

CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES

Publicación del Cuerpo Médico Forense.
Centro de Asistencia Judicial Federal.
Corte Suprema de Justicia de la Nación



CUERPO MÉDICO
FORENSE

CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES

CUERPO MEDICO FORENSE. CENTRO DE ASISTENCIA JUDICIAL FEDERAL.
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN.

Consejo de Dirección Editorial

Dirección Honoraria: Dr. Leonardo Ghioldi
y Dr. Pablo Lamounan
Dirección Editorial: Dr. Roberto Borrone y
Lic. Andrea Colussi
Secretaria de Redacción: Bib. Celeste
Romero Cano

Consejo Asesor Editorial:

Dra. Marcela Azcurra
Lic. Ariana García
Dr. Roberto Glorio
Lic. Sergio Miguel
Dr. Armando Renella

Traducciones:

Dirección General de Bibliotecas CSJN
Lic. Jessica Susco
Lic. Laureana Cayuso

Diseño:

Bib. Celeste Romero Cano

Colaboradores:

Lic. Sofía Egaña
Dr. Oscar Lossetti
Dra. Bettina Mugnaini

-Los profesionales e investigadores deberán basarse en su propia experiencia y conocimiento al evaluar y utilizar cualquier información, método, compuesto o experimento descrito en esta publicación.
-Debido al acelerado avance de las ciencias biomédicas y, en particular, de las ciencias forenses, se deberá efectuar una verificación independiente de los diagnósticos y de las cuantificaciones realizadas en los artículos.
-Las opiniones y conclusiones expuestas en la publicación, son de exclusiva responsabilidad de los autores, las cuales no representan al Cuerpo Médico Forense, ni al Consejo de Dirección Editorial de esta publicación.
-El Cuerpo Médico Forense y el Consejo de Dirección Editorial desligan toda responsabilidad por cualquier lesión y/o daño a personas cosas o propiedad, que se produzcan por cualquier uso u operación o adaptación de todo método, producto, instrucciones o ideas contenidas en el material aprobado para incorporarlo en esta publicación, por acción o negligencia.
-La mención de marcas y modelos de productos comerciales, sustancias, elementos o equipos, debe cumplir con los estándares éticos. Su inclusión en esta publicación no constituye una garantía o respaldo de la calidad, o el valor de dicho producto, o de las afirmaciones hechas por su autor.
-Los artículos publicados se pueden reproducir total y parcialmente citando la fuente. Los Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses © 2023 poseen Licencia bajo las prescripciones de Creative Commons, son generados por el Cuerpo Médico Forense, del Centro de Asistencia Judicial Federal de la República Argentina y son licenciados como CC BY-NC-SA 4.0 "Atribución (Con reconocimiento) -No Comercial - Compartir igual". 4.0 Internacional.

ÍNDICE

EDITORIAL Leonardo Ghioldi.	Pág.1
EDITORIAL Roberto N. Borrone.	Pág.3
ESTUDIO TANATOLÓGICO INTEGRAL EN FEMICIDIOS Cristina A. Bustos.	Pág.5
LA PERICIA PSIQUIÁTRICA FORENSE: CONSIDERACIONES CLÍNICAS, LEGALES Y ÉTICAS Anibal Areco y Maximiliano Luna.	Pág.21
PROTOCOLO DE EXAMEN FÍSICO DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL PARA EL CUERPO MÉDICO FORENSE Silvina Kiss.	Pág.34
INTERSECCIONALIDAD DESPUÉS DE LA MUERTE: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI Roberto V. Cohen, Alejandro F. Rullan Corna, Patricia E. Gómez y María Laura Aón Bertolino.	Pág.45
ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN JURÍDICA DE LESIONES DEL ÓRGANO DE LA MASTICACIÓN Marta B. Maldonado.	Pág.50
REGLAMENTO	Pág.70

EDITORIAL

Dr. Leonardo Ghioldi¹

Decano

Al concluir el año 2023, el Cuerpo Médico Forense alcanza un importante hito institucional con el inicio de un nuevo período editorial para **"CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES"**. Este logro es resultado de la labor desarrollada por el Consejo Editorial del Departamento de Docencia, Investigación y Bioética del Cuerpo Médico Forense. No es menor señalar que nos damos una nueva denominación para los Cuadernos que refleja la diversidad de profesiones dentro de nuestra identidad institucional.

El reinicio de esta publicación implica la consecución de varios logros significativos:

- a) La orientación hacia una función pericial oficial más transparente, validable, controversible, equitativa y accesible. Estos Cuadernos buscan optimizar la práctica pericial en línea con estos principios.
- b) La reintroducción de la práctica tradicional de publicar artículos científicos de valor, una tradición centenaria que enriquecerá nuestras prácticas y protocolos mediante la participación en la discusión científica.
- c) La atención a las demandas sociales, incluyendo perspectivas de género, derechos humanos, ancianidad, niñez y discapacidad, que se han convertido en lentes esenciales para cualquier acto pericial.

d) El fomento del trabajo interdisciplinario, reflejando la composición diversa del Cuerpo Médico Forense y su colaboración con profesionales de diferentes ramas del equipo de salud. La complejidad inherente a este trabajo requiere la participación de expertos de diversas especialidades.

Desde 1896, la Corte Suprema de Justicia de la Nación respalda al Cuerpo Médico Forense, manteniendo una plantilla numerosa de profesionales altamente calificados y tecnología de última generación. Esta institución, compleja y poliédrica, sostiene su compromiso con el rigor científico, siendo fundamental en la toma de decisiones judiciales tanto en las mayores tragedias nacionales como en situaciones que afectan a ciudadanos de menores recursos.

En este contexto, el Consejo Editorial ha trabajado con compromiso para seleccionar cuidadosamente autores, temas y destinatarios en el proceso de reinicio y transformación de los **"CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES"**. En este nuevo período, la publicación se compromete a informar, instruir y promover el aporte constante de ideas para mejorar la calidad del servicio pericial, así como facilitar la redefinición interna y externa de la dependencia y la función pública a cargo de sus integrantes.

¹Médico Psiquiatra. Médico Legista y Especialista en Adicciones. Decano del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

EDITORIAL

Dr. Roberto Borrone¹

Director editorial

Es motivo de alegría y satisfacción presentar ante la comunidad judicial y todos los/las profesionales vinculados a las Ciencias Forenses tanto de Argentina como del exterior, el relanzamiento de la publicación de difusión académica del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

Este proyecto tuvo un prolongado período de gestación y su concreción coincide con una nueva etapa en la historia de la Institución determinada por la incorporación de una nueva generación de peritos luego del correspondiente concurso instrumentado sucesivamente por los Decanos Dres. Luis Ginesín y Leonardo Ghioldi.

La revista es producto del esfuerzo, profesionalismo y entusiasmo de todos los integrantes del Departamento de Docencia, Investigación y Bioética a cargo de la Lic. Andrea Colussi.

Es importante enfatizar nuestro reconocimiento al Sr. Decano del Cuerpo Médico Forense Dr. Leonardo Ghioldi y al Sr. Director del Centro de Asistencia Judicial Federal Dr. Pablo Martín Lamounan, quienes nos brindaron un imprescindible apoyo para esta iniciativa.

Una novedad en este relanzamiento de nuestra revista es su nueva denominación. Hemos reemplazado la expresión “medicina legal” por la de “ciencias forenses” para imprimir un espíritu abarcador de todas las disciplinas

profesionales que intervienen en la actividad pericial de la institución.

“Cuadernos Argentinos de Ciencia Forenses” será el órgano de difusión científica no sólo de nuestro cuerpo profesional, sino que también estará abierta para la recepción de artículos de peritos oficiales de otras jurisdicciones y del exterior. También recibirá textos de funcionarios y magistrados sobre temas vinculados a la actividad pericial.

Inicialmente tendrá una tirada semestral con una edición digital y una paralela en plataforma papel. La revista cumple con los más exigentes estándares internacionales que rigen a las publicaciones científicas. Una de ellas es la revisión anónima de los artículos a cargo de pares expertos internos y externos. Cada número estará integrado por las siguientes secciones: editorial, cartas al editor, artículos originales, artículos de revisión, protocolos de procedimientos, consensos respecto a temas puntuales o de controversia, análisis de bibliografía y novedades editoriales, aspectos históricos de las ciencias forenses y avances en las nuevas tecnologías aplicadas a las mismas.

Contamos -como base nutricional de nuestra revista-, con el nivel profesional y académico de los profesionales que integran el Cuerpo Médico Forense. Es digno de resaltar que para desarrollar su exigente tarea, todos cuentan, además de

¹Médico Oftalmólogo. Médico Legista del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

su título de grado con al menos uno o dos títulos de posgrado. Muchos de ellos, además, tienen una destacada actividad docente y académica con publicaciones nacionales y en el exterior. La revista será un medio óptimo para reflejar la jerarquía profesional de la institución. Es nuestro objetivo primordial que el nivel científico de la revista esté a tono con los ilustres 127 años de historia del Cuerpo Médico

Forense.

Quedamos a disposición de los lectores reiterando la invitación para que envíen sus artículos y/o cartas de opinión compartiendo su invaluable experiencia en todas las disciplinas de las ciencias forenses o que participen, según corresponda, desde la esfera del derecho, con temas vinculados a las mismas.

ESTUDIO TANATOLÓGICO INTEGRAL EN FEMICIDIOS

(COMPREHENSIVE TANATOLOGICAL STUDY IN CASES OF FEMICIDE).

RESUMEN

Cristina A. Bustos¹

La investigación policial y forense ha incorporado al femicidio en el campo de la criminalística, junto al concepto de razones de género que es el eje troncal de la ejecución de esos crímenes.

El estudio del femicidio abarca una amplia variedad de elementos donde el simbolismo cobra un rol trascendental. Incorporar al estudio tanatológico pericial integrado y sus informes el término “razón de género” como un elemento más, complementario de la investigación, es un avance en lo que respecta dejar a los modelos rígidos patriarcales sociales de años atrás y convocar a la necesidad de capacitar a los equipos de trabajo en esa materia.

La aplicación de estándares mínimos de trabajo en situaciones complejas con el conocimiento de conceptos básicos en la escena del crimen y en la autopsia médico legal es un desafío en la dinámica de trabajo del investigador y el forense actual.

PALABRAS CLAVE: Autopsia; Femicidio; Muerte violenta; Abuso sexual; Crimen de odio; Simbolismo; Protocolos.

ABSTRACT

Police and forensic investigation have included femicide in the field of criminology along with the concept of “gender-based”, which is the central element in the commitment of these sort of crimes.

The study of femicide includes a wide variety of elements where symbolism plays a fundamental role. Including the concept of “gender-based” as a complementary element of research in the integrated expert thanatological study and its reports constitutes a step forward in terms of leaving behind ancient and rigid patriarchal social models and calling for the need to train the work teams in this area..

KEYWORDS: Forensic autopsy; Femicide; Violent death, Sexual Abuse; Hate crime; Protocols-guidelines.

¹Médica, especialista en Clínica Médica, Medicina Familiar , Auditoria Médica y Medicina Legal. Especialista en Medicina del Trabajo y Toxicología. Médica Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: cbustos@csjn.gov.ar

INTRODUCCIÓN

La investigación policial y forense visualiza la problemática del femicidio desde la perspectiva criminalística al incorporar el término “razones de género” para aquellos crímenes que daban lugar a falsas construcciones periciales interpretadas en el contexto de “crímenes pasionales” o “estados hiper emocionales”.

La justificación sobre la verdadera causa del crimen trajo como consecuencia:

1) juzgar bajo la óptica de preconceitos y estereotipos rígidos, con el cuestionamiento de la conducta y la vida privada de la víctima y 2) sesgar durante años la versión auténtica de los motivos criminales que en cierta medida han obstaculizado los procesos judiciales y vulnerado los derechos de las víctimas.

La violencia contra la mujer comienza a ser combatida y a tener sus posturas defensivas en diversas fuentes internacionales:

-La Cumbre de Viena en 1993 ⁽¹⁾ donde reconoce los derechos plenos de las

mujeres - en particular - el derecho a la vida libre de violencia como eje principal.

- La Declaración sobre la eliminación de las formas de violencia contra la mujer, de 1993, la Convención de Belém do Pará (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de 1994 / Ley 24.632.) ⁽²⁾

- El CEDAW ⁽³⁾ donde se remarca la obligación de los Estados para la investigación en prevención y respuesta sobre actos de violencia hacia la mujer. (art. 5).

- En Argentina en el año 2012 se adhiere a estos tratados internacionales, con la sanción de la ley 26,743/2012, se reconoce a ésta como una ley inicial en lograr el reconocimiento del derecho de las personas a percibirse desde su género e incluso a inscribirse su DNI acorde a su identidad de género.

Algunos conceptos aclaratorios se hacen necesarios y permiten determinar cada una de las denominaciones al hablar de género:

Género	Se considera una construcción social, las identidades, atributos y funciones construidos socialmente de la mujer y varón y su significado social y cultural que hacen esas diferencias biológicas.
Orientación sexual	Capacidad de una persona de sentir una atracción emocional, afectiva y sexual hacia otra persona de su mismo género o diferente al suyo o ambos.
Identidad de género (1)	“vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de los medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (artículo 2 – ley 26,743) (2)
Expresión de género	Manifestación externa del género de una persona.

Cuadro 1. Conceptos básicos en materia de género

1) El transgenerismo incluye el transexualismo y el travestismo. Es utilizado para describir las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignado a éste. Una persona trans puede construir su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamiento médico.

2) Ley n° 26.743 de Identidad de Género en la Argentina del 9 de mayo 2012 reconoce el derecho de las personas a ser inscriptas en su DNI acorde con su identidad de género.

Objetivos del estudio de los crímenes por razones de género:

La importancia de incorporar como complemento de las actuaciones judiciales, la postura de **razones de género**, se justifica con el fin de terminar con crímenes que son estudiados por otros motivos - subsumidos en otras figuras como “crímenes pasionales” - cuando en realidad son verdaderos femicidios.

Su aplicación pretende:

1. Incorporar la perspectiva de género en la actuación de las instituciones a cargo de la investigación, sanción y reparación de casos de muertes violentas de mujeres.
2. Fortalecer las capacidades de los peritos en sus pericias forenses identificando signos e indicios de violencia de género.
3. Aportar herramientas de uso Internacional en el enfoque de la investigación en víctimas mujeres logrando la adaptación de modelos aplicados en otros países.
4. Lograr la comunicación y coordinación de los que intervienen en la investigación con el fin de optimizar los recursos para la investigación de un crimen, siendo necesario el trabajo multidisciplinario a nivel científico.
5. Tener presente como método de análisis complementario la aplicación de estrategias a nivel criminalístico en la **perspectiva de género**.

I) Concepto de Femicidio

Se define como femicidio a la muerte violenta de mujeres por razones de género, ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal; en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes, por acción u omisión”. (art. 80 inc.11 CP).⁽⁴⁾

La condición de ser mujer y el femicidio relaciona las inequidades o desigualdades

que son propias de cada cultura, posición social y política que ocupa la mujer dentro de un Estado. La impunidad y omisión del Estado lo ponen en un encuadre de “Crimen de Estado”, porque el propio Estado tiene medios políticamente ineficaces para llegar a la justicia y así como la investigación, prevención y erradicación.

El femicidio engloba una figura que **es la muerte de una mujer por el hecho de serlo**, aplicándose a todas las formas de asesinatos sexistas, motivado por varones, habiendo una relación predominante de superioridad, placer, sadismo o sentido de propiedad sobre ellas. (Diana Rusell. “Femicidio: una perspectiva global”. UNAM 2006).

Se repiten patrones de: 1) Odio, perjuicio o desprecio por el género femenino u orientación sexual e identidad de género que motivan la comisión de crímenes por género, 2) Placer sexual en el acto de dominación a la mujer y 3) Deseo de posesión “yo te poseo, mía o de la muerte.”

La violencia de género señalada como la agresión física, psicológica y social contra las mujeres, se define como “la violencia basada en una relación desigual de poder. Esa manifestación de la desigualdad estructural e histórica que existe entre varones y mujeres presente en la sociedad patriarcal se expresa en la relación de dominación de unos sobre otras.” (Diana Maffia “Sexualidades Migrantes: género y transgénero, editorial Feminaria 2008).

La antesala de un femicidio puede aparecer con distintos grados de violencia que se despliegan siempre en aumento, tanto en la esfera privada (familia, unidad doméstica, relación interpersonal) o en la vida pública (trabajo, comunidad, centro educativo o de salud) y sin conductas activas para evitarlo o prevenirlo, de allí que al no manifestar ese Estado herramientas para combatirlo se convierte en cómplice y lo termina de alguna mane-

ra justificando dentro de otros presupuestos penales.

Dentro de formas manifiestas de violencia se identifican tres (3) tipos: física, sexual y psicológica.

Algunos mitos urbanos han intentado justificar a la violencia, como parte de un momento o condición de grupo determinado por la marginalidad y vulnerabilidad dentro de un contexto situacional, o al consumo de drogas como generador de violencia, también aquellos antecedentes de hogares en donde el maltratador ha sido maltratado y queda con el estigma psicológico o la celotipia dentro de una relación sentimental conflictiva. Lo cierto es que si bien existen factores del ambiente que condicionan más a la violencia, en estratos sociales más altos y otras culturas se ven los mismos crímenes.

En el femicidio, es importante tener en cuenta la motivación, porque los autores del delito se mueven con estructuras conservadoras de la sociedad donde predomina la misoginia y la cultura de la subordinación, superioridad de lo masculino sobre lo femenino y el desprecio hacia la mujer, que queda relegada a una tarea dentro del hogar y dependiente casi en exclusivo del marido / pareja.

