de la conducta concreta para la mujer, etc.) podemos inferir el grado de intencionalidad de causar daño por parte del denunciado.

CESE DE LA RELACIÓN O AMENAZAS DE ABANDONO

El momento en el que la denunciante plantea la decisión de ruptura de la relación con cierta consistencia (i. e., transmite que tiene asesoramiento letrado) o la abandona de facto, se incrementa la probabilidad de intensificar la violencia por parte del denunciado como forma de intimidar a la pareja y someterla de nuevo a la relación.

NUEVA RELACIÓN DE PAREJA POR PARTE DE LA DENUNCIANTE

El establecimiento de una nueva relación sentimental por parte de la pareja termina con las esperanzas de reconciliación, detona ideación celotípica y facilita la aparición de sentimientos de abandono y traición en el agresor. Esta situación psíquica predispone a la aparición de comportamientos violentos.

VIVENCIA DE LAS CONSECUENCIAS LEGALES DE LA RUPTURA PARA EL IMPUTADO:

El/la psicólogo/a forense deberá explorar en el imputado la vivencia de las repercusiones legales (civiles y penales) derivadas de la denuncia; sensación de perjuicio por su paso por el sistema de justicia, elaboración cognitiva de las consecuencias para su proyecto vital (i. e., condiciones para rehacer su vida), afectación a su relación paterno filial, percepción de instrumentalización de la denuncia por parte de la denunciante (ganancia secundaria).

CONDUCTAS DE ACECHO POST RUPTURA

El acecho hace referencia a toda conducta mantenida en el tiempo dirigida a imponer a la pareja una comunicación y/o contacto indeseado por esta (Mullen, 2001; Roberts, 2002). Este factor ha sido identificado por las distintas investigaciones como uno de los que más correlaciona con violencia física severa dentro de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP), además de estar relacionado con la aparición de graves desajustes psicológicos en la víctima (Bennett, Cho y Botuck, 2011). La comunicación puede ser mediante llamadas telefónicas, cartas, mensajes telefónicos, correo electrónico, etc. El

contacto incluiría conductas de seguimiento o de vigilancia de la pareja, implica acercamiento físico y, por tanto, incrementa la probabilidad de paso al acto violento.

Especialmente importante será el caso en el que la mujer haya llevado a cabo conductas de ocultamiento de la pareja (i. e., cambio de comunidad de residencia, cambio de lugar de trabajo, etc.) y esta haya conseguido su nueva localización.

RELACIÓN DE CUIDADO (ESTRÉS DEL CUIDADOR)

En parejas de avanzada edad y donde el varón se hace cargo de los cuidados de la mujer dependiente puede aparecer el fenómeno denominado homicidio por compasión. La motivación es piadosa ya que lo que pretende es terminar con el sufrimiento de su pareja enferma y suele conllevar a continuación el suicidio del homicida (Echeburúa y Redondo, 2009).

INCUMPLIMIENTO DE ANTERIORES ÓRDENES DE ALEJAMIENTO POR PARTE DEL DENUNCIADO

Hay que anotar el número de veces que el agresor se ha acercado a la víctima a pesar de una orden judicial en contra, aun con la connivencia de la víctima. Hay que contar también aquí el incumplimiento judicial con parejas anteriores.



FACTORES DE RIESGO DE LA DENUNCIANTE*

FACTOR	PRESENTE	AUSENTE
Grado de dependencia con el agresor (económica, social o emocional)		
Actitudes que disculpan/justifican la conducta del denunciado		
Falta de apoyo social		
Situación de inmigración		
Pertenencia a minorías étnicas		
Embarazo		
Anteriores reconciliaciones y/o retirada de denuncias		
Discrepancias entre su percepción de riesgo y la valoración técnica		
Discapacidad física/psíquica/sensorial		
Lesiones físicas graves		
Lesiones psíquicas graves		

* Guía de Buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2012.

Factores de riesgo de la denunciante:

GRADO DE DEPENDENCIA CON EL AGRESOR (ECONÓMICA, SOCIAL Y EMOCIONAL)

A mayor grado de dependencia (económica, social y emocional) menor capacidad de reacción ante la situación de maltrato por parte de la denunciante y mayor sensación de dominio por parte del imputado.

