2016

MINISTERIO PÚBLICO

FISCALÍA DE LA NACIÓN

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

"DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA"

GUÍA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR; Y EN OTROS CASOS DE VIOLENCIA

Lima – Perú

2016

JEFATURA NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

MINISTERIO PÚBLICO

FISCALÍA DE LA NACIÓN

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES "DR. LEONIDAS AVENDAÑO URETA"

GUÍA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR; Y EN OTROS CASOS DE VIOLENCIA

FISCAL DE LA NACIÓN

DR. PABLO SÁNCHEZ VELARDE

JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

DR. SEGUNDO ELEAZAR ALIAGA VIERA





AUTORES DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Psicóloga Alicia Cristina Ayala Véliz
División Médico Legal del Callao
Psicólogo Edgardo Soto Tenorio
División Médico Legal de Lima Este
Psicóloga Estela Jessica Mejía Lovatón
División Médico Legal de Lima Norte
Psicóloga Giovana del Pilar Velarde Castro
División Médico Legal de Lima Sur
Psiquiatra Manuel Sotelo Trinidad
División Médico Legal de Lima-DICLIFOR
Psicóloga María Caridad Lamas Calderón
División Médico Legal de Lima-DICLIFOR

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

Rita Arleny Figueroa Vásquez
Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima
Rosario Susana López Wong
Fiscal Superior Coordinadora de la Unidad Central de Asistencia a Víctimas y Testigos
Henry Víctor Caballero Pinto
Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima
Lourdes Emérita Morales Benavente
Fiscal Provincial de la Décimo Cuarta Fiscalía Provincial de Familia de Lima
Katherine Borrero Soto
Fiscal Provincial de la Décimo Tercera Fiscalía Provincial Penal de Lima
María Lourdes Flores Dávila
Fiscal Provincial de la Décimo Sétima 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

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VIERA JEFE(e) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Karla Yaquelin Salazar Zamora

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

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

Rita Arleny Figueroa Vásquez

Fiscal Superior de la Segunda Fiscalía Superior de Familia de Lima

Rosario Susana López Wong

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

Oswaldo Elías Taccsi Guevara

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

Henry Víctor Caballero Pinto

Fiscal Provincial de la Octava Fiscalía Provincial de Familia de Lima

María Lourdes Flores Dávila

Fiscal Provincial de la Décimo Sétima 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)

AGRADECIMIENTOS

La socialización de la Guía permitió contar con los puntos de vista de los psicólogos forenses de las diferentes sedes del país y de esta forma enriquecerla, por lo que corresponde mencionar a las siguientes Divisiones Médico Legales, reconociendo sus aportes y agradeciendo su interés:

Primera Socialización (abril-mayo):

DML II Ancash (Huari, Caraz).

DML III Arequipa (Arequipa).

DML II Cañete (Cañete, Mala, Yauyos).

DML II Huánuco

DML II Huancavelica (Angaraes, Huancavelica, Tantará).

DML II Ica (Nasca, Chincha).

DML III Junín (Chanchamayo, Concepción, Jauja, Oxapampa, Satipo, Tarma, Yauli).

DML III Lambayeque

DML II La Libertad (Gran Chimú, Trujillo, Pacasmayo).

DML II Lima Este (Chosica, Huaycán).

DML II Lima Norte

DML II Lima Sur

DML II Madre de Dios

DML II Pasco (Huariaca, Pasco, Santa Ana de Tusi, Yanahuanca).

DML II Piura (Piura, Sullana).

DML II Santa

DML II Tacna (Alto de la Alianza, Tacna).

DML II Tumbes (Tumbes y Zarumilla).

DML II Ucayali

Segunda Socialización (junio):

DML II Amazonas (Utcubamba).

DML III Arequipa (Arequipa, Caylloma).

DML II Cañete (Cañete, Mala, Yauyos).

DML III Junín (Chanchamayo, Concepción, Jauja, Junín, Oxapampa, Satipo, Puerto Bermudez, Tarma, Tayacaja y Yauli).

DML II La Libertad (Pacasmayo, Trujillo).

DML II Lima Este (Huaycán).

DML II Madre de Dios (Madre de Dios, Puerto Maldonado).

DML II Piura (Paita).

DML II Puno

DML II San Martín

DML II Tacna (Alto de la Alianza, Tacna).

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALARCA VIERA JEFE NACIONAL (e) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° FISCAL SUPERIOR

Índice

Agradecimientos	4
Introducción	9
Justificación	12
PRIMERA PARTE	
Capítulo I:	
1. Aspectos Generales	14
1.1 Objetivos de la Guía	14
1.2 Población Objetivo	14
Capítulo II:	
2. Marco Legal	15
2.1 Marco Normativo	15
2.2 Enfoques	17
2.3 Principios Rectores	18
2.4. Aspectos deontológicos	19
Capítulo III:	
3. Marco Teórico	23
3.1. Definiciones básicas	23
3.1.1. Violencia	23
3.1.2. Agresión	23
3.1.3. Conflicto	23
3.1.4. Análisis del hecho fáctico	23
3.1.5. Daño psicológico	24
3.2 Violencia hacia la Mujer	26
3.3 Violencia contra los integrantes del grupo familiar	26
3.4. Personalidad	27
3.5 Valoración de la vulnerabilidad y factores de riesgo	28
3.5.1. Vulnerabilidad	
3.5.2. Vulnerabilidad en niños	
3.5.3. Factor de riesgo	
3.6. Diferencia entre una valoración psicológica clínico y una forense	29

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E. ALIAGA VIERA
JEFE NACIONAL I.M.L.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
RITA A. FIGUEROA VASQUEZ
Fiscal Superior
Fiscalía Superior de Familia de Lima

SEGUNDA PARTE

Capítulo I:

1. Procedimiento administrativo de admisión, recepción, identificación y registro 33

1.1 Consideraciones Generales 33

1.1.1 Criterios 33

1.1.2 Responsable 33

1.2. Recepción del oficio 33

1.3. Identificación del usuario 34

1.4. Registro del usuario 35

1.5. Programación de la cita 36

Capítulo II:

2. Procedimiento pericial psicológico forense 37

2.1. Consideraciones Generales 37

2.2. Objetivos de la pericia psicológica 37

2.3. Responsable 38

2.4. Instructivo para la aplicación de la metodología 38

2.4.1 Respecto del Evaluado 38

2.4.2 Respecto de la Infraestructura y Equipamiento 40

2.4.3 Condiciones para la Evaluación Psicológica 41

2.5. Tiempo técnico estimado 41

Capítulo III:

3. Metodología de la evaluación psicológica forense 43

3.1 Técnicas de Exploración 43

A. Observación de Conducta 43

B. Entrevista Psicológica Clínico - Forense 43

C. Instrumentos de Evaluación psicológica 43

3.2 Estructura del informe psicológico 44

3.3 Recomendaciones para el psicólogo evaluador 53

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. AUGUSTO VIERO JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior de Familia

Referencias	55
Anexos:	61
Anexo 1: Flujograma	62
Anexo 2A: Consentimiento Informado (adultos)	63
Anexo 2B: Consentimiento Informado (niños, niñas y adolescentes)	64
Anexo 3: Definiciones Conceptuales	65
Anexo 4: Definiciones Operacionales	66
Anexo 5: Diagnósticos y Conclusiones	67
Anexo 6: Ampliación del Marco Teórico	71
Anexo 6A: Violencia	71
Anexo 6B Familia	90
Anexo 6C: Personalidad	93
Anexo 6D: Factores de riesgo – Dinámica relacional	99
Anexo 7: Definiciones operacionales de los indicadores de afectación emocional	107
Anexo 8: Códigos CIE X	117
Anexo 9: Instrumentos de evaluación sugeridos	123

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALAGA VIERA JEFE NACIONAL (E) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° FLOR A. TINOCO MAQUEZ FISCAL Superior

Introducción

En el siglo XVIII el criminólogo francés Edmond Locard enunció un principio fundamental de las ciencias forenses: *"Quisqunque tactus vestigia legat"* ("todo contacto deja una huella"). La búsqueda de las huellas dejadas por el asesino en la escena del crimen permitió recoger las evidencias para encontrar al autor del delito. Sin embargo, en ese entonces Locard, no imaginó que siglos después la psicología forense también hallaría esas huellas en la mente y en el alma de las víctimas, transformándolas en pruebas de la violencia que habían sufrido.

Si bien la Organización de las Naciones Unidas ha definido a la violencia como un problema ubicuo, que ha acompañado a la historia de la humanidad en los más diversos lugares, tiempos y culturas, es necesario diferenciar a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar como un tipo fundamental de violencia que dará el escenario en el que se desarrollarán las otras formas de violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En el Perú los índices de violencia se han incrementado permanentemente. Diversas instituciones del Estado y la sociedad civil están a la búsqueda de mecanismos e instrumentos que permitan una intervención eficaz e inmediata para evitarla y proteger a sus víctimas, especialmente a aquellas en las que su integridad y su vida se encuentren en grave riesgo, como son los casos de feminicidio.

La derogada Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar y sus posteriores modificaciones, constituyeron un mecanismo fundamental de protección ante esta violencia. La vigente Ley N° 30364 **"Para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar"** representa un nuevo avance que marca un cambio fundamental en el proceso de investigación y en la intervención pericial.

En el marco de esta nueva Ley, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público ha elaborado la ***"Guía de Evaluación Psicológica Forense en Casos de Violencia contra las Mujeres y los integrantes del grupo familiar; y en otros casos de***





Violencia" como un instrumento psicológico forense que busca orientar el proceso de la evaluación psicológica, adecuando su metodología a los nuevos requerimientos de la Ley con los mejores estándares de calidad, respeto a la dignidad de los evaluados y eficiencia pericial.

La Primera parte se divide en tres Capítulos, los cuales tratan sobre Aspectos Generales referidos a los objetivos de la guía y la población a la que se dirige; el Marco Legal, hace mención a los principios, marco normativo y enfoques; y, posteriormente el Marco Conceptual, que contiene conceptos y definiciones propias de la Guía. La Segunda Parte se divide también en tres Capítulos, que incluyen los Procedimientos Administrativos (admisión, recepción, identificación y registro), el Procedimiento Pericial Psicológico Forense propiamente dicho; y, finalmente la Metodología de la Evaluación Psicológica Forense.

La aplicación de la presente Guía permitirá al psicólogo forense arribar a las siguientes conclusiones:

1. El diagnóstico clínico forense, que señalará la afectación psicológica u otra alteración que presente el evaluado.
2. El hecho o evento violento que generó el diagnóstico clínico forense.
3. La personalidad o características comportamentales del evaluado.
4. La vulnerabilidad o riesgo del evaluado.
5. La respuesta a requerimientos de los operadores de justicia. La pertinencia de la valoración del Daño Psíquico.
6. Las recomendaciones o sugerencias que estime pertinente el evaluador.

Este instrumento constituye un avance en el desarrollo de la Psicología Forense en nuestro país y una contribución en la búsqueda permanente de alcanzar justicia.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALMEIDA VEGA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

Justificación

La evaluación psicológica forense constituye un instrumento especializado que permitirá colaborar con los operadores de justicia para los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; y en otros casos de violencia.

Es ante las exigencias de la nueva Ley N° 30364, que ha sido necesario desarrollar la *Guía de Evaluación Psicológica Forense en casos de Violencia contras las Mujeres y los Integrantes del grupo Familiar; y en otros casos de Violencia,* cuya metodología de intervención determina el estado emocional, características comportamentales y vulnerabilidad de las personas implicadas en un hecho de violencia; además, constituye el nivel de abordaje inicial para la aplicación de la Guía de valoración de Daño Psíquico en Personas Adultas Víctimas de Violencia Intencional.

La Guía servirá como instrumento técnico de referencia para los profesionales psicólogos de establecimientos de salud de los diferentes sectores públicos y privados, que atiendan a víctimas de violencia.

Es importante señalar que, para su elaboración, la Guía fue socializada en el sector salud, seguridad social, entre otros, por la Comisión Especial para el diseño, conducción, coordinación, supervisión y evaluación del proceso de adecuación a la Ley N° 30364; y además entre los psicólogos forenses de las diferentes sedes a nivel nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, tomándose en cuenta las observaciones y los valiosos aportes de éstos.

JEFATURA NACIONAL
V°B°
SEGUNDO E. ALIAGA VIERA
JEFE NACIONAL I.M.L.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
V°B°
RITA A. FIGUEROA VALDEZ
Fiscal Superior

PRIMERA PARTE





Capítulo I

1. Aspectos Generales

1.1. Objetivos de la Guía. Establecer una metodología de trabajo para uniformizar criterios y sistematizar los procedimientos que orienten a los profesionales psicólogos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, así como de otras entidades públicas y privadas, dando respuesta a los requerimientos periciales solicitados para esclarecer un hecho de violencia.

1.2. Población objetivo.

a) Las mujeres durante todo su ciclo de vida: niña, adolescente, joven, adulta y adulta mayor.

b) Los miembros del grupo familiar:

- Cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes;
- Padrastros, madrastras;
- Ascendientes y descendientes;
- Los parientes colaterales de los cónyuges y convivientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad;
- A quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales;
- A quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia.

c) Los niños, adolescentes y adultos varones víctimas de violencia que no se encuentren dentro del grupo familiar.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDA JEFA NACIONAL IML INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. HUGGO VASQUEZ Fiscal Superior

Capítulo II

2. Marco Legal

2.1. Marco normativo

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-CEDAW, del año 1979 y su Protocolo Facultativo, aprobado por Resolución Legislativa N° 27429 en el año 2001.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará", ratificada en el año 1996.
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificada en el año 1990.
- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de la Organización de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional "Protocolo de Palermo".
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder.
- 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad.
- Constitución Política del Perú. 1993.
- Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes y sus modificatorias, año 2000.
- Código Penal y normas conexas.
- Código Procesal Penal. Decreto Legislativo 957. Libro Segundo, Sección II, Titulo II, Capítulo III, Artículo 172 al 181. 2004.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO ALAGA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA J. ROSARIO VÁSQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

- Código de Procedimientos Penales. Ley 9024. Libro II, Titulo VI, Artículo 160 al 169.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27115, Ley que establece la acción penal pública en los delitos contra la libertad sexual.
- Ley N° 28950, Ley Contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, año 2007.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30251, Ley que perfecciona el tipo penal de Trata de Personas.
- Ley N° 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, año 2015.
- Ley N° 27668, Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (2011-2021)
- Decreto Supremo N° 005-2016-IN que aprueba el Protocolo Intersectorial de prevención, investigación y protección a las víctimas de Trata de Personas.
- Protocolo del Ministerio Público para la Atención de las víctimas del delito de Trata de Personas, aprobado por Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 257-2014 del 23 de enero de 2014.
- Decreto Supremo 006-2016-MIMP. Protocolo Interinstitucional de Acción Frente al Feminicidio, Tentativa de Feminicidio y Violencia de Pareja de Alto Riesgo.
- Manual de Organización y Funciones del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Aprobado con RGG N° 727-2006-MP-FN-GG.
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú.
- Ley N° 28369 del Trabajo del Psicólogo.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ARAGA WEBA JEFE NACIONAL (e) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

2.2. Enfoques. Los enfoques orientadores de la Guía, son los siguientes:

ENFOQUES	DESCRIPCIÓN
1. Enfoque de género	Reconoce la existencia de circunstancias asimétricas en la relación entre hombres y mujeres, construidas sobre la base de las diferencias de género que se constituyen en una de las causas principales de la violencia hacia las mujeres. Este enfoque debe orientar el diseño de las estrategias de intervención orientadas al logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
2. Enfoque de integralidad	Reconoce que en la violencia contra las mujeres confluyen múltiples causas y factores que están presentes en distintos ámbitos, a nivel individual, familiar, comunitario y estructural. Por ello se hace necesario establecer intervenciones en los distintos niveles en los que las personas se desenvuelven y desde distintas disciplinas.
3. Enfoque de interculturalidad	Reconoce la necesidad del diálogo entre las distintas culturas que se integran en la sociedad peruana, de modo que permita recuperar, desde los diversos contextos culturales, todas aquellas expresiones que se basan en el respeto a la otra persona. Este enfoque no admite aceptar prácticas culturales discriminatorias que toleran la violencia u obstaculizan el goce de igualdad de derechos entre personas de géneros diferentes.
4. Enfoque de derechos humanos	Reconoce que el objetivo principal de toda intervención debe ser la realización de los derechos humanos, identificando a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho conforme a sus particulares necesidades; identificando, asimismo, a los obligados o titulares de deberes y de las obligaciones que les corresponden. Se procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.

5. Enfoque de interseccionalidad	Reconoce que la experiencia que las mujeres e integrantes de otros grupos vulnerables tienen de la violencia se ve influida por factores e identidades como su etnia, color, religión; opinión política o de otro tipo; origen nacional o social, patrimonio; estado civil, orientación sexual, condición de seropositivos, condición de inmigrantes o refugiados, edad o discapacidad; y, en su caso, incluye medidas orientadas a determinados grupos de mujeres e integrantes de determinados grupos vulnerables.
6. Enfoque generacional	Reconoce que es necesario identificar las relaciones de poder entre distintas edades de la vida y sus vinculaciones para mejorar las condiciones de vida o el desarrollo común. Considera que la niñez, la juventud, la adultez y la vejez deben tener una conexión, pues en conjunto están abonando a una historia común y deben fortalecerse generacionalmente. Presenta aportaciones a largo plazo considerando las distintas generaciones y colocando la importancia de construir corresponsabilidades entre estas.

