

2016

MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN

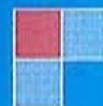
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y
CIENCIAS FORENSES

“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 Dfáz 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. Danae 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-i). *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 1º 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 2º 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 2º 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 5º 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 6º 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 dependen, 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 Guía, 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 desarrollando (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 psicósomática, 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 Riso (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 (Szydlo 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 Guía 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 prójimos. 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).



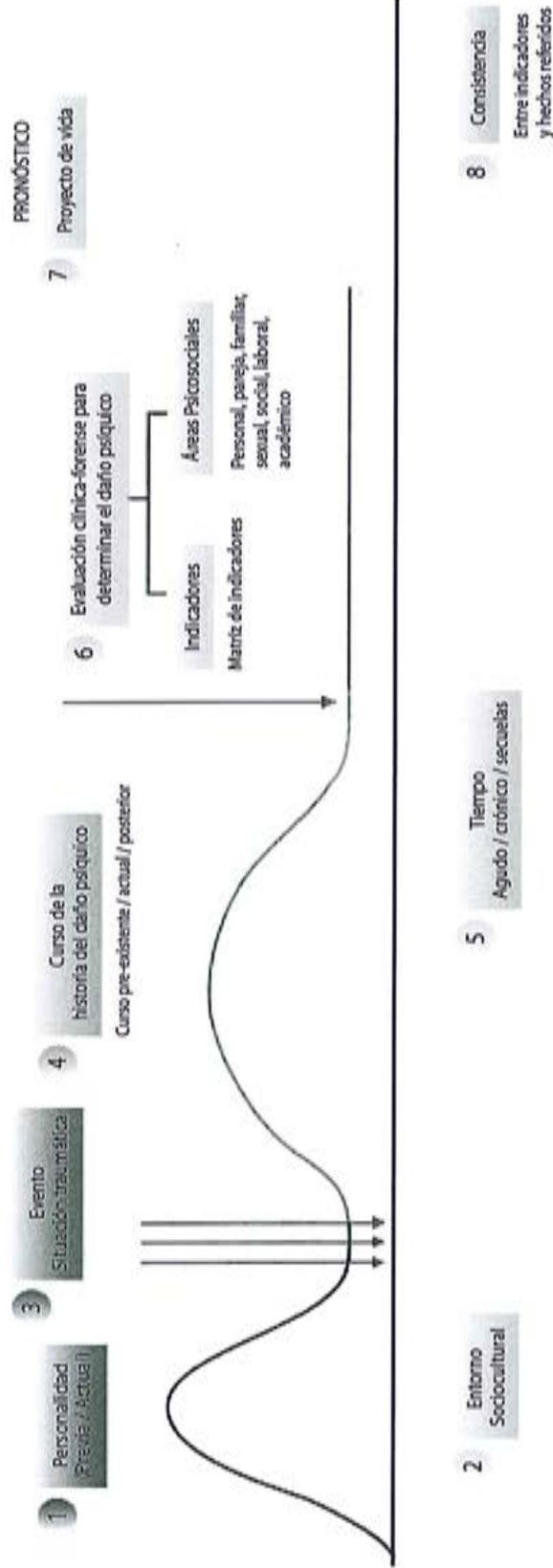
- g) *Proyecto de vida*: se considera la alteración del proyecto de vida encontrada en una o más áreas de funcionamiento y si esta es reversible o irreversible.
- h) *Consistencia de los indicadores de daño psíquico encontrados con los hechos de violencia referidos*: se considera la consistencia de la 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

o **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?

o **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?

o **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



ñez? 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?



o **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?

o **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?

o **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?

o **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 ()



- o Personalidad ()
- o Examen psiquiátrico ()
- o Exámenes toxicológicos ()
- o Exámenes de laboratorio ()
- o Exámenes imagenológicos ()
- o 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	0	L	M	G	0	L	M	G	M	0	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	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M	
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 psicossomáticos ¿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	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M
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 predisuestas ¿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	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M	
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. Atracciones ¿Ha comido en exceso sin tener hambre?																	



	Curso Actual					Curso Posterior					Curso Pre-existente					
	P	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M
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	0	L	M	G	M	0	L	M	G	M
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	O	L	M	G	M	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.