En este marco, un sistema manejado por

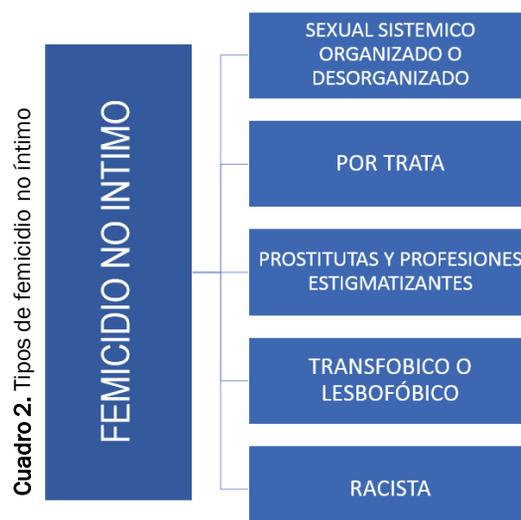
hombres como modelo de patriarcado, visualiza a la mujer en el rol de sumisión, acorde a lo marcado por la sociedad en que viven, donde no hay igualdades ni equidad en lo laboral o económico, legitimando en algunos casos la violencia como forma dominadora y de imposición del modelo machista.

a) Tipos de femicidio

Los femicidios habitualmente para su mejor estudio se han dividido en dos grandes grupos: a) íntimo familiar, o b) no íntimos.

a) INTIMO, se relaciona a la muerte de una mujer cometida por un hombre con quien la víctima tenía una relación o vínculo afectivo íntimo o bien una relación íntima con la víctima. El femicida puede formar parte del grupo familiar (ser el padre, hermanos, primos, esposo, pareja, novio).

b) NO INTIMO la víctima mujer muere en manos de un hombre con quien no tenía vínculo afectivo, motivados por el odio y la misoginia como es en el ejemplo de muertes de prostitutas, camareras, strippers, masajistas o bailarinas en locales nocturnos. El estigma social y la justificación a tales delitos por la actividad de la víctima lo conducen hacia la impunidad de la investigación judicial o soft law.



A modo esquemático, los femicidios no íntimos presentan una serie de variables en que puede ocurrir la elección deliberada de la víctima por un motivo que “molesta” al victimario que puede ser odio, racismo, etnia, o bien captarla por determinadas circunstancias que hacen que el victimario sienta que debe terminar con la vida de esa persona por ocupar lugares de poder o competencia, por odio transfóbico o lesbofóbico, en determinadas labores consideradas denigrantes como la prostitución, son aquellos que “quieren limpiar al mundo”.

b) Femicidio y su importancia en el estudio médico legal

Desde el inicio y hasta el final de la investigación se debe interponer la visión de una perspectiva de género ante la sospecha de femicidio.

El Código Penal Argentino alude al femicidio en su artículo 80 inc.11 modificado a partir de la sanción de la ley 26.791 del año 2012, donde se hace referencia a la muerte de una mujer y su relación con la violencia de género como forma agravante. Del análisis del artículo surgen algunos datos de interés pericial.

Elementos constitutivos del art. 80 inc.11 del CP figura del femicidio

-*Sujeto activo preponderante*: en esta figura penal el autor debe ser un varón o grupo.

-*Sujeto pasivo esencial*: el requisito típico referido a la calidad de mujer de la víctima tiene su correlato conceptual en la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, que define este concepto **en función de la autopercepción de la persona acerca de su género** (art. 2). De aquí se deduce que toda aquella que se autoperciba como mujer no importa su sexo biológico se convierte en sujeto pasivo.

-*La violencia de género como eje del crimen*: basada en la relación desigual de poderes entre hombres y mujeres. Las condiciones de vulnerabilidad conllevan a

a una marcada subordinación o control de la vida del hombre hacia una mujer marginándola de todo foco de ayuda. La agresión se desarrolla en el contexto de la dominación y control coercitivo a la víctima. Se puede identificar la génesis del femicidio con momentos previos de violencia hacia la víctima sostenida en el tiempo y en aumento de intensidad, así como los casos de acoso y la violencia psicológica, con una visión de posesión y “cosa” que determina el desenlace final.

-*Es suficiente un solo ataque en esa relación desigual de poder.*

-*Aquí no hay presupuesto atenuante* ya que los elementos que configuran este tipo penal lo excluyen porque **la intención del sujeto es ocasionar sufrimiento a la víctima**, en una relación desigual de poder, de sometimiento y subordinación, existiendo desde un inicio el elemento doloso del delito.

Una fuente importante a tener en consideración es la ley 27.372 - Decreto reglamentario 371/2018, expresa el derecho a la información y protección de las víctimas de violencia de género, con la garantía de la integridad física y psíquica. Esta ley conocida como “Ley Brisa” ⁽⁵⁾, permite lograr una reparación económica por los daños acontecidos cuando medie violencia de género en un ámbito íntimo con la muerte de uno de los miembros de la pareja y sus hijos queden desamparados siendo menores de 21 años mediante el cobro mensual de una cifra de dinero. La ley Micaela 27.499 ⁽⁶⁾ nos habla de perspectiva de género y de la importancia de capacitar a funcionarios públicos con la finalidad de evitar actos de impericia y desconocimiento en temáticas de violencia, y que permitan desarrollar acciones como la toma de la denuncia de los familiares de la víctima y la asistencia en las circunstancias fácticas de los hechos.

En los lineamientos de la investigación permiten detenerse y tener presente un posible femicidio cuando intervienen diver-

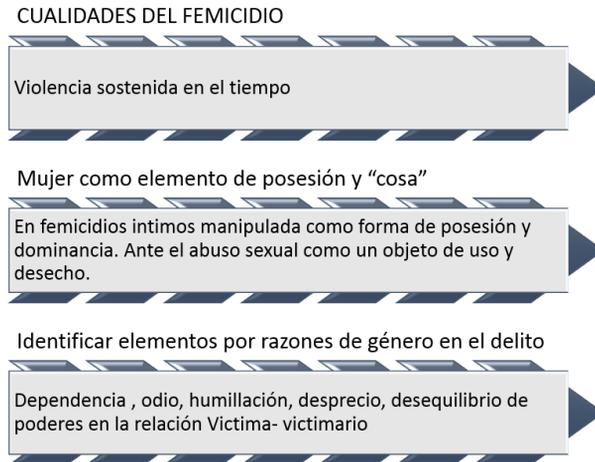


Figura 1. Cualidades del femicidio.

los factores a considerar:

- Toda muerte violenta de una mujer (homicidio, suicidio, accidente o sospecha de criminalidad en la misma).
- Tentativas.
- Crímenes de género.
- Femicidio vinculado de varones por su autopercepción de género.
- Sexo femenino o identidad o expresión de género femenino.

Al aplicar la perspectiva de género en la investigación penal se eliminan las formas discriminatorias y se evita que la violencia se repita o se perpetúe en el tiempo convirtiéndose en violencia Institucional.

II) Perspectiva de género como método de análisis complementario al criminalístico

La perspectiva de género usada como complemento de la investigación permite identificar razones de género presentes en un hecho delictivo, su contexto social y humano, la desigualdad, discriminación y destrato en que viven las personas por su identidad de género. No siempre es expli-

cito ni fácil, sino que hay que comprobar la verdadera intención del agresor o su motivación interna, que es aún más grave, en especial cuando quienes deben llevar adelante una investigación no saben qué buscar y lo omiten, por eso es fundamental la capacitación en todos los niveles.

Desde la aplicación pericial, la perspectiva de género convive con la cultura de la violencia y la discriminación, “la cosificación” del cuerpo de la mujer, su forma de vida, su sometimiento y humillación, se observa tanto en los exámenes físicos como en el cadáver en el caso fatal. El poder ejercido para la comisión del hecho y las relaciones de desigualdad víctima - victimario pueden ser manifiestas y fáciles de visualizar o sutiles, en donde hay que saber buscarlas. Los hechos y la escena del femicidio estarán condicionada por la motivación del victimario al ejercer la violencia y del **universo simbólico** que encontremos.

Figura 2. Características del femicidio en su ejecución.



La investigación forense en el Femicidio

Cuando se investiga un posible femicidio es fundamental orientar la labor pericial en base a la **perspectiva de género**.⁽⁷⁾

El elemento fundamental es la motivación y en ella va el simbolismo, que representa la violencia y los patrones como subordinación, desprecio, dominación o superioridad, odio y control a la que es sometida la víctima por parte del agresor.

Los distintos escenarios en la investigación médico legal marcan la investigación desde diferentes visiones en donde intervienen las fuerzas de seguridad y médicos forenses, que permite trazar los diferentes momentos del crimen.

Es así como se pueden abordar los hechos en diferentes perspectivas:

i. Escena del crimen⁽⁸⁾

Antes de la descripción de la escena del crimen se debe eliminar cualquier riesgo latente para el personal a cargo de la investigación con unidades con personal especializado y verificando que no haya personas que requieran asistencia médica inmediata o riesgo para la seguridad del equipo.

Una vez realizadas estas medidas, el escenario estará listo para su abordaje, donde se verificará la ubicación del cadáver y la estrategia de campo para trabajar en lugares abiertos o cerrados con el fin de explorarlos minuciosamente.

En los escenarios cerrados - por lo general el domicilio de la víctima es recomendable lo siguiente:

- Cuidado y preservación del manejo del lugar.
- El accionar debe ser minucioso y exhaustivo en el levantamiento y procesamiento de las muestras. De la minuciosidad y la aplicación de razones de género a la investigación se establecerá qué muestras son útiles y cuáles no.
- La prolija fijación de la escena es útil para análisis posterior.

El lugar del hecho en estos casos a menudo es un lugar de convivencia común para víctima-victimario, donde se observan signos de agresión, rotura de objetos, pero no de cualquier objeto sino buscando **el simbolismo** de esos objetos rotos; porque ello significa una valoración especial para la mujer, como por ejemplo cuadros, fotografías, ropas o muerte de mascotas.

La descripción de la escena y posición del cuerpo son relevantes ya que brinda la imagen de los últimos instantes de la víctima. La posición de los brazos, signos de ataduras, mordazas, el detalle de las prendas - si están rotas, si faltan botones, manchas, si hay faltante en la parte superior o inferior del cuerpo.

El tipo de ropas que viste el cadáver, van más allá del sexo biológico de la persona, porque la autopercepción de mujer - en los crímenes transfóbicos habilitan al tipo penal de femicidio en razones de género ya antes mencionado.

Se puede encontrar golpes en paredes o indicios de violencia patrimonial como formas de sometimiento o tortura a la mujer, elementos que hagan pensar en que la mujer se encontraba incomunicada o con falta de libertad para salir de su casa.

Se debe seguir la línea investigativa de una muerte violenta, aún en los casos de accidentes o suicidios hasta agotar las instancias de la investigación.

En los casos de violencia sexual por lo común los victimarios filman o sacan fotografías del acto sexual (fantasía o morbo). Se debe hacer rastreo de cámaras o celulares en el lugar.

En escenarios abiertos, el perímetro de la zona es fundamental para lograr un minucioso examen cuyo objetivo será la búsqueda de elementos con los que se pudo haber cometido el crimen. Se debe evitar la intromisión de cualquier persona ajena a la investigación, protegiendo el cuerpo con una mampara o cerco perimetral que evite que sean tomadas

imágenes a distancia, debiendo conservar el precepto originado en los derechos humanos y la perspectiva del género en el **trato digno del cadáver y el respeto** sobre todas las circunstancias.

En los casos de que sean cuerpos no identificados, se debe seguir la normativa de estilo para lograr su identidad y si los cadáveres estuvieran con signos de putrefacción, debe asegurarse el correcto transporte para la aplicación de métodos técnicos más complejos que logren dar con su identificación.

En la escena del crimen es útil informarse de las circunstancias alrededor de los hechos, tanto de la víctima como el victimario y de las señales a interpretar más allá del crimen.

ii. El motivo disparador del femicidio

Comprender que lleva a un agresor a cometer un crimen por razones de género, no es algo simple, dado que las motivaciones observadas en las víctimas elegidas pueden perseguir formas impensadas.

Si se analiza el desequilibrio de fuerzas presentes entre agresor y víctima, en esa desigualdad el victimario elige la forma de matar a su víctima. Es así como en crímenes de niñas pequeñas sin ofrecer resistencia prevalece las muertes por sofocación o los traumatismos, o bien la asfixia por sumersión, mientras que en edades más adultas se observa el uso de armas de fuego o armas blancas.

Las separaciones y posterior venganza hacia la mujer a través de los hijos, se dispara en el momento que el agresor se da cuenta que la separación no es un hecho temporal, es un punto de “no retorno”, porque se da cuenta que perdió el control de la situación y sobreviene el crimen.

Por otro lado, los femicidios donde no hay conexión sentimental ni vínculo entre víctima y agresor son cometidos en cualquier sitio.

Otra particularidad es observar la escena de un femicidio organizado con determinados actos de “cuidado” o aquellos no planificados, la determinación del número de agresores, el abordaje a la víctima y el abandono del cadáver.

Las investigaciones policiales en la forma de cometer los femicidios relatan determinadas características:

- Elección de lugares poco habitados o con poca circulación de gente y preferentemente oscuros, sin cámaras.
- Aprovechamiento de la vulnerabilidad de la víctima y el sometimiento - no puede pedir auxilio.
- Cometido en horas de tarde / noche o a la mañana muy temprano.
- Consumo de sustancias ilícitas o alcohol presentes.
- Sitios con altos niveles de delincuencia. Zonas rojas.
- víctimas / blanco de femicidios: niñas solas, mujeres transgénero, ancianas, travestis, mujeres indígenas, entre otras.

Violencia física	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier daño que lesione el cuerpo de la víctima ya sea que tenga una expresión externa o interna
Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Expresada en el daño emocional con disminución de la autoestima, amenazas, humillación, sumisión, obediencia como forma de dominación ente otros.
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestada en toda relación íntima no consentida sin importar el grado de parentesco con la víctima y el agresor en la imposición de exhibiciones no consentidas.
Violencia económica y patrimonial	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la autonomía económica y disposición libre de los recursos o bienes de la pareja generando dependencia y control.
Violencia simbólica	<ul style="list-style-type: none"> • Es la más difícil de interpretar y de relacionar con actos de violencia. Se trata de mensajes o signos, conductas que intentan imponer una idea o modo de vida a la mujer.

Cuadro 3. Distintas formas de violencia en los casos de femicidio.

<p>Lesiones en el cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excesiva violencia física para causar la muerte. (Overkill) ▪ Gran cantidad de lesiones asientan en zonas vitales. ▪ Uso de las manos o de un elemento doméstico de fácil acceso en el hogar. ▪ Desfiguración del cuerpo y del rostro. Presencia de mutilaciones ▪ Presencia de punturas para someter o drogar a la víctima. ▪ Utilización de formas crueles para hacer sufrir a la víctima. ▪ Quemaduras. Signos de sujeción o mordazas. (con medias, pañuelos, precintos) ▪ Historial de lesiones previas y coexistencia de lesiones recientes con lesiones antiguas. ▪ Despliegue desmedido de lesiones en el cuerpo con desfiguración del rostro. ▪ Examinar en la boca la presencia de objetos o cualquier sustancia. ▪ Uñas rotas, desgarros o roturas indicadores de lucha.
<p>Signos de violencia sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eyaculación sobre el cuerpo de la víctima. ▪ Hallazgo de restos epiteliales debajo de las uñas (defensa) zonas de arrancamiento de cabello (signos de lucha). ▪ Descripción de la indumentaria e identificación de alteraciones en ésta, compatibles con el mecanismo de muerte como, por ejemplo, signos de arrastre, cortes, perforaciones, etc. ▪ Presencia de manchas de sangre y otros fluidos sobre ropas o el cuerpo. ▪ Utilización de corbatas, medias o cinturones de batas como agente constrictor.
<p>Hallazgo en las ropas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ropas con desgarros o falta de ellas en especial en la parte inferior. ▪ Rotura de botones sugestivos de arrancamiento violento. ▪ Manchas de semen o sangre del agresor ▪ Hallazgo del cuerpo en ropa interior o desnudo
<p>Interpretación de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de la víctima, deseos de posesión, dominio y sometimiento ▪ Humillación. Odio y desprecio. ▪ Desigualdad de fuerzas. ▪ Simbolismos indicativos de poder hacia la víctima. ▪ Fotos rotas, cosas de importancia emocional para la víctima destruidas. ▪ Muerte a mascotas queridas por la víctima. ▪ Maltrato o muerte a los hijos. ▪ Presión económica y aislamiento laboral y del círculo familiar y de amigos.
<p>Impacto en la salud de la mujer o víctima de femicidio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioro de la salud por las lesiones recibidas, falta de controles o asistencia médica. ▪ Alteraciones en la esfera psíquica de la víctima. Baja autoestima. ▪ Alteraciones del sueño. ▪ Construcción de la ideación suicida como escape. ▪ Estrés. Consumo de alcohol o drogas de abuso. ▪ Bajo peso como signo de inanición

Cuadro 4. Distintos elementos de interés médicoforense en la investigación de femicidios.

iii. Autopsia médico legal

La autopsia sigue los principios básicos tanatológicos para su realización, es decir será: metódica, sistemática, completa e ilustrada, pero además complementarse con la mirada de la perspectiva de género. Las expresiones lesivas que revelan las razones de género se observan en la violencia física desplegada desmesurada y la violencia sexual.