ACTITUDES QUE DISCULPAN/JUSTIFICAN LA CONDUCTA DEL DENUNCIADO

Atenderemos a todo signo de justificaciones por parte de la denunciante (negación, minimización y autculpabilización) respecto a las conductas del imputado como signo del grado de adaptación de la mujer a la situación de violencia, y por ende, la probabilidad de reanudar la relación con el agresor (situación de riesgo).

FALTA DE APOYO SOCIAL

La denunciante cuenta con pocos recursos de soporte familiar, amigos o grupos de referencia o actividades diversas, bien por no residir en el mismo lugar, bien por ser inestable, bien por carencias relacionadas con esta estructura social. La falta de apoyo social dificulta la decisión de llevar a cabo cualquier conducta de alejamiento de la situación de violencia.

SITUACIÓN DE INMIGRACIÓN

Las mujeres inmigrantes están sobrerrepresentadas dentro de las agresiones físicas severas (homicidios). Las mujeres inmigrantes tienen de 3,5 a 6 veces más probabilidades de morir a manos de sus parejas que las mujeres españolas (Echeburúa y Redondo, 2010). Las mujeres inmigrantes son más vulnerables porque suelen tener una precaria situación económica, jurídica, afectiva e incluso, en algunos casos, lingüística. Suelen presentar una pobre red social y escaso apoyo familiar. El riesgo es mayor cuando la mujer está en situación irregular o si está en proceso de reagrupamiento familiar (Echeburúa y Redondo, 2010).

PERTENENCIA A MINORÍAS ÉTNICAS

Estas mujeres suelen vivir en un entorno cerrado, endogámico, con fuerte control sobre sus miembros y valores férreos, todo lo cual dificulta la salida de la situación de violencia (i. e., etnia gitana).

EMBARAZO

La mujer embarazada se encuentra en un momento de máxima vulnerabilidad, ya que su organismo, su metabolismo y su funcionamiento hormonal, postural, alimenticio y afectivo se verá alterado en determinados momentos de este. Todo esto la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad afectiva y psicológica, que en algunos casos puede acentuar secundariamente conductas de dependencia y sumisión.

ANTERIORES RECONCILIACIONES Y/O RETIRADA DE DENUNCIAS

Es un indicativo del grado de dependencia denunciante-denunciado y no permite descartar nuevas conductas de acercamiento al denunciado. Para valorar este criterio, además de la información aportada por la denunciante, resulta fundamental un exhaustivo vaciado de la información aportada en el expediente judicial en relación a anteriores denuncias.

DISCREPANCIAS ENTRE SU PERCEPCIÓN DE RIESGO Y LA VALORACIÓN TÉCNICA

La vinculación afectiva de la víctima hacia el agresor y la cronicidad en la exposición a la violencia facilitan situaciones de adaptación paradójica a la situación de violencia (vid. supra). La denunciante normaliza el sufrimiento interpretando su malestar emocional desde una perspectiva autoculpabilizadora. Por este motivo suelen producirse distorsiones en la percepción subjetiva de riesgo con una clara tendencia a la minimización, lo que facilita la desatención a la valoración del riesgo profesional y asumir descuidos en su autoprotección.

DISCAPACIDAD FÍSICA/PSÍQUICA/SENSORIAL

Muchos son los problemas específicos que tienen que afrontar las mujeres con discapacidad derivados de esta circunstancia. Por múltiples y diversas condiciones, tanto internas como externas, a menudo relacionadas con la inaccesibilidad y falta de incorporación de la diversidad (lingüística, funcional, etc.) a los distintos sistemas intervinientes (justicia, redes de asistencia, centros, dispositivos, etcétera), las mujeres con discapacidad se encuentran con más dificultades para defenderse del agresor, pudiendo tener más posibilidades de sufrir dependencia económica y material respecto de este.

LESIONES FÍSICAS GRAVES

El tipo de lesión física puede darnos un indicador del grado de intencionalidad de dañar del agresor (i. e., agresión dirigida a órganos vitales). Este criterio debe ser valorado tras el análisis del informe médico forense.