<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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)</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>



<p>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).</p>	()
--	-----

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 PSÍQUICO

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.

<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()



<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>

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.

<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>



<p>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).</p>	<p>()</p>
<p>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).</p>	<p>()</p>

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.



<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()
<p>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).</p>	()

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.



PARTE IX: 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	()

PARTE X: RECOMENDACIONES

La persona evaluada requiere:

- Una nueva evaluación dentro de (número de meses)..... meses para la valoración de las secuelas del hecho referido.

- Otras recomendaciones

Fecha de la realización del Informe:

Nombre y firma del perito a cargo de la evaluación:



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)

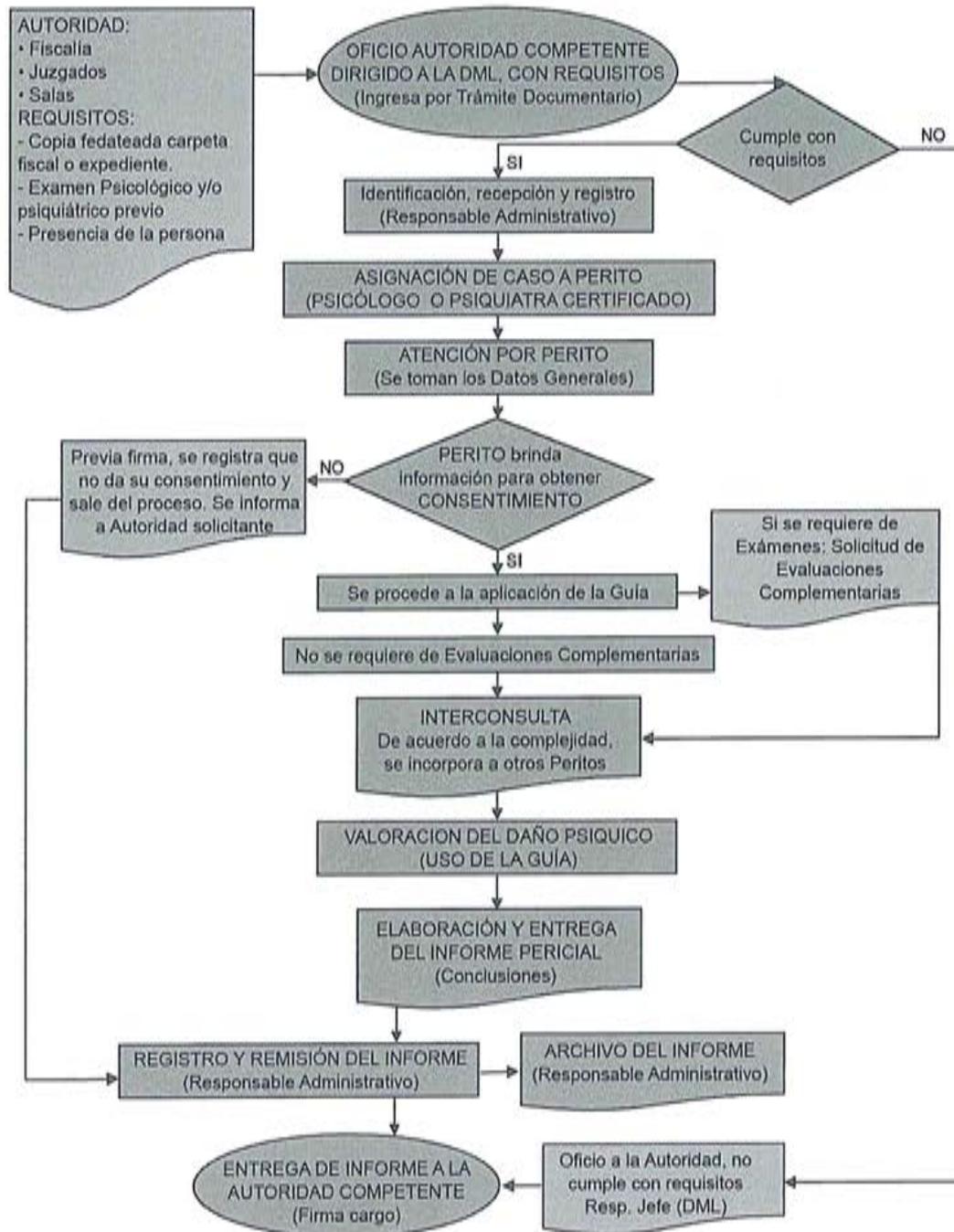
.....
(Firma)