2.3. Principios rectores. Los principios orientadores de la Guía, son los siguientes:

PRINCIPIOS	DESCRIPCIÓN
1. Principio de igualdad y no discriminación	Se garantiza la igualdad entre mujeres y hombres. Prohíbase toda forma de discriminación. Entiéndase por discriminación, cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por finalidad o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas.
2. Principio del interés superior del niño	En todas las medidas concernientes a las niñas, niños y adolescentes adoptadas por instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos deben tener en consideración primordial el interés superior del niño.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA SIERA JEFE NACIONAL I.M. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior Z° Fiscalía Superior de Familia de Lima

3. Principio de la debida diligencia	El Estado adopta sin dilaciones, todas las políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia. Deben imponerse las sanciones correspondientes a las autoridades que incumplan este principio.
4. Principio de intervención inmediata y oportuna	Los operadores de justicia y la Policía Nacional del Perú, ante un hecho o amenaza de violencia, deben actuar en forma oportuna, sin dilación por razones procedimentales, formales o de otra naturaleza, disponiendo el ejercicio de las medidas de protección previstas en la ley y otras normas, con la finalidad de atender efectivamente a la víctima.
5. Principio de sencillez y oralidad	Todos los procesos por violencia se desarrollan considerando el mínimo de formalismo, en espacios amigables para las presuntas víctimas, favoreciendo que estas confíen en el sistema y colaboren con él para una adecuada sanción al agresor y la restitución de sus derechos vulnerados.
6. Principio de razonabilidad y proporcionalidad	El fiscal o juez a cargo de cualquier proceso de violencia, debe ponderar la proporcionalidad entre la eventual afectación causada y las medidas de protección y de rehabilitación a adoptarse. Para ello, debe hacer un juicio de razonabilidad de acuerdo con las circunstancias del caso, emitiendo decisiones que permitan proteger efectivamente la vida, la salud y la dignidad de las víctimas. La adopción de estas medidas se adecua a las fases del ciclo de la violencia y a las diversas tipologías que presenta la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

2.4. Aspectos deontológicos. Dentro del marco legal en el que desarrolla su actividad profesional, el psicólogo cuenta con el código ético de la American Psychological Association - APA (2010) que identifica 5 principios éticos generales:

- ***El principio de beneficencia y no-maleficencia.*** En sus acciones profesionales, los psicólogos salvaguardaran el bienestar y los derechos de aquellos con los que interactúan profesionalmente teniendo cuidado de no perjudicarles

JEFATURA NACIONAL VºBº SEGUNDO JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO VºBº FISCAL SUPERIOR

- ***Principio de fidelidad y responsabilidad.*** Los psicólogos serán conscientes de sus responsabilidades científicas y profesionales. Seguirán los estándares de conducta profesional, clarificarán sus roles y obligaciones profesionales, aceptarán la responsabilidad apropiada de su conducta y clarificarán los conflictos de intereses que pueden llevar a explotación o perjuicio

- ***Principio de integridad.*** Los psicólogos promoverán la precisión, honestidad y veracidad en la ciencia, enseñanza y práctica de la psicología.

- ***Principio de justicia e igualdad.*** Los psicólogos velarán por la imparcialidad y la justicia. Ejercerán juicios razonables y tomarán precauciones para asegurar que su parcialidad potencial, los límites de su competencia y/o los límites de su experiencia no conduzcan al abuso de prácticas injustas.

- ***Principio de respeto de los derechos y dignidad de las personas.*** Los psicólogos respetarán la dignidad y la valía de toda persona y los derechos de los individuos a la privacidad, confidencialidad y a la autodeterminación. Los psicólogos serán conscientes de, y respetarán, las diferencias culturales, individuales y de rol incluyendo aquellas basadas en la edad, género, identidad de género, raza, etnia, cultura, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, idioma y estatus socioeconómico.

Estando especificados los principios universales que deben ser acatados y cumplidos durante el ejercicio de su profesión, el *Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú* (Colegio de Psicólogos del Perú, 1999), contempla además los siguientes principios:

- *Responsabilidad.*

Como profesional, el psicólogo reconoce la responsabilidad social implicada en su trabajo, ya que puede afectar íntimamente a la vida de otros; por ello, se mantiene alerta frente a situaciones o presiones personales, sociales, institucionales, económicas o políticas, que puedan conducirlo a un abuso de su prestigio o influencia (Art.1).





Como funcionario en una organización, el psicólogo tiene la responsabilidad de permanecer alerta y no aceptar presiones que puedan distorsionar sus informes, e impedir el uso inapropiado de los mismos (Art.5).

- *Competencia.*

Los psicólogos comparten la responsabilidad de mantener normas elevadas de competencia profesional, en resguardo del interés público y de la profesión como un todo (Art.7).

El psicólogo debe estar constantemente actualizado tanto profesional como científicamente en relación con los servicios que presta. Reconoce la necesidad de educación continua y se mantiene alerta a nuevos descubrimientos científicos y cambios sociales (Art.12).

- *Normas legales y morales.*

Como profesional, el psicólogo se mantiene informado de las disposiciones legales y vigentes referentes a su práctica profesional. Se preocupa por la modificación de las leyes que puedan perjudicar al interés público o a la profesión y se ocupa de promover una legislación que favorezca a ambos (Art.15).

El psicólogo, como ciudadano, debe respetar las normas éticas y jurídicas de la comunidad social en la que se desenvuelve (Art.16).

- *Utilización de técnicas de diagnóstico.*

El uso y la elaboración de pruebas psicológicas (test), exámenes, diagnósticos e informes psicológicos son privativos del psicólogo y no de otro profesional (Art.55).

El psicólogo se asegura de que los resultados de la evaluación y su interpretación no sean mal usados por terceros (Art.57).

- *El informe psicológico.*

El informe psicológico debe tomar en cuenta y responder específicamente al motivo por el cual se llevó a cabo (Art.66).

El informe psicológico debe ser redactado de acuerdo con los principios vigentes

aceptados por la comunidad psicológica. Será firmado por el psicólogo que lo elaboró, quien incluirá también el número de su matrícula de colegiación (Art.67).

- *Relaciones profesionales.*

Los psicólogos se deben respeto mutuo, evitando las expresiones o críticas que puedan herir la reputación moral o científica de cada uno. Dichas expresiones o críticas, en último término, perjudican al buen nombre de la profesión (Art.76).





Capítulo III

3. Marco Teórico

3.1. Definiciones básicas. Estas premisas darán a conocer la importancia de discriminar los términos *Violencia* y *Conflicto*, debido a que explicarán que ante un hecho de violencia cada persona reacciona de manera diferente dependiendo del hecho fáctico, experiencias, vivencias y tipos de personalidad.

3.1.1. Violencia: La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder como amenaza o de manera efectiva contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2015).

3.1.2. Agresión: Respuesta adaptativa y constituye una parte de las estrategias de los animales y las personas ante las amenazas externas. Mecanismo de defensa ante las amenazas que ponen en riesgo la vida (Sanmartín, 2005).

3.1.3. Conflicto: Es la interacción de personas interdependientes que perciben objetivos incompatibles e interferencias mutuas en la consecución de esos objetivos (Skarlicki y Folger, 1997). El conflicto se produce porque las partes implicadas se empecinan en defender sus posiciones y argumentos, sin ceder ni un ápice en vez de contemplar los puntos en común (Millán, Eugenia y Buznego, 2011).

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

a) ***El evento fáctico*** se refiere al hecho concreto que tiene la capacidad potencial de irrumpir en la vida de las personas y de provocar una discontinuidad o "disrupción" alterando un estado de equilibrio precedente al hecho. La capacidad desestructurante del evento fáctico se potencia cuando es inesperado, interrumpe procesos vitales, amenaza la integridad física y psicológica, mina el sentimiento de confianza, contiene rasgos novedosos no codificados y distorsiona el hábitat cotidiano.

b) ***La vivencia*** se refiere al modo singular en que un sujeto procesa el evento fáctico violento en su mundo intrapsíquico. Ante un hecho exógeno se moviliza en el psiquismo la capacidad de articular los afectos con los procesos de pensamiento. La vivencia traumática ocurre cuando el evento fáctico tiene el poder de fracturar los procesos de articulación entre afectos y pensamientos lo que produce fallas en la elaboración psíquica.

c) ***La experiencia*** se refiere a la articulación psicológica entre el evento fáctico y la vivencia. Mientras que la vivencia es el modo intrapsíquico que cada persona tiene para sentir y metabolizar los hechos de violencia, procesos donde varios de ellos no son conscientes, la experiencia es necesariamente pensable y comunicable. Las personas hablan de sus experiencias, describen los hechos y expresan la percepción que tienen de los efectos del evento en ellos. Es una narrativa personal de lo ocurrido que guarda relación con la vivencia pero que no la puede abarcar ni expresar del todo".

3.1.5. Daño psicológico: Según Echeburúa, 2001, el daño psicológico cursa habitualmente en fases (Fig. 1):

En una ***primera fase,*** suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado por lentitud, un abatimiento general, unos pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones.

En la ***segunda fase***, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de shock, se abren paso vivencias afectivas de un

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E. AMAGUEÑA
JEFE NACIONAL MLL
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
NATA A. FIGUEROA VASQUEZ
Fiscal Superior
2ª Fiscalía Superior de Familia de Lima

colorido más dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento.

Como ***tercera fase***, hay una tendencia a reexperimentar el suceso, bien espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido, un olor, etc.) o de algún estímulo más general: una película violenta, el aniversario del delito, la celebración de la Navidad, entre otros.

1. Reacción de sobrecogimiento
2. Vivencias afectivas dramáticas
   - Dolor
   - Indignación
   - Ira
   - Culpa
   - Miedo
3. Tendencia a revivir intensamente el suceso

Figura 1. Fases habituales en el daño psicológico (Echeburúa, Corral y Amor, 2004)

Según la Guía de Procedimientos para la pericia psicológica en delitos de Violencia Psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar del Ecuador (Fiscalía General del Estado del Ecuador, 2015) es necesario situar siempre el daño psicológico en relación con el trauma sufrido, al margen de otras variables individuales (psicopatología previa, personalidad vulnerable, entre otras) o biográficas (divorcio, estrés laboral, entre otras).

3.2. Violencia hacia la mujer. La violencia contra las mujeres es cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entiende por violencia contra las mujeres (Ley N° 30364):

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALVAREZ V. JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior

A. La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.

B. La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.

C. La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra.

3.3. Violencia contra integrantes del grupo familiar. La violencia contra cualquier integrante del grupo familiar es cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad (Ley N° 30364).

- ***Niños, niñas y Adolescentes.*** Según la Organización de Naciones Unidas la violencia contra los niños y niñas se define como el uso deliberado de la fuerza o el poder, real o en forma de amenaza que tenga o pueda tener como resultado lesiones, daño psicológico, un desarrollo deficiente, privaciones o incluso la muerte.

- ***Adultos mayores.*** Se considera violencia contra la persona adulta mayor cualquier conducta única o repetida, sea por acción u omisión, que le cause daño de cualquier naturaleza o que vulnere el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza (Ley N° 30490, Art. 28).

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALARCA MEJIA JEFE NACIONAL (e) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° JUAN A. PRADO SALDARRIAGA Fiscal Superior

El maltrato hacia las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión, y puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico, o puede entrañar abuso económico.

El maltrato hacia las personas mayores puede también formar parte de un ciclo de violencia doméstica; puede estar causado por cuidadores, o puede ser consecuencia de una falta de formación de instituciones sociales y sanitarias que no pueden atender las necesidades de las personas mayores.

- ***Personas con discapacidad.*** Se entiende por discapacidad la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Se procurará establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes a utilizar todos los servicios judiciales requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad y comunicación (100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad). La condición de discapacidad no es suficiente para desembocar en este tipo de fenómeno, pero sí se considera un factor de riesgo.

3.4. Personalidad. Es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1998).

La personalidad representa un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que emergen de una complicada matriz formativa biológica-ambiental, este patrón persiste por largos períodos de tiempo y es relativamente resistente a la extinción (Millon y Everly, 1985). (Ver Anexo 6c).

Trastornos de personalidad. Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tiene relevancia clínica por sí mismo, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modo de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida (CIE 10: F60-F62, 1992).

3.5. Valoración de vulnerabilidad y factores de riesgo.

3.5.1. Vulnerabilidad. La vulnerabilidad, tanto en su dimensión material como psicológica, no suele depender de un único factor, sino que es la consecuencia de una combinación dinámica de factores: físicos y ambientales. La edad, la discapacidad, la enfermedad, el género, la pertenencia étnico-cultural, etc. son situaciones o características de los sujetos que coadyuvan a su mayor o menor vulnerabilidad según como se relacionen con otras variables y, en general, con el contexto económico, político y cultural en el que se integran (Lázaro et al., 2014).

3.5.2. Vulnerabilidad en niños. Los estudios sobre la vulnerabilidad y la exclusión de la infancia tienden a señalar la existencia de colectivos especialmente vulnerables, es decir, aquellos a los que se debería prestar especial atención porque sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales, educativas, sanitarias o económicas son frágiles y pueden conducirles a situaciones de exclusión social. Algunos de los colectivos son: niños y niñas con discapacidad; niños con padres





con alcoholismo o drogodependencia; niños de la etnia gitana; niños extranjeros no acompañados; niños en sistema de protección social; niños en sistema de reforma o con medidas de reeducación; y niños en familias monoparentales (Lázaro et al., 2014).

3.5.3. Factor de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se entiende a aquellas circunstancias (individuales, sociales o ambientales) que incrementan la probabilidad de aparición del comportamiento delictivo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2012).

3.6. Diferencia entre una valoración psicológica clínica y una forense. Para Melton y otros (en Amar y Aristizabal, 2010) las evaluaciones psicológicas forenses difieren significativamente de las evaluaciones clínicas tradicionales en una serie de dimensiones, tales como los objetivos, alcance y producto de la evaluación, así como el papel del evaluador y la naturaleza de la relación entre el evaluador y el evaluado, para ello describen características tanto de la psicología clínica como de la forense:

Tabla 1.

Diferencias entre el Contexto Clínico y el Contexto Forense.

DIMENSIÓN	CONTEXTO CLÍNICO	CONTEXTO FORENSE
Eje	Psicodiagnóstico Ajuste de personalidad Tratamiento	Determinado por el sistema legal (solo ocasionalmente interesan las necesidades de tratamiento)
Importancia de la perspectiva del evaluado	Lo más importante es la perspectiva y visión del mundo del evaluado	Lo más importante es la credibilidad de la información (se utilizan fuentes colaterales para corroborarla)
Voluntariedad	Relación usualmente voluntaria	Usualmente a pedido de una autoridad judicial
Autonomía	Evaluado se encuentra al tanto de los objetivos y procedimientos de evaluación.	Los objetivos de la evaluación son usualmente intrusivos y restrictivos de la autonomía.

Amenazas a la validez	Evaluado y evaluador buscan una agenda común, basados en las necesidades de tratamiento del primero.	Debido a la naturaleza relativamente coercitiva de la evaluación, existe una amenaza de distorsión consciente e intencional.
Relación dinámica	Las interacciones orientadas al tratamiento enfatizan en el cuidado, la confianza y la comprensión empática para construir una alianza terapéutica.	El evaluador tiene una posición más desvinculada (función principal es más adversarial y confrontativa).
Ritmo y contexto de la evaluación	La evaluación sigue un ritmo lento y el diagnóstico puede ser reconsiderado en el curso del tratamiento.	El acceso al evaluado en múltiples ocasiones es bastante limitado debido a factores como tiempo y recursos.

Otros autores grafican de la siguiente manera:

Tabla 2.

Evaluación forense y evaluación clínica.

	EVALUACIÓN FORENSE	**EVALUACIÓN CLÍNICA**
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales.	Diagnóstico y tratamiento.
Relación evaluador-sujeto	Escéptica pero con establecimiento de un rapport adecuado.	Ayuda en el contexto de una relación empática.
Secreto profesional	No.	Sí.
Destino de la evaluación	Variable (juez, abogado, seguros…).	El propio paciente.
Estándares y requisitos	Psico-Legales.	Médico-psicológicos.
Fuentes de información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales.	Las mismas (excepto los expedientes judiciales) y el historial clínico.
Actitud del sujeto hacia la evaluación	Riesgo de simulación o de disimulación o de engaño (demanda involuntaria).	En general, sinceridad (demanda voluntaria).
Ámbito de la evaluación	Estado mental en relación al objeto pericial.	Global.

Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal.	Breve y con conclusiones. Documento clínico.
Intervención en la sala de justicia	Esperable. En calidad de perito.	No esperable. En calidad de testigo-perito.

Fuente: Echeburúa, E, Muñoz, J. M. y Loinaz, I. (2011).

Después de establecer las diferencias entre una valoración psicológica clínica y una forense, es necesario ubicarnos en los casos que competen a la evaluación psicológica forense.





SEGUNDA PARTE





Capítulo I

1. Procedimiento administrativo de admisión, recepción, identificación y registro

1.1. Consideraciones generales.

1.1.1. Criterios. El personal que participa en este procedimiento, deberá tener en cuenta una atención de calidad que tiene como base de referencia el marco de los derechos humanos fundamentales de las personas.

Mostrar amabilidad: la atención se debe brindar en un clima de buen trato.

Brindar orientación adecuada: el usuario tiene derecho a recibir información clara y entendible de acuerdo a su nivel cultural, de los lugares a donde debe dirigirse y el trámite respectivo.

1.1.2. Responsable. El responsable de la recepción, identificación, registro del usuario y programación de citas es el personal administrativo de la División Médico Legal, que labora en esa área en el momento del requerimiento.