En el componente lesional físico, la resultante de maniobras de sometimiento y defensa deben ser buscados en el cuerpo como improntas dejadas por cables, cintas adhesivas o plásticas, corbatas, cinturones y comprobar en ellas

los signos de vitalidad (formular el estudio histopatológico de las mismas),

Si se pone énfasis en la distribución de las lesiones se verá que existen predominantemente en la cabeza, espalda y pecho, donde la víctima en vida cuando sale a la calle la oculta con la ropa o el cabello.

En los siguientes cuadros y esquema se grafica los elementos más comunes de hallazgos en las autopsias a lo largo de la experiencia forense.

Sobre el cadáver de la víctima también se determina la identidad y se explora los signos de violencia. ⁽⁹⁾

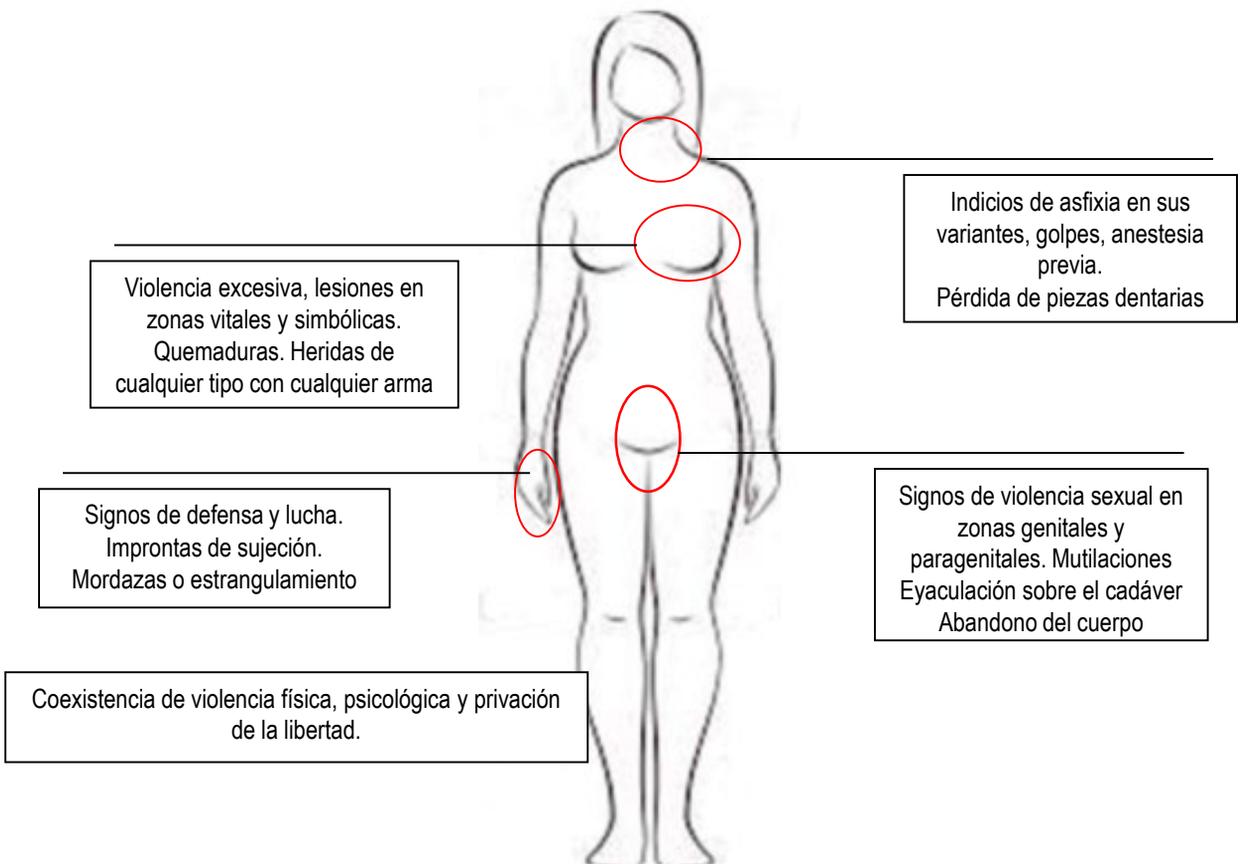


Figura 3. Esquema lesivo de búsqueda en la autopsia medicolegal en femicidios.

iv. Complejo lesivo y su significancia

El complejo lesivo que se observa en un femicidio guarda relación con la escalada de violencia que se produce por la ira desmedida y la agresión tanto física como sexual, cuyo significado encierra la reafirmación de la autoridad del agresor hacia la mujer, la dominancia y posesión. ⁽¹⁰⁾

La ira y el enfurecimiento sobre la víctima cobra un descontrol inusitado que puede terminar en la muerte, en acosos cuando el agresor toma conciencia que perdió la autoridad y control e intenta recuperarlo.

Las motivaciones están fuertemente arraigadas a los conceptos sociales patriarcales en donde la concepción de varón era tomada como centro de poder y del manejo de la autoridad. Los episodios violentos van seguidos de períodos de “calma”, hasta un nuevo motivo disparador (la vestimenta, la visita a casa de familiares, la llegada tarde a la casa, las amistades, el trabajo).

Los contextos propicios para la violencia de género son hasta “aceptados” ⁽¹¹⁾ como parte de la cultura de un pueblo y justificados por la sociedad por eso es importante la significancia y las consecuencias en la justicia donde la mayoría no es tratado porque no se aplica las razones de género.



Figura 4. Trabajo de campo en femicidios

Por lo tanto, un femicidio reúne situaciones diversas en un contexto global, donde se deben identificar elementos en la escena del crimen, en la autopsia médico legal y en la autopsia psicológica.

Si tomamos en cuenta determinadas posturas globalmente hablando, veremos que determinadas culturas pueden no reconocer el femicidio.

Socialmente existen creencias que el hombre naturalmente maneja el poder sobre la mujer y acepta en este sentido, la idea de “mujer-propiedad” que se concretaba al momento del matrimonio con la proposición “Sra. de...” como forma de pertenecer al marido.

En algunas comunidades aún vigentes, el castigo hacia la mujer está visto como algo usual, como forma de resolver conflictos o de ejemplificación correctiva frente a conductas que pueden inducir un desorden social, el empleo de una determinada vestimenta, el manejo de las relaciones interpersonales también son expresiones de control y dominación en ciertos pueblos de oriente.

La visión actual es cambiar esos modelos predominantemente masculinos e incorporar a otros roles a las mujeres.

Las formas de aislamiento, el alejamiento de sus afectos, de su trabajo con una deliberada dependencia económica con el victimario, la soledad y frustración forman parte de una desvalorización de la persona que la conduce a cuadros depresivos, a consumo de sustancias como psicofármacos y alcohol por ejemplo y toda situación estresógena que la obliga a tolerar esos actos de violencia cuya única salida la encuentran con el suicidio. La búsqueda en el cadáver de lesiones nos orienta a:

- Lesiones contusas (golpes, caídas de altura).
- Empleo de armas de fuego o armas blancas (típicas o atípicas).
- Bajo peso o desnutrición como formas de inanición.

- Asfixias mecánicas (colgamiento, estrangulación, sofocación, sumersión).
- Electrocutión o quemaduras térmicas.
- Abuso sexual.

Según el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina para el año 2022 se registraron 252 víctimas fatales de violencia de género, de los cuales 226 son víctimas directas de femicidio (219 mujeres cis y 7 mujeres trans/travestis). Algunos datos estadísticos⁽¹²⁾:

- La edad promedio de las víctimas fatales 40,8.
- El rango etario con tasa más alta fue entre 25 a 34 años.
- La nacionalidad predominante de las víctimas es argentina (92%), seguido por extranjeras (8%).
- Entre los factores de vulnerabilidad de las víctimas se encuentran: consumo de sustancias, discapacidad, embarazo, prostitución, lesbianismo, situación de calle, salud mental y descendiente de pueblos originarios.
- En cuanto al perfil del agresor, la edad oscila en 41 años, la mayoría son argentinos con pertenencia a fuerzas de seguridad, con denuncias previas en los femicidios directos, con consumo de sustancias y antecedentes psiquiátricos.
- El arma utilizada prevalece armas blancas (27%) fuerza física (24%) y con armas de fuego (23%).
- El lugar de la comisión del delito fue la vivienda compartida con el agresor 34 % y un porcentaje menor (15%) en otros lugares – viviendas urbanas.
- La franja horaria: en horas de la madrugada – entre las 0:00 horas y las 5:59 horas. El día de la semana más frecuente, los viernes.
- El mes más frecuente julio y octubre y hubo un mayor número en el cuarto trimestre del año.
- Un femicidio cada 39 horas en promedio con una tasa de víctimas directas de femicidios por cada 100.000 mujeres de 0,96 (para el año 2022).

v. Las tomas de muestras⁽¹³⁾

Entre los exámenes complementarios las tomas de fluidos y tejidos básicos en los femicidios es útil para asegurar una conexidad diagnóstica en la escena del crimen, siempre especificando el para qué se solicita.

Algunos de estas muestras son:

- a) Hisopados vaginales, bucales y anales para investigación de semen.
- b) Presencia de ADN (sangre de la víctima) con cotejos de análisis de las ropas si tienen fluidos orgánicos o el agresor pudiera haber eyaculado sobre el cadáver.
- c) Hisopado subungueal.
- d) Muestra de vellos pubianos obtenidos por contra peinado.
- e) Muestras para patología y toxicología.
- f) Muestras para estudios antropológicos y odontológicos.
- g) Radiografía de la víctima de cuerpo entero con el fin de analizar lesiones recientes y antiguas.
- h) Muestreo de hisopados en zonas de improntas de mordeduras.
- i) Toma de muestras en el caso de búsqueda de residuos de disparo por arma de fuego.
- j) Establecer el hallazgo de proyectiles, la trayectoria de efectos y la dirección en diferentes planos.
- k) En caso de armas blancas, describir las mismas y establecer la herida mortal, la dirección y profundidad estimada.
- l) Toma de fotografías de todas las lesiones, con testigos métricos para establecer la magnitud del daño.
- m) Video filmación del proceso de autopsia médico legal.
- n) Determinación de la data de muerte.

III) Retrospectiva psicodinámica en el estudio de femicidios

Esta faceta de estudio permite comprender la historia de los crímenes con el uso de violencia cuando median razones de género e identificar los contextos facilitadores del delito en el

ambiente que se encuentra la víctima, observando qué conductas fueron desplegadas para captar a la víctima, identificar lesiones ante-mortem, las circunstancias de la muerte y cómo fue hallado el cadáver, la situación de riesgo o vulnerabilidad de la víctima, su contexto social, familiar, laboral y el perfil del agresor.

Con frecuencia nos preguntamos ¿por qué una víctima tolera la violencia? ¿Por qué no abandona al agresor? Y la respuesta se encuentra en la vida cotidiana, cuando se repiten actitudes o estereotipos de microviolencia que son asimiladas como habituales que la hacen parecer “normales”. Ante estos interrogantes se debe evaluar las diferentes perspectivas de vida que transita la víctima.

Estas situaciones sirven para que paulatinamente, la víctima disminuya la resistencia hacia el agresor y pierda la visión crítica de la situación, integrándola a la rutina casera. El peligro es, que esa aceptación de la violencia implica un aumento en su intensidad, creyendo el agresor en la legitimidad de sus actos y la mujer en la justificación del hecho.

Identificar a este tipo de violencia como doméstica o familiar resulta un error, porque no se da solamente en el ámbito familiar, sino que puede ser no íntimo, y además es tan salvaje que a la mujer no se la agrede por ser esposa o novia o pareja sino porque es mujer; razón de género que tipifica este delito.

La visión patriarcal ⁽¹⁴⁾ no toma en cuenta a una mujer en un rol de mando o supremacía económica frente a un hombre ni la acepta, al contrario, la ubica en una posición de subordinación e inferioridad que son visiones propias de esos modelos y se manifiesta en lo familiar, en lo social y en lo laboral.

Del mismo modo, le resulta inaceptable que un hombre trans pueda ejercer roles de madre, o desarrollar una profesión que

se identifica predominantemente con las mujeres – por ejemplo, enfermera, niñera.

Desde la óptica de la relación víctima victimario es importante establecer cualidades del perfil del agresor a través de protocolos de violencia ⁽¹⁵⁾ donde podemos determinar:

- ¿Qué tipo de relación tenía la víctima con su victimario?

Determinamos femicidio íntimo y no íntimo.

- ¿Qué relación de desigualdad o poder manejaban?

Establecemos las desigualdades de fuerza entre ambos integrantes del hecho y si hubo mecanismos defensivos o de lucha.

- ¿Qué rol tienen otros miembros de la familia en la relación?

Falta de ayuda, indiferencia o ignorancia del suceso violento.

- ¿Qué tipo de violencia ejercía el victimario sobre la mujer?

Clasificamos violencia psicológica, sexual, física.

- ¿Modo de vida de la víctima y su cultura nativa?

Aceptación o resignación a la violencia. Justificación del maltrato

-Circunstancias de violencia e identificación del ámbito en que se desarrollaron (espiral de violencia)

- Tendencias al control de la relación de pareja por parte del agresor, que no se da en un primer momento sino a medida que el agresor va despojando a la víctima de amigos, familia o trabajo, para asegurarse que la víctima no va a poder pedir ayuda a nadie. ⁽¹⁶⁾

- Identifica contextos posibilitadores de violencia de género estableciendo entrevistas y protocolos orientadores semiestructurados que ofrezcan un determinado perfil de situación tanto nacionales como con modelos de otros países.

Prototipo de modelo y perfil semidirigido en situaciones de violencia de género ⁽¹⁷⁾
⁽¹⁸⁾

A través este modelo se puede tener una idea inicial del contexto situacional de la

víctima / agresor y el contexto de la violencia en la escena del hecho.

Se catalogan por niveles dentro de las esferas que se mueven ambos protagonistas:

1. Nivel íntimo/familiar	Datos de importancia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gritos y amenazas frecuentes. ▪ Celos y sospechas intrigantes sin fundamento. ▪ Conductas tendientes a bajar la autoestima de la víctima ▪ Revisar pertenencias, teléfonos y controlar sus movimientos. ▪ Rotura y golpes de objetos en el hogar. 	Las agresiones se inician cuando el agresor establece una relación de confianza en la pareja.
2. Nivel económico	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de su trabajo, presiones para que lo abandone y obtener control total. ▪ Control y retención del dinero para compras básicas. 	La víctima se cierra en un círculo de control del agresor.
3. Nivel social	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actos de persecución sobre con quién está e ir a buscarla para retornar al hogar sólo con él. ▪ Llamadas reiteradas. Control disfrazado de preocupación. ▪ Agresión a otras personas y habitualidad de los actos de violencia. 	Aparecen denuncias por la habitualidad de las agresiones y reproches que van en aumento.
4. Violencia sexual ⁽¹⁹⁾	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coacción en las relaciones sexuales y en prácticas sexuales no consentidas mutuamente. ▪ Sadismo o masoquismo unilateral. ▪ Violencia o agresiones durante el embarazo. ▪ Lesiones en los pechos, vagina o ano. 	Falta de denuncia por pudor de la víctima, quizás se sabe porque lo cuenta a una amiga.
5. Tiempo de evolución y frecuencia de la violencia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay lugares, momentos, horarios y falta de testigos que elige el agresor. ▪ Se hace sostenida y grave en relación a las lesiones. 	Indicador de gravedad

Cuadro 5. herramientas de interpretación investigativa policial y forense en femicidios

CONCLUSIONES

La aplicación de un estudio pericial tanatológico integrado permite el empleo de métodos y modelos científicos nacionales e internacionales, en base al estudio de los indicadores de violencia en sus diferentes expresiones surgiendo la necesidad de equipos multidisciplinarios en campos forenses que estén capacitados para tener en cuenta las razones de género.

Tanto la investigación policial y forense en su faceta criminalística permite dar luz en aquellos crímenes que un pasado se catalogaban como “pasionales”, dando paso a conceptos de razones de género, al conocimiento de diversas formas de violencia en los femicidios, de un abordaje multidisciplinario tanto en la escena del hecho como en la autopsia médico legal y sus exámenes complementarios, y de la creación de protocolos de trabajo reflejados en los informes periciales que indiquen el firme compromiso de los diferentes países frente a esta problemática.

El femicidio merece un abordaje desde todos los campos, identificando signos e indicadores de alarma y gravedad que permitan la ayuda a las víctimas y deje atrás los conceptos patriarcales del pasado.

BIBLIOGRAFÍA

1- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. A/RES/48/104 de la Asamblea General.

https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S

2- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)

<https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Foileto-BelemdoPara-ES-WEB.pdf>

3- CEDAW Convención contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, diciembre 1979 Res. 34/180 Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada por Argentina en junio de 1985 por ley 23179, con jerarquía constitucional a partir del año 1994 (art.75 inc.22).

4- Código Penal de la Nación Argentina, apartado “Delitos contra las personas” art.80 - agravantes.

5- Ley Brisa N° 27.452. Boletín Oficial N° 33.919, fecha de publicación 26/07/2018. Reglamentación Decreto N° 871/18, Boletín Oficial N° 33.965, fecha de publicación 01/10/2018.

6- Ley Micaela N° 27.499. Boletín Oficial N° 34.031, fecha de publicación 10/01/2019

7- Unidad para los Derechos de las Lesbianas, los Gays, Personas Bisexuales, Trans e Intersex (LGBTI), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Algunas precisiones y términos relevantes, <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>).