LESIONES PSÍQUICAS GRAVES

Sería de interés contar con un informe psicológico forense del estado psicológico de la víctima. En muchas ocasiones la vivencia de la situación de violencia en la pareja provoca desajustes psicopatológicos en la mujer que nos pueden ayudar a elaborar el perfil del agresor (i. e., grado de humillación). Por otro lado, el estado psicológico de la mujer nos da un indicador de su capacidad de reacción ante la situación (recursos psicológicos de afrontamiento disponibles y vulnerabilidad a estrategias manipuladoras del imputado que puedan modificar su toma de decisión respecto a la ruptura de la relación).

Otro aspecto importante a tener en cuenta será el posible recurso al consumo de alcohol o drogas como estrategia de afrontamiento inadecuadas lo que puede aumentar su situación de vulnerabilidad (i. e., agravar sintomatología ansioso-depresiva, incrementar su baja autoestima, etc.).



FACTORES DE VULNERABILIDAD PERSONAL ANTE UN SUCESO

TRAUMÁTICO**

<i>Biográficos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.). • Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado.
<i>Psicobiológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado grado de neuroticismo. • Baja resistencia al estrés.
<i>Psicológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos de afrontamiento. • Mala adaptación a los cambios. • Inestabilidad emocional previa.
<i>Psicopatológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.). • Rigidez cognitiva o personalidad obsesiva.
<i>Sociofamiliares</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar. • Falta de apoyo social.

** En Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?*, Psicología conductual, 15(3), Pp. 373-387.



Anexo 7:

Definiciones operacionales de los indicadores de afectación emocional de la Guía de Valoración de Daño Psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional

I. Indicadores Depresivos

1. **Insomnio:** Dificultad para conciliar o mantener el sueño. O bien, no tener un sueño reparador.
2. **Hipersomnia:** Sueño o somnolencia excesiva y/o prolongada, episodios inusualmente prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno no deseados.
3. **Ánimo depresivo:** Emoción generalizada y persistente caracterizada por tristeza, infelicidad y desdicha, y acompañada de llanto frecuente, pesimismo y sentimientos de desesperanza respecto a sí mismo y a su entorno.
4. **Apatía:** Estado de indiferencia con ausencia de motivación o entusiasmo, en el que la persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.
5. **Anhedonia:** Incapacidad para obtener placer de actividades que habitualmente producen sensaciones o sentimientos agradables.
6. **Ideación suicida:** Pensamientos persistentes de autoeliminación que pueden o no estar acompañados de un plan.
7. **Resentimiento y/o venganza:** Persistencia de afectos de cólera, ira u hostilidad ante una persona o situación que ha causado daños emocionales y físicos. Dificultad para perdonar u olvidar el agravio. Pensamientos y fantasías de revancha que pueden llegar al acto.
8. **Descuido del arreglo personal:** Disminución o ausencia del interés por el arreglo, aseo o higiene personal.

9. **Llanto espontáneo:** Llanto sin razón aparente y sin relación necesaria con una situación penosa.
10. **Labilidad afectiva:** Cambios bruscos de humor y del estado de ánimo sin que medie una razón aparente
11. **Cansancio y/o fatiga:** Disminución de la energía y desgano físico que no guarda proporción con el nivel de actividad realizada.
12. **Disminución de apetito con pérdida de peso:** Disminución del peso sin aparente intencionalidad o enfermedad.
13. **Problemas psicosomáticos:** Presencia de cefaleas, náuseas, gastritis, dolor de cuerpo, de espalda, fibromialgias y otros síntomas orgánicos debido a motivaciones emocionales o psicológicas.
14. **Disminución del rendimiento académico, laboral y/o doméstico:** Menoscabo en el nivel de funcionamiento académico, laboral y doméstico respecto a su desempeño previo.

II. Indicadores de ansiedad o aumento del umbral de activación (arousal)

15. **Hiperactivación:** Permanente y persistente estado de hipersensibilidad, hipervigilancia, estado de alerta y respuesta exagerada de sobresalto.
16. **Pesadillas recurrentes:** Sueños extremadamente terroríficos y repetitivos que dejan recuerdos vívidos y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona se recupera rápidamente y está orientada y despierta.
17. **Terrores nocturnos:** Despertares bruscos recurrentes acompañados de gritos de angustia, miedo y signos intensos de activación vegetativa. Falta relativa

de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle. Existe amnesia del episodio.