.....
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. Hipersomnias: 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, jalar 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 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 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, entendiéndose 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)		
Síntomas psicopatológicos generales	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
	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
Estrés Posttraumático	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 Birriere)	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)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo
		Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
		Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Política





Áreas de evaluación	Instrumentos	Estudios	Modalidad de violencia
Depresión	Inventario de Depresión (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, ve. Vásquez y Samz, 1997)	Echeburua, Corral y Amor (1998)	Violencia Doméstica, Agresiones Sexuales, Víctimas de Terrorismo
	Escala de Valoración de la Depresión (HRS, Hamilton, 1960, ve. Comde y Franch, 1984)	Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002)	Violencia Doméstica
Sistema de creencias	Hopkins Symptom Check List-25; HSCL-25	Pedersen, Gamarra, Planas y Errázuriz (2001)	Violencia Política
	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



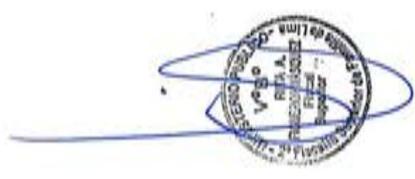
ANEXO 5: SÍNDROMES CULTURALES

CUADRO N° 1: ALCANZO O PACHA (AGARRADO POR LA TIERRA)		
Denominaciones	Sintomatología nosología	Aspectos causales
<p>Alkanzo, pachas pacha q'apirusqa (Andahuaylas).</p> <p>Pacha qapísqa, pacha kamasqa o pacha oqarisqa (Ayacucho y Huancavelica)</p> <p>Jallpajapisk'a (Canas)</p> <p>Pacha, pacha ganarun, llapchasqa, qapísqa o agarrado por la tierra (Cangallo)</p> <p>Pacha hapísqa (Cusco);</p> <p>Alkanzo, pacha o pachajapín (Huamanga); Pampa chalay (Huancayo);</p> <p>Jallpajapiska o lugar hapísqa (Puno)</p> <p>Orakten - oraqencajatawa o laqan batata (Puno);</p> <p>Pacha o alkanzo (Vileas Huamán).</p>	<p>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).</p> <p>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.</p>	<p>TaytaOrccoUnquyo 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".</p> <p>Amaru Qapísqa agarrado por el espíritu del Amaru: agarrado por el espíritu malévolo que vive en las quebradas o lugares propicios, como son ríos, lagunas o manantiales.</p> <p>Rumi Qapísqa agarrado por el espíritu de las piedras, debido a la evaporación de los minerales, o evaporación de "animiento" de la tierra, cuando en el trabajo se saca las piedras del terreno o cuando uno se sienta sobre una piedra grande.</p> <p>Sacha Qapísqa agarrado por el espíritu de los árboles, por las emanaciones de la tierra o las evaporaciones (fumo) del "animiento", cuando se saca el monte o cuando se corta plantas "escantadas" que crecen en los puñales (maico, cedro, pauca), sin haber hecho previamente el pagapu.</p> <p>"Agarrado" (apropiado, posesionado, cogido, tomado) por la tierra (o por sus poderes negativos cuando se halla enojada) se genera por:</p> <p>No realizar los pagos u ofrendas antes de iniciar los Caer o ser tumbado bruscamente por algún animal.</p> <p>Dejar caer algunas gotas de su sangre (principalmente en tierra virgen).</p> <p>Sentarse o recostarse con descuido, dormir en el campo, a medio camino o en el peso recién construido de una casa.</p>
		<p>Relación con la nosología de la medicina académica</p> <p>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.</p>