8- CEGAF , Curso especializado sobre la perspectiva de género en la investigación de delitos con armas de fuego , UNLIREC, 2020.

9- Nuevo Protocolo actualizado de autopsias médico legales, 2023, Morgue Judicial de la Nación.

10- Lorente Acosta, Miguel. “Síndrome de agresión a la mujer. Síndrome de maltrato a la mujer” Cuadernos de Medicina Forense, octubre 1998 nro 14;59-77.

11- Lorente Acosta M y Lorente Acosta José. “ Agresión a la Mujer: Maltrato , violación y acoso” (2da ed,) Granada; Ed. Comares, 1999.

12- Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina Oficina de la Mujer (OM) de la CSJN. Estadísticas para el año 2022.

13- Protocolo de toma de muestras Res.8/2022 del decanato del Cuerpo Médico Forense. 2022

14- Stark E., Flitcraft,A y Frazier,W “ Medicine and patriarchal violence: The social construction of a private event, *International Journal of Health Service* 1979; 9: 461 – 493.

15- Douglas , HCR-20 V3, “Valoración del riesgo de violencia”, editorial Tea ediciones, 2013.

16- Lorente Acosta Miguel *Mi marido me pega lo normal*, ed. Critica 2001.

17- UFEM, Protocolo para la investigación y litigio de casos de muertes violentas de

Mujeres (femicidios). Ministerio Publico Fiscal de la Nación, 2018.

18- Bustos Cristina y col. *Investigación Forense VII. “Propuesta de Protocolo de Autopsia para femicidio y feminicidio en Chile”*, *Revista Anual del Instituto Dr. Carlos Ybar*. Pág. 205-225. Año 7 / 2018 Santiago de Chile. ISSN 0719 – 3815. Publicación electrónica: www.institutocarlosybar.com.

19- OPS, “Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence”, OMS 2013.

LA PERICIA PSIQUIÁTRICA FORENSE CONSIDERACIONES CLÍNICAS, LEGALES Y ÉTICAS

(FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT: CLINICAL, LEGAL AND ETHICAL CONSIDERATIONS)

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión y actualización sobre el marco legal, clínico y ético en el que se desarrollan las evaluaciones periciales psiquiátricas en el ámbito forense judicial. Se aborda la normativa jurídica actualizada en la cual se debe encuadrar todo el proceso pericial, partiendo desde el bloque de constitucionalidad federal, con los instrumentos internacionales de DD.HH con jerarquía constitucional que lo integran, hasta el código de ética vigente. Se describen las etapas que configuran una evaluación pericial psiquiátrica completa, analizando el razonamiento psiquiátrico pericial que la fundamenta. Se desarrolla, además, la importancia del enfoque psiquiátrico fenomenológico en la entrevista psiquiátrica y de la deliberación entre los peritos en el contexto de una evaluación, desde la perspectiva del método de la ética clínica.

PALABRAS CLAVE: *Evaluación psiquiátrica pericial - Bioética - derechos humanos - método fenomenológico - método deliberativo*

ABSTRACT

This article presents a review and update on the legal, clinical and ethical framework in which psychiatric expert evaluations are carried out in the judicial forensic field. It describes the updated legal regulations in which the whole expert process must be framed, from the federal block of constitutionality, with the international human rights instruments with constitutional hierarchy that compose it, to the current code of ethics. It describes the stages that conform a complete psychiatric expert assessment, analyzing the psychiatric expert reasoning on which it is based. It also develops the importance of the phenomenological psychiatric approach in the psychiatric interview and of the deliberation between the experts in the context of an assessment, from the perspective of the method of clinical ethics.

KEYWORDS: *psychiatric forensic assessment - bioethics - human rights - phenomenological method - deliberative method*

Anibal Areco¹
Maximiliano Luna²

¹Médico Psiquiatra. Médico Psiquiatra Infante Juvenil. Médico Legista. Médico Psiquiatra Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

²Médico Psiquiatra. Médico Legista. Médico Psiquiatra Forense del Cuerpo Médico forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: anibalarecoprieto@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

“Las enfermedades orgánicas son amenazas a la vida, las enfermedades mentales son ataques a la libertad. Esto explica el hecho de que el aspecto más característico de la Psiquiatría es médico-legal. En este sentido, la Psiquiatría es la patología de la Libertad”.
Henri Ey, 1948³

En este artículo nos proponemos indagar y profundizar en el análisis del método psiquiátrico pericial utilizado en las evaluaciones psiquiátricas periciales que se realizan en el ámbito forense judicial. Estas evaluaciones que se realizan en un marco legal presidido por la protección de los Derechos Humanos se fundamentan en la realización de un encuentro intersubjetivo entre dos personas: el perito psiquiatra y el peritado.

Intentaremos descender descriptivamente desde el plano ético⁴, normativo y procesal hasta un nivel de análisis que focalice en ese encuentro interpersonal que el perito dirigirá con el objetivo de captar lo esencial de la personalidad viviente y de la psicopatología del peritado. Integraremos en este recorrido distintos enfoques teóricos de diferentes campos de conocimiento, incluyendo la perspectiva de protección de los DDHH⁵⁻⁶ en su relación con la clínica psiquiátrica, la psicopatología, la bioética clínica, la ética de valores, el razonamiento clínico y diagnóstico, el método psiquiátrico fenomenológico, el método deliberativo y los principios bioéticos.

Pericia psiquiátrica forense con enfoque de protección de derechos humanos

Desde 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, surgida en el período inmediato de posguerra para establecer límites a la acción totalitaria⁷ de los estados sobre las personas, se comienza a construir el Sistema Universal de Protección de los DD.HH, que se rige por los principios del respeto a la dignidad, a la vida, a la libertad, a la igualdad y a la seguridad de la persona o de terceros y los demás principios de universalidad, transnacionalidad, la no discriminación y progresividad, entre otros, y estableciendo que todos los DD.HH son interdependientes y tienen la misma jerarquía⁸.

El marco⁹ legal, normativo y ético en el que se desarrolla la práctica psiquiátrica forense actual se terminó de configurar con la puesta en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en agosto de 2015. Dicho código de fondo, junto con la Constitución Nacional, los catorce instrumentos internacionales de DDHH (Declaraciones, Pactos y Convenciones) con jerarquía constitucional, el Código Penal de la Nación, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU/2006 (Ley 26378), la Ley de los Derechos de los Pacientes, Historia Clínica y Consentimiento Informado (Ley 26.529), la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental), su Decreto Reglamentario 603/2013, el Protocolo de Estambul de la

³Henri Ey. Estudios Psiquiátricos. Desclée de Brouwer, Paris. 2da.ed., 1952. Estudio N° 4. Pág. 119-143.

⁴Gracia D. y Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid, 2004. Ed. Triacastela. Pág. 26.

⁵Declaración Universal de los DDHH.1948. Art. 1: "Dignidad...razón y conciencia". Art.3: "Vida, libertad y seguridad"

⁶CDPD. ONU. 2006. Art. 10. Derecho a la vida. Art. 14: Libertad y seguridad de la persona.

⁷Toro Martínez, E. Curso Superior de Postgrado. "Actualización en Psiquiatría Forense basada en la perspectiva de Derechos Humanos inclusiva 2021 - 2022". Clase N° 1. 26/03/2021. ISFP. Asociación de Psiquiatras Argentinos-APSA

⁸Declaración Universal de los DDHH ONU. 1948: Art. 1 : "Dignidad, Libertad, Igualdad...dotados de razón y conciencia", Art.3: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". Art. 29 sobre los "deberes de las personas respecto a la comunidad, el ejercicio de sus derechos y el disfrute de sus libertades sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática".

⁹Ver ANEXO - MARCO NORMATIVO Y ÉTICO

la ONU y el Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina conforman un plexo normativo y ético, cuya finalidad es, entre otras, garantizar la protección a la dignidad y los Derechos Humanos de los peritados intervinientes en las pericias psiquiátricas. En este contexto, el rol del perito forense¹⁰ es trabajar de forma veraz, con fundamentación clara, verificable y replicable desde las perspectivas bioética, de protección de Derechos Humanos y prevención de la violencia institucional y de género no binario, especialmente en pericias que involucren a niños, niñas, adolescentes menores de edad, mujeres y personas del colectivo LGBT+, en condición de víctimas. Asimismo, este marco legal se complementa con lo previsto para la actividad pericial en el Código Procesal Penal de la Nación y en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

La norma ética establece que es el poder jurisdiccional, en la persona del juez, quien va a requerir y delimitar los alcances de la actividad pericial¹¹ y que el perito debe informar sobre el sujeto y no sobre los hechos¹².

La conducta ética del perito psiquiatra durante el acto pericial, en particular al momento de realización de la entrevista psiquiátrica, y al realizar el informe pericial correspondiente se basa, desde un enfoque de la bioética principialista, en el estricto respeto de los principios bioéticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No Maleficencia¹³, que orientan el acto pericial y asisten al peritado.

Los principios bioéticos son llevados a la práctica en el acto pericial en la observancia por parte del perito psiquiatra, de las tres normas morales básicas: la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad para realizar la pericia psiquiátrica¹⁴.

Así como la praxis psiquiátrica asistencial y terapéutica está orientada, principalmente, por los principios bioéticos de Beneficencia y No Maleficencia, la actividad pericial psiquiátrica se guía, principalmente, por los principios bioéticos de Autonomía y Justicia. El principio de Autonomía, junto con la ética del respeto¹⁵, en todo lo relativo al consentimiento y a la toma de decisiones tomadas en estado de lucidez y con comprensión de la situación¹⁶, en consonancia con lo establecido en el marco legal y en los instrumentos internacionales de DDHH con jerarquía constitucional; el principio de Justicia, con la obligación de la no discriminación o igualdad en el trato. A los principios bioéticos mencionados ut-supra, que guiarán toda actuación psiquiátrica pericial¹⁷, deben añadirse una serie de exigencias éticas en la persona del perito psiquiatra: idoneidad, objetividad, confidencialidad, discreción, prudencia, reflexión, juicio, imparcialidad, veracidad y honestidad. Castex agrega, además, entre las condiciones exigibles al perito psiquiatra forense: *técnica, sabiduría y arte*, para un correcto actuar en sus funciones periciales¹⁸. Sobre la sabiduría, en la que destella la *prudencia*, explica que el “*sabio*” se identifica con dos acepciones de *sapiens*: el de *docto* y el de

¹⁰Ghioldi, L. Curso Superior de Postgrado. “Actualización en Psiquiatría Forense basada en la perspectiva de Derechos Humanos inclusiva 2021 - 2022”. Clase N° 1. 26/03/2021. ISFP. Asociación de Psiquiatras argentinos. APSA.

¹¹Código de ética para el equipo de salud. Asociación Médica Argentina, AMA. 2012. Art. 345

¹²Código de ética para el equipo de salud. Asociación Médica Argentina, AMA. 2012. Art. 347

¹³Código de ética para el equipo de salud. Asociación Médica Argentina, AMA. 2012. Art. 11 y Art. 517

¹⁴Código de ética para el equipo de salud. Asociación Médica Argentina, AMA. 2012. Art. 12

¹⁵Gracia, D. *Bioética clínica*. Buenos Aires. 2021. Ed. Astrea. Pág. 123 a Pág. 129

¹⁶CCYCN. Art. 23: Capacidad de ejercicio. “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos”; y el Art. 16, inc. c) de la Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental.

¹⁷González J., Rapún A., Altisent R. e Irigoyen J. *Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica*. Cuad. Med. Forense N° 42 Málaga oct. 2005,

¹⁸Castex, M. *El secreto médico en peritación*. Ed. AD-HOC. Buenos Aires. 2003. Pág. 56.

prudente. De esta manera, es esperable que el perito psiquiatra se distinga en la actividad pericial forense por su prudencia, equilibrio, sensatez y moderación¹⁹.

II. LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA PERICIAL

El peritaje psiquiátrico deberá dar respuesta, a través del informe pericial (un documento escrito) a los puntos de pericia formulados por la autoridad jurisdiccional y no debe ser utilizado para otros fines ajenos al ámbito médico legal, ni tampoco es posible responder a preguntas legales que estén fuera del ámbito de la psiquiatría. El quehacer profesional del psiquiatra forense requiere regirse por los lineamientos éticos y metodológicos de la profesión médica y de la especialidad psiquiátrica en particular, acorde a los estándares nacionales e internacionales del ejercicio de la profesión.

Castex²⁰ distingue entre el *secreto profesional médico asistencial*, el *secreto institucional*, el *secreto procesal*, estos dos últimos en el ámbito forense, y el *secreto en peritación* (la deliberación en sesión secreta entre peritos del Art. 262 del CPPN, a la que puede asistir el juez). La evaluación psiquiátrica pericial tiene limitaciones en la confidencialidad, en cuanto al secreto médico forense se refiere, que la diferencia de la evaluación psiquiátrica asistencial, por cuanto la evaluación pericial se desarrolla en el marco de una causa judicial y el informe pericial es un documento legal, al que tendrán acceso las partes intervinientes en la causa judicial y eventualmente podrá ser expuesto en audiencia pública ante un Tribunal de Justicia.

Informar claramente al evaluado de esta limitación en la confidencialidad al secreto médico es requisito esencial para llevar a cabo la evaluación pericial.

Etapas del Procedimiento pericial

La estructura que proponemos del peritaje psiquiátrico constituye un lineamiento general que guía la realización de la pericia psiquiátrica en su estructura básica y que, según el caso, permite extenderse, profundizar e incluir los elementos que se estimen necesarios para dar respuesta a los puntos de pericia formulados. En el contexto de estas pericias el perito psiquiatra forense podrá solicitar evaluaciones complementarias clínicas generales, neurológicas, psicológicas o toxicológicas cuyos resultados deben ser valorados por el psiquiatra forense e incorporados a su criterio en el informe pericial psiquiátrico. La adecuada realización de una evaluación psiquiátrica pericial debe seguir un procedimiento pericial conformado por tres etapas.

A. EL OBJETO PERICIAL

Para dar inicio a la tarea pericial se deberá contar con el acceso a la totalidad de las actuaciones obrantes en el expediente judicial. La primera etapa consiste en lograr, a partir de la lectura del requerimiento judicial, la adecuada comprensión del objeto pericial y, si hubiere peritos o consultores técnicos por las partes, la explicitación del mismo a los peritos y consultores técnicos, que deberán estar designados en el expediente judicial. Se debe comunicar que la dirección técnica de la peritación está en todo momento bajo la responsabilidad del perito psiquiatra forense designado por sorteo para la realización de dicha

¹⁹Zazzali, J. R. *La Pericia Psiquiátrica*. Ediciones La Rocca. Buenos Aires. 2013. Capítulo III. ETICA PERICIAL. Pág.47.

²⁰Castex, M. *El secreto médico en peritación*. Ed. AD-HOC. Buenos Aires. 2003. Pág. 16.

actividad, en su carácter de director del acto pericial. La dirección técnica consiste en administrar los tiempos periciales y permitir en cada instancia de la evaluación, la adecuada participación de los peritos que representan a las partes.

B. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

1. Procedimiento pericial

La segunda etapa de la peritación consiste en la realización de un examen psiquiátrico completo, la evaluación psiquiátrica clínica, psicosemiológica, descriptiva y fenomenológica del causante con énfasis en los aspectos forenses y psicopatológicos relevantes, a criterio del perito psiquiatra forense. De esta forma se alcanzarán a elaborar las hipótesis diagnósticas y las respuestas a los puntos de pericia formulados por el organismo jurisdiccional solicitante. Se debe tener en cuenta que el método de evaluación a utilizar en las entrevistas psiquiátricas periciales es el método de la clínica psiquiátrica, que consiste, esencialmente, en la realización de una entrevista psiquiátrica con la consecuente toma de decisiones periciales concretas de tipo diagnóstico y terapéuticas, razonables y prudentes, en condiciones de incertidumbre.

La clínica médica, desde la teoría de la decisión racional²¹, se ocupa de situaciones concretas e individuales, de personas, y no sobre hechos abstractos y universales. Teóricamente, al menos, se puede decir que, sobre las disciplinas formales y abstractas, como la lógica o las matemáticas, puede alcanzarse certeza, en tanto que, de las disciplinas reales y concretas, como la clínica o la ética, no

cabe más que incertidumbre, probabilidad. La clínica médica es una disciplina inscripta entre los campos de conocimiento reales y concretos, su sujeto de estudio y análisis es una persona única y concreta.

La clínica psiquiátrica comparte estas características con la clínica médica, con la particularidad que su objeto de estudio es el psiquismo de una persona, para lo cual, en su modalidad de abordaje y análisis, es necesario tener en consideración en la evaluación integral del estado psíquico, los antecedentes psicopatológicos, las circunstancias actuales, y también las previstas de una situación, es decir, las consecuencias presentes y futuras de las decisiones diagnósticas y terapéuticas que se tomen; en el ámbito forense hay que considerar también las consecuencias jurídicas de las decisiones diagnósticas, terapéuticas y periciales que se tomen. Desde la perspectiva de la bioética clínica²², la clínica psiquiátrica es un campo de conocimiento sobre lo particular y lo situacional²³, no sobre lo universal, y por lo tanto es un campo de conocimiento práctico, técnico y prudencial.

En esta segunda instancia del procedimiento pericial, el perito psiquiatra forense comenzará la evaluación presentándose al peritado con su nombre, cargo y pertenencia institucional, los nombres, cargos y pertenencia institucional de los peritos y consultores técnicos de las partes designados por el juzgado o la fiscalía intervinientes.