- 18. Dificultades de la atención – concentración:** Dificultad para centrarse, de manera persistente, en una actividad concreta así como para construir y mantener un foco de atención que permita atender selectivamente a los estímulos (internos y externos) relevantes e ignorar los irrelevantes.
- 19. Ansiedad:** Estado emocional en el que se experimenta una anticipación aprensiva de daño o desgracia, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión y que puede presentarse de modo persistente. El objeto del daño anticipado puede ser interno o externo.
- 20. Temor a estar solo/a:** Sentirse vulnerable o desprotegido y requerir de la presencia de una figura cercana que le brinde seguridad.
- 21. Crisis de angustia situacionales o predisuestas:** Aparición brusca e intensa de miedo o malestar intenso. Miedo a perder el control, a volverse loco o a morir. Las crisis pueden ser situacionales o predisuestas, es decir, el sujeto asocia la aparición de los síntomas a un estímulo interno o externo vinculado al hecho violento.
- 22. Síntomas neurovegetativos:** Elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantamiento, malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, sensación de hormigueo, escalofríos o sofocaciones.
- 23. Irritabilidad:** Emoción generalizada y persistente que se caracteriza por una elevada susceptibilidad, reacciones de cólera y enojo.
- 24. Poca tolerancia a la frustración:** Dificultades para postergar la satisfacción inmediata de los deseos, impulsos o anhelos. Entre las manifestaciones más

comunes están las explosiones de ira, enfado y llanto ante las negativas o prohibiciones, estados de contención, inhibición, tristeza y pesimismo.

- 25. Temores y miedos:** Sentimiento aprensivo y desproporcionado ante objetos, personas o situaciones que con independencia de su naturaleza son consideradas peligrosas o dañinas para el sujeto.

III. Indicadores disociativos

- 26. Amnesia Disociativa:** Incapacidad para recordar información relacionada con acontecimientos desagradables o estresantes.
- 27. Amnesia selectiva:** Dificultad o incapacidad para evocar los recuerdos. No recuerda situaciones específicas asociadas a un hecho desagradable o estresante.
- 28. Flashbacks (Re-experimentación del evento violento):** Vívida re-experimentación del evento violento. La persona pierde parcialmente la consciencia del presente y tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia traumática al sobrevenirle imágenes, percepciones, emociones, conductas, incluso ilusiones o alucinaciones relacionadas con el evento violento.
- 29. Despersonalización:** Sensación de extrañeza o irrealidad con respecto a sí mismo, como si fuese un observador externo de su propio cuerpo o de sus procesos mentales.
- 30. Desrealización:** El mundo es percibido como algo irreal, las cosas o personas circundantes son sentidas como desconocidas o extrañas.
- 31. Embotamiento y/o desapego emocional:** Disminución de la capacidad de experimentar emociones, especialmente amorosas, en sus vínculos más cercanos.

IV. Indicadores de alteración en el pensamiento y la percepción

32. Evitación de pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas al evento

violento: Esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático.

33. Intrusión de pensamientos, sentimientos asociadas al evento violento:

Ideas, pensamientos, sentimientos asociados al evento violento que involuntariamente son recordados por la víctima ocasionándole malestar y dolor subjetivo; suelen presentarse en forma súbita y no tener relación con la actividad que se viene desempeñando.

34. Alteraciones de la percepción: Alteración de la función de recoger y elaborar la información proveniente del exterior e interior y dotarla de significado acorde a la realidad. Las alteraciones más frecuentes son: ilusión (percepción alterada de un estímulo real) y alucinación auditiva (percepción sin estímulo real).

35. Delirios: Presencia de ideas aisladas y/o articuladas entre si, que evidencian una falsa creencia o una inferencia incorrecta acerca de la realidad externa. Las ideas son sostenidas con certeza, a pesar de la ausencia de evidencias. Entre las ideas delirantes más frecuentes aparecen las de persecución, celos, grandeza, control influencia etc.

V. Indicadores de alteraciones en el control de impulsos que se manifiestan en la conducta

36. Conductas autoagresivas: Conducta que implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Se manifiesta en conductas como: golpearse la cabeza contra los objetos, morderse,

pincharse la piel o los orificios corporales, hacerse cortes en las muñecas u otras partes del cuerpo, golpear el propio cuerpo, jalarsé los cabellos.