1.2. Recepción del oficio. El personal responsable, se asegurará que el oficio con la solicitud de evaluación psicológica forense, contenga los siguientes datos:

- Nombre de la institución solicitante.
- Firma y sello del responsable de la entidad solicitante.
- Nombres y apellidos o Código Único de Registro (CUR) de la persona a evaluar, y número de documento de identidad.
- Situación del examinado, víctima o agresor.
- Nombre del agresor o agresores y su relación o grado de afinidad con la víctima.
- Materia de la investigación o del proceso (Tipo de delito, según el caso).
- En el caso de niños, niñas y adolescentes, incapaces o adultos mayores deberán registrarse los datos de las personas mayores o acompañantes.





- En caso que la persona a evaluar no cuente con documento de identidad, se consignará en el oficio: "Sin Documentos Personales a la Vista"

1.3. Identificación del usuario.

Se verificará la identidad de la persona a evaluar con el Documento Nacional de Identidad (DNI), acta o partida de nacimiento, licencia de conducir u otros.

- En los casos de niños, niñas y adolescentes, se procederá a la identificación del adulto o policía que lo acompañe, registrándose sus generales de ley.
- En casos de niños, niñas y adolescentes custodiados por terceras personas o representantes de instituciones, se procederá a la identificación de aquellos.
- En casos de indocumentados se debe generar una hoja de datos para las identificaciones en la que se debe incluir, de ser posible, foto del evaluado, huellas dactilares y algunas características físicas visibles, no mutables.

En todos los casos, documentados e indocumentados, la impresión de las huellas dactilares forma parte de la identificación de la persona a evaluar y está orientada a evitar la suplantación.

Las formas más frecuentes de tomar estas impresiones son:

- Pelmatoscópica: huella plantar en ausencia de manos.
- Decadactilares: huellas de los dedos de ambas manos, para los menores de edad e indocumentados.
- Unidactilar o monodactilar: dedo índice derecho o en ausencia del mismo, índice izquierdo, cualquier dedo pulgar o palma de la mano en caso de adultos, haciéndose referencia a la huella de la impresión tomada.





1.4. Registro del usuario. Los usuarios serán atendidos por el personal responsable en los horarios establecidos para cada División Médico Legal del Ministerio Público explicándoseles la importancia de registrar los datos básicos para este procedimiento.

Datos generales del Oficio:

- Tipo de pericia: pericia psicológica en casos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar o en otros casos de violencia.
- Dependencia solicitante: dependencias policiales, fiscalías o juzgados.
- Número de oficio: con el que ingresa el usuario.

Datos del usuario:

- Adultos: nombres y apellidos.
- Menores de edad: nombres y apellidos, además de los datos completos del acompañante.
- En caso que corresponda Código Único de Registro (CUR).
- Lugar y fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- País de nacimiento.
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de procedencia.
- Domicilio.
- Documento de Identidad.
- Grado de Instrucción.
- Estado Civil.
- Ocupación.

- Religión.
- Número telefónico.

1.5. Programación de la cita. El personal responsable determinará la fecha y hora de la primera evaluación psicológica, procederá a registrarla en el sistema de programación y en el oficio petitorio correspondiente. En caso que los usuarios citados no acudan a sus citas y se cuente con disponibilidad horaria, se evaluará a otro usuario.





Capítulo II

2. Procedimiento pericial psicológico forense

2.1. Consideraciones generales. Por parte del psicólogo, la calidad de servicio al usuario tiene como base el respeto de sus derechos fundamentales, regida por los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad de las personas evaluadas.
- Trato igualitario sin discriminación.
- Procedimiento minucioso y especializado.

Asimismo, tendrá en cuenta:

- Buen trato.
- Explicación clara y oportuna al evaluado respecto al procedimiento a seguir.
- Evitar cualquier juicio de valor sobre el examinado.
- Tratar temas específicos a la evaluación, evitando hacer comentarios o sugerencias para la solución del problema.

2.2. Objetivos de la pericia psicológica: Son los siguientes:

1. Determinar la ausencia o presencia de afectación psicológica u otra alteración actual, que pudiera presentar el peritado en relación a los hechos investigados a través de un diagnóstico o conclusión clínica forense.

2. Establecer a través de un análisis, la naturaleza del hecho o evento violento, delimitando si es un evento único, si es un conflicto o si es una dinámica de violencia.

3. Determinar el tipo o rasgos de personalidad en caso de adultos; y, en los niños, niñas y adolescentes, señalar sus características comportamentales, a fin de objetivar la singular manera en que el evaluado procesa el evento violento.

4. Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o factores de riesgo que pueda amplificar y perpetuar el impacto del evento violento en su estado emocional.





5. Dar respuesta a otros requerimientos de los operadores de justicia, así como determinar la pertinencia de valorar el daño psíquico.

6. Sugerir las recomendaciones que el evaluador estime como pertinentes.

2.3. Responsable.

El responsable de este procedimiento es el psicólogo, profesional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público con formación y experiencia en el campo forense; y, además los psicólogos de los establecimientos públicos de salud de los diferentes sectores e instituciones del Estado y niveles de gobierno, así como centros de salud parroquiales y los establecimientos privados cuyo funcionamiento se encuentra autorizado por el Ministerio de salud.

En caso de ampliaciones, precisiones, ilustraciones o aclaraciones respecto a la pericia emitida o informe psicológico que solicite la autoridad competente, deben ser explicadas por el mismo psicólogo responsable de la evaluación psicológica.

2.4. Instructivo para la aplicación de la metodología.

2.4.1. Respecto al evaluado.

- En caso que el examinado se niegue a ser evaluado o se niegue a firmar el consentimiento informado, se consignará tal hecho en el informe y no se realizará la evaluación.
- Cuando el examinado se encuentre exacerbado en sus impulsos o en cualquier actitud que ponga en riesgo la integridad del psicólogo, se procederá a suspender la evaluación, se consignarán dichas conductas en el informe y se verá la pertinencia de programar o no otra cita.
- En caso que la persona se encuentre con problemas de salud que dificulten la

JEFATURA NACIONAL VºBº SEGUNDO E. VILLAGÓMEZ JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO VºBº RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

realización de la evaluación, se le asignará una nueva fecha y se consignará tal hecho en el informe.

- Si la persona a evaluar tiene discapacidad sensorial y de la comunicación o discapacidades múltiples, se consignará en el informe a fin de comunicar a la autoridad competente, a efecto que designe a un intérprete para su posterior evaluación.

- En caso que la persona se encuentre con signos de alteración de la conciencia debido a algún factor externo (sustancias psicoactivas, evento estresor no relacionado a hecho investigado, entre otros), se le asignará una nueva fecha para la evaluación correspondiente, lo que se consignará en el informe psicológico.

- En el caso de las personas que presenten algún trastorno psicótico agudo, no podrá ser evaluado debiendo consignarse en el informe los síntomas y signos observados, recomendando su derivación para una evaluación psiquiátrica.

- En los casos que la persona evaluada se exprese en un idioma diferente al del examinador, se consignará en el informe la necesidad de un traductor. La autoridad competente designará el traductor y se procederá a la evaluación.

Consideraciones especiales en la evaluación a menores de edad:

- En la evaluación de infantes, niños y niñas, se requiere que cuenten con un lenguaje comprensible que permita recopilar información relevante sobre el motivo de consulta; de lo contrario, el pronunciamiento estará basado sólo en la observación conductual de su desarrollo evolutivo.

- La entrevista a niños, niñas y adolescentes es estrictamente personal, el relato debe ser brindado por los mismos, sin la intervención de terceros (padre, madre u otros). De ser necesario, los acompañantes (padre, madre u otros) serán llamados por el evaluador para que brinden datos relativos al motivo de denuncia con la finalidad de que esta



información, permita al psicólogo orientar su entrevista, así como obtener datos personales y familiares del evaluado, consignándose en el informe la intervención de aquellos.

2.4.2. Respecto a la infraestructura y equipamiento.

- **En las instalaciones de la División Médico Legal (Intramural):**

La evaluación psicológica se debe realizar en un consultorio que garantice privacidad, evitando los estímulos distractores, provisto de buena iluminación y adecuada ventilación.

Se debe contar con equipo informático en óptimas condiciones, los programas, software y sistemas informáticos debidamente instalados y operativos.

En el consultorio se debe contar con los instrumentos de evaluación, así como el material logístico necesario para la realización de la evaluación psicológica.

- **En el lugar designado por autoridad competente (Extramural):**

La evaluación psicológica en lugares externos a las instalaciones del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, son de carácter excepcional y sólo se realizarán a solicitud expresa de la autoridad competente y en presencia de la misma (fiscalías o juzgados).

El oficio de solicitud deberá consignar la dirección donde se realizará la evaluación.

Estando en el lugar señalado, la evaluación psicológica solo se realizará si se cuenta con las condiciones adecuadas que garanticen la privacidad del examen y la seguridad del evaluador.

Dada la excepcionalidad del caso (determinado por la autoridad competente) y el traslado al lugar, no se precisa un límite de tiempo, debiéndose observar los mismos parámetros de una evaluación en consultorio.

2.4.3. Condiciones para la evaluación psicológica. El psicólogo responsable de la atención deberá:

- Presentarse a fin de establecer la relación formal del caso.
- Verificar la identidad de la persona a evaluar. En el caso de existir una relación de parentesco, de afinidad, amistad o enemistad, o conflicto de intereses entre el psicólogo y el evaluado, derivará al usuario a otro profesional.
- Brindar información sobre el proceso de la evaluación a realizar, teniendo en cuenta la edad y nivel sociocultural del examinado.
- Solicitar el Consentimiento informado (Ver Anexo 2a y 2b).

2.5. Tiempo técnico estimado. La evaluación psicológica forense implica procesos de mucha responsabilidad por sus implicancias legales, en la que no se puede determinar el número de sesiones, aquella dependerá de la complejidad del caso, de las características propias del evaluado, así como de aspectos particulares del contexto en el cual se lleve a cabo la evaluación; por ello, el criterio del psicólogo experto es fundamental en la determinación del tiempo que requerirá.

En casos excepcionales, donde la persona a evaluar provenga de una zona distante, sin acceso a medios de comunicación o con dificultad para su traslado, se considerará la posibilidad de culminar en una sola intervención (sesiones continuas).

Tiempo estimado de intervención:

Entrevista (motivo de evaluación)	60 minutos
Entrevista (historia personal y familiar)	60 minutos
Aplicación y calificación de instrumentos	60 minutos
Análisis e interpretación de resultados	60 minutos
Tiempo técnico Estimado	**4 HORAS (240 minutos)**

Plazo de entrega de informe pericial para los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: en estos casos la entrega del informe psicológico será en el plazo máximo de 72 horas posterior a la última sesión de evaluación.

Plazo de entrega de informe pericial para otros casos de violencia: en estos casos el plazo de entrega del informe psicológico será no mayor a cinco días útiles posterior a la última sesión de evaluación.





Capítulo III

3. Metodología de la evaluación psicológica forense

3.1. Técnicas de exploración.

a) Observación de conducta. Es la descripción objetiva de la apariencia física y de las manifestaciones conductuales que expresa el evaluado a través de signos observables, para lo cual se tendrán en cuenta cambios fisiológicos (sudoración, hiperventilación, tensión muscular, tics, etc.), conductuales (inflexiones de voz, movimientos corporales, postura, temblor de las manos, etc.) así como actitud (defensiva, hermética, entre otras) presentadas durante la evaluación.

b) Entrevista clínico forense. Se propone una entrevista de tipo semi estructurada que permite la narrativa libre, las aclaraciones propias de la investigación, evaluar la presencia de indicadores de afectación emocional, proporcionar información sobre la dinámica del evento violento, así como la existencia de condiciones de vulnerabilidad del evaluado.

Según Arce y Fariña (2005) la entrevista clínico forense es la "entrevista llevada a cabo por un entrevistador entrenado y con conocimientos de psicopatología, consiste en pedir a los sujetos que relaten en un discurso narrativo libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior al delito. [...] Es por ello que la entrevista no es en formato de interrogatorio, sino no directiva y orientada a la reinstauración de contextos".

c) Instrumentos de evaluación psicológica. Constituyen un conjunto de herramientas auxiliares que sirven para evaluar cualitativa y cuantitativamente las diferentes áreas de la persona evaluada.

JEFATURA NACIONAL VºBº SEGUNDO F. ALIAGA VIERA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO VºBº RITA A. ROSERO VÁSQUEZ Fiscal Superior

3.2. Estructura del Informe psicológico.

La evaluación se realiza respetando la siguiente estructura:

I. **DATOS DE FILIACIÓN:**

Se consignan los datos de identificación del evaluado.

II. **MOTIVO DE EVALUACIÓN:**

a. ***Relato:***

Se consigna en este apartado, la solicitud de evaluación que se indica en el oficio (perfil de personalidad, maltrato psicológico, estado emocional, etc.). Se transcribe el relato de los hechos proporcionado por el evaluado. Se tiene en cuenta lo siguiente:

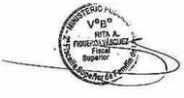
- Quién denuncia, a quién y por qué denuncia. Fase del desarrollo personal que atravesaba el evaluado al momento del evento.
- Evento que motiva la denuncia: fecha, tiempo y lugar de los hechos, contexto, motivo de la agresión y dinámica. Reacción ante el evento, percepción e interpretación que hace de ello.
- Antecedentes del evento: tiempo y frecuencia de las agresiones, según el caso.
- Sentimientos o percepción hacia el agresor.
- Alteración o afectación o ausencia: evaluar las consecuencias o repercusiones del evento violento en el evaluado, cómo se encuentra en su adaptación psicológica, salud, vulnerabilidad, entre otros, así como sintomatología relacionada al hecho violento.
- Deseos y forma de soluciones a su problemática

En los casos en que la entrevista sea bajo la técnica de Entrevista Única (Cámara Gesell o Sala de entrevista), el mismo profesional psicólogo que realizó la entrevista procederá con la evaluación siguiendo los lineamientos consignados en esta Guía.

b. ***Historia Personal:***

1. Perinatal: Tipo de parto y complicaciones, haciendo énfasis en caso de niños,





niñas y adolescentes.

2. Niñez: Características comportamentales. Desarrollo social, emocional y afectivo. Estilos de crianza. Medidas disciplinarias (motivo, forma y circunstancias). Relación entre padres o figuras parentales y hermanos. Experiencias negativas (pérdidas, separaciones, miedos).

3. Adolescencia: Características comportamentales o rasgos en estructuración. Cambios psicológicos. Resolución de conflictos. Estilo de vida. Interacción social. Independencia. Cumplimiento de reglas. Intereses y aspiraciones. Descripción personal o autodescripción. Cualidades y déficits personales. Manejo de la ira y resolución de conflictos. Percepción sobre roles de género (sesgos cognitivos).

4. Educación: Inicio de escolaridad, comportamiento (ausentismo, sanciones o castigos). Relación entre pares y figuras de autoridad. Rendimiento y causas de variabilidad. Cambios de colegios. Grado de instrucción alcanzado (motivos de no culminación).

5. Trabajo: Edad de Inicio. Tipos de trabajo. Estabilidad laboral (motivos). Relación con superiores y compañeros. Desempeño laboral. Nivel de satisfacción. Horario. Ingresos.

6. Hábitos e intereses: Uso de tiempo libre (pasatiempos, hobbies, deportes, juegos preferidos). Actividades sociales. Sueño (horarios, calidad, alteraciones). Apetito y régimen alimenticio (alteraciones). Consumo de sustancias psicoactivas.

7. Vida Psicosexual: Menarquía/Polución nocturna, masturbación. Enamoramientos. Inicio de relaciones sexuales. Convivencias y relaciones de pareja. Conflictos y separaciones. Dinámica sexual (capacidad de disfrute). Interacción con el sexo opuesto. Antecedentes de abuso sexual. *En caso de niños, niñas y adolescentes*:

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. AUMAQUERA JEFE NACIONAL DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

Conocimiento de su esquema corporal y denominación adecuada de zonas genitales, diferencias entre géneros, primeros conocimientos de sexualidad.

8. Antecedentes Patológicos:

- Enfermedades: Significativas que han requerido tratamiento u hospitalización. Tratamiento psicológico o psiquiátrico. Consumo de medicamentos. Autolesiones (edad, motivos).
- Accidentes: Significativos con pérdida de conocimiento o lesiones graves.
- Operaciones: Las que refiera.

9. Historial de denuncias:

Solicitud de garantías personales (Gobernación), denuncias (Defensorías Municipales del Niño y Adolescentes-DEMUNA, Centro Emergencia Mujer-CEM), denuncias policiales, denuncias fiscales, procesos judiciales, entre otros, en calidad de víctima o de agresor.

c. ***Historia Familiar:***

- **Padre**: nombre, edad, condición civil, ocupación, tipo de relación, características de comportamiento.

- **Madre**: nombre, edad, condición civil, ocupación, tipo de relación, características de comportamiento.

- **Hermanos**: nombre, edad, número, tipo de relación.

- **Pareja**: nombre completo, edad, ocupación, condición civil. Descripción del carácter de la pareja. Dinámica de pareja (grado de conflictividad, resolución de problemas, patrones de violencia física, emocional o sexual, cuidado de la relación, separaciones, problemas de infidelidad). En casos de violencia de pareja indagar sobre la percepción de roles de género.

- **Hijos**: número, datos generales. Relación interpersonal. Estilos de crianza.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. LIMA ALTA JEFE NACIONAL IML INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RUTH A. PIQUICHE VASQUEZ Fiscal Superior

- **Análisis de la dinámica Familiar**: Información sobre composición familiar actual. Tipo de vivienda, distribución del espacio físico del hogar (hacinamiento). Distribución del presupuesto familiar y satisfacción de necesidades. Relaciones entre los miembros de la familia: Grado de conflictividad de la familia nuclear o ampliada. Resolución de problemas. Patrones de violencia física, psicológica, sexual y económica. Protección y cuidado entre los miembros de la familia. Roles. Tipos de comunicación. Respeto a la autoridad y a las normas de convivencia. Experiencia subjetiva de pertenencia, confianza e integración a la familia.