Se explicitará la modalidad y alcances del acto pericial, la finalidad del mismo, que consiste en la realización de un informe que será incorporado al expediente judicial.

²¹Gracia D. y Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid, 2004. Ed. Triacastela.

²²Ver Diego Gracia Guillén. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. EUDEMA. Madrid. 1991. Los métodos de la ética clínica.

²³Ver Areco, A., Areco J.M., Luna M. Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental. ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 67 (3). Septiembre 2021. Pág.153-161.

A continuación, se constatará la identidad del causante, se le hará saber al peritado el carácter procesal judicial del acto pericial y que en observancia de su derecho constitucional a la intimidad consagrado en el Art. 19 de la Constitución Nacional²⁴ y fundamentado en el principio bioético de Autonomía²⁵ (libertad para decidir), el peritado puede decidir si presta su consentimiento o no para la realización de la evaluación pericial. Si el peritado explicita su consentimiento para la realización de la pericia psiquiátrica, se dará comienzo a la misma, con la entrevista de evaluación psicosemiológica psiquiátrica y se preguntará, con máximo respeto a la dignidad del peritado, todo lo relativo a antecedentes de salud y de salud mental. Inclusive se deberá preguntar lo obvio a los efectos de que no queden dudas a los integrantes de la junta de evaluación ninguna cuestión que sea de interés pericial.

De esta manera, de los campos de conocimiento científicos es esperable que den certeza, y de los campos de conocimiento prácticos y particulares (clínica médica), sólo cabe actuar, de manera razonable, con prudencia, alcanzando probabilidad. Vale destacar aquí que la prudencia es el arte de tomar decisiones morales razonables pero inciertas²⁶. Así, la toma de decisiones racionales en contextos de incertidumbre, fundada en la utilización de diferentes métodos de razonamiento contribuye a comprender y delimitar la naturaleza de nuestra actividad psiquiátrica pericial, que se

fundamenta en la realización de la evaluación clínica psiquiátrica del peritado.

2. Método y razonamiento diagnóstico en clínica psiquiátrica pericial

El método clínico psiquiátrico de investigación clínico forense²⁷, se edifica sobre la realización de una entrevista psiquiátrica forense individual, por lo general semiestructurada, que está dirigida a indagar en la totalidad psíquica del peritado, en el momento actual y en el momento del delito que se investiga²⁸, con el objetivo de alcanzar su objeto de estudio y análisis: el padecimiento mental, incluyendo trastornos y enfermedades mentales²⁹. Respecto al momento del hecho disvalioso que se investiga, se impone vincular el examen psiquiátrico con antecedentes de la documental de salud del evaluado obrante en el expediente judicial de la instrucción penal. En la evaluación se tienen en cuenta toda la gama de detalles que se despliegan en la interacción con el peritado, desde su vestimenta y actitud frente al entrevistador, hasta los más mínimos y sutiles gestos, movimientos, semblante, mirada, tono de voz, sintaxis y dicción.

Se examina, en profundidad, la estructuración de la mente del peritado en su totalidad: funciones intelectuales básicas y superiores, deseos, impulsos, valoración, afectividad, voluntad, conciencia, vivencias, discernimiento, estructuración psíquica, mecanismos de defensa inconscientes, abstracción, simbolización, curso y contenido del pensamiento, senso-

²⁴Constitución Nacional. Art. 19: "Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados".

²⁵Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Art. 2°, inciso e) Autonomía de la voluntad.

²⁶Gracia D. *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*. Medicina Clínica, Barcelona. 2001;Pág. 21/40.

²⁷Ver Zazzali, J. R. *La Pericia Psiquiátrica*. Ediciones La Rocca. 2013.

²⁸Ver Zazzali, J. R. *La Pericia Psiquiátrica*. Ediciones La Rocca. 2013. Capítulo IX. La psiquiatría forense cuestionada. Pág. 109 a Pág. 124.

²⁹Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud mental. Artículo 1°: "Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657".

percepción, imaginación, motivación pulsional, integración de la conciencia, emociones, pasiones, etc.

A lo largo del desarrollo de la entrevista psiquiátrica forense, regulada y dirigida por el perito psiquiatra forense, se debe permitir el desenvolvimiento de la relación interindividual entre el perito y el peritado, para llevarla hacia un plano intersubjetivo, con profundidad psicológica.

El perito psiquiatra forense conduce y organiza la entrevista psiquiátrica pericial de acuerdo a la organización de su conocimiento técnico y teórico psiquiátrico. A partir de ese conocimiento teórico y de la formación técnica, se rescatan los elementos significativos del discurso que aparecen durante la entrevista, la apariencia fenomenológica del contenido psíquico y la esencia del comportamiento del peritado, más allá de su significado convencional. La confiabilidad de este método clínico psiquiátrico de investigación clínico forense será proporcional a la dedicación, minuciosidad y detenimiento con la que el perito psiquiatra forense realice la entrevista. Para arribar al *diagnóstico* el psiquiatra forense utiliza diferentes modalidades o métodos de *razonamiento clínico*.

El *razonamiento intuitivo*³⁰, no es una "adivinación", sino una consecuencia de la práctica clínica psiquiátrica asistencial, terapéutica y pericial acumulada a lo largo de los años en la práctica psiquiátrica, a lo que se agrega la actividad racional y lógica de la conciencia del perito al peritar. En otras palabras, es un rápido reconocimiento de patrones clínicos y sindromáticos. Para este tipo de razona-

miento, también conocido como razonamiento directo, son esenciales la existencia de una vasta experiencia clínica psiquiátrica y una elevada capacidad de penetración psicológica y de asociación rápida entre el cuadro signo-sintomatológico que presenta el peritado y el conocimiento teórico/práctico que tiene el evaluador en sus representaciones mnésicas de los padecimientos y enfermedades mentales. El *razonamiento intuitivo* consiste en la captación cuasi inmediata del estado mental del peritado, a través de la penetración psicológica fenomenológica, que nos permite acceder a la modalidad de funcionamiento psíquico del peritado:

- Razonamiento Intuitivo o Directo
- Razonamiento Inferencial/Deductivo
- Razonamiento Deliberativo

Hay cuatro tipos diferentes de diagnósticos, según las diferentes maneras de arribar a un diagnóstico en la clínica psiquiátrica, a las que se corresponden tres modalidades diferentes de razonar para arribar al diagnóstico clínico, que en el campo de la clínica psiquiátrica en particular, debe considerarse siempre como un "diagnóstico presuntivo", fundamentado en una hipótesis de diagnóstico y pronóstico:

- Diagnóstico Intuitivo por Penetración
- Diagnóstico Inferencial/Inductivo
- Diagnóstico Diferencial
- Diagnóstico Hipotético

³⁰Corona Martínez, L.A. Fonseca Hernández, M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. Medisur, vol. 10, N° 1. Cienfuegos, CUBA. Ene.-Feb. 2012.

3. Método de la psiquiatría fenomenológica

Así como la clínica médica utiliza una metodología propia para abordar su objeto de estudio que incluye la anamnesis, el examen físico (observación, palpación, percusión, auscultación, etc), y los estudios complementarios, la clínica psiquiátrica desarrolló un método particular de abordaje de su objeto de estudio (el psiquismo, el aparato psíquico o la mente de la persona y los padecimientos mentales). Este método, denominado *psiquiátrico fenomenológico comprensivo*, utilizado para realizar el examen del psiquismo, se fundamenta en la entrevista psiquiátrica y en la facultad o capacidad del psiquiatra para comprender y penetrar psicológicamente el psiquismo del examinado. Durante el desarrollo de la entrevista psiquiátrica, se recurre a la penetración psicológica, junto con la intuición o visión esencial que planteaba Binswanger³¹, que excede la función y los límites de la percepción sensorial, y permite al psiquiatra acceder a la captación de las vivencias, de la esencia de la personalidad viviente, de la claridad e integración del campo de la conciencia³² y de sus diferentes alteraciones y estados psicopatológicos. La esencia de un padecimiento mental, el modo de estar en el mundo, es lo que un psiquiatra experimentado capta intuitivamente, y esto debe verificarlo utilizando el método fenomenológico para detectar y constatar una eventual organización sindromática de signos, síntomas y vivencias en el contenido psíquico del peritado.

Minkowski en 1933³³ propuso que en la evaluación psiquiátrica, detrás de los síntomas y de los síndromes hay una *“personalidad viviente”* y que es imperioso penetrarla, a través de los síntomas, en un intento de conocer toda la manera de ser. Así, también Cabello³⁴ entiende *“que el quehacer pericial jerarquizado por el conocimiento psiquiátrico carecería de penetración psicológica si no estuviera animado de una comprensión intuitiva que antecede a todo saber experto”*, y que *“esta facultad intuitiva nunca podrá lograrse si no es secundada por un interés humano hacia nuestros semejantes, sean delincuentes o no, lo cual, en lenguaje corriente, puede expresarse como amor a la verdad”*.

Jaspers³⁵ planteaba que *“el primer paso de la captación científica de lo psíquico es un tamizar, limitar, distinguir y describir determinados fenómenos experimentados, que son así claramente representados y llamados regularmente con un término preciso. Así describimos tipos de percepciones engañosas, de vivencias delirantes, de procesos obsesivos, los tipos de conciencia de la personalidad, de los instintos, etc...y nos dirigimos sólo a lo realmente experimentado. La descripción de las vivencias y de los estados psíquicos, de su diferenciación y de su establecimiento, de modo que se pueda significar lo mismo siempre con los mismos conceptos, es la tarea de la fenomenología”*.

En el ámbito psiquiátrico forense argentino, Bonnet³⁶ consideraba también que la vivencia representa la unidad de

³¹Binswanger L. Artículos y conferencias escogidas. Ed. Gredos, Madrid, 1973, pág. 18

³²Castex M.N., Daño Psíquico y otros temas forenses. Castex M.N. y Silva D.H. Capítulo: Reflexiones en torno a las peritaciones psiquiátricas y psicológicas forenses. Ed. Tekné. Buenos Aires, 1997, pág. 45.

³³Ver Minkowsky, E. Le tempsvécu; ÉtudesPhénoménologiques et Psychopathologiques. Chapitre II. La notion du trouble générateur et l'analysestructurale des troubles mentaux. Quadrige/ PressesUniversitaires de France. pág. 208/209.

³⁴Ver Cabello V. P. Psiquiatría forense en el derecho penal. Hammurabi. José Luis Depalma Editor. De las Pericias y de los peritos. Procedimiento pericial. Pág. 62.

³⁵Jaspers, K. Psicopatología General, 1913.

³⁶Bonnet E.F.P. Psicopatología y psiquiatría forense, López Libreros Editores S.R.L., Bs As 1983, Tomo I.

conciencia, es decir la unidad trinitaria, de pensar, sentir y querer, enlazante del presente con el pasado y, a su vez, de ambos con el futuro.

De esta manera, integrando los enfoques sobre la manera de abordar y comprender el funcionamiento del aparato psíquico³⁷ de las tradiciones psiquiátricas de Francia, Alemania y Argentina en el inicio y a mediados del siglo XX, podemos sintetizar nuestro enfoque psiquiátrico pericial y el abordaje integral del psiquismo, la conciencia y las vivencias, que utilizamos en la relación intersubjetiva con la persona evaluada durante las entrevistas psiquiátricas periciales.

4. Método de razonamiento diagnóstico inferencial/deductivo

El *razonamiento inferencial*³⁸, es el que va de lo particular o de los hechos singulares a las generalizaciones (síntesis); el *razonamiento deductivo*, por el contrario es el razonamiento que transita de lo general a lo particular (análisis). El razonamiento inferencial, en su denominación, no expresa totalmente lo que ocurre en nuestro pensamiento diagnóstico clínico psiquiátrico. Y no es que esté ausente el razonamiento inferencial en el diagnóstico, sino que, en este, al mismo tiempo que se infiere, también se deduce; y en ello se manifiesta la unidad de este par de categorías dialécticas. Hay un *razonamiento inferencial* porque a partir de manifestaciones particulares (síntomas y signos) se elabora un juicio hipotético

generalizador: el diagnóstico, siempre presuntivo, del padecimiento/enfermedad/trastorno mental del paciente. Hay *deducción* en el proceso del *razonamiento diagnóstico* porque a partir del conocimiento general acerca de los padecimientos mentales³⁹, se arriba al conocimiento y diagnóstico de un padecimiento mental particular en un individuo concreto. Evidentemente, ambas modalidades de razonamiento, la *inferencial* y la *deductiva*, están presentes en el razonamiento a partir del cual se arriba a una hipótesis diagnóstica.

5. Método de razonamiento deliberativo; el método de la ética clínica.

El *razonamiento diagnóstico* del psiquiatra forense es un *pensamiento complejo y dinámico*, que utiliza, al mismo tiempo, un método de pensamiento *inferencial/deductivo, analítico/sintético*, configurando un proceso que transita de lo concreto a lo abstracto para regresar a lo concreto-pensado, un procedimiento mental que interviene de una manera muy decisiva en la conformación de las hipótesis diagnósticas, máxime en las *condiciones de incertidumbre* en las que se desarrolla la tarea del psiquiatra forense, al momento de realizar la tarea pericial psiquiátrica en el medio forense judicial. Nos referimos al *método deliberativo*, partiendo de la teoría de los procedimientos de decisión en ética clínica planteados por Diego Gracia Guillén. Este autor propone que el método de razonamiento utilizado en clínica médica y en bioética es el *método*

³⁷Ver Freud

³⁸Corona Martínez, L.A. Fonseca Hernández, M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. Medisur vol. 10, N° 1. Cienfuegos, CUBA. Ene.-Feb. 2012

³⁹Decreto Reglamentario P.E.N. N° 603/2013 de la ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental: "ARTICULO 1°.- Entiéndese por *padecimiento mental* a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsible o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo los trastornos y/o enfermedades".

deliberativo para la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, que tiene, desde nuestro análisis, un lugar central en el *método clínico psiquiátrico de investigación clínico forense*.

A través del *método deliberativo*, se busca analizar los problemas que plantea la evaluación psiquiátrica pericial en un contexto de incertidumbre, de manera integral y en toda su complejidad. Esto supone ponderar, en contextos de incertidumbre, desde una *perspectiva situacional* (paradigma situacional)⁴⁰, los antecedentes psiquiátricos, signos, síntomas, aspectos legales, valores, la situación y consecuencias inmediatas y futuras implicadas en la toma de decisiones en el caso en estudio pericial. Esto permitirá identificar todos, o al menos, la mayoría de los cursos posibles de acción (decisiones periciales diagnósticas y terapéuticas), las decisiones diagnósticas/terapéuticas extremas y la óptima, analizando y valorando en cada una de ellas las consecuencias terapéuticas y psicojurídicas de nuestras decisiones periciales para el peritado. El *enfoque situacional* y el *proceso de deliberación* exigen la reflexión personal, la escucha atenta y el esfuerzo por comprender la situación (paradigma situacional) y el análisis de todos los antecedentes médicos, los elementos psicosemiológicos destacados en la entrevista psiquiátrica, los valores emergentes de la entrevista en tensión y las consecuencias terapéuticas y jurídicas implicadas en nuestro informe pericial.

De acuerdo a lo expuesto, se podría considerar que el razonamiento diagnóstico mayormente utilizado en el método clínico psiquiátrico no es un

razonamiento puramente intuitivo, ni inferencial, ni deductivo, ni deliberativo, sino que más bien se razona infiriendo, deduciendo y deliberando, intuitivamente, al mismo tiempo.

C. DELIBERACIÓN ENTRE PERITOS

La tercera etapa de la peritación es el momento que se dispondrá para la realización del debate en sesión secreta entre peritos, al que el juez podrá asistir, en casos controvertidos, para garantizar el control de legalidad.

Se deberá prestar especial atención a lo establecido en el Artículo 262⁴¹ del Código Procesal Penal vigente en nuestro ámbito de intervención y respetar los lineamientos allí establecidos al momento de realizar el debate o deliberación entre peritos.

La *deliberación* o *debate entre peritos*, reunidos en sesión secreta, se inicia realizando una breve presentación del caso en estudio por parte del perito psiquiatra forense, siguiendo con la realización de un intercambio de opiniones con los peritos y consultores técnicos de parte, considerados por Castex⁴² como verdaderos garantes de legalidad y constitucionalidad de la prueba, sobre los diferentes puntos de vista y opiniones. Continúa con la identificación y discusión sobre los aspectos psiquiátricos y médico legales controvertidos del expediente judicial, la identificación de los valores en conflicto (vida, libertad y seguridad para la persona protegida o para terceros), y la posterior identificación de los cursos extremos e intermedios de acción⁴³ sobre las decisiones periciales diagnósticas y

⁴⁰Areco, A., Areco J.M., Luna M. *Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental*. ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 67 (3). Septiembre 2021. Pág.153-161

⁴¹CPPN, Art. 262. – “Los peritos practicarán unidos el examen, deliberarán en sesión secreta, a la que sólo podrá asistir el juez, y si estuvieren de acuerdo redactarán su informe en común. En caso contrario, harán por separado sus respectivos dictámenes. Si los informes discreparan fundamentalmente, el juez podrá nombrar más peritos, según la importancia del caso, para que los examinen e informen sobre su mérito o, si fuere factible y necesario, realicen otra vez la pericia. Dictamen y apreciación.”