37. Restricción alimentaria: Rechazo o disminución de la ingesta de alimentos descuidando los requerimientos necesarios para vivir el día a día, asociado a la preocupación por el peso.

38. Atracones: Ingesta compulsiva de alimentos acompañada de una sensación subjetiva de descontrol.

39. Provocación del vómito: Consiste en provocarse el vómito estimulando zonas de la garganta, sin importar la autoagresión física y fisiológica que se produce con esta conducta.

40. Interés o preocupación excesiva por temas sexuales: Incluye temas sexuales durante conversaciones fuera de contexto, intentos persistentes o excesivos de ver a otros mientras se visten, se bañan o van al baño; interés excesivo o persistente por la pornografía, dibujos y juegos sexualmente explícitos.

41. Comportamiento sexual inadecuado: Comportamiento sexualizado que no corresponde a lo esperado, que es dañino para sí mismo o para otros. Por ejemplo: exposición persistente o excesiva de sus propios genitales a otros, tocar partes del cuerpo de otros sin su consentimiento, conductas *voyeuristas*, simular el acto sexual con objetos, animales, promiscuidad sexual, etc.

42. Inhibición del deseo sexual: Inhibición o desinterés en temas sexuales y/o disminución del deseo sexual o libido.

43. Conducta suicida: Persona que ha intentado quitarse la vida en una o varias ocasiones. El indicador señala el paso a la acción del suicida en su intención de autoeliminarse.

- 44. Conductas heteroagresivas:** Comportamiento destructivo y hostil contra los demás y el medio ambiente con la intención de provocar daño.
- 45. Conducta antisocial:** Patrón de conducta que infringe las reglas y expectativas sociales y que incluye acciones contra el entorno, incluyendo personas y propiedades. Se manifiesta en robos, fugas del hogar o colegio, actos de vandalismo o destrucción de la propiedad, crueldad con animales o personas, participación en estafas, asaltos, extorsiones -ya sea por beneficio personal o por placer-, y ausencia de remordimientos ante acciones transgresoras.
- 46. Respuesta impulsiva:** Se caracteriza por una respuesta precipitada a los estímulos, actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento, excesivo cambio de una actividad a otra.
- 47. Conductas adictivas secundarias:** Conductas adictivas de riesgo como consumo de alcohol y drogas, adicción al juego y videojuegos, como un mecanismo evitativo o de fuga de la realidad.
- 48. Exposición a situaciones de riesgo:** La persona tiene conductas que ponen en riesgo su vida como reacción a experiencias traumáticas. Puede tomar la forma de exposición a ser asaltado, a tener accidentes, a contraer enfermedades (sexuales, por ejemplo), a participar en pandillas, etc.
- 49. Descontrol psicomotriz:** Estado extremo de pérdida del control de los impulsos sin finalidad objetiva o voluntad caracterizados por movimientos violentos, gestos, gritos o llanto que requieren de intervención inmediata para el control de los síntomas.

VI. Indicadores de alteraciones en la calidad del vínculo interpersonal

- 50. Desadaptación familiar:** Sensación de estar excluido del círculo familiar, de no sentirse escuchado, tenido en cuenta, de no tener un lugar en el afecto de



los seres cercanos. Sensación de rechazo que puede manifestarse en conductas de aislamiento, desafío y cólera.

51. Sumisión: Conducta y actitud de subordinación frente a la conducta y actitud dominante de otro. No muestra capacidad de respuesta frente a las dificultades y se sostiene desde la dependencia.

52. Pérdida de confianza hacia personas cercanas: Las personas pueden mostrar una marcada falta de confianza y de seguridad en sus relaciones con las personas significativas. La pérdida de confianza está dirigida a algunos o a todos los miembros de su círculo familiar, a sus cuidantes, amigos, pareja.

53. Susplicacia: Actitud de desconfianza o sospecha ante las intenciones y comportamientos de los demás. Se suele pensar que los otros se pueden aprovechar de ellos, hacerles daño o engañarlos; se duda de la fidelidad o lealtad de los seres cercanos o se vislumbran amenazas o degradaciones en hechos insignificantes.

54. Temor, desagrado y/o rechazo al contacto físico: Respuesta de temor, desagrado y/o rechazo ante la experiencia de ser tocado por personas del entorno familiar y cercano, incluye la respuesta de desagrado al contacto físico con la pareja.