- **Actitud de la Familia**: Opiniones y actitudes de los demás miembros de la familia frente al problema actual.

- **Actitud personal**: Percepción, opinión y actitud personal frente al problema actual.

CIERRE: Este puede ser un espacio para que el evaluado agregue aspectos que desee aportar o sobre datos que no le fueron recabados y que su evaluador considere importantes. Así mismo, el evaluador aclarará dudas pendientes. Se debe explicar, además, que se continuará con la aplicación de cuestionarios e instrumentos de evaluación psicológica.

III. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

Considerando las diferencias individuales, culturales y la naturaleza del caso a investigar, así como la diversidad de instrumentos y pruebas psicológicas que existen en la actualidad, el psicólogo elegirá a su criterio el instrumento a utilizar (Ver anexo 9).

Dentro de los instrumentos de evaluación se considerarán de acuerdo a áreas, las siguientes:

Organicidad: Determina indicadores de probable lesión orgánica cerebral y/o madurez perceptual.





Inteligencia: Evalúa capacidades cognitivas y su funcionamiento. En caso se presuma de retraso mental, aplicar el instrumento psicométrico pertinente para conocer el coeficiente intelectual y áreas en déficit.

Personalidad: Evalúa los rasgos y mecanismos psicológicos, aspectos del carácter y de la **personalidad** de un individuo.

Estado emocional: Considera manifestaciones de la ira, capacidad de afronte y adaptación. Estados de ansiedad y/o depresión. Sesgos cognitivos.

Dinámica familiar: Determina relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia, involucra aspectos de comunicación, interacción, estructura y organización de la familia, grado de control que ejercen unos miembros sobre los otros.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En coherencia con las técnicas de exploración (observación y entrevista) y los datos obtenidos del relato, de la historia personal y familiar, de acuerdo al método científico se analizan los resultados y se integran de tal forma que se describan los indicadores psicológicos encontrados y se llegue a un diagnóstico o conclusión clínica forense. Teniendo en cuenta la estructura que se presenta a continuación, se describen las siguientes áreas:

<u>En casos de adultos y adultos mayores:</u>

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA. Descripción objetiva de apariencia física y manifestaciones conductuales observables (nivel de conciencia, orientación, atención y concentración, características del lenguaje y comunicación. Expresiones emocionales. Actitud). Apreciación general de la coherencia (secuencia lógica) y consistencia (congruencia entre la expresión verbal con la emocional, detalles) del relato.

ÁREA DE ORGANICIDAD. Presencia o ausencia de indicadores de organicidad.

ÁREA DE INTELIGENCIA. Determinación de su desarrollo cognoscitivo acorde a su nivel sociocultural. Considerar áreas en déficit si el caso lo amerite.

ÁREA DE PERSONALIDAD. Descripción de las características de personalidad, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto.

ANÁLISIS FÁCTICO:

Descripción del evento violento: características, contexto, presencia o persistencia del estresor (episodio único, agudo, crónico, recurrente).

Determinar la repercusión o impacto: sobre la salud mental de la persona examinada, sintomatología, reacciones psicológicas (por ejemplo: rabia, desánimo, deseo de venganza, sensación de desamparo, insensibilidad, miedo, aislamiento, entre otras) o indicadores de afectación emocional encontrados.

Propensión a la vulnerabilidad y condiciones de riesgo: Habilidades sociales y factores socioculturales condicionantes que influyan actualmente en el examinado.

DINÁMICA FAMILIAR: Tipo de familia y análisis de la dinámica.

<u>En casos de niños, niñas y adolescentes:</u>

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA: Descripción objetiva de apariencia física y manifestaciones conductuales observables (nivel de conciencia, orientación, atención y concentración, características del lenguaje y comunicación. Expresiones emocionales. Actitud). Apreciación general de la coherencia (secuencia lógica) y consistencia (congruencia entre la expresión verbal con la emocional, detalles) del relato.

ÁREA VISOMOTORA. Coordinación del área visual con el área motriz. Presencia o ausencia de indicadores de organicidad.

ÁREA COGNITIVA. Determinación de su desarrollo cognoscitivo acorde a su nivel sociocultural. Considerar áreas en déficit si el caso lo amerite.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. LUNA VERA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RUTA A. Fiscal Superior

ÁREA SOCIOEMOCIONAL. Descripción de las características comportamentales, sociales, emocionales, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto. Susceptibilidad a la sugestión e influencia de terceros.

ANÁLISIS FÁCTICO:

Descripción del evento violento (Manifestación de maltrato): características, contexto, presencia o persistencia del estresor (episodio único, agudo, crónico, recurrente).

Determinar la repercusión o impacto: sobre la salud mental del niña, niño o adolescente examinado, sintomatología, reacciones psicológicas (por ejemplo: rabia, desánimo, deseo de venganza, sensación de desamparo, insensibilidad, miedo, aislamiento, entre otras) o indicadores de afectación emocional encontrados.

Propensión a la vulnerabilidad y condiciones de riesgo: Habilidades sociales y factores socioculturales condicionantes que influyan actualmente en el evaluado.

DINÁMICA FAMILIAR: Tipo de familia y análisis de la dinámica (Apego. Relación con figuras parentales. Estilos de crianza. Aceptación de los métodos disciplinarios).

En casos de DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL, también consignar:

<u>En caso de adultos y adultos mayores:</u>

ÁREA SEXUAL: Identificación con su género y rol de asignación. Señalar la presencia de indicadores de alteración (disfuncionalidad sexual, inestabilidad en su interacción con el sexo opuesto, etc.).

<u>En caso de niños, niñas, adolescentes:</u>

ÁREA SEXUAL: Identificación con su género de asignación. Reconocimiento de esquema corporal. Conocimientos acordes a su edad. Diferencias entre caricias y toques negativos. Señalar la presencia de indicadores de alteración.

JEFATURA NACIONAL
V°B°
SEGUNDO E. ALMEIDA VIERA
JEFE NACIONAL (M.I.)
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
V°B°
FISCAL SUPERIOR

V. CONCLUSIONES PSICOLÓGICAS FORENSES.

La Guía propone las siguientes conclusiones:

En casos de adultos y adultos mayores:

1. **Diagnóstico.** Signos y síntomas actuales de la presunta víctima relacionada con el evento violento: Diagnóstico clínico forense (Ver anexo 5). CIE 10: Clasificación diagnóstica códigos Z (Ver anexo 8).

2. **Evento violento.** Hecho o conjunto de situaciones que han sido denunciados como violencia y que son motivo de investigación. Ejemplo: evento único de agresión, conflictos de pareja, conflictos de intereses, dinámica de violencia familiar, entre otros.

3. **Personalidad.** Describir los rasgos, aspectos del carácter y de la personalidad de un individuo. Considerar los criterios del CIE 10.

4. **Vulnerabilidad o riesgo**. Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o ausencia de la misma así también determinar los factores de riesgo si lo hubiera (Ver anexo 6d).

5. **Respuesta a los requerimientos de los operadores de justicia.** Por ejemplo: perfil de personalidad, coeficiente intelectual, grado de peligrosidad, entre otros. Así también, la pertinencia de la valoración de Daño Psíquico, señalándose si se reúnen los criterios para dicha valoración.

Criterios para la valoración de daño psíquico:

Cumple con criterios para la valoración de Daño Psíquico por lo que se sugiere sea evaluado por profesional certificado en Daño Psíquico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Ejemplos:

- En caso en que se concluya con afectación emocional, reacción a estrés agudo signos y síntomas de TEPT, signos y síntomas de Trastorno Adaptativo, que sean compatibles al hecho o evento violento.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VARA JEFE NACIONAL M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA E. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia de Lima

- En caso de encontrar alguna patología mental, signos y síntomas de una enfermedad mental o la referencia por el evaluado de haber recibido tratamiento psiquiátrico se recomendará que la Valoración de Daño Psíquico sea realizada por médico psiquiatra.

No reúnen criterios para la valoración de daño psíquico:

Ejemplos:

- En el evaluado no se encontraron indicadores de afectación o alteración significativa (emocional, cognitiva, conductual, entre otras), sustentado en las conclusiones previas.
- En casos de que se concluya con una reacción ansiosa situacional y esta sea compatible a un conflicto.
- En los casos en que el vínculo violento se mantiene (presencia del estímulo estresor).
- En casos en que existan períodos de reagudización de la sintomatología.
- En los casos en que el síndrome clínico así como las alteraciones en las áreas de funcionamiento psicosocial no se han estabilizado.
- Cuando no se cuenta con la información suficiente para realizar el análisis de las variables del caso.

6. **Recomendaciones.** Lo pertinente acorde al caso evaluado (terapia psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación social, entre otros).

<u>En casos de niños, niñas y adolescentes:</u>

1. Diagnóstico. Sintomatología actual de la presunta víctima relacionada con el evento violento. Usar CIE 10 (clasificación diagnóstica incluyendo códigos Z) o diagnóstico forense (Ver anexo 5).

2. Manifestación de maltrato. Considerando un hecho o conjunto de situaciones que genera maltrato en base al análisis del relato brindado por el niño, niña o adolescentes





evaluado (Ej.: evento único de agresión, conflictos de terceros, dinámica de violencia, entre otros). (Ver anexo 5).

3. **Área socioemocional**. Descripción de las características comportamentales, sociales, emocionales, autoestima, nivel de tolerancia a la frustración, control de impulsos, modos de afronte ante situaciones de conflicto, valorándolas dentro de su normal desarrollo.

4. **Vulnerabilidad o riesgo**. Señalar la existencia o ausencia de vulnerabilidad o riesgo. Identificar la existencia de una condición de vulnerabilidad o ausencia de la misma, así también determinar los factores de riesgo si lo hubiera (Ver anexo 6d).

5. **Respuesta a requerimientos de operadores de justicia.** A pedido de los jueces, fiscales y policías, como, por ejemplo: coeficiente intelectual, estado emocional, dinámica familiar, entre otros.

No es posible determinar valoración del Daño psíquico en niños, niñas y adolescentes con la Guía de Valoración del Daño Psíquico en Personas Adultas Víctimas de Violencia Intencional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la cual ha sido diseñada solo para adultos.

6. **Recomendaciones.** Lo pertinente acorde al caso evaluado (terapia psicológica, evaluación psiquiátrica, evaluación social, entre otros).

3.3. Recomendaciones para el psicólogo evaluador.

Para el análisis:

- El uso de terminología debe ser comprensible para el solicitante de la evaluación.
- Debe contener un resumen de los principales hallazgos de la evaluación; la entrevista, la observación conductual, historia personal y familiar, así como los instrumentos utilizados.





- Es importante explicar el impacto que tuvo el hecho investigado sobre la salud mental de la persona evaluada, y cómo interactuó con los factores antecedentes y predisponentes (si los hubiere), para alterar sus áreas relacional, funcional, laboral, familiar, etc.
- Considerar que en ciertos casos pueden presentarse reacciones psicológicas que, por su particular intensidad, y aún sin configurar cuadros sintomáticos, deben ser descritas para que la autoridad las estime.
- La información brindada a través de los documentos por parte del usuario, son referenciales.

Para la conclusión:

Las conclusiones arribadas en esta Guía (afectación emocional, reacción aguda, etc.) corresponden a criterios relacionados a la repercusión del cuadro clínico o afectación observada en las capacidades funcionales del evaluado, y que guardan relación con el hecho o evento violento, por lo que es importante considerar lo siguiente:

- No establecer juicios de valor.
- No realizar afirmaciones sobre hechos que no están probados.
- No indicar la autoría o responsabilidad de una persona frente al hecho materia de investigación.





Referencias

Aguilar, J. (2006). *SAP: Síndrome de Alienación Parental.* 3° ed. Madrid: Almuzara.

Amar, J. y Aristizabal, E. (2010). *Psicología Forense: estudio de la mente criminal.* Barranquilla: Uninorte.

Amato, M. (2007). *La pericia psicológica en Violencia Familiar.* Buenos Aires: La Rocca.

Artola, R. (2000). *La familia en la sociedad pluralista.* Buenos Aires: Espacio.

American Psychological Association (APA). 2010. *Principios éticos de los psicólogos y Código de Conducta. 6° ed.*

Arce, R. y Fariña, F. (2005). *Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (seg).* Revista Papeles del Psicólogo. Vol. 26. Pp. 59-77. Recuperado de: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1247.pdf

Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio.* Barcelona: Paidós. 7

Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales.* Buenos Aries: Editorial Biblos.

Careaga, E. (2014). *Child abuse and its relationship with the disability.*

Colegio de Psicólogos del Perú. (1999). *Código de ética profesional.* Lima.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2012). *Guía de Buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP).* Madrid.

Congreso de la República del Perú. (2015). *Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familia.* Ley N° 30364. 23 de noviembre del 2015. Lima.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU).

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALMAGUERA JEFE NACIONAL I.ML INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° NOTA A. PIQUERA VASQUEZ Fiscal Superior

Corsi, J. (1995). *Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.* Buenos Aires: Paidós.

Corsi J., Dohmen M. y Sotés M. (1995). *Violencia masculina en la pareja.* Buenos Aires: Paidós. 216 p.

Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares.* Barcelona: Herder.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2007). *Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático.* En Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?.* Psicología conductual. 15(3). Pp. 373-387.

Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. (2004). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos.* Psicopatologías Clínica, Legal y forense.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?.* Psicología conductual. 15(3). Pp. 373-387.

Echeburúa, E, Muñoz, J. M. y Loinaz, I. (2011). *La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro.* International Journal of Clinical and Health Psychology. 11(1). pp. 141-159. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423009

Fiscalía General del Estado del Ecuador. (2015). *Guía de Procedimientos para la pericia psicológica en delitos de Violencia Psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.* Ecuador.

García, M. (2014). *Guía de evaluación clínica forense para la valoración de daños psicológicos en víctimas de delitos violentos.* Congreso Virtual de la Asociación Latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense V.10.0. Recuperado de:

http://psicologiajuridica.org/archives/4880

Gómez, M., Muñoz, J., Vásquez, B., Gómez, R. y Mateos, N. (2012). *Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja.* Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Instituto Aragonés de Servicios Sociales-IASS y Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón-DCARA. (2007). *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil, en Aragón desde los servicios sociales comunitarios.* Zaragoza: IASS–ADCARA. Recuperado de: file:///C:/Users/admin/Downloads/Aragon_Guia_maltratoinfantil%20(3).pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. (2011). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas o psicológicas forenses sobre Daño Psíquico, con fines de indemnización, conciliación o reparación.* Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Lázaro, I. et al. (2014). *Vulnerabilidad y exclusión en la infancia.* Madrid: Huygens Editorial. Recuperado de: http://solidaria.unicef.es/pdf/UNICEF_CdebateIII_Vulnerabilidad_y_exclusion_en_la_infancia_2014.pdf

Millán, A., Eugenia, M., y Buznego, A. (2011). *Validación de la Escala de Bienestar Psicológico en una muestra multiocupacional venezolana. Revista CES Psicología, 4* (1).

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna.* Barcelona: Masson.

Millon, T. y Everly, G. (1998). *La personalidad y sus trastornos.* Barcelona: Masson.

Millon, T. y Everly, G. (1985). *La personalidad y sus trastornos.* Barcelona: Martínez Roca.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). (2009). Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. *Violencia Familiar y Sexual en mujeres y varones de*

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA BERA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior 2° Fiscalía Superior de Familia de Lima

15 a 59 Años: Estudio realizado en los Distritos de San Juan de Lurigancho, Puno y Tarapoto. Recuperado de: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/libro_mujeres_varones_15_a_59.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2015). *Protocolo Interinstitucional de acción frente al Feminicidio, tentativa del feminicidio y Violencia de pareja de alto riesgo.* Lima: MIMP.

Ministerio de salud y consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Madrid: Ministerio de salud y consumo.

Ministerio Público. (2013a). *Guía de Psicología Forense para la evaluación en casos de Violencia Familiar.* Lima: Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Ministerio Público. (2013b). *Guía de Valoración del Daño Psíquico en víctimas adultas de Violencia Familiar, Sexual, Tortura y Otras formas de Violencia Intencional.* Lima: Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1979). *Técnicas de Terapia Familiar.* New York: Harvard UniversityPress.

Murueta, M. y Orozco, M. (2015). *Psicología de la violencia: causas, prevención y afrontamiento.* México, DF: Manual Moderno.

OMS. (2016). *Nota descriptiva N.° 239.* Enero. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

OMS. (2015). Recuperado de: http://www.who.int/topics/violence/es/

OMS (1998). *Violencia familiar: Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio.* Lima.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VIERA JEFE NACIONAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

OPCION. (2004). *Violencia Familiar. Aspectos sociales, psicológicos y adicciones.* Tomo I. Lima: OPCION.

OPCION. (2001). *Violencia Familiar. Evolución, antecedentes, y consumo de drogas.* Lima: OPCION.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen.* Washington, D. C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.* Ginebra: OMS. En Aguinaga, A. (2012). *Creencias irracionales y conductas parentales en madres víctimas y no víctimas de violencia infligida por la pareja.* Tesis de Maestría. *Lima: UNMSM.* Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1464/1/Aguinaga_aa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Manual de Diagnósticos Clínicos y de Enfermedades Mentales – CIE 10.* Ginebra.

Quintero, A. (2007). *Trabajo Social y Procesos familiares.* Buenos Aires: Lumen/Humanitas.