CUADRO N° 2: MANCHARISQA (SUSTO, ESPANTO)	
Denominaciones	Descripción
<p>Mancharisqa, mancharisqa, wawamancharisqa, anarujisqa (Ayacucho)</p> <p>Pacha o suso, mantasy o suso fuerte (Aucash)</p> <p>Mancharisqa, suso o pacha chasquinin (Andahuaylas)</p> <p>Tapia hapadora (Ayabaca)</p> <p>Ánimo pawasqa o pacha chasquinin (Huancavelica).</p>	<p>Se entiende por susto, según la tradición oral andina, a la pérdida del alma o ánima de la persona, como consecuencia de una fuerte impresión recibida y la imposibilidad de retenerla. El alma alejada, huida o apartada vagará hasta que el curandero pueda devolverla al cuerpo. Es causado por los espíritus, influencia maléfica de seres sobrenaturales, como duendes y seres que habitan en las punas. También se provoca por caídas, encuentros sorpresivos, accidentes, persecuciones, fenómenos naturales y sobrenaturales. Estos se relacionan también con el azar, la mala suerte, la mala hora, el mal sitio, además de las preocupaciones y los estados de ánimo.</p>
	<p>Síntomas</p> <p>Pérdida de apetito, decaimiento general, adelgazamiento y debilidad, anemia y palidez, desórdenes nerviosos, depresión, tristeza, irritabilidad, intranquilidad, nerviosismo y llanto; escalofrío, fiebre, náuseas, vómitos y diarreas; sueño sobresaltado, sudor, delirio y suspiros continuos; dolor de cabeza, tartamudeo temporal. En los casos de "espanto" suelen presentarse alucinaciones y delirio de persecución, acompañados de invalidez total o parcial.</p> <p>La gravedad está en estrecha relación con la edad del enfermo, su estado emocional y el marco de circunstancia en que se produce. Asimismo, surgen enfermedades derivadas del susto:</p> <p>Chukcha o paludismo (Cajamarca) y chukcha o mal de valle (Ayacucho).</p> <p>Diarrea por miedo (Andahuaylas) y ñuñupa (Ayacucho, Huancavelica, Cusco).</p> <p>Idiocia congénita en niños, es una enfermedad producida como consecuencia de los sustos sufridos por la madre durante el embarazo (Ayacucho).</p> <p>Mulla, enfermedad que se origina como consecuencia del susto cuando la persona camina de noche o muy de madrugada o vive sola (Puno).</p> <p>Poshekeria o anemia que se caracteriza por extrema debilidad y un color amarillento de la piel que se produce por la "salida del alma" (Lamas)</p>





CUADRO N° 3: KUTICHIY O DAÑO			
Denominaciones	Descripción	Síntomas	Aspectos causales
Jamp'atutiw'kask'a, chupunatitu, p'istalla o p'ásotja, ttiuka, itawí (Puno)	En el mundo quechua y aymara Kutichiy expresa una "contraoperación" que se practica para contrarrestar los efectos de algún daño (brujería). 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 producen porque el animal "chupa" la sangre de la personas; 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 itakayqa o respuesta de los árboles.- Ocurre por cortar las ramas de los árboles en Luna nueva. Ruruñakayqa o respuesta de los productos.- Por desramar y pisar sin ningún respeto los productos de la tierra (papas, ocas, granos y los productos elaborados por el hombre).
Uywañakayqa (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, taparacos, 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 Lamas, 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.	<p>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 cría. Los síntomas no han sido definidos.</p> <p>Agravio de víboras, de caballos o de cerdos.- Afecta a niños recién nacidos (hasta la edad de 2 meses). Produce hinchazón, bizquera, legañas, fiebres altas y torceduras.</p> <p>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.</p>





CUADRO N° 5: CUTIPADO (JAHUINQUIN, COPIA)

Descripción	Aspectos causales y síntomas
<p>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>	<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 periodo 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 piodermiitis 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/ins/bms-sc-es-es/> "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” (Escurrea, 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 (Escurrea, 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.

Escurra, 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 - HideyoNoguchi (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

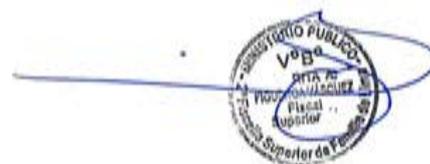
MINSA (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud y MINSA.

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-Küstnerd, 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.