⁴²Castex, M. *El secreto médico en peritación*. Buenos Aires. Ed. AD-HOC. 2003. Pág. 20.

terapéuticas, con sus consecuencias procesales y jurídicas para el evaluado, para responder a lo solicitado en los puntos de pericia. Así, se realizará el análisis del curso de acción óptimo y consensuado entre los peritos y consultores técnicos intervinientes en la deliberación, en la medida de lo posible, a los efectos de arribar a un consenso en las conclusiones, que facilite la realización del informe pericial para contribuir mancomunadamente al servicio de justicia con el objetivo de realizar el mejor informe pericial posible.

De esta *deliberación entre peritos* es esperable alcanzar un consenso amplio sobre las respuestas a los requerimientos del órgano jurisdiccional y de las partes; de surgir discrepancias entre las opiniones de los peritos, las mismas deberán quedar expresadas en el informe pericial. Los peritos en disenso podrán ampliar lo informado por los peritos del CMF o informar por separado, según su entendimiento y racionalidad. En todo momento, en las tres instancias del acto pericial se debe procurar que impere un clima de cordialidad y camaradería entre los peritos intervinientes en el acto pericial, en un marco de diálogo y deliberación, sujeto a normas de buen trato y respeto entre pares.

En este procedimiento de tres instancias se podrá agregar un cuarto momento donde se interrumpe la evaluación para realizar algún ajuste en el encuadre a los efectos de promover un acto pericial autosuficiente y que no requiera repetición con la consabida demora en el servicio de justicia.

III. CONCLUSIONES

La entrevista psiquiátrica pericial configura el momento de encuentro intersubjetivo del perito psiquiatra forense con el contenido psíquico del peritado. Para acceder al mismo, el perito utiliza el método clínico fenomenológico de penetración psicológica y recurre a los distintos métodos de razonamiento clínico que se combinan entre sí para poder elaborar las decisiones diagnósticas, terapéuticas y periciales que se pondrán a consideración en la deliberación entre peritos para arribar a conclusiones consensuadas y poder dar respuesta al requerimiento judicial.

Así, desde una perspectiva de protección de derechos y de la bioética de valores, se puede destacar que los principales valores en tensión que emergen de la evaluación pericial y condicionan las decisiones del perito, son la *vida*⁴⁴, la *libertad*⁴⁵ y la *seguridad*⁴⁶ de la persona protegida o de terceros⁴⁷.

La tensión que surge entre estos tres derechos humanos fundamentales⁴⁸ en el ámbito psiquiátrico pericial, al momento de tomar decisiones en una pericia psiquiátrica, es inherente a la evaluación psiquiátrica pericial, así como a toda intervención psiquiátrica asistencial, diagnóstica o terapéutica, y formaría parte de la esencia misma de la praxis de la psiquiatría.

⁴³Gracia D. y Júdez J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid, 2004. Ed. Triacastela. Pág. 27.

⁴⁴Declaración Universal de los DDHH. ONU. 1948. Art. 3: *"Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"*.

⁴⁵Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Art. 2°, inciso e) Autonomía de la voluntad.

⁴⁶Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Año 2010; y Decreto Reglamentario 603/2013, Art. 20: *"Situación de riesgo de daño cierto e inminente para sí o para terceros"*.

⁴⁷CCyCN. Año 2015. Artículo 41. Internación sin consentimiento: inc. *"b) sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros."*

⁴⁸CDPD. ONU. 2006. Art. 10. Derecho a la vida. Art. 14: Libertad y seguridad de la persona.

ANEXO – MARCO NORMATIVO Y ETICO

- a) ACORDADA CSJN N°17/12/1952. Reglamento para la Justicia Nacional- Capítulo II - Registro de Funcionarios y Empleados - Prueba de Peritos
- b) DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DDHH/ONU. Año 1948. Art. 1: Art.3: Artículo 29:
- c) CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. CDPD/ONU. Año 2006. Art. 10: Derecho a la vida. Art. 14: Libertad y seguridad de la persona:
- d) Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Art. 2°, inciso e) Autonomía de la Voluntad. ARTÍCULO 5°. ARTÍCULO 6°. ARTÍCULO 7°
- e) Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Año 2010.
- f) Decreto Reglamentario N° 603/2013
- g) CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. Año 2015
- h) CÓDIGO PROCESAL PENAL FEDERAL - TÍTULO IV PERITAJES. ARTÍCULO 167.- ARTÍCULO 168.- ARTÍCULO 169.- ARTÍCULO 170.- ARTÍCULO 171.- ARTÍCULO 172.-
- i) CÓDIGO PROCESAL PENAL DE LA NACIÓN (vigente en nuestro ámbito de intervención) - Capítulo V - Peritos. Facultad de ordenar las pericias. Art. 253. -. Art. 255.. Art. 256. -. Art. 257. - Art. 258. -.Art. 259. -. Art. 260. -. Art. 261. -. Art. 262. -Art. 263. -Art. 266.
- j) CODIGO PROCESAL CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN PARTE ESPECIAL LIBRO SEGUNDO - PROCESOS DE CONOCIMIENTO TÍTULO II - PROCESO ORDINARIO CAPITULO V - PRUEBA. SECCION 6. PRUEBA DE PERITOS. PROCEDENCIA.-. ARTÍCULO 457.- .al ARTÍCULO 478 ,
- k) REGLAMENTO GENERAL DEL CUERPO MÉDICO FORENSE DE LA JUSTICIA NACIONAL ACORDADA CSJN N° 47/2009. Artículos 3, 4, 25 al 31,

l) CÓDIGO DE ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD - AMA. Asociación Médica Argentina, AMA 2012.. CAPÍTULO 20, Art. 344, 346 al 357.

m) PROTOCOLO DE ESTAMBUL. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. ONU.

BIBLIOGRAFIA

1. Oyebode, F. La evaluación de los síntomas de los padecimientos mentales. Síntomas Mentales. Manual de Psicopatología descriptiva. Quinta edición. Editorial Elsevier, 2015, Barcelona, España, pág. 19/29.
2. Gracia Guillén, D. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. Los métodos de la ética clínica EUEMA. Madrid. 1991, pág. 9/12
3. Zazzali, J. La Pericia Psiquiátrica.El examen psiquiátrico forense. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, 2006, pág. 69/83.
4. Minkowsky, E. Le temps vécu. Études Phénoménologiques et Psycho pathologiques et l'analys structurale des troubles mentaux. Quadrige / Press Universitaires de France. 1995. Pág 208/209.
5. Cabello, V.P. Psiquiatría forense en el derecho penal, Tomo 1 De las pericias y de los peritos. Procedimiento pericial Hammurabi, Buenos Aires 2005. Pág. 59 / 93.
6. Jaspers, K. Psicopatología General. Buenos Aires. 1977. Editorial Beta. Introducción. Pág. 15 a Pág. 71.
7. Freud S. Obras Completas. volumen 19. El Yo y el Ello (1923). Capítulos 1, 2, 3 y 5. Amorrortu Editores. Buenos Aires 1993
8. Manual sobre los derechos de los/as pacientes para el equipo de salud, Derechos Humanos y bioética. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres1049_2021anexo1.pdf. Ministerio de Salud.

República Argentina. Año 2020. Pg. 18/32.

9. Castex, M. El secreto médico en peritación. Buenos Aires. Ed. AD-HOC. 2003. Pág. 14/25 y 47/83.

10. Castex M.N., Daño Psíquico y otros temas forenses. Castex M.N. y Silva D.H. Capítulo: Reflexiones en torno a las peritaciones psiquiátrico y psicológico forenses. Ed. Tekné. Buenos Aires, 1997, pág. 45.

11. Bonnet E.F.P. PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSES. López Libreros Editores S.R.L, Bs. As. 1983, Tomo I.

12. Gracia, D. Bioética clínica. Buenos Aires. 2021. Ed. Astrea. pág. 123 a pág. 129.

13. Binswanger L. Artículos y conferencias escogidas. Ed. Gredos, Madrid, 1973, pág. 18.

14. Areco, A., Areco J.M., Luna M. Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental. ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 67 (3) Sept. 2021. Pág.153-161.

15. González J., Rapún A., Altisent R. e Irigoyen J. Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica. Cuadernos de Medicina Forense. N° 42. Málaga, España. Oct. 2005.

16. Gracia D. y Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid, 2004. Ed. Triacastela. Pág. 26 y ss.

17. Corona Martínez, L.A. Fonseca Hernández, M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. Medisur vol. 10, N°1. Cienfuegos, Cuba. Ene.-Feb. 2012.

18. Freud S. Obras Completas volumen 20. Inhibición, síntoma y angustia (1925), Capítulos 5,6 y 7. Amorrortu Editores. Buenos Aires 1993, pág. 106 / 124.

19. Henri Ey. Estudios Psiquiátricos. Desclée de Brouwer, Paris. 2.ed., 1952 . Estudio N° 4.

20. Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. Medicina Clínica, Barcelona. 2001; Pág. 21/40.

PROTOCOLO DE EXAMEN FÍSICO DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL PARA EL CUERPO MÉDICO FORENSE

(PHYSICAL EXAMINATION PROTOCOL FOR VICTIMS OF SEXUAL ABUSE FOR FORENSIC MEDICAL TEAM)

RESUMEN

El siguiente Protocolo surge como una necesidad del Cuerpo Médico Forense de estandarizar los procedimientos adecuados para optimizar la atención de las víctimas de abuso sexual de todos los grupos etarios incluyendo la diversidad de género, prestando especial atención a aquellas medidas que deben tomarse en forma contemporánea, evitando la pérdida de oportunidades para obtener evidencia objetiva que pueda ayudar a la resolución del caso, en concomitancia con el respeto de los derechos de las víctimas.

El presente Protocolo se centra en la pertinencia de la peritación física y la toma de muestras de material biológico en estas víctimas.

PALABRAS CLAVE: Abuso sexual; Abuso sexual infantil; Ginecología; Protocolos; Examen forense; ADN, toma de muestras.

Silvina Kiss¹

ABSTRACT

The following protocol was created to respond to the need of the Cuerpo Médico Forense (Forensic Medical Team) to standardize the appropriate procedures to optimize the care of victims of sexual abuse of all age groups, including gender diversity, paying special attention to the measures that must be taken at a precise moment in order to avoid the loss of opportunities to gather objective evidence that can help solve a case, while respecting the rights of the victims. This Protocol focuses on the relevance of the physical examination and the collection of samples of biological material from the victims.

KEYWORDS: Sexual abuse; Child sexual abuse; Gynecology; Forensic examination; DNA samples; Protocols-guidelines.

¹Ginecóloga, especialista en Medicina Legal. Médica Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: silvinakiss@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2011 se confeccionó el Protocolo para víctimas de delitos contra la integridad sexual¹ que es utilizado actualmente en los sistemas hospitalarios resultando muy adecuado para los casos de abusos perpetrados recientemente.

De la evaluación de las estadísticas del Servicio de Ginecología de este Cuerpo Médico Forense surge que la gran mayoría de casos peritados corresponde a víctimas infantiles y adolescentes de sexo femenino en las cuales la revisión no es urgente por tratarse de casos antiguos de abuso sexual (AS). Esto hace necesario adecuar el protocolo existente a las necesidades propias de la tarea pericial más solicitada en esta sede; por lo tanto se ha efectuado la modificación, con inclusión de lo requerido, para garantizar el respeto por el interés superior de niñas, niños y adolescentes (NNyA), incluyendo la perspectiva de género. El interés en considerar esta revisión y adecuación del protocolo, radica en la imperiosa necesidad de proteger la intimidad e integridad de las víctimas y sus allegados, evitando superposición de esfuerzos y adopción de medidas que no se ajustan a las recomendaciones y guías actualizadas, y que en última instancia no resultan favorables ni realizan aporte alguno para el avance de la investigación del delito. Para ello se toman conceptos de la Guía General de Actuación en Violencia de Género del Ministerio Público Fiscal²; Protocolo de Estambul³, Protocolo para Víctimas de Delitos Contra la Integridad Sexual del Cuerpo Médico Forense, Corte Suprema de Justicia de la Nación y finalmente la Guía de Buenas Prácticas para el Abordaje Integral y el Acceso a la Justicia de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas o Testigos de Violencia Sexual⁴. De las estadísticas antes mencionadas surge que:

- El 47% de los casos solicitados ya contaban con antecedentes de examen genital en sede hospitalaria, lo cual da cuenta de informes incompletos o poco claros que requieren aclaraciones posteriores para el expediente judicial.
- Respecto de la distribución por sexo, se registra que el 85% pertenece al sexo femenino y el 15% al sexo masculino. Estos datos permiten visualizar las necesidades de personal tanto médico como administrativo ya que en la atención con perspectiva de género debe ofrecerse a la víctima que elija el sexo de quién la va a revisar; esta estadística da cuenta de la amplia mayoría de víctimas femeninas en cuanto al AS y AS en NNyA en consonancia con las estadísticas a nivel mundial.
- En cuanto a la distribución según edades, los hallazgos fueron: 11 años o menores: 43%, entre 12 y 16 años 31%, mayores de 16 años 26%. Surge del análisis la necesidad de contar con especialistas en NNyA ya que a los fines del estudio de las lesiones por abuso no podemos simplificar pensando que los niños y adolescentes son adultos pequeños. Esta manera de abordar a la víctima no sólo es incorrecta desde el punto de vista científico sino que no respeta el interés superior de los NNyA de recibir atención especializada.

Los objetivos perseguidos con la protocolización del examen son:

1. Reducir las situaciones de estrés que atraviesan las víctimas de AS y AS en NNyA a lo largo del proceso.
2. Optimizar las oportunidades para obtener pruebas válidas, confiables y de calidad adecuada durante la investigación.
3. Mejorar la articulación y coordinación entre organismos para optimizar y estandarizar las prácticas de abordaje que recibe una NNyA víctima.

PAUTAS PARA EL CORRECTO EMPLEO DEL PROTOCOLO

El respeto y la protección por los derechos humanos de la víctima dentro del proceso judicial son especialmente relevantes en este tipo de delitos, particularmente cuando el hecho fue cometido contra personas menores de edad.

Las prácticas de mayor impacto negativo en las víctimas de abuso sexual son la repetición del interrogatorio, las exploraciones reiteradas y la demora en el proceso.

La autoridad a cargo de la causa cuando decide que es necesario y procedente realizar el examen físico y/o genital, al solicitarlo, es importante que especifique el tipo de examen requerido según el hecho presunto y el plazo dentro del cual

éste precisa ser realizado, de acuerdo a protocolos estandarizados específicamente.

Para ello, es muy relevante tener en consideración si el caso es: a)- reciente (es decir cuando el hecho haya ocurrido aproximadamente dentro de las 72 horas previas); b)- temprano (entre 72 horas y 10 días) o de c)- larga data, para evaluar la necesidad real de llevar a cabo esta intervención sobre la víctima y sus objetivos.

Si el abuso ocurrió en los últimos tres días es considerado una emergencia médico legal. Esto se debe a que en ese tiempo aún es posible encontrar lesiones recientes y tomar muestras para evidencias.

Cuadro 1. Guía básica para determinar la pertinencia del examen físico y su programación
* IRS: inicio de relaciones sexuales

	Más de 16 años	11 a 16 años	6 a 11 años	Menor de 6 años
Agudo (Urgente) (menos de 72 hs). EN HOSPITAL Atención integral sanitaria clínico psicológica. Kits prevención. Criminalística: toma de muestras para pruebas biológicas. Constatar lesiones.	No IRS*: puede haber desgarramiento himeneal reciente. IRS: equimosis, laceraciones. Infrecuentes lesiones genitales, buscar paragenitales y extragenitales. No hace falta especialista en NNyA.	Idem mayor de 16. Médico especialista.	Si no hay sangrado evidente, esperar a un especialista. Si hay sangrado o lesión = urgencia pediátrica.	Si no hay sangrado evidente, esperar a un especialista. Si hay sangrado o lesión = urgencia pediátrica. Penetración peneana vaginal anatómicamente imposible.
Temprano (hasta 10 días) Atención integral sanitaria clínico psicológica. Criminalística: toma de muestras para pruebas biológicas en ciertos casos. Constatar lesiones.	Lesiones corporales. hematomas, desfloración en proceso de cicatrización. En Hospital o Forense programada. Preferible especialista pero no mandatorio.	Idem mayor de 16. Médico especialista. En Hospital o Forense programada antes de 10 días.	Idem mayor de 16. Médico especialista. En el Hospital o forense programada antes de 10 días.	Examen especializado programado a la brevedad. Médico especialista. En el Hospital o forense programada antes de 10 días.
Antiguo (más de 10 días)	No hace falta examen genital si ya tenía IRS*.	Programar con especialista.	Programar con especialista.	Programar con especialista.

El lugar donde se lleve a cabo el examen debe proveer a la examinada y/o examinado absoluta privacidad, sin posibilidad de que existan interrupciones y en lo posible con una decoración amigable y sencilla; es importante que la sala de espera sea acorde a la situación y es recomendable que el caso sea tratado como prioritario y por lo tanto se reduzca al mínimo el tiempo de espera hasta el examen. El personal auxiliar (enfermeras/os, asistentes administrativas/os etc.) también debe certificar especialización en el manejo de víctimas y aptitud personal para realizarlo, ya que forman parte necesaria e insustituible del ambiente que se genere del que luego dependerá la colaboración que la víctima preste en el momento de ser examinada.

Los profesionales que realicen estas pericias deben tener la educación médica adecuada, entrenamiento y suficiente experiencia para prevenir el sub-diagnóstico, los diagnósticos equivocados y el potencial daño en la investigación legal.

Durante el examen médico de la víctima se debe priorizar el cuidado, la protección y el respeto. Este puede llevarse a cabo en compañía de un adulto de confianza y nunca debe ser efectuado a la fuerza. El examen debe ser realizado en principio una sola vez y estar protocolizado para evitar que quede sujeto a variables impredecibles (por ej. examen incompleto o mal conducido).