Real Academia Española (RAE). (2014). *Diccionario de la lengua española.* 23° edición. Madrid: Autor. Recuperado de: http://www.rae.es

Sanmartin, J. (2005). *Agresividad y violencia.* En J. Sanmartin (Coord.): *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 21-55). Barcelona: Ariel.

Skarlicki, D. y Folger, R. (1997). *Retaliation in the workplace: The roles of distributive, procedural, and interactional justice.* Journal of Applied Psychology, 82.

Soria, M. (2010). *Manual de Psicología Jurídica e Investigación Criminal.* Madrid: Pirámide.

Vásquez, B. (2008). *Manual de Psicología Forense.* Madrid: Síntesis.

Vásquez, B. (2008). *Casos Prácticos en Psicología Forense.* Madrid: EOS Instituto de Orientación Psicológica Asociados.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO O. AGUAGAVIRIA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. PAUCIA YÁSQUEZ Fiscal Superior

Veccia, T. (2002). *Aplicación del TRO al estudio de las relaciones interpersonales en la adolescencia.* En *el Diagnóstico de la Personalidad. Desarrollos actuales y estrategias combinadas.* Buenos Aires: Lugar.

Zarza, M. y Froján, M. (2005). *Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos*. Rev. Anales de Psicología, 21(1). Junio.

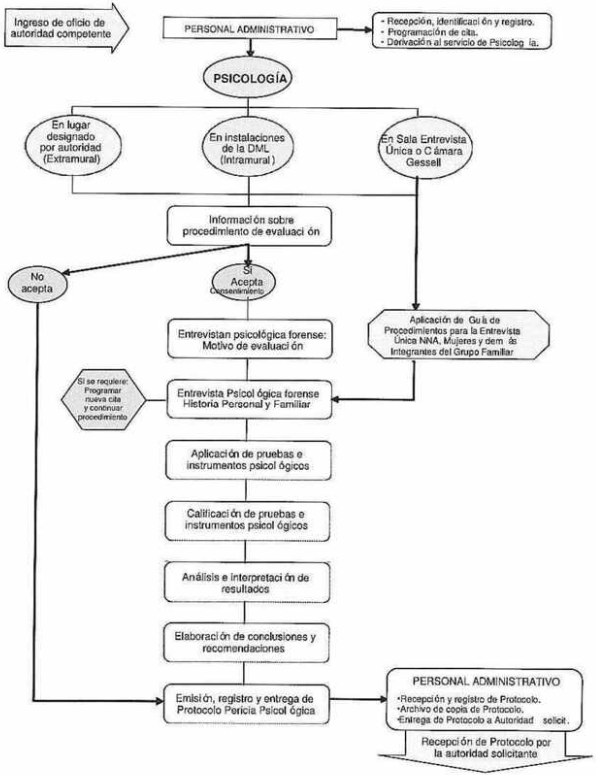
JEFATURA NACIONAL
V°B°
SEGUNDO E. ALMEIDA
JEFE NACIONAL I.M.L.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
V°B°
RITA A. PROAÑO VASQUEZ
Fiscal Superior

Anexos

Anexo 1.

Flujograma



JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO ALINGUAMEN JEFE DEPARTAMENTAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. PANUSHKA VASQUEZ Fiscal Superior

Anexo 2a:

Consentimiento informado (adultos)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Yo _____ identificado(a) con D.N.I. _____, después de haber sido informado(a) sobre el procedimiento de evaluación psicológica y estando de acuerdo, **doy el consentimiento** para que se realicen las preguntas en relación al suceso por el que acudo a la evaluación, o las que surjan como parte de la entrevista; así como que se me apliquen las pruebas o instrumentos psicológicos correspondientes.

Lugar_____ día_____mes_____año_____

Firma:_____

Impresión dactilar
(I.D.)

Anexo 2b:

Consentimiento informado (niños, niñas y adolescentes)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, A SER SUSCRITO POR EL PADRE, MADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE A EVALUAR

Yo _____ identificado(a) con D.N.I. _____ padre/madre y/o adulto responsable de _____, después de haber sido informado(a) sobre el procedimiento de evaluación psicológica y estando de acuerdo, **doy el consentimiento** para que se realicen las preguntas en relación al suceso por el que se acude a la evaluación, o las que surjan como parte de la entrevista; así como que se apliquen las pruebas o instrumentos psicológicos correspondientes.

Lugar_____ día_____mes_____año_____

Firma:_____

Impresión dactilar
(I.D.)

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA PEÑA INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA FERREYROS VÁSQUEZ Fiscal Supremo

Anexo 3:

Definiciones conceptuales

ENTREVISTA: Como señala Veccia (2002), la entrevista implica: a) un intercambio presencial entre dos o más personas; b) una direccionalidad o propósito de ese intercambio, planteado de antemano, con la consecuente expectativa de resolución por parte de los actores involucrados; c) el consentimiento recíproco por el cual una de las partes puede preguntar y la otra responder, y eso es lo que la diferencia de otros interrogatorios coercitivos (judiciales, policiales) y estructura una interacción sobre el modelo de dos roles (entrevistador y entrevistado).

INCAPACIDAD: 1.adj. Que no tiene capacidad o aptitud para algo. **2.** adj. Falto de talento. **3.** adj. Que no es capaz, por su naturaleza o por decisión de su voluntad. *Ella es incapaz DE mentir.* **4.** adj. Der. Que no tiene cumplida personalidad para actos civiles, o que carece de aptitud legal para algo determinado. (RAE, 2014).

DISCAPACIDAD: Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2015).





Anexo 4:

Definiciones operacionales

CONCLUSIÓN: Obtener el resultado final de algo. Es el último apartado de un proceso previo. Para llegar a ella es preciso comprender una serie de etapas anteriores. Es la síntesis de una información global.

La conclusión es el fin de un asunto, por medio de la cual queda delimitado y precisado. Se llega a una conclusión luego de discutirse un tema, se obtiene la clarificación del problema, y se cierra en una conclusión a modo de síntesis, que en general son breves y precisas, mostrando los puntos fundamentales sobre los que se llegó a un acuerdo.

DIAGNÓSTICO: Un diagnóstico es el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas existentes en el presente o en el pasado.

DIAGNÓSTICO FORENSE: En psicología forense, la finalidad es analizar y evaluar el estado mental de un individuo, y relacionarlo con unos hechos jurídicos determinados que ayuden a un Juez en la determinación de su sentencia.

En el área forense el diagnóstico es importante, ya que el informe pericial va dirigido a personas ajenas al mundo de la psicología y su objetivo no es saber qué es lo que tiene o no tiene el individuo, sino saber que de acuerdo a lo que tiene o no tiene como actúa, o actuó, o puede actuar, de una u otra forma con respecto a unos hechos que se están juzgando. Es importante efectuar un diagnóstico descriptivo y funcional que categorial pues lo que más importa no son tanto las clasificaciones clínicas sino como estas se manifiestan, y como aparecen relacionadas con unos determinados hechos.

FUENTES COLATERALES: Están referidas a otras fuentes de información, por ejemplo: revisión de expedientes, entrevistas con familiares, informes pedagógicos, entre otros.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. LUNA VICUÑA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

Anexo 5:

Diagnósticos y Conclusiones

Diagnósticos clínicos (CIE 10)

1. Reacción a estrés agudo (F43.0):

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

JEFATURA NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL V°B° SEGUNDO E. ALBUJA HERRERA JEFE NACIONAL (E)

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

2. Trastornos de adaptación (F43.2):

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

3. Trastorno de estrés post-traumático (F43.1)

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de





volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Conclusiones Clínico forenses:

1. Afectación emocional.

Signos y síntomas que presenta el individuo como consecuencia del evento violento (hecho fáctico), que para ser valorados dependen de su tipo de personalidad, estrategias de afrontamiento, autopercepción, madurez, experiencias personales, cultura, habilidades sociales, capacidad de resiliencia, percepción del entorno, entre otras, pudiendo estas interferir de forma pasajera o permanente en una, algunas o todas las áreas de su

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VIERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. ROMERO VASQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia de Lima

funcionamiento psicosocial (personal, pareja, familiar, sexual, social, laboral y/o académica). *En el caso de los niños, niñas y adolescentes:* Considerar signos y síntomas que interfieren con su normal desarrollo (físico, cognitivo, psicosocial).

2. Reacción ansiosa situacional

Respuesta de ansiedad ante un evento que el individuo percibe como amenazante manifestada en inseguridad, temor, preocupaciones, tensiones; siendo pasajera y de corta duración.

3. No se evidencian indicadores de afectación emocional

Ausencia de sintomatología relacionada al hecho violento.

JEFATURA NACIONAL
V°B°
SEGUNDO E. ALMACHI VERA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
V°B°
AVILA A. PSICOLOGA VASQUEZ
Fiscal
Subrogar

Anexo 6:

Ampliación del marco teórico

ANEXO 6a:

Violencia

Definición: La OMS lo define como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte" (OMS, 2015).

Agresión y Violencia: Con respecto a **la agresividad**, Sanmartin (2002, 2004, citado por Murueta y Orozco, 2015), explica que *es una reacción instintiva de autoprotección o de aumento de la supervivencia*; como es una reacción automática, existen respuestas que la inhiben, tales como el miedo reflejado en el rostro o la actitud del otro. La agresividad es regulada por la *amígdala y el hipotálamo* interviene a través del control que ejerce sobre la hipófisis; también juega un papel relevante la corteza prefrontal que está ligada a la reflexión. En la corteza prefrontal se encuentran las ideas, pensamientos y sentimientos, los cuales no son instintivos, sino que se adquieren a lo largo de la historia personal. Según como se configuren, el individuo potenciará o inhibirá las emociones que alcancen su corteza desde las zonas profundas de su cerebro; es decir, se puede ser violento si en el sistema precedido por la amígdala, en interconexión con la corteza prefrontal, existe una perturbación de origen biológico. Sin embargo, **la violencia**, en la mayoría de los casos, es el resultado de factores culturales dados a través del aprendizaje y estará condicionada por múltiples factores tanto de orden individual como social (Murueta y Orozco, 2015).

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VIERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FRANCISCO SANCHEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

Teorías explicativas de la Agresión y Violencia:

De acuerdo a Murueta y Orozco (2015), en diferentes contextos las conductas agresivas y violentas, mencionan que Cerezo en el año 2008 hace una reseña de las diferentes teorías que pretenden dar una respuesta al porqué de la conducta agresiva humana:

A. ***PERSPECTIVAS CLÁSICAS:*** Entre las que destacan:

1. ***Teoría clásica del dolor.*** Esta teoría sostiene que ante un estímulo adverso respondemos con agresividad. El miedo al dolor esta clásicamente condicionado, tendemos a aceptar lo placentero y a rechazar lo que no lo es. El dolor es suficiente en sí mismo para activar la agresión en los sujetos.

2. ***Teoría de la frustración.*** Aquí la conducta agresiva es una de las consecuencias más importantes de la frustración. Afirman que cualquier acción agresiva puede ser atribuida, en última instancia, a una frustración previa. Se puede hablar de frustración desde dos ópticas distintas:

a) como una barrera externa que impide al individuo alcanzar la meta deseada y cuya consecuencia más inmediata es la agresión, y

b) como reacción emocional que surge ante la contrariedad, de manera que no solo es necesaria una barrera, sino que es necesaria la intervención de elementos cognitivos, es decir, que el sujeto interprete la situación como amenazante.

3. ***Teorías sociológicas de la agresión.*** La unidad de análisis en estas teorías es el grupo social y no el individuo. La conducta agresiva únicamente buscará el bienestar del grupo independientemente del sacrificio que representa para uno u otro miembro. Se pueden distinguir dos aspectos de la agresividad social:





a) La que se genera cuando los objetivos que se persiguen son de corte material, altamente individualista (competencia del individuo frente a los demás miembros del grupo), y

b) La que se plantea a nivel de grupo organizado (el conflicto o agresión socializada).

4. *Teoría catártica de la agresión.* El concepto de catarsis ha surgido de la teoría psicoanalítica; supone una expresión repentina de afecto anteriormente reprimido cuya liberación es necesaria para mantener el estado de relajación adecuada, por lo que constituye una solución única al problema de la agresividad humana. Los resultados de este campo sugieren que el estado físico producido por una amenaza hacia el yo o por un bloqueo de meta se reduce si se tiene la oportunidad de agredir, aunque sea verbalmente, a quien lo provoca.

5. *Etiología de la agresión.* Podemos situar bajo este epígrafe todas aquellas teorías que consideran la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente, casi fisiológico. Dichas teorías sugieren que la agresión es espontánea y no hay ningún placer asociado a ella. Freud sostiene que hay dos clases esencialmente diferentes de instintos: el instinto sexual y el instinto agresivo, cuyo fin es la destrucción. Habla de agresión activa, que hace referencia a nuestro deseo de herir o dominar un objeto. Los factores instintivos subyacen en toda conducta humana agresiva.

6. *Teoría bioquímica o genética.* Esta teoría trata de demostrar que el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el organismo y en los que las hormonas desempeñan un papel decisivo. Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión y de la esquizofrenia simple.

7. *Teoría sociocognitiva del aprendizaje* (Mc Guire, 2008). "Provee un marco coherente de la conducta agresiva primordialmente como un fenómeno aprendido" (Bandura, 1973). Esta perspectiva resalta "los factores clave del ambiente y de la socialización, si bien





ello se hace de manera más explícita sobre el efecto que esos factores ejercen en los patrones de desarrollo que corresponden a la adaptación y al ajuste a las percepciones interpersonales y al estilo de interactuación social del individuo".

8. *Teoría de campo o interconductual de Kantor* (1980). Desarrollada en mayor medida por Ribes y López (1985). El campo psicológico incluye la intervención de varios elementos (objeto de estímulo-respuesta, función de estímulo-respuesta, medio de contacto, biografía reactiva, historia del estímulo), no de uno solo", es decir, "el campo interconductual es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente.

B. PERSPECTIVAS CONTEMPORÁNEAS:

Estas perspectivas, se han nutrido y retroalimentado de las teorías clásicas (OPCION, 2004):

- **Teorías sociológicas:**

1. ***Teoría sociológica:*** Los sociólogos consideran que la violencia, en este caso familiar, tienen sus raíces en la crisis que padece la institución familiar, creada por la gran cantidad de estresores externos a los que está expuesta o por el cambio que están sufriendo las normas sociales y culturales (Ej. Ser víctima de abuso, ser encarcelado, etc.).

2. ***Teoría sistémica:*** Aquí se plantea que la conducta violenta no debe ser entendida sólo en función del "agresor" sino también en función del "agredido", y de la relación que ambos mantienen, es decir, no se puede concebir bajo un modelo lineal de causa – efecto, sino asumiendo una percepción circular, de corresponsabilidad.

3. ***Teoría del estrés:*** De acuerdo a esta teoría, la violencia se manifiesta cuando un individuo se encuentra bajo estrés y carece de recursos personales y de estrategias de afrontamiento para mitigar su impacto.

4. ***Teoría feminista:*** Centra su análisis en las relaciones mujer – hombre y manifiesta que los hombres utilizan la violencia física y/o enfado y el maltrato psicológico como estrategia de control.

- **Teorías psicológicas:**

I. ***Teoría de la indefensión aprendida de WALKER (1979,1984):*** Según esta teoría el maltrato continuo en el tiempo y espacio provocaría en las mujeres maltratadas la percepción cognitiva de que es incapaz de manejar o resolver la situación por la que atraviesa que se puede generalizar a situaciones futuras, como la relación con sus padres, hijos y amigos.

II. ***Teoría de la unión traumática:*** Es el desarrollo de una unión emocional entre dos personas, donde una de ellas amenaza, golpea, maltrata o intimida intermitentemente a la otra. Esta unión se manifiesta en actitudes o expresiones positivas por parte de la persona maltratada.

III. ***Teoría de la trampa psicológica:*** Según esta teoría, cuanto más tiempo y esfuerzo una mujer maltratada ha invertido en su relación, tanto más difícil será que se dé por vencida si no logra lo que persigue, por lo que es muy poco probable que abandone la relación.

- **Teorías asociadas a los factores de riesgo:** Este modelo señala que la violencia puede deberse a diferentes factores de riesgo:

- ***Factores de riesgo a nivel individual:*** Son las dificultades y déficits en la persona (Ej. Autoestima inadecuada, pocas habilidades sociales, rebeldía, uso inadecuado del tiempo libre, impulsividad, depresión, baja tolerancia al conflicto, etc.).

- ***Factores de riesgo a nivel familiar:*** Ej.: vínculos afectivos débiles, conflictos matrimoniales o de pareja, inadecuado control de los hijos, disciplina inconsistente, ejercicio violento de la autoridad, consumo de alcohol o drogas, sobreprotección o descuido, modelos inadecuados, desintegración familiar, etc.

- ***Factores de riesgo a nivel social:*** Está referido a la forma cómo la familia interactúa con los agentes de socialización fuera de la familia, tales como la escuela,

compañeros, comunidad, etc. Ej.: Comportamientos agresivos, deficiencia escolar o laboral, vinculación con grupos disfuncionales.

- **Modelo ecológico:** Es una propuesta desde el enfoque de salud pública para abordar la violencia, la cual brinda un panorama integral e eficiente de la violencia, sobretodo, la familiar, donde se incluyen niveles:

- ***Nivel macrosistema:*** Es el comportamiento que tiene que ver con los sistemas de creencias, actitudes, mitos y estilos de vida en una determinada cultura. Aquí entran en juego las relaciones de poder, la violencia estructural, la anomia, y la identidad nacional.

- ***Nivel mesosistema:*** Se refiere a que hay instituciones que reproducen la violencia en la sociedad a través de sus acciones, las cuales generan una imagen simbólica de resolución de conflictos con el uso de la violencia.