55. Aislamiento y/o retraimiento: Evitación de contactos interpersonales, la persona se muestra apartada físicamente y/o constreñida emocionalmente, prefiere actividades solitarias, tiene dificultades para integrarse a los grupos, incluso puede mostrar inhibición en la expresión social de afectos.

56. Oposicionismo desafiante: Patrón persistente de conducta negativista, hostil y desafiante, excesiva para el contexto sociocultural y el nivel de desarrollo de la persona que causa un deterioro significativo en su funcionamiento social. Se

manifiesta en conductas excesivamente rebeldes y provocativas y discusiones repetidas con figuras de autoridad.

57. Dificultades para establecer vínculos con pares y/o pareja: Presencia de conductas inhibidas, retraídas y temerosas ante el contacto social. Sensación de poder ser rechazado por los pares y/o pareja.

58. Ideación homicida: Pensamientos persistentes de eliminar a una o varias personas. Presencia de ánimo hostil y vengativo.

VII. Indicadores de alteraciones en la autovaloración y en el propósito de vida

59. Desesperanza frente al futuro: Actitud caracterizada por pesimismo y desilusión frente al futuro que repercute en la relación de la persona con su entorno y limita su construcción de metas.

60. Dificultad en el logro de metas: La persona siente que no está en capacidad de obtener los objetivos que se traza, puede tener un plan con metas, pero éstas no logran mantenerse consistentes en el tiempo o la persona no logra esforzarse por conseguir las.

61. Pérdida del sentido de la vida: Sentimientos de pérdida del valor particular que la persona le había conferido a su vida, de que las razones y propósitos que anteriormente le servían para orientar su vida ya no están o están menoscabados.

62. Pérdida o disminución de la capacidad de auto-eficacia: Disminución de la capacidad para resolver problemas, la persona se abruma o siente que tiene que hacer un esfuerzo muy grande para sobreponerse a situaciones complicadas en sus relaciones interpersonales, familia, trabajo, estudios.



- 63. Desvalorización de sí mismo(a):** La persona tiene una percepción negativa o descalificación de sí mismo(a). Hay una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado, inútil, indigno. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán, producto de un estigma social.
- 64. Sentimientos de culpa:** La víctima se responsabiliza del hecho violento, cree que la violencia depende de ella, que la ha provocado y por ello la justifica. Se siente culpable no sólo por la violencia sino por su reacción ante la misma: silencio, encubrimiento, tolerancia, etc.



ANEXO 8:**CIE X****Capítulo XXI: factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud**

- (Z59) Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z59.0) Problemas relacionados con la falta de vivienda
- (Z59.1) Problemas relacionados con vivienda inadecuada
- (Z59.2) Problemas caseros y con vecinos e inquilinos
- (Z59.3) Problemas relacionados con persona que reside en una institución
- (Z59.4) Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados
- (Z59.5) Problemas relacionados con pobreza extrema
- (Z59.6) Problemas relacionados con bajos ingresos
- (Z59.7) Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar
- (Z59.8) Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z59.9) Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z60) Problemas relacionados con el ambiente social
- (Z60.0) Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
- (Z60.1) Problemas relacionados con situación familiar atípica
- (Z60.2) Problemas relacionados con persona que vive sola
- (Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural
- (Z60.4) Problemas relacionados con exclusión y rechazo social
- (Z60.5) Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
- (Z60.8) Otros problemas relacionados con el ambiente social

- (Z60.9) Problema no especificado relacionado con el ambiente social
- (Z61) Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez
- (Z61.0) Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
- (Z61.1) Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
- (Z61.2) Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
- (Z61.3) Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
- (Z61.4) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
- (Z61.5) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
- (Z61.6) Problemas relacionados con abuso físico del niño
- (Z61.7) Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
- (Z61.8) Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
- (Z61.9) Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia
- (Z62) Otros problemas relacionados con la crianza del niño
- (Z62.0) Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
- (Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
- (Z62.2) Problemas relacionados con la crianza en institución
- (Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- (Z62.4) Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
- (Z62.5) Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- (Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza

- (Z62.8) Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
- (Z62.9) Problema no especificado relacionado con la crianza del niño
- (Z63) Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares
- (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja
- (Z63.1) Problemas en la relación con los padres y los familiares polítricos
- (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
- (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- (Z63.5) Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
- (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
- (Z63.8) Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
- (Z63.9) Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo
- (Z64) Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales
- (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado
- (Z64.1) Problemas relacionados con la multiparidad
- (Z64.2) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro
- (Z64.3) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
- (Z64.4) Problemas relacionados con el desacuerdo con consejeros
- (Z65) Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

- (Z65.0) Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión
- (Z65.1) Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento
- (Z65.2) Problemas relacionados con la liberación de la prisión
- (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales
- (Z65.4) Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo
- (Z65.5) Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades
- (Z65.8) Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales
- (Z65.9) Problemas relacionados con circunstancias psicosociales no especificadas
- (Z70) Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual
- (Z70.0) Consulta relacionada con la actitud sexual
- (Z70.1) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente
- (Z70.2) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona
- (Z70.3) Consulta relacionada con preocupaciones combinadas sobre la actitud, la conducta y la orientación sexuales
- (Z70.8) Otras consultas sexuales específicas
- (Z70.9) Consulta sexual, no especificada
- (Z71) Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte
- (Z71.0) Persona que consulta en nombre de otra persona
- (Z71.1) Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico
- (Z71.2) Persona que consulta para la explicación de hallazgos de investigación
- (Z71.3) Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta
- (Z71.4) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol
- (Z71.5) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas

- (Z71.6) Consulta para asesoría por abuso de tabaco
- (Z71.7) Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
- (Z71.8) Otras consultas especificadas
- (Z71.9) Consulta, no especificada
- (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida
- (Z72.0) Problemas relacionados con el uso del tabaco
- (Z72.1) Problemas relacionados con el uso del alcohol
- (Z72.2) Problemas relacionados con el uso de drogas
- (Z72.3) Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
- (Z72.4) Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados
- (Z72.5) Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
- (Z72.6) Problemas relacionados con el juego y las apuestas
- (Z72.8) Otros problemas relacionados con el estilo de vida
- (Z72.9) Problema no especificado relacionado con el estilo de vida
- (Z73) Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida
- (Z73.0) Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)
- (Z73.1) Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad
- (Z73.2) Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso
- (Z73.3) Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte
- (Z73.4) Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas, no clasificados en otra parte
- (Z73.5) Problemas relacionados con el conflicto del rol social, no clasificados en otra parte
- (Z73.6) Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad



- (Z73.8) Otros problemas relacionados con dificultades con el modo de vida
- (Z73.9) Problemas no especificados relacionados con dificultades con el modo de vida
- (Z74) Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios



ANEXO 9:

Instrumentos de evaluación sugeridos

Pruebas de Organicidad

- Test Guestáltico Visomotor de Bender
- Test de Retención Visual de Benton
- Mini Mental Test
- Test de Organización perceptiva de Santucci

Test o Escalas de Inteligencia

- Test de Barsit (Barranquilla)
- Test de Dominó
- Test de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Escala de Inteligencia de Stanford Binet
- Escala de Inteligencia de Weschler
- Test de Vocabulario de Imágenes de Peabody
- Test de Inteligencia No Verbal TONI-2

Test o Escalas de Personalidad

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon
- Inventario de Estilos de Personalidad de Millon - MIPS
- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon - MACI
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
- Test 16 PF de Cattell



- Inventario de Personalidad de Eysenck & Eysenck
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ - R
- Test de Eysenck para Niños
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Test de la Persona Bajo la Lluvia
- Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)
- Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R)
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Test o Escalas de área emocional

- Escala de Depresión de Hamilton
- Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI
- Inventario de Expresión de Ira Estado - Rasgo (STAXI-2)
- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung
- Escala Autoaplicada de Ansiedad de Zung
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Agresividad de Buss Durkee
- Prueba de Autoestima 25
- Inventario de Cociente Emocional de Baron ICE
- Cuestionario de Impulsividad de Barrat
- Test de la Persona Bajo la Lluvia
- Test del HTP (Casa, Árbol, Persona)
- Inventario del Desajuste del Comportamiento Psicosocial para niños
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación e Inadaptación (TAMAI)
- Test “Conociendo mis Emociones”



Test de Clima familiar

- Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar - FACES III
- Escala de Clima Social Familiar (FES)
- Test de la Familia de Corman