El tipo de examen que más frecuentemente es requerido en éstas dependencias es el que puede programarse con turno. Los médicos especialistas en el tema deben realizar el examen físico y genital en el mismo acto y efectuar la toma de fotografías para obtener prueba objetiva de lo que se ha observado. Ese profesional es el que eleva las conclusiones sobre la pericia física y siendo quién las ha efectuado y especialista en el tema concurrirá a declarar en juicio oral.

El examen de ser necesario estará integrado por:

- Los datos positivos de la historia clínica y/o de los antecedentes de importancia (contextualización).
- Examen físico general si hay sospecha de maltrato además de sospecha de abuso sexual o si hay antecedentes o historia que justifique este examen.
- Una evaluación sobre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- Un examen génito anal.
- Conclusiones sobre la correlación existente entre los hallazgos físicos con la factibilidad que sean producto de un AS.
- Registro fotográfico de los hallazgos positivos.

PROTOCOLO DE EXAMEN FÍSICO DE VÍCTIMAS DE ABUSO

Pautas para la confección del examen:

- Protocolo de Examen Médico (Físico y Génito-anal) de Víctimas de Violencia Sexual.
- Encabezado.
- Fecha.
- A quién va dirigido.
- Datos personales de la víctima que va a ser peritada:
Nombre y apellido. Edad. DNI.
Datos de la persona que acompaña y su vínculo.

Antecedentes de importancia:

Consignar cuáles son los hechos denunciados especificando si se conocen por relato espontáneo de la víctima, por dichos de la persona acompañante o por constancias de autos. Específicamente consignar: fecha aproximada de inicio, si fue un hecho aislado o repetido en el tiempo, fecha de último contacto con el supuesto agresor. Especificar si fue examinada previamente y en qué ocasión. Si hay antecedentes de revisiones previas, hacer referencia de ellas y de sus hallazgos.

Antecedentes ginecológicos:

Si se trata de víctimas femeninas que ya hayan tenido su menarca (primera menstruación) consignar:

- Edad de la menarca.
- Ritmo menstrual.
- Fecha de última menstruación.
- Antecedentes de embarazos y partos.
- Inicio de actividad sexual voluntaria.
- Método anticonceptivo habitual.
- Uso de tampones y/o copa menstrual (si aplica).
- Si no ha tenido la menarca especificarlo.

Examen de genitales femeninos:

Explicar la metodología y la aparatología utilizadas, describir la posición y la maniobra que se utilizó en el caso en particular.

En caso del Cuerpo Médico Forense:

El examen se efectúa con el empleo del colposcopio en posición ginecológica tradicional y genupectoral modificada realizando la maniobra de las riendas (ver Fig.1 en el Anexo B); encontrando:

- Monte de Venus: describir desarrollo.
- Labios mayores y menores: describir si hay lesiones o particularidades anatómicas.
- Tejido periuretral: con o sin lesiones.
- Himen: Describir el tipo anatómico del himen observado (semilunar, anular los más frecuentes).
- Borde himeneal: describir si es regular o irregular, continuo o discontinuo.

En el caso de irregularidades describirlas consignando las características en cuanto a forma, ubicación y número. Describir si son hallazgos traumáticos o congénitos y si se encuentran en vías de cicatrización o ya cicatrizados consignando de esta manera si resultan recientes o son de larga data (mayores a 10 días). No utilizar tablas de valoración sino hacer descripción semiológica de lo observado.

Los desgarros se describen según lo consignado en el glosario detallado más adelante en esta guía. Si se sospecha himen elástico realizar la maniobra y

consignar los hallazgos. Tener en cuenta que esta exploración no se efectúa de rutina.

Examen de genitales masculinos:

- Describir el grado de maduración y desarrollo.
- Consignar hallazgos positivos de observarse en:
 - Pene
 - Meato uretral- escrotal
 - Testículos.

Examen anal:

Explicar la metodología y la aparatología utilizadas, describir la posición y la maniobra que se utilizó en el caso en particular.

En el caso del Cuerpo Médico Forense:

Se efectúa en posición genupectoral modificada realizando la maniobra de separación de nalgas conjuntamente con el esfuerzo de la defecación, encontrando:

- Margen anal: describir hallazgos positivos.
- Pliegues anales: presentes e indemnes o parcialmente borrados o ausentes.
- Tono esfinteriano: describir tono conservado, disminuido o ausente.
- Dilatación anal: si existe describir.

Describir hallazgos positivos ubicándolos espacialmente en forma horaria, número de lesiones, data aproximada y descripción semiológica de lo observado tales como fisuras, desgarros, hemorroides etc.

CONCLUSIONES

1. Se consignan las lesiones halladas efectuando un análisis de los posibles mecanismos de producción y data estimada, si esto es posible.
2. Se consigna si se han efectuado tomas fotográficas, de qué región y el número de fotografías.
3. Asimismo se detalla si se solicitan serologías para ETS (enfermedades de transmisión sexual) y si se efectuaron

hisopados vaginales y /o anales.

4. Se detalla cualquier otra medida de obtención de elementos de prueba (prendas, filamentos pilosos, etc), acompañadas de las respectivas planillas de cadena de custodia.-

AGRADECIMIENTO:

Colaboración en toma de muestras para análisis genético: Lic. Andrea G. Colussi. Licenciada en Biología. Especialista en Genética Forense, Servicio de Genética Forense, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolo para víctimas de delitos contra la integridad sexual, cuerpo Médico Forense, Corte Suprema de Justicia de la Nación, septiembre de 2011.

2. Protocolo de investigación y litigio de casos de violencia sexual. UFEM: Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres, Ministerio Público Fiscal, Procuración General de la Nación, República Argentina, 2023.

3. Protocolo de Estambul-Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes- Naciones Unidas Nueva York y Ginebra- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004.

4. Guía de Buenas Prácticas para el Abordaje de Niños/as, Adolescentes Víctimas o Testigos de Abuso Sexual y Otros Delitos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales (JUFEJUS); Virginia Berlinerblau, Mariano Nino y Sabrina Viola, 2023.

5. Protocolo modelo para la recolección, resguardo, preservación y cadena de custodia de evidencia biológica en casos de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2022.

6. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review Committee on Child Abuse and Neglect Pediatrics (1999) 103 (1): 186-191.

ANEXO A

Modelo de Protocolo de Examen Genito- Anal de Víctimas de Violencia Sexual

Fecha:

Al.....

Datos personales de la víctima:

Nombre y apellido:

Edad:

DNI:

Datos de la persona que acompaña y su vínculo:

Antecedentes de Importancia de autos:

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarca:
- Fecha de última menstruación:
- Ritmo menstrual:
- Inicio de relaciones sexuales:
- Método anticonceptivo utilizado habitualmente:
- Embarazos, partos:

Examen genitales femeninos:

El examen se efectúa con el empleo del colposcopio en posición ginecológica tradicional y genupectoral modificada realizando la maniobra de las riendas; encontrando:

Monte de Venus:

Labios mayores y menores:

Tejido periuretral:

Himen:

Examen anal

Examen de genitales masculinos:

Examen anal

Se efectúa en posición genupectoral modificada realizando la maniobra de separación de nalgas conjuntamente con el esfuerzo de la defecación, encontrando:

- Margen anal:
- Pliegues anales:
- Tono esfinteriano:
- Dilatación anal:

Toma de muestras de la víctima durante el examen y/o operación de autopsia, si correspondiera, para determinación de origen de fluidos biológicos y/o posible análisis comparativo de ADN:

- hisopados vaginales, número mínimo de dos.
- hisopados anales, número mínimo de dos.
- hisopados de zona genital, si se observan fluidos de interés, tales como: hisopados de introito vaginal, vulvar, perineal, perianal.
- hisopados orales, número mínimo de dos.

Toma de muestra indubitada de referencia de la víctima por punción digital y posterior siembra de pequeñas gotas de sangre en papel adecuado (tarjetas tipo FTA, papel de filtro o similar); muestra alternativa, hisopado de mucosa yugal, en número mínimo de dos.

- hisopados subungueales, ante sospecha de maniobras defensivas, realizar un hisopado subungueal por dígito, tanto para mano izquierda como para mano derecha.
- hallazgos de filamentos pilosos de interés
- hisopados de superficies corporales con indicios de sugilación, hisopados de mama.

Antecedentes del caso: si fuera posible el acceso a la información, es importante detallar:

Acerca de la mecánica del abuso:

- Penetración
- Uso de Preservativo
- Eyaculación

Acerca del agresor:

- Si existiera relación de parentesco, aclarar el vínculo.

Si hubiera, previo al hecho, actividad sexual consentida (48 horas previas).

Si se realizaron medidas de higiene personal posteriormente al hecho, previo a la consulta

Conclusiones:

Del examen genito anal de surge:

A nivel genital:

A nivel anal:

Se toman vistas colpo fotográficas de la región.....las cuales una vez impresas se reservan en archivo en este CMF a los fines que estime corresponder.

Se han obtenido los siguientes elementos de prueba, detallados en la Planilla de Cadena de Custodia adjunta a cada muestra.

Notas adicionales respecto de la elevación de potenciales elementos de prueba para integrar al análisis comparativo de ADN:

Recolección de elementos de prueba (indicios y/o rastros) para posteriores análisis:

- Obtención de prendas/prendas íntimas personales con manchas de interés pericial; aclarar si son aportadas por la víctima o si son obtenidas durante el examen.
- Obtención de apósitos femeninos.
- Cualquier otro elemento de prueba de interés.

En el lugar del hecho:

- Obtención de ropas de cama, toallas, etc. con posibles manchas de fluidos biológicos (sangre, semen, saliva) de interés pericial.
- Obtención de preservativos, colillas de cigarrillos, papeles, elementos de interés. En la medida de lo posible obtener las muestras de elementos con posibles rastros de transferencia de material biológico (fluidos tales como sangre, semen y saliva; células/debris epiteliales) por hisopado, especialmente en objetos no transportables, posibilitando de forma adecuada el traslado al Laboratorio.

Todo el procedimiento y la recolección de evidencia debe ser explicado y correctamente comunicado en los documentos de consentimiento informado.

Todo el material obtenido, debe ser correctamente embalado, resguardado, preservado e identificado inequívocamente, indicando en la Planilla de Cadena de Custodia las condiciones de conservación, resguardo y eventual traslado⁵. Respecto del agresor:

- Obtención de prendas del agresor, con posibles manchas de fluidos biológicos (sangre, semen, saliva) de interés pericial.

- Obtención de hisopados (balano-prepucial, etc.).
- Obtención de hisopados subungueales, al menos uno realizado a la totalidad de los dígitos de mano izquierda, lo mismo para mano derecha.
- Obtención de filamentos pilosos.
- toma de muestra indubitada de referencia por punción digital y posterior siembra de pequeñas gotas de sangre en papel adecuado (tarjetas tipo FTA, papel de filtro o similar); muestra alternativa, hisopado de mucosa yugal, en número mínimo de dos.

ANEXO B

Anexo y glosario

La finalidad del anexo y glosario es acordar el uso y significado de algunos términos técnicos con valor médico legal.

La descripción básica de la anatomía regional tiende a facilitar la evaluación metódica y la de las lesiones traumáticas corporales y genitanales más frecuentes, procurando la sistematización orientada específica del examen.

Posiciones para el examen:

En niñas y adolescentes la posición mejor tolerada es la posición supina o genupectoral modificada para el correcto despliegue del borde himeneal y su mejor visualización (figura 1).

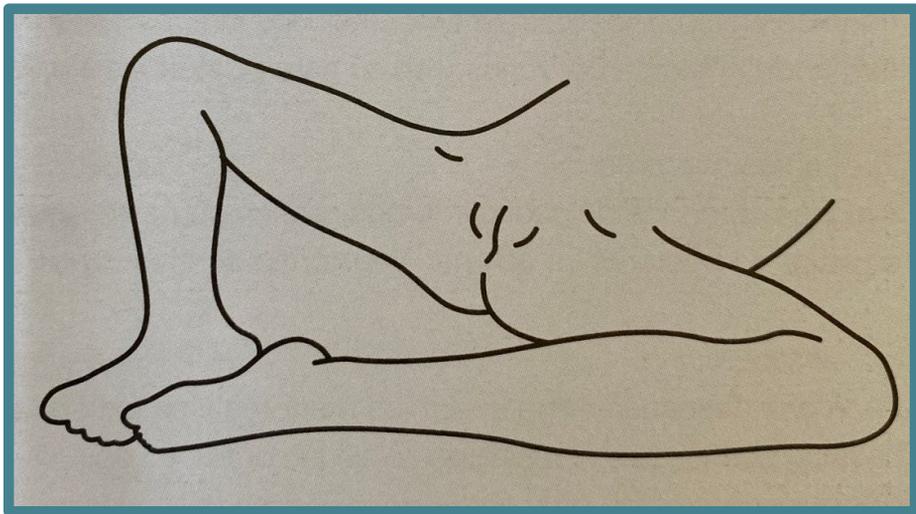


Figura 1. Posición supina o genupectoral.

Técnica de examen genital femenino:

- Maniobra de separación supina: separa los labios mayores con la punta de los dedos en sentido lateral y hacia abajo.
 - Maniobra de tracción supina: traccionar con suavidad el extremo inferior de los labios mayores hacia afuera y ligeramente hacia abajo (maniobra de las riendas, figura 2).
- Indicar a la examinada que efectúa la acción de pujar para que el orificio se dilate y la membrana himeneal se despliegue. No se efectúa tacto vaginal salvo ocasiones puntuales excepcionales. Es de buena práctica que al tomar la foto de la zona se pueda observar correctamente toda la membrana himeneal desplegada y una referencia métrica que puede ser el dedo del operador.

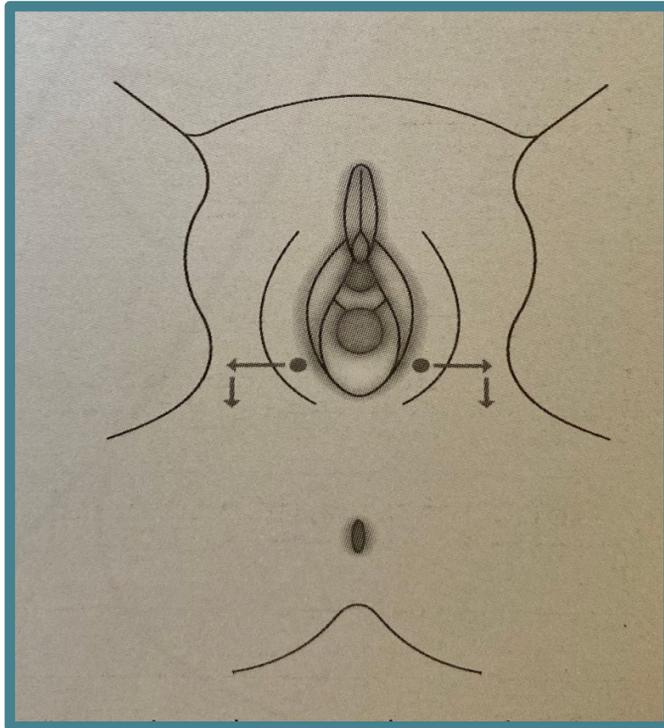


Figura 2. Maniobra de tracción supina o maniobra de las riendas

Técnica de examen anal:

- Puede realizarse en posición supina y genupectoral.
- Realizar separación suave en sentido lateral con las palmas de las manos sobre los glúteos.
- Realizar presión y separación suave del margen anal con ambos pulgares.

Indicar a la persona examinada que realice la acción de maniobra defecatoria para evaluar la dinámica esfinteriana. No se realiza tacto digital.

Descripción anatómica de genitales femeninos:

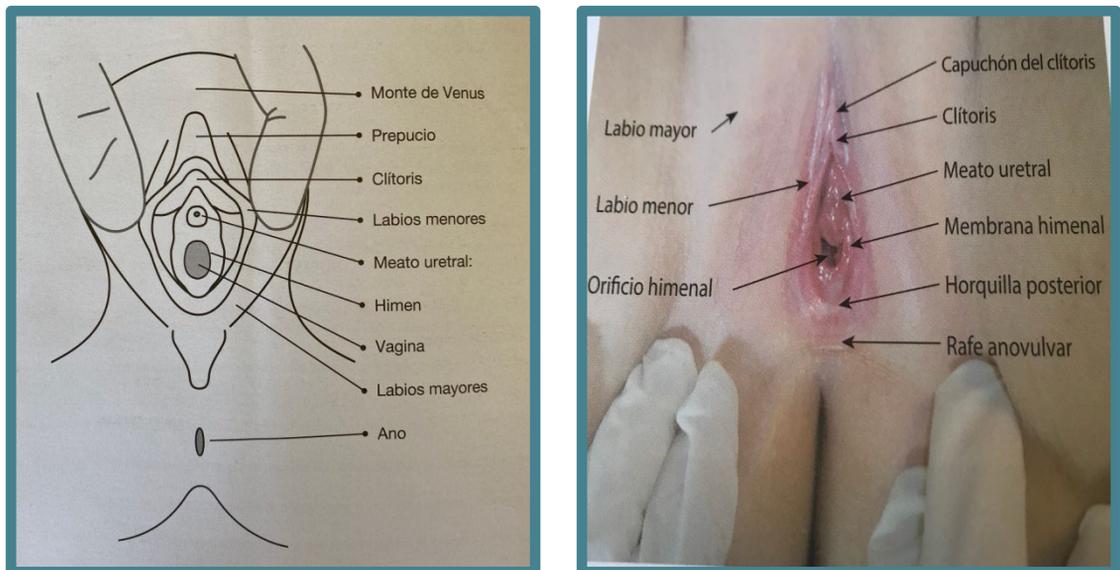


Figura 3. Descripción anatómica de los genitales femeninos.