- ***Nivel microsistema:*** Es el entorno social inmediato de la persona, en la cual el microsistema está representado por *la familia*, al cual constituye el entorno inmediato de la persona.

- ***Nivel individual:*** Son aquellos que tiene que ver con el desarrollo de la persona, desde los factores biológicos, hereditarios, fisiológicos, intelectuales, afectivos, personalidad, historia personal, los cuales influyen en su comportamiento.

TIPOS DE VIOLENCIA: La OMS (1998) establece 3 tipos de violencia generales, según las características de los que cometen el acto violento:

a. La violencia autoinfligida: Incluye el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero está integrado por pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. Por su parte, las autolesiones pueden incluir actos como la automutilación.

b. La violencia interpersonal: Está dividida en subcategorías:

- Violencia Familiar o de Pareja: En el estudio de la OMS (1998) define como

JEFATURA NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL V°B° SEGUNDO E. JEFE SECCIONAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Auxiliar

violencia familiar a: "toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia".

- **Violencia Física:** Indica acciones que producen daño a la integridad física de una persona y que se manifiesta mediante la acción del agresor contra el cuerpo de la víctima, como golpes, patadas, puñetes, empujones, entre otros; así como, la utilización de objetos contundentes, corto-punzante o ciertas sustancias (Corsi, 1995).

- **Violencia Psicológica:** Es toda acción u omisión que cause daño emocional en las personas, se manifiesta mediante ofensas verbales, amenazas, gestos despreciativos, indiferencia, silencios, descalificaciones y ridiculizaciones. Suele ser la más difícil de reconocer e identificar, pero es la que más consecuencia puede ocasionar (OPCION, 2001).

- **Violencia Sexual:** Es toda acción que implica amenazas o intimidaciones que afectan la integridad y la libertad sexual. Su expresión más grave es la violación sexual, pero los acercamientos íntimos no deseados son también formas de violencia sexual.

- **Violencia Económica:** Son todas aquellas acciones u omisiones por parte del agresor que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Incluye la negación a cubrir cuotas alimenticias para los hijos o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar (OPCION, 2004).

- **Violencia Comunitaria:** Alude a la violencia que se produce entre personas que no tienen un vínculo familiar y que pueden conocerse o no, y esto sucede generalmente fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, el ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como centros educativos, lugares de trabajo, centros de reclusión, entre otros.





c. La violencia colectiva: Representa los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales puede incluir, por ejemplo, los actos delictivos de odio o discriminación cometidos por grupos organizados, los atentados terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los realizados con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

Maltrato en niños, niñas y adolescentes (Según IASS y ADCARA, 2007):

MALTRATO FÍSICO

Cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

Indicadores físicos en el niño:

- Magulladuras o moretones en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos; en diferentes fases de cicatrización o con formas no normales, agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
- Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, o con indicadores de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.
- Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos.
- Torceduras o dislocaciones.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO DE ALIAGA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

- Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

MALTRATO PSICOLÓGICO (Emocional)

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Tipos de conductas que comprende:

1. **Rechazar:** En general, implica conductas de los padres/tutores que comunican o constituyen abandono.

Cero a dos años: Rechazo activo por parte del padre/madre a aceptar las iniciativas primarias de apego del niño, a las iniciativas espontáneas de éste, y a las respuestas naturales/normales al contacto humano. Rechazo a la formación de una relación primaria de apego con el niño.

Cero a cuatro años: Exclusión activa del niño de las actividades familiares.

Edad escolar: Transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo.

Adolescencia: Rechazo a aceptar los cambios en el rol social esperados en el joven (es decir, evolucionar hacia una mayor autonomía y autodeterminación).

2. **Aterrorizar:** Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro, que intentan crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar al niño creando hacia él unas expectativas inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlas.

Cero a dos años: Ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y a los nuevos estímulos.

Dos a cuatro años: Utilización de gestos y palabras exagerados que pretenden intimidar, amenazar o castigar al niño.

Edad escolar: Exigencia al niño de respuesta a demandas contradictorias de los padres/tutores.

Adolescencia: Amenaza al joven de exponerle a la humillación pública.

3. **Aislar:** Se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

Cero a dos años: Negación al niño de la posibilidad de interactuar de manera continuada con los padres u otros adultos.

Dos a cuatro años: El padre/madre enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él.

Edad escolar: Evitación activa de que el niño mantenga relaciones normales con sus compañeros.

Adolescencia: Evitación activa de que el joven participe en actividades organizadas e informales fuera del hogar.

4. **Violencia doméstica extrema y/o crónica:** Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.





Para poder definir la existencia de maltrato psíquico/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) la presencia de tales indicadores ha de ser claramente perceptible.

NEGLIGENCIA FÍSICA

Las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Indicadores en el niño:

- *Alimentación:* No se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
- *Vestido:* Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
- *Higiene:* Constantemente sucio, escasa higiene corporal.
- *Cuidados médicos:* Ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades. Ausencia de cuidados médicos rutinarios.
- *Supervisión:* El niño pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres/cuidadores del niño.
- *Condiciones higiénicas y de seguridad* del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del niño.
- *Área educativa:* Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

Para poder definir la existencia de negligencia física, debe presentarse uno o varios de los indicadores de manera reiterada y/o continua.





NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA (Emocional)

Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

Tipos de conductas que comprende:

1. **Ignorar:** Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño, y cuando aquellos se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del niño.

- *Cero a dos años:* No provisión de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño.
- *Dos a cuatro años:* Frialdad y falta de *afecto* en el tratamiento de los padres al niño, no participación en las actividades diarias del niño.
- *Edad escolar:* Fracaso en proteger al niño de las amenazas externas o en intervenir en favor de aquel aun sabiendo que necesita ayuda.
- *Adolescencia:* Renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por el joven.

2. **Rechazo de atención psicológica:** Rechazo de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes.

3. **Retraso en la atención psicológica:** Los padres/tutores no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (p.ej., depresión severa, intento de suicidio).

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. AMAGUAYA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° FISCALIA DE PICHINCHA

Para poder definir la existencia de negligencia psíquica/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) su presencia ha de ser claramente perceptible.

ABUSO SEXUAL

Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Tipos de conductas que comprende:

- **En función de la relación entre la víctima y el abusador:**

  Incesto: Contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).

  Violación: Contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior.

- **En función del tipo de contacto sexual:**

  Abuso sexual sin contacto físico: Por ejemplo exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico.

  Abuso sexual con contacto físico: Por ejemplo tocar y acariciar los genitales del niño, coito, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal.

JEFATURA NACIONAL V°B° GUIDO E. VEGA VIERA NACIONAL TML

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA M. FRANCESCHINAZZO Fiscal Superior

EXPLOTACIÓN LABORAL

Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o para la estructura familiar.

CORRUPCIÓN

Los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándolo para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas asociales, delictivas o autodestructivas.

Tipos de conductas que comprende:

Las conductas que pueden incluir un modelo inadecuado para el niño pueden incluir: conductas delictivas, particularmente las que causan daño a los demás, el tráfico de drogas, el consumo de drogas, y comportamientos autodestructivos o violentos.

Para poder definir la existencia de modelo de vida inadecuado para el niño debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua. Su presencia ha de ser claramente perceptible. El modelo inadecuado debe ser claramente perceptible por el niño en su interacción cotidiana.

El niño debe reunir condiciones suficientes de vulnerabilidad al modelo: capacidad cognitiva suficiente y razonamiento moral en desarrollo.

MALTRATO PRENATAL

Falta de cuidado por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre, o autosuministro de drogas o sustancias que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ...ERA JEFATURA NACIONAL I.M.L. ... DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior 2° Fiscalía Superior de Familia de Lima

Tipos de conducta que comprende:

- Descuido de los cuidados de higiene y alimentación necesarios.
- Ausencia o incorrecto control sanitario.
- Consumo de drogas durante el embarazo (tabaco, alcohol, cocaína, heroína, etc.)
- Malos tratos a la madre durante la gestación.
- Rechazo manifiesto del embarazo

ABANDONO

Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño.

Repercusiones de la violencia doméstica en el desarrollo y funciones cognitivas en los niños:

Autores como Burudy (2003) y Santrock (2003) entre muchos otros (citados por Murueta y Orozco, 2015), coinciden en señalar que el maltrato infantil puede ocasionar diferentes consecuencias tanto físicas como cognitivas, emocionales y sociales que repercuten en el desarrollo de los niños. A partir de lo expuesto por varios autores, pueden reconocerse varias consecuencias de la exposición crónica a episodios violentos:

- ***Tristeza***: esta consecuencia emocional puede manifestarse de diversas maneras, ya sea llorando, permaneciendo callado, alejado, distraído y/o mostrando dificultad para disfrutar de actividades que solían gustarle. Este sentimiento puede volverse crónico y transformarse en depresión.
- ***Miedo***: suele expresarse a través del llanto frecuente, conductas de apego, inquietud o rechazo incluso a cualquier persona cercana. Esto puede deberse al temor a ser abandonado, a quedarse sin alimento, abrigo o casa, o bien, a que se le deje de querer.

- ***Culpa***: este sentimiento es muy común en los niños que tienen la creencia de que ellos son el *centro del universo* y que por eso son la causa de todo lo que ocurre a su alrededor, por lo que se sienten responsables de las peleas entre sus padres y creen que ellos pueden reconciliar o solucionar los problemas.

- ***Soledad***: esta sensación suelen experimentarla por carecer de los cuidados y la seguridad que necesitan, ya que sus padres no se los proporcionan por encontrarse inmersos en el conflicto de violencia.

- ***Enfado***: suele manifestarse como desacato a las figuras de autoridad y peleas con otros niños.

- ***Regresión***: se manifiesta con los intentos del niño por evadir todos los acontecimientos estresantes que está viviendo retirándose mentalmente a un lugar donde se sienta más seguro y tranquilo. Las conductas regresivas más comunes son: chuparse el dedo, habla infantil, enuresis nocturna, rabietas, alta dependencia de los padres, así como dejar de usar cubiertos para alimentarse y recurrir nuevamente al biberón y/o a relacionarse con un objeto de apego.

- ***Desamparo aprendido***: es una consecuencia que puede presentarse tras un periodo relativamente largo de exposición a episodios violentos, o como resultado de frustraciones y fracasos repetidos que lo hacen sentir que sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática son inútiles.

- ***Alteraciones hormonales***: Portellano (2008) y Estivil (2002) (citados por Murueta y Orozco, 2015), refieren que los menores víctimas de violencia en casa están expuestos a condiciones que afectan de forma importante su calidad y cantidad de sueño, lo que tendrá importantes repercusiones en la generación y modulación hormonal, en particular de la hormona de crecimiento, químico fundamental para los procesos de regeneración tisular y consolidación de los procesos de aprendizaje. Esta condición ha provocado que muchos

menores de edad en condiciones de violencia crónica muestren niveles generales de menor y más lento crecimiento físico, menores niveles de éxito académico y menores puntuaciones en pruebas de inteligencia general. Este cuadro se ha denominado enanismo psicosocial, que se define como el retraso en el crecimiento de origen psicosocial (García, 2009; Rosenzweig, Breedlove, & Watson, 2005, citados por Murueta y Orozco (2015).

- ***Problemas de sueño:*** Estos se manifiestan básicamente con presencia de terrores nocturnos, pesadillas recurrentes, insomnio, miedo a dormir sólo o a la oscuridad. También se han descrito condiciones donde el menor de edad no tiene los hábitos de sueño necesarios para su edad, hay disminución de los periodos de sueño.

- ***Problemas escolares***: se refieren a la inadaptación en el ámbito educativo, bajas calificaciones, repetición de años escolares y un conjunto de condiciones que se han denominado fracaso escolar. En el caso de preescolares, se ha apreciado que la exposición a la violencia entre sus padres se asocia con irritabilidad excesiva, regresión en el lenguaje y control de esfínteres, ansiedad de separación, dificultades en el desarrollo normal de la autoconfianza y de posteriores conductas de exploración relacionadas con la autonomía.

- ***Dificultades en sus relaciones interpersonales***: los niños víctimas de violencia muestran estrategias de relación interpersonal caracterizadas por vinculación con compañeros de menor edad y dificultad en la asunción de reglas en la relación con sus pares o para expresar desacuerdos. Es común el despliegue de conductas violentas como medio de resolución de problemas. También se observa aislamiento o exclusión por parte de sus compañeros. Los niños maltratados no aprenden a defenderse, no saben detener el maltrato y, en muchas ocasiones, ni siquiera se dan cuenta de que el trato que se les brinda es nocivo e inconveniente.

- ***Alteraciones cognitivas***: en los niños en situación de maltrato se han observado menores niveles de rendimiento en escalas de inteligencia, verbales y de memoria (Pino & Herruzo, 2000, en Murueta y Orozco (2015). Presentan retrasos en el nivel

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALVAGUERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior Fiscalía Superior de Familia

madurativo global, incapacidad para abstraer y generalizar conceptos, inmadurez y perseverancia en plantear soluciones negativas (Moreno, 2003, en Murueta y Orozco, 2015).

- ***Alteraciones en el lenguaje***: se manifiestan en forma de trastornos del habla, generalmente disfemia y dislalia; desarrollo lingüístico por debajo de su edad cronológica; alteraciones en la intencionalidad en la comunicación y pobreza de vocabulario; y dificultades en pragmática, morfología, sintaxis y semántica (Moreno, 2003 en Murueta y Orozco, 2015).

- ***Problemas conductuales***: es común que los niños en condiciones de violencia muestren una serie de conductas desajustadas o desadaptativas que pueden incluir alteraciones por poca activación o participación en el ambiente (como los niños que presentan mutismo selectivo, común, aunque no exclusivo, en casos de maltrato), poca integración con pares, disminución de la curiosidad, timidez excesiva, cuadros que semejan la fobia social de los adultos, o por el contrario, casos en que la conducta se exacerba y se manifiesta poco control de impulsos, cuadros maniacos, autolesiones, conductas obsesivo-compulsivas (frecuentemente onicofagia) y prácticas de riesgo (Silva, 2003; Meece, 2000) citados por Murueta y Orozco (2015).

En casos extremos, la ideación suicida e intentos de suicidio (Silva, 2003; Meece, 2000) también se han asociado con prácticas parentales violentas (Palacios & Andrade, 2008) citados por Murueta y Orozco (2015).





ANEXO 6b:

Familia

Definiciones de Familia:

Según la OMS, tomando un criterio eminentemente demográfico, por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

Ackerman (citado en Cusinato, 1992) la define como "la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud".

Minuchin (2001) la define como "el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares".

Por la **composición la familia** se puede clasificar de la siguiente forma (Quintero, 1994):

1. **Familia nuclear:** es la compuesta por los padres y los hijos que viven bajo un mismo techo.
2. **Familia extensa:** varias generaciones conforman el grupo familiar (padres, hijos, abuelos, tíos).
3. **Familia reconstituida o recompuesta:** aquella donde los miembros de la pareja vienen de uniones previas, conviven con hijos de sus relaciones anteriores y de la suya propia.
4. **Familia monoparental:** conformada por uno de los progenitores, generalmente la madre, y sus hijos.

Por el nivel de **funcionamiento la familia** (Artola, 2000) puede ser:

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VERA JEFE NACIONAL (I) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior Distrito Judicial Lima Norte

- **Familia rígida:** Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

- **Familia sobreprotectora:** Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

- **Familia centrada en los hijos:** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

- **Familia permisiva:** En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

- **Familia inestable:** La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.





- **Familia estable:** La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos, por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E.
ALMIRA VIERA
JEFE NACIONAL I.M.L.
DIRECCION DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
RITA A.
FIGUEROA VÁSQUEZ
Fiscal
Superior
Fiscalía Superior de Familia de Lima

ANEXO 6c:

Personalidad

Teoría de la personalidad de Millon

Concepto de Personalidad:

Es el patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon y Everly, 1985; Millon, 2000).

Patrones básicos de la Personalidad:

Millon clasifica la personalidad en diez patrones básicos, los que en sus formas rígidas o extremas, son descritas como trastornos de personalidad (Millon y Everly, 1985 y 1998; Millon, 2000 y 2006). Entre ellos tenemos:

Personalidad Masoquista (Patrón pasivo-discordante). Sujetos que interpretan los sucesos y se implican en relaciones interpersonales de manera contraria a los aspectos de progreso y crecimiento personal, prefiriendo las experiencias dolorosas, principalmente en las relaciones interpersonales, intensificadas por autoreproches y desprecio de sí mismos.

Personalidad Agresivo-Sádica (Patrón activo-discordante). Estas personas consideran que el modo preferente de relacionarse con los demás gira en torno a sucesos que resultarán dolorosos (tensión, miedo, crueldad) y los viven como deseables y gratificantes (actos en que humillan, desprecian e incluso tratan brutalmente a los demás), asumiendo con los demás un rol activo de control, dominación y abuso.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA PERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior 2° Fiscalía Superior de Familia de Lima

Personalidad Esquizoide (Patrón pasivo-retraído). Sujetos que se caracterizan por su incapacidad para experimentar placer o entusiasmo, tienen necesidades mínimas en el plano interpersonal y experimentan muy pocos sentimientos, son apáticos, su interés por el contacto social es mínimo, y exhiben deficientes habilidades de comunicación social.

Personalidad Evitativa (Patrón activo-retraído). Estos sujetos muestran una disminución en su autoimagen, en experimentar placer y en su euforia afectiva, provocada por sentimientos constantes de tristeza, disminución, vacío, rechazo y despersonalización; vacilan entre el deseo de obtener afecto y el miedo al contacto social, suspicaces y evitan el rechazo social.

Personalidad Dependiente (Patrón pasivo-dependiente). Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, necesitando de una figura fuerte y protectora, dóciles, con escasas iniciativas, evitación de la autonomía, poco competitivos, autopercepción de debilidad, evitan los conflictos interpersonales.

Personalidad Histriónica (Patrón activo-dependiente). Son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales. Muestran conductas de seducción, manipulando o intentando manipular a los otros para obtener su atención y sus elogios, se autoperciben como sociables y encantadores, pensamientos ocasionales, erráticos y fugaces en sus emociones, actitudes y conductas.

Personalidad Narcisista (Patrón pasivo-independiente). Prototipo del patrón de personalidad independiente, de autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Abandonados a fantasías inmaduras y narcisistas, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALMANTERA JEFE NACIONAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ Fiscal Superior

Personalidad Antisocial (Patrón activo-independiente). Exhiben una pauta de conducta irresponsable y antisocial. Muestran incapacidad para mantener una conducta laboral consistente y fracasan en adaptarse a las normas sociales y en comportarse con respeto a las leyes. Irritables, agresivos y vengativos, suelen exhibir comportamientos hostiles, y no dejan de efectuar ataques físicos a los demás para lograr sus fines.

Personalidad Obsesivo-Compulsiva (Patrón pasivo-ambivalente). Su afectividad está restringida y mantienen un estricto control de su expresión emocional. Valoran la autodisciplina, la prudencia y la lealtad, y prefieren el trabajo estructurado, metódico y meticuloso. Su inusual adherencia a sus propias convenciones y a las normas sociales esconde un conflicto entre su hostilidad latente hacia los otros y el miedo al rechazo y desaprobación social. La posibilidad de que surjan sentimientos de cólera y actitudes agresivas dependen de la eficacia de los controles de la orientación pasiva en la polaridad activo-pasivo.

Personalidad Pasivo/Agresiva (Patrón activo-ambivalente). En este caso los sujetos se vuelven malhumorados, discutidores o irritables, trabajan de un modo deliberadamente lento o hacen mal las tareas cuando se les pide que hagan algo de lo que no están convencidos, evitan obligaciones pretendiendo que las ha olvidado, protestan sin justificación, creen que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan y tienden a criticar o burlarse de manera irracional de las personas.

A estos 10 tipos básicos resultantes de las polaridades fueron añadidos otros 3 trastornos de mayor severidad:

Personalidad esquizotípica. Se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos, es excéntrico y percibido por los otros como extraño, de pensamiento autístico, ensimismado y perdido en sueños que en

JEFATURAN NACIONAL
V°B°
SEGUNDO E. ALIAGA VERA
JEFE NACIONAL I.M.L.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

V°B°
RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ
Fiscal Superior

ocasiones confunde con la realidad, hipersensible, desconfiado y aprensivo, su apariencia emocional es monótona, falta de activación y afecto, experimenta sentimientos ansiosos de vacío y falta de significado, con períodos de despersonalización.

Personalidad Límite (Borderline). Sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia, ciclo del sueño irregular, pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración, reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento, ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

Personalidad Paranoide. Se asocia más a menudo con los tipos de personalidad independiente (narcisista y antisocial) y en menor grado con los patrones compulsivo y pasivo-agresivo, es suspicaz y defensivo ante la crítica y el rechazo que anticipa, su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia; distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional, a veces para alimentar su imagen grandiosa y otras para confirmar sus ideas autorreferenciales.

JEFATURA NACIONAL
V°B°
SIGIFREDO E.
ALIAGA VERA
JEFE NACIONAL IML
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
V°B°
RITA A.
PIQUEDO VASQUEZ
Fiscal
Superior

Teoría factorial de la personalidad Raymond Cattell

Definición de la Personalidad:

Como la integración de rasgos y viene hacer lo que determina el comportamiento de los sujetos ante una situación y estados de ánimo definido. El rasgo representa una tendencia general que nos indica características de conductas del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y una regularidad de conducta a lo largo de tiempo y ante una situación.

Teoría de los rasgos según Cattell:

Su teoría está fundamentada en la técnica estadística del análisis factorial, el cual es un procedimiento que permite reducir la información realizando agrupaciones de variables.

Cattell lo usaba para explorar las dimensiones básicas de la personalidad, motivación y capacidades cognoscitivas. Y su resultado más importante fue el descubrimiento de 16 factores que permiten describir la personalidad. A estos factores lo llamó "rasgo de la fuente" ya que creía que proporcionaba la fuente del comportamiento que pensamos que es personalidad. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia y por el ambiente. La conducta de los individuos ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de las variables que pueden intervenir antes dicha situación.

Los 16 Rasgos o Factores son:

Sociabilidad, Solución de Problemas, Estabilidad Emocional, Dominancia, Impetuosidad, Responsabilidad, Empuje, Sensibilidad, Suspicacia, Imaginación, Diplomacia, Seguridad, Rebeldía, Individualismo, Cumplimiento, y Tensión.





Teoría de la personalidad de Hans Jurgen Eysenck

Definición de Personalidad:

Es una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina (Eysenck, 1970).

Dimensiones de la personalidad:

Sustentada en el aspecto biológico del ser humano, que describe los tipos extraversión y neuroticismo como ejes o dimensiones de la personalidad, y en un segundo momento suma a estos dos el tipo psicoticismo. El análisis factorial muestra que los rasgos no son independientes unos de otros, pues correlacionan entre sí formando patrones:

- **Extraversión - Introversión**: en relación a la tendencia a la sociabilidad o a la soledad.
- **Neuroticismo - Estabilidad emocional**: en relación a la falta o no de estabilidad emocional y autocontrol.
- **Psicoticismo - Control de impulsos**: en relación a la existencia de tendencias a la conducta trastornada o a la conducta adaptada.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA MENA JEFE NACIONAL I.M.L.
MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VÁSQUEZ FISCAL Subrogante

ANEXO 6d:

FACTORES DE RIESGO DE LA DINÁMICA RELACIONAL*

FACTOR	PRESENTE	AUSENTE
Violencia cronificada con escalada en ella		
Grado de severidad en la violencia:		
1. Violencia física o amenazas (uso de armas/instrumentos, crueldad)		
2. Violencia psíquica (grado de humillación para la víctima)		
3. Violencia por abandono/de privación		
Cese de la relación o amenazas de abandono		
Nueva relación de pareja en la denunciante		
Vivencia de las consecuencias legales de la ruptura para el imputado		
Conductas de acecho post ruptura		
Relación de cuidado (estrés del cuidador)		
Incumplimiento de anteriores órdenes de alejamiento por parte del denunciado		

Factores de riesgo de la dinámica relacional Denunciante - Denunciado:

VIOLENCIA CRONIFICADA CON ESCALADA EN ESTA

Una cronificación en la dinámica relacional violenta con incremento de intensidad en ella es un indicador de riesgo de primera magnitud para predecir una nueva aparición de estas conductas con una intensidad elevada. Como reitera la investigación, el factor que mejor pronostica la conducta futura es la conducta pasada (Redondo, 2008).

GRADO DE SEVERIDAD EN LA VIOLENCIA

Se valorará la intensidad y frecuencia del uso de la violencia en sus distintas formas (física, psicológica, sexual y por negligencia/abandono). A través del análisis de las características de esa violencia (i. e., uso de armas/instrumentos, grado de crueldad, humillación, valor simbólico de la conducta concreta para la mujer, etc.) podemos inferir el grado de intencionalidad de causar daño por parte del denunciado.

FATURAN NACIONAL V°B° MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIORENTIN-VAQUEZ Fiscal Superior

CESE DE LA RELACIÓN O AMENAZAS DE ABANDONO

El momento en el que la denunciante plantea la decisión de ruptura de la relación con cierta consistencia (i. e., transmite que tiene asesoramiento letrado) o la abandona de facto, se incrementa la probabilidad de intensificar la violencia por parte del denunciado como forma de intimidar a la pareja y someterla de nuevo a la relación.

NUEVA RELACIÓN DE PAREJA POR PARTE DE LA DENUNCIANTE

El establecimiento de una nueva relación sentimental por parte de la pareja termina con las esperanzas de reconciliación, detona ideación celotípica y facilita la aparición de sentimientos de abandono y traición en el agresor. Esta situación psíquica predispone a la aparición de comportamientos violentos.

VIVENCIA DE LAS CONSECUENCIAS LEGALES DE LA RUPTURA PARA EL IMPUTADO:

El/la psicólogo/a forense deberá explorar en el imputado la vivencia de las repercusiones legales (civiles y penales) derivadas de la denuncia: sensación de perjuicio por su paso por el sistema de justicia, elaboración cognitiva de las consecuencias para su proyecto vital (i. e., condiciones para rehacer su vida), afectación a su relación paterno filial, percepción de instrumentalización de la denuncia por parte de la denunciante (ganancia secundaria).

CONDUCTAS DE ACECHO POST RUPTURA

El acecho hace referencia a toda conducta mantenida en el tiempo dirigida a imponer a la pareja una comunicación y/o contacto indeseado por esta (Mullen, 2001; Roberts, 2002). Este factor ha sido identificado por las distintas investigaciones como uno de los que más correlaciona con violencia física severa dentro de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP), además de estar relacionado con la aparición de graves desajustes psicológicos en la víctima (Bennett, Cho y Botuck, 2011). La comunicación puede ser mediante llamadas telefónicas, cartas, mensajes telefónicos, correo electrónico, etc. El





contacto incluiría conductas de seguimiento o de vigilancia de la pareja, implica acercamiento físico y, por tanto, incrementa la probabilidad de paso al acto violento.

Especialmente importante será el caso en el que la mujer haya llevado a cabo conductas de ocultamiento de la pareja (i. e., cambio de comunidad de residencia, cambio de lugar de trabajo, etc.) y esta haya conseguido su nueva localización.

RELACIÓN DE CUIDADO (ESTRÉS DEL CUIDADOR)

En parejas de avanzada edad y donde el varón se hace cargo de los cuidados de la mujer dependiente puede aparecer el fenómeno denominado homicidio por compasión. La motivación es piadosa ya que lo que pretende es terminar con el sufrimiento de su pareja enferma y suele conllevar a continuación el suicidio del homicida (Echeburúa y Redondo, 2009).

INCUMPLIMIENTO DE ANTERIORES ÓRDENES DE ALEJAMIENTO POR PARTE DEL DENUNCIADO

Hay que anotar el número de veces que el agresor se ha acercado a la víctima a pesar de una orden judicial en contra, aun con la connivencia de la víctima. Hay que contar también aquí el incumplimiento judicial con parejas anteriores.





FACTORES DE RIESGO DE LA DENUNCIANTE*

FACTOR	PRESENTE	AUSENTE
Grado de dependencia con el agresor (económica, social o emocional)		
Actitudes que disculpan/justifican la conducta del denunciado		
Falta de apoyo social		
Situación de inmigración		
Pertenencia a minorías étnicas		
Embarazo		
Anteriores reconciliaciones y/o retirada de denuncias		
Discrepancias entre su percepción de riesgo y la valoración técnica		
Discapacidad física/psíquica/sensorial		
Lesiones físicas graves		
Lesiones psíquicas graves		

* Guía de Buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2012.

Factores de riesgo de la denunciante:

GRADO DE DEPENDENCIA CON EL AGRESOR (ECONÓMICA, SOCIAL Y EMOCIONAL)

A mayor grado de dependencia (económica, social y emocional) menor capacidad de reacción ante la situación de maltrato por parte de la denunciante y mayor sensación de dominio por parte del imputado.

ACTITUDES QUE DISCULPAN/JUSTIFICAN LA CONDUCTA DEL DENUNCIADO

Atenderemos a todo signo de justificaciones por parte de la denunciante (negación, minimización y autoculpabilización) respecto a las conductas del imputado como signo del grado de adaptación de la mujer a la situación de violencia, y por ende, la probabilidad de reanudar la relación con el agresor (situación de riesgo).

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA PERA JEFE NACIONAL (E) INSTITUTO DE IDENTIFICACIÓN

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. PAUCCIA VÁSQUEZ Fiscal Superior

FALTA DE APOYO SOCIAL

La denunciante cuenta con pocos recursos de soporte familiar, amigos o grupos de referencia o actividades diversas, bien por no residir en el mismo lugar, bien por ser inestable, bien por carencias relacionadas con esta estructura social. La falta de apoyo social dificulta la decisión de llevar a cabo cualquier conducta de alejamiento de la situación de violencia.

SITUACIÓN DE INMIGRACIÓN

Las mujeres inmigrantes están sobrerepresentadas dentro de las agresiones físicas severas (homicidios). Las mujeres inmigrantes tienen de 3,5 a 6 veces más probabilidades de morir a manos de sus parejas que las mujeres españolas (Echeburúa y Redondo, 2010). Las mujeres inmigrantes son más vulnerables porque suelen tener una precaria situación económica, jurídica, afectiva e incluso, en algunos casos, lingüística. Suelen presentar una pobre red social y escaso apoyo familiar. El riesgo es mayor cuando la mujer está en situación irregular o si está en proceso de reagrupamiento familiar (Echeburúa y Redondo, 2010).

PERTENENCIA A MINORÍAS ÉTNICAS

Estas mujeres suelen vivir en un entorno cerrado, endogámico, con fuerte control sobre sus miembros y valores férreos, todo lo cual dificulta la salida de la situación de violencia (i. e., etnia gitana).

EMBARAZO

La mujer embarazada se encuentra en un momento de máxima vulnerabilidad, ya que su organismo, su metabolismo y su funcionamiento hormonal, postural, alimenticio y afectivo se verá alterado en determinados momentos de este. Todo esto la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad afectiva y psicológica, que en algunos casos puede acentuar secundariamente conductas de dependencia y sumisión.

ANTERIORES RECONCILIACIONES Y/O RETIRADA DE DENUNCIAS

Es un indicativo del grado de dependencia denunciante-denunciado y no permite descartar nuevas conductas de acercamiento al denunciado. Para valorar este criterio, además de la información aportada por la denunciante, resulta fundamental un exhaustivo vaciado de la información aportada en el expediente judicial en relación a anteriores denuncias.

DISCREPANCIAS ENTRE SU PERCEPCIÓN DE RIESGO Y LA VALORACIÓN TÉCNICA

La vinculación afectiva de la víctima hacia el agresor y la cronicidad en la exposición a la violencia facilitan situaciones de adaptación paradójica a la situación de violencia (vid. supra). La denunciante normaliza el sufrimiento interpretando su malestar emocional desde una perspectiva autoculpabilizadora. Por este motivo suelen producirse distorsiones en la percepción subjetiva de riesgo con una clara tendencia a la minimización, lo que facilita la desatención a la valoración del riesgo profesional y asumir descuidos en su autoprotección.

DISCAPACIDAD FÍSICA/PSÍQUICA/SENSORIAL

Muchos son los problemas específicos que tienen que afrontar las mujeres con discapacidad derivados de esta circunstancia. Por múltiples y diversas condiciones, tanto internas como externas, a menudo relacionadas con la inaccesibilidad y falta de incorporación de la diversidad (lingüística, funcional, etc.) a los distintos sistemas intervinientes (justicia, redes de asistencia, centros, dispositivos, etcétera), las mujeres con discapacidad se encuentran con más dificultades para defenderse del agresor, pudiendo tener más posibilidades de sufrir dependencia económica y material respecto de este.

LESIONES FÍSICAS GRAVES

El tipo de lesión física puede darnos un indicador del grado de intencionalidad de dañar del agresor (i. e., agresión dirigida a órganos vitales). Este criterio debe ser valorado tras el análisis del informe médico forense.





LESIONES PSÍQUICAS GRAVES

Sería de interés contar con un informe psicológico forense del estado psicológico de la víctima. En muchas ocasiones la vivencia de la situación de violencia en la pareja provoca desajustes psicopatológicos en la mujer que nos pueden ayudar a elaborar el perfil del agresor (i. e., grado de humillación). Por otro lado, el estado psicológico de la mujer nos da un indicador de su capacidad de reacción ante la situación (recursos psicológicos de afrontamiento disponibles y vulnerabilidad a estrategias manipuladoras del imputado que puedan modificar su toma de decisión respecto a la ruptura de la relación).

Otro aspecto importante a tener en cuenta será el posible recurso al consumo de alcohol o drogas como estrategia de afrontamiento inadecuadas lo que puede aumentar su situación de vulnerabilidad (i. e., agravar sintomatología ansioso-depresiva, incrementar su baja autoestima, etc.).





FACTORES DE VULNERABILIDAD PERSONAL ANTE UN SUCESO TRAUMÁTICO**

Biográficos	• Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.). • Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado.
Psicobiológicos	• Elevado grado de neuroticismo. • Baja resistencia al estrés.
Psicológicos	• Escasos recursos de afrontamiento. • Mala adaptación a los cambios. • Inestabilidad emocional previa.
Psicopatológicos	• Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.). • Rigidez cognitiva o personalidad obsesiva.
Sociofamiliares	• Falta de apoyo familiar. • Falta de apoyo social.

** En Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). *Intervención en Crisis en Víctimas de Sucesos Traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?*. Psicología conductual. 15(3). Pp. 373-387.





Anexo 7:

Definiciones operacionales de los indicadores de afectación emocional de la Guía de Valoración de Daño Psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional

I. Indicadores Depresivos

1. **Insomnio:** Dificultad para conciliar o mantener el sueño. O bien, no tener un sueño reparador.
2. **Hipersomnia:** Sueño o somnolencia excesiva y/o prolongada, episodios inusualmente prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno no deseados.
3. **Ánimo depresivo:** Emoción generalizada y persistente caracterizada por tristeza, infelicidad y desdicha, y acompañada de llanto frecuente, pesimismo y sentimientos de desesperanza respecto a sí mismo y a su entorno.
4. **Apatía:** Estado de indiferencia con ausencia de motivación o entusiasmo, en el que la persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.
5. **Anhedonia:** Incapacidad para obtener placer de actividades que habitualmente producen sensaciones o sentimientos agradables.
6. **Ideación suicida:** Pensamientos persistentes de autoeliminación que pueden o no estar acompañados de un plan.
7. **Resentimiento** y/o **venganza:** Persistencia de afectos de cólera, ira u hostilidad ante una persona o situación que ha causado daños emocionales y físicos. Dificultad para perdonar u olvidar el agravio. Pensamientos y fantasías de revancha que pueden llegar al acto.
8. **Descuido del arreglo personal:** Disminución o ausencia del interés por el arreglo, aseo o higiene personal.

9. **Llanto espontáneo:** Llanto sin razón aparente y sin relación necesaria con una situación penosa.
10. **Labilidad afectiva:** Cambios bruscos de humor y del estado de ánimo sin que medie una razón aparente
11. **Cansancio y/o fatiga:** Disminución de la energía y desgano físico que no guarda proporción con el nivel de actividad realizada.
12. **Disminución de apetito con pérdida de peso:** Disminución del peso sin aparente intencionalidad o enfermedad.
13. **Problemas psicosomáticos:** Presencia de cefaleas, náuseas, gastritis, dolor de cuerpo, de espalda, fibromialgias y otros síntomas orgánicos debido a motivaciones emocionales o psicológicas.
14. **Disminución del rendimiento académico, laboral y/o doméstico:** Menoscabo en el nivel de funcionamiento académico, laboral y doméstico respecto a su desempeño previo.

II. **Indicadores de ansiedad o aumento del umbral de activación (arousal)**

15. **Hiperactivación:** Permanente y persistente estado de hipersensibilidad, hipervigilancia, estado de alerta y respuesta exagerada de sobresalto.
16. **Pesadillas recurrentes:** Sueños extremadamente terroríficos y repetitivos que dejan recuerdos vívidos y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona se recupera rápidamente y está orientada y despierta.
17. **Terrores nocturnos:** Despertares bruscos recurrentes acompañados de gritos de angustia, miedo y signos intensos de activación vegetativa. Falta relativa

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGURIDAD PLURIPERSONAL JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. PORRAS VÁSQUEZ Fiscal Superior

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

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALMANAVIERA JEFE NACIONAL I.M.L.
MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA MÁSQUEZ Fiscal Superior 2° Fiscalía Superior de Familia de Lima

comunes están las explosiones de ira, enfado y llanto ante las negativas o prohibiciones, estados de contención, inhibición, tristeza y pesimismo.

25. **Temores y miedos:** Sentimiento aprensivo y desproporcionado ante objetos, personas o situaciones que con independencia de su naturaleza son consideradas peligrosas o dañinas para el sujeto.

III. Indicadores disociativos

26. **Amnesia Disociativa**: Incapacidad para recordar información relacionada con acontecimientos desagradables o estresantes.
27. **Amnesia selectiva**: Dificultad o incapacidad para evocar los recuerdos. No recuerda situaciones específicas asociadas a un hecho desagradable o estresante.
28. **Flashbacks (Re-experimentación del evento violento)**: Vívida re-experimentación del evento violento. La persona pierde parcialmente la consciencia del presente y tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia traumática al sobrevenirle imágenes, percepciones, emociones, conductas, incluso ilusiones o alucinaciones relacionadas con el evento violento.
29. **Despersonalización**: Sensación de extrañeza o irrealidad con respecto a sí mismo, como si fuese un observador externo de su propio cuerpo o de sus procesos mentales.
30. **Desrealización**: El mundo es percibido como algo irreal, las cosas o personas circundantes son sentidas como desconocidas o extrañas.
31. **Embotamiento y/o desapego emocional**: Disminución de la capacidad de experimentar emociones, especialmente amorosas, en sus vínculos más cercanos.

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA VERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior 2° Fiscalía Superior de Familia

IV. **Indicadores de alteración en el pensamiento y la percepción**

32. Evitación de pensamientos, sentimientos o situaciones asociadas al evento violento: Esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático.

33. Intrusión de pensamientos, sentimientos asociadas al evento violento: Ideas, pensamientos, sentimientos asociados al evento violento que involuntariamente son recordados por la víctima ocasionándole malestar y dolor subjetivo; suelen presentarse en forma súbita y no tener relación con la actividad que se viene desempeñando.

34. Alteraciones de la percepción: Alteración de la función de recoger y elaborar la información proveniente del exterior e interior y dotarla de significado acorde a la realidad. Las alteraciones más frecuentes son: ilusión (percepción alterada de un estímulo real) y alucinación auditiva (percepción sin estímulo real).

35. Delirios: Presencia de ideas aisladas y/o articuladas entre si, que evidencian una falsa creencia o una inferencia incorrecta acerca de la realidad externa. Las ideas son sostenidas con certeza, a pesar de la ausencia de evidencias. Entre las ideas delirantes más frecuentes aparecen las de persecución, celos, grandeza, controlo influencia etc.

V. **Indicadores de alteraciones en el control de impulsos que se manifiestan en la conducta**

36. Conductas autoagresivas: Conducta que implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Se manifiesta en conductas como: golpearse la cabeza contra los objetos, morderse,





pincharse la piel o los orificios corporales, hacerse cortes en las muñecas u otras partes del cuerpo, golpear el propio cuerpo, jalarse los cabellos.

37. **Restricción alimentaria**: Rechazo o disminución de la in gesta 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 sexual mente explícitos.
41. **Comportamiento sexual inadecuado**: Comportamiento sexualizado que no corresponde a lo esperado, que es dañino para sí mismo o para otros. Por ejemplo: exposición persistente o excesiva de sus propios genitales a otros, tocar partes del cuerpo de otros sin su consentimiento, conductas *voyeuristas*, simular el acto sexual con objetos, animales, promiscuidad sexual, etc.
42. **Inhibición del deseo sexual**: Inhibición o desinterés en temas sexuales y/o disminución del deseo sexual o libido.
43. **Conducta suicida**: Persona que ha intentado quitarse la vida en una o varias ocasiones. El indicador señala el paso a la acción del suicida en su intención de autoeliminarse.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO DE ALIAGA VIDAL JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Superior

44. **Conductas heteroagresivas**: Comportamiento destructivo y hostil contra los demás y el medio ambiente con la intención de provocar daño.

45. **Conducta antisocial**: Patrón de conducta que infringe las reglas y expectativas sociales y que incluye acciones contra el entorno, incluyendo personas y propiedades. Se manifiesta en robos, fugas del hogar o colegio, actos de vandalismo o destrucción de la propiedad, crueldad con animales o personas, participación en estafas, asaltos, extorsiones -ya sea por beneficio personal o por placer-, y ausencia de remordimientos ante acciones transgresoras.

46. **Respuesta impulsiva**: Se caracteriza por una respuesta precipitada a los estímulos, actuar antes de pensar, desorganización, pobre habilidad de planeamiento, excesivo cambio de una actividad a otra.

47. **Conductas adictivas secundarias**: Conductas adictivas de riesgo como consumo de alcohol y drogas, adicción al juego y videojuegos, como un mecanismo evitativo o de fuga de la realidad.

48. **Exposición a situaciones de riesgo**: La persona tiene conductas que ponen en riesgo su vida como reacción a experiencias traumáticas. Puede tomar la forma de exposición a ser asaltado, a tener accidentes, a contraer enfermedades (sexuales, por ejemplo), a participar en pandillas, etc.

49. **Descontrol psicomotriz**: Estado extremo de pérdida del control de los impulsos sin finalidad objetiva o voluntad caracterizados por movimientos violentos, gestos, gritos o llanto que requieren de intervención inmediata para el control de los síntomas.

VI. **<u>Indicadores de alteraciones en la calidad del vínculo interpersonal</u>**

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. **Suspicacia**: Actitud de desconfianza o sospecha ante las intenciones y comportamientos de los demás. Se suele pensar que los otros se pueden aprovechar de ellos, hacerles daño o engañarlos; se duda de la fidelidad o lealtad de los seres cercanos o se vislumbran amenazas o degradaciones en hechos insignificantes.

54. **Temor, desagrado y/o rechazo al contacto físico**: Respuesta de temor, desagrado y/o rechazo ante la experiencia de ser tocado por personas del entorno familiar y cercano, incluye la respuesta de desagrado al contacto físico con la pareja.

55. **Aislamiento y/o retraimiento**: Evitación de contactos interpersonales, la persona se muestra apartada físicamente y/o constreñida emocionalmente, prefiere actividades solitarias, tiene dificultades para integrarse a los grupos, incluso puede mostrar inhibición en la expresión social de afectos.

56. **Oposicionismo desafiante**: Patrón persistente de conducta negativista, hostil y desafiante, excesiva para el contexto sociocultural y el nivel de desarrollo de la persona que causa un deterioro significativo en su funcionamiento social. Se





manifiesta en conductas excesivamente rebeldes y provocativas y discusiones repetidas con figuras de autoridad.

57. **Dificultades para establecer vínculos con pares y/o pareja**: Presencia de conductas inhibidas, retraídas y temerosas ante el contacto social. Sensación de poder ser rechazado por los pares y/o pareja.
58. **Ideación homicida**: Pensamientos persistentes de eliminar a una o varias personas. Presencia de ánimo hostil y vengativo.

VII. **Indicadores de alteraciones en la autovaloración y en el propósito de vida**

59. **Desesperanza frente al futuro**: Actitud caracterizada por pesimismo y desilusión frente al futuro que repercute en la relación de la persona con su entorno y limita su construcción de metas.
60. **Dificultad en el logro de metas**: La persona siente que no está en capacidad de obtener los objetivos que se traza, puede tener un plan con metas, pero éstas no logran mantenerse consistentes en el tiempo o la persona no logra esforzarse por conseguirlas.
61. **Pérdida del sentido de la vida**: Sentimientos de pérdida del valor particular que la persona le había conferido a su vida, de que las razones y propósitos que anteriormente le servían para orientar su vida ya no están o están menoscabados.
62. **Pérdida o disminución de la capacidad de auto-eficacia**: Disminución de la capacidad para resolver problemas, la persona se abruma o siente que tiene que hacer un esfuerzo muy grande para sobreponerse a situaciones complicadas en sus relaciones interpersonales, familia, trabajo, estudios.

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. AGUDELO RIVERA JEFE NACIONAL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PÚBLICO V°B° RITA A. INSUASTY VALENCIA Fiscal Superior

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.

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E. ALVARADO VIERA
JEFE NACIONAL LMA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
RUTA A. FIGUEROA VASQUEZ
Fiscal Superior
2º Fiscalía Superior de Familia de Lima

ANEXO 8:

CIE X

Capítulo XXI: factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

- (Z59) Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z59.0) Problemas relacionados con la falta de vivienda
- (Z59.1) Problemas relacionados con vivienda inadecuada
- (Z59.2) Problemas caseros y con vecinos e inquilinos
- (Z59.3) Problemas relacionados con persona que reside en una institución
- (Z59.4) Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados
- (Z59.5) Problemas relacionados con pobreza extrema
- (Z59.6) Problemas relacionados con bajos ingresos
- (Z59.7) Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar
- (Z59.8) Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z59.9) Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
- (Z60) Problemas relacionados con el ambiente social
- (Z60.0) Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
- (Z60.1) Problemas relacionados con situación familiar atípica
- (Z60.2) Problemas relacionados con persona que vive sola
- (Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural
- (Z60.4) Problemas relacionados con exclusión y rechazo social
- (Z60.5) Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
- (Z60.8) Otros problemas relacionados con el ambiente social

JEFATURA NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ACOSTA VERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO V°B° RUTA A. FIGUEROA VÁZQUEZ Fiscal Supervisor

- (Z60.9) Problema no especificado relacionado con el ambiente social
- (Z61) Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez
- (Z61.0) Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
- (Z61.1) Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
- (Z61.2) Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
- (Z61.3) Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
- (Z61.4) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
- (Z61.5) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
- (Z61.6) Problemas relacionados con abuso físico del niño
- (Z61.7) Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
- (Z61.8) Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
- (Z61.9) Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia
- (Z62) Otros problemas relacionados con la crianza del niño
- (Z62.0) Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
- (Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
- (Z62.2) Problemas relacionados con la crianza en institución
- (Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- (Z62.4) Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
- (Z62.5) Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- (Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza





- (Z62.8) Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
- (Z62.9) Problema no especificado relacionado con la crianza del niño
- (Z63) Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares
- (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja
- (Z63.1) Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
- (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
- (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- (Z63.5) Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
- (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
- (Z63.8) Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
- (Z63.9) Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo
- (Z64) Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales
- (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado
- (Z64.1) Problemas relacionados con la multiparidad
- (Z64.2) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro
- (Z64.3) Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
- (Z64.4) Problemas relacionados con el desacuerdo con consejeros
- (Z65) Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E. ALIAGA TERA
JEFE NACIONAL I.M.L.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
RITA A. FIGUEROA VASQUEZ
Fiscal Superior
Fiscalía Superior de Familia de Lima

- (Z65.0) Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión
- (Z65.1) Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento
- (Z65.2) Problemas relacionados con la liberación de la prisión
- (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales
- (Z65.4) Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo
- (Z65.5) Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades
- (Z65.8) Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales
- (Z65.9) Problemas relacionados con circunstancias psicosociales no especificadas
- (Z70) Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual
- (Z70.0) Consulta relacionada con la actitud sexual
- (Z70.1) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente
- (Z70.2) Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona
- (Z70.3) Consulta relacionada con preocupaciones combinadas sobre la actitud, la conducta y la orientación sexuales
- (Z70.8) Otras consultas sexuales específicas
- (Z70.9) Consulta sexual, no especificada
- (Z71) Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte
- (Z71.0) Persona que consulta en nombre de otra persona
- (Z71.1) Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico
- (Z71.2) Persona que consulta para la explicación de hallazgos de investigación
- (Z71.3) Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta
- (Z71.4) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol
- (Z71.5) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas





- (Z71.6) Consulta para asesoría por abuso de tabaco
- (Z71.7) Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
- (Z71.8) Otras consultas especificadas
- (Z71.9) Consulta, no especificada
- (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida
- (Z72.0) Problemas relacionados con el uso del tabaco
- (Z72.1) Problemas relacionados con el uso del alcohol
- (Z72.2) Problemas relacionados con el uso de drogas
- (Z72.3) Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
- (Z72.4) Problemas relacionados con la dieta y h bitos alimentarios inapropiados
- (Z72.5) Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
- (Z72.6) Problemas relacionados con el juego y las apuestas
- (Z72.8) Otros problemas relacionados con el estilo de vida
- (Z72.9) Problema no especificado relacionado con el estilo de vida
- (Z73) Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida
- (Z73.0) Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)
- (Z73.1) Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad
- (Z73.2) Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso
- (Z73.3) Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte
- (Z73.4) Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas, no clasificados en otra parte
- (Z73.5) Problemas relacionados con el conflicto del rol social, no clasificados en otra parte
- (Z73.6) Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad

FATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. LIAGA PERA EFE NACIONAL IML

MINISTERIO PUBLICO V°B° RUTH FIGUEROA VASQUEZ Fiscal Supervisor

- (Z73.8) Otros problemas relacionados con dificultades con el modo de vida
- (Z73.9) Problemas no especificados relacionados con dificultades con el modo de vida
- (Z74) Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios





ANEXO 9:

Instrumentos de evaluación sugeridos

Pruebas de Organicidad

- Test Guestáltico Visomotor de Bender
- Test de Retención Visual de Benton
- Mini Mental Test
- Test de Organización perceptiva de Santucci

Test o Escalas de Inteligencia

- Test de Barsit (Barranquilla)
- Test de Dominó
- Test de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth
- Test de Matrices Progresivas de Raven
- Escala de Inteligencia de Stanford Binet
- Escala de Inteligencia de Weschler
- Test de Vocabulario de Imágenes de Peabody
- Test de Inteligencia No Verbal TONI-2

Test o Escalas de Personalidad

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon
- Inventario de Estilos de Personalidad de Millon - MIPS
- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon - MACI
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
- Test 16 PF de Cattell

JEFATURAN NACIONAL
VºBº
SEGUNDO E. ALIAGA VIERA
JEFE NACIONAL I.M.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MINISTERIO PUBLICO
VºBº
RICA-ACZ
FRANCISCO YÁÑEZ
Fiscal Superior
2º Fiscalía Superior de Familia de Lima

- Inventario de Personalidad de Eysenck & Eysenck
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ - R
- Test de Eysenck para Niños
- Test de la Figura Humana de Karen Machover
- Test de la Persona Bajo la Lluvia
- Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)
- Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R)
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Test o Escalas de área emocional

- Escala de Depresión de Hamilton
- Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI
- Inventario de Expresión de Ira Estado - Rasgo (STAXI-2)
- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung
- Escala Autoaplicada de Ansiedad de Zung
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Agresividad de Buss Durkee
- Prueba de Autoestima 25
- Inventario de Cociente Emocional de Baron ICE
- Cuestionario de Impulsividad de Barrat
- Test de la Persona Bajo la Lluvia
- Test del HTP (Casa, Árbol, Persona)
- Inventario del Desajuste del Comportamiento Psicosocial para niños
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación e Inadaptación (TAMAI)
- Test "Conociendo mis Emociones"

JEFATURAN NACIONAL V°B° SEGUNDO E. ALIAGA PERA JEFE NACIONAL I.M.L. INSTITUTO DE MEDICINA

MINISTERIO PUBLICO V°B° RITA A. PAUCHAN FUENTES Fiscal Superior Superior de Fiscalía de Lima

Test de Clima familiar

- Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar - FACES III
- Escala de Clima Social Familiar (FES)
- Test de la Familia de Corman