Lesiones (generalidades):

Se hace referencia a los términos utilizados como guía general para consignar distintos hallazgos genitales.

Desgarros del himen, se clasifican en:

- Completos: interesan todo el himen desde el borde libre hasta la base.
 - Incompletos o Parciales: solución de continuidad que no llega a la base de implantación.
 - Recientes: no han cicatrizado por completo, muestran presencia de sangrado activo, coágulos, tumefacción de los bordes, etc (describir).
 - Antiguos: ya completo la cicatrización (más de 10 días de antigüedad).
- Describir si son únicos o múltiples y su localización en forma horaria.

INTERSECCIONALIDAD DESPUÉS DE LA MUERTE UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI

(INTERSECTIONALITY AFTER DEATH. A PARADIGM SHIFT IN THE THANATOLOGY OF THE XXI CENTURY).

RESUMEN

La interseccionalidad es una herramienta analítica, que reconoce las desigualdades sistémicas configuradas a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, la etnia y la clase social.

Los peritos tanatólogos estudian la muerte; y aquellos que no contemplan la dinámica entre identidades coexistentes, pueden caer en resultados inexactos al dirimir la verdad histórica sobre cómo se produjo el fallecimiento. Al momento de actuar como peritos médicos en casos donde está presente la interseccionalidad, pueden generarse temas controversiales que hacen reflexionar sobre nuevos paradigmas, que serán el punto de partida a las preguntas que hasta hoy, en la tarea pericial forense del tanatólogo no tienen respuesta unívoca.

PALABRAS CLAVE: *Marco Interseccional; Interseccionalidad; Femicidio; Feminicidio; Tanatología.*

ABSTRACT

Intersectionality is an analytical tool, which recognizes systemic inequalities configured from the superposition of different social factors such as gender, ethnicity, and social class.

The thanatologist experts study death; and those who do not consider the dynamics between coexisting identities, can fall into inaccurate results when settling the historical truth about how the death occurred. When acting as medical experts in cases where intersectionality is present, controversial issues can be generated, which make us reflect on new paradigms, which will be the starting point for questions that until today, in the forensic expert task of the thanatologist, have no unambiguous answer.

KEYWORDS: *Intersectional Framework; Intersectionality, Femicide, Feminicide, Thanatology.*

Roberto Víctor Cohen¹
Alejandro F. Rullan Corna²
Patricia Estela Gómez³
María Laura Aón Bertolino⁴

¹Médico, especialista en Clínica Médica y Medicina Legal. Médico Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

²Médico, especialista en Ortopedia y Traumatología, y Medicina Legal. Médico Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

³Médica, especialista en Ortopedia y Traumatología, y Medicina Legal. Médica Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

⁴Médica, especialista en Anatomía Patológica y Medicina Legal. Médica Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: robertovcohen@gmail.com

La interseccionalidad es una herramienta analítica. Reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, la etnia y la clase social. “La interseccionalidad explica cómo el racismo, el sexismo y la economía interactúan creando niveles de injusticia social cayendo en doble o múltiple discriminación” (Comisión Europea del Parlamento Europeo, sesión del 02/04/2009).

“La interseccionalidad es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales”. Cuando Kimberlé Williams Crenshaw propone el término en 1989, generó un desafío entre identidades coexistentes, hasta ese momento enmarcadas cuasi aisladamente para que funcionen; que al permeabilizar los límites y conectarse entre sí, han aportado los instrumentos necesarios para producir cambio de paradigmas a las puertas del nuevo siglo¹.

En ciencias duras como Medicina con una de sus especialidades como Medicina Legal y una súper especialidad como Tanatología (Estudio de la muerte); se encuentran dificultades crecientes al ascender en la ultra especialización.

Por ejemplo, para poder encuadrar el estudio científico de la muerte, el resultado puede verse viciado de nulidad cuando la superposición de factores sociales carga de una malinterpretada emocionalidad, a la objetividad con que el perito debe actuar.

¿Será tal vez, un conflicto de intereses el que se genera, entre ciencias blandas y duras, que les produce dificultades en la resolución al momento de interactuar en casos de interseccionalidad?

Si consideramos un fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, pronunciado hace más de medio siglo en 1965, y aplicable hasta el día de hoy en casos donde se dirime la responsabilidad

profesional, quedaría en evidencia que no todo en medicina puede ser explicado como blanco o negro, cuando la justicia convoca a los auxiliares expertos médicos, para que diriman según la *lex artis* entre dos posibilidades sin matices.

El fallo concluye: “En un caso difícil, el simple error de diagnóstico o de tratamiento, no es bastante para engendrar un daño resarcible, porque en una rama del saber en la que predomina la materia opinable, resulta dificultoso fijar límites exactos entre lo correcto y lo que no es”. (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala G, 03/04/12).

En ciencias médicas, quien maneja los grises resultará ser el más experto. Por ello, los maestros del siglo XX decían -y hoy sus discípulos repetimos- que, “no hay enfermedades sino enfermos”; que “una enfermedad puede manifestarse de distinta forma en dos personas”; y que “no es posible encuadrar siempre igual el resultado de una suma, ya que en medicina no siempre 2+2 será 4”.

Debe entenderse que el resultado final deseado al que uno llegue, siempre tenderá a ser el mismo: 4. La diferencia estaría en cómo se construye la ecuación: 2+2 o 3+1, entre otras posibilidades matemáticas: “La dominancia de los grises”².

El ejemplo tanatológico más frecuente de variabilidad, influenciado por la multiplicidad de factores, lo observamos al momento de determinar el intervalo post mortal (IPM), antes llamado cronotanatodiagnóstico, donde las matemáticas condicionan los resultados. Uno de los motivos por el cual hoy se considera más correcto, designar a la probable hora de muerte como “intervalo”, es que las variables que se entrecruzan en la investigación, tienen la capacidad de modificar el resultado final. Por ello, cuanto más variables se utilicen, se considerará que el intervalo será más exacto. Algo similar a lo que ocurre en estadística cuando se aumenta en una

una muestra el número de casos para reducir el error beta. En Medicina Legal Tanatológica no sería aplicable aumentar el número de casos, ya que cada caso es único; tal como lo expresara Nerio Rojas en ocasión de la reunión con los doctores Buzzo, Houssay y Molla Villanueva en el caso del asesinato del Diputado Carlos Ray: *“Solo la reunión de todos o la mayoría de los datos permite al perito precisar la hora aproximada de la muerte, que se establecerá dentro de un plazo (de tal a cuál hora)”*³.

Pero al mismo tiempo, Bernard Knight nos advierte que, la exactitud del diagnóstico es directamente proporcional a la inexperiencia del perito, o sea que cuanto mayor sea nuestra experiencia, incorporaremos más elementos de juicio (variables), y el intervalo de tiempo se ampliará. Por ello, descreer de quienes dicen con exactitud meridiana la hora de la muerte; eso sería aceptar el blanco o el negro que se nos pide como únicos resultados posibles, sin considerar los grises que muchas veces suelen ser más exactos que la propia exactitud del blanco sobre negro: *“...desafortunadamente, algunos doctores ofrecen una data de la muerte con una certeza inversamente proporcional a su experiencia”* (Knight, 2016)⁴.

Esta breve explicación, de un tema controversial en la ciencia tanatológica, puede servir de introito a las preguntas que hasta hoy se generan en la tarea pericial forense sin respuesta unívoca, al momento de actuar en casos de interseccionalidad y sus variables.

Quien no contemple la dinámica entre identidades coexistentes, puede caer en resultados inexactos al dirimir la verdad histórica sobre cómo se produjo una muerte. Herramientas analíticas de interseccionalidad que modifican el estudio tanatológico, tales como género (varón, mujer, trans), color de piel (blanca, negra, trigueña), raza o etnia (caucásica, oriental, indígena), religión (judía, musul-

mana, cristiana), posición social (indigencia, pobreza, clase media), entre otras no menores como ritos, creencias y/o costumbres; o como variables de la edad, características o capacidades (obesos, delgados, ancianos, discapacitados).

¿La interseccionalidad después de la muerte, genera un cambio de paradigma en la tanatología del siglo XXI?

¿Las desigualdades en la vida de un individuo, trascienden a su muerte?

¿La construcción de la teoría del caso mediante las hipótesis jurídica, fáctica y probatoria, se verán modificadas cuando intervienen cuestiones de género?

No tenemos al día de hoy respuesta a estos interrogantes. No porque no tengamos una opinión formada, sino porque la interseccionalidad juega con los grises. Con esas tonalidades que van entre el blanco y el negro, y que luego de entre veinte y treinta años en la profesión médica, los autores pretendemos comenzar a entender.

Trabajar como en nuestro caso, con los extremos -la vida y la muerte-, nos ha permitido transitar entre los grises de su dualidad. La Emergentología (medicina de emergencias) se maneja con tiempos: cuanto más rápido se actúe sobre la persona en riesgo de muerte, mayores serán las posibilidades de éxito. Lo mismo ocurre con la Traumatología en un quirófano y la Anatomía Patológica frente a un microscopio, que son las especialidades que durante años practicamos los autores. Mientras que la Tanatología, entendida como el estudio de la muerte, se maneja también con tiempos: cuanto más tiempo se le dedique al cadáver, mayores serán las posibilidades de éxito. Como *el Thanatos* y *el Eros* de Freud, tan contrapuestos, pero a la vez tan cercanos.

¿Habrás pensado Sigmund alguna vez en la interseccionalidad influenciando los deseos del inconsciente? Seguramente que sí como en su obra *Tótem y Tabú*,

donde a riesgo de ser esquemático, un suceso ambivalente le genera tensión a los protagonistas proyectado en una neurosis, que culmina en un símbolo común a un grupo de personas conformando una familia, un clan, una tribu o un linaje⁵.

En casos de interseccionalidad, hay preguntas en tanatología que no tienen respuesta asertiva hasta el momento, y por las cuales se realizan reuniones de expertos en busca de solución. Por ejemplo:

¿Cómo determinar la presencia de livideces (coloración que adopta la piel por detención de la circulación y depósito por gravedad) en un cadáver de raza negra?

¿Cómo determinar la cianosis (coloración azulada por oxigenación deficiente) en la cara de un cadáver de piel trigueña?

¿Cómo describir en un cadáver transgénero lesiones o patología genital en órganos que se perciben como contrarios a su elección o se encuentran modificados quirúrgicamente?

¿Cómo ilustrar una autopsia con gráficos corporales neutros, sin resaltar órganos sexuales de uno u otro sexo biológico no queridos?

¿Cómo evitar someter a autopsia un cadáver cuya religión, creencias o costumbres no admiten la práctica, si la causa de fallecimiento surge de manera fehaciente e indubitable?

¿Cómo saber si un cadáver es cisgénero, para darle el tratamiento *post mortem* adecuado?

¿Cómo establecer el género por estudio antropológico de restos óseos, si existió en vida un cambio de sexo y de documento de identidad? El antropólogo, busca a un desaparecido de acuerdo a un sexo denunciado, pero los huesos nos orientan al sexo opuesto. Los huesos no saben de interseccionalidad.

¿Existirán nuevas patologías endócrinas a considerar en las autopsias, por el uso de hormonoterapia prepuberal?

¿El cambio de sexo autopercebido por un

homicida confeso, amerita revisar los hallazgos de autopsia para recalificar el tipo de delito y los agravantes?

¿Cómo informar las causales de fallecimiento, sin que se tome el diagnóstico como discriminativo, cuando la muerte se relaciona a patologías ocultas urológicas y/o ginecológicas en fallecidos con cirugías de reasignación de sexo (genitoplastia feminizante o masculinizante)?

Estos y muchos otros interrogantes sobre la interseccionalidad después de la muerte, son los que nos hacen pensar en la necesidad de cambios de paradigmas tanatológicos a las puertas del nuevo siglo.

Un cuerpo sin vida no puede demostrar la autopercepción de quien fuera su persona... y ese es el gris del que habla Raffo aplicado a la interseccionalidad.

La falta de respuestas a estos interrogantes no debe ser tomado como el fracaso de la razón. El más inteligente no suele ser quien tiene todas las respuestas, sino aquel que se pregunta algo más.

En ese derrotero de preguntar y responder, con el solo fin de obtener la verdad, aún no se ponen totalmente de acuerdo las instancias legislativas en términos como: "femicidio" y "feminicidio". Pregunta: ¿Son lo mismo? Respuesta: no. El desconocimiento del debido proceso nos hace utilizar uno u otro término como sinónimos, mientras que ese desconocimiento puede hacer que la figura penal de un homicidio agravado como el femicidio pueda transformarse en feminicidio.

No caben dudas que, sea uno u otro, en ambos casos se tratará de un homicidio agravado siempre, y no un simple hecho pasional donde la emocionalidad otrora podía ser considerado un atenuante.

En tal sentido, el proceso de conceptualización del fenómeno de la muerte violenta de una mujer por ser mujer, fue acuñado por Diana Russell en

en la década de 1970⁶. Esta expresión surge como alternativa al término neutro de “homicidio” con el fin político de reconocer y visibilizar la discriminación, la opresión, la desigualdad y la violencia sistemática contra la mujer que, en su forma más extrema, culmina en la muerte. Mientras que Marcela Lagarde acuñó en 2006 el término “feminicidio”, definiéndolo como el acto de matar a una mujer sólo por el hecho de su pertenencia al sexo femenino, pero confirió a ese concepto un significado político con el propósito de denunciar la falta de respuesta del Estado en esos casos y el incumplimiento de sus obligaciones internacionales de garantía, incluso el deber de investigar y de sancionar. Por esta razón, Lagarde considera que el feminicidio es un crimen de Estado⁷.

Si tomamos en consideración la definición de Lagarde, y se comprueba que el homicidio de una mujer por su condición de tal ha sido mal investigado, surge la pregunta: ¿Podría ese femicidio transformarse en un feminicidio? Respuesta: de acuerdo a las definiciones ut supra sí. Lo que no podemos asegurar desde la investigación tanatológica, es que el daño que se agregue por incumplimiento de las obligaciones internacionales de garantía, pueda ser siempre reparado, ya que de acuerdo a Edmond Locard, en investigación criminalística “...*el tiempo que pasa es la verdad que huye*”⁸.

Al igual que resulta más correcto hablar de responsabilidad profesional médica y no mala praxis médica, hasta que la misma pueda ser comprobada; en cuestiones de interseccionalidad, hasta que los conceptos hagan raíz, considerar siempre de inicio la figura de femicidio, durante la investigación de la muerte de una mujer por su condición de género, y solo cuando comprobado sea que, existieron falencias de investigación atribuibles al Estado, el feminicidio sería una opción. Sin dudas, lograremos afrontar los nuevos

paradigmas por venir, mediante la educación, de acuerdo a los tiempos que nos toque transitar.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Crenshaw, K. W. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color". In: M. Fineman, R. Mykitiuk, Eds. *The Public Nature of Private Violence*, p. 93-118, Routledge, 1994, New York.
- 2- Raffo O. (2005). *La dominancia de los grises en Medicina Legal*. Comunicación personal.
- 3- Rojas, N. (1966). *Medicina legal* (9 ed.) Buenos Aires: El Ateneo.
- 4- Saukko, P. J., Knight, B. (2016). *Knight's forensic pathology* (4th ed.). Boca Raton: CRC Press.
- 5- Freud, S. (2011). *Totem y Tabu*. Madrid: Alianza Editorial.
- 6- Russell D., Harnes R. (2001). *Femicide in Global perspective*. Athene Series. London: Teachers' College Press.
- 7- Cruz M. (2017). Un abordaje de la noción de feminicidio desde una perspectiva psicoanalítica como recurso para mejorar la aplicación de la normativa legal vigente. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 15(2), 214-251.
- 8- Locard E. (1935). *Manual de Técnica Policiaca*. Barcelona: José Montesor.

ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN JURÍDICA DE LESIONES DEL ÓRGANO DE LA MASTICACIÓN

(UPDATE IN THE LEGAL ASSESSMENT OF ORAL AND DENTAL INJURIES)

RESUMEN

La Odontología Forense se ha convertido en una especialidad de gran importancia dentro de las Ciencias Forenses, dado que no sólo comprende a la autopsia oral en casos de identificación de cadáveres putrefactos, carbonizados o mutilados como también restos óseos N.N., sino que además abarca el estudio de huellas de mordida, el examen para la valoración en casos de lesiones dentarias y sus secuelas, datación de edad, incapacidad laboral, responsabilidad profesional, o diferentes requerimientos en materia legal en procesos judiciales que tengan relación con la Cavidad Oral. El término "Lesión" según el Dr. Nerio Rojas "es el resultado de una violencia externa que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir una perturbación en la integridad física o el equilibrio funcional". En este trabajo se desarrollará el tema de valoración del daño bucodentario y su incapacidad en el Fuero Civil y Penal y la guía de investigación del daño dentario.

PALABRAS CLAVE: *Odontología Forense; Legislación en Odontología; Traumatismos maxilofaciales; Examen forense.*

ABSTRACT

Forensic Odontology has become a medical specialty of great importance within forensic sciences, since it not only includes the oral autopsy in cases where the identification of putrefied, charred or mutilated corpses and unidentified persons' bone remains is needed, but also the study of bite marks, the assessment test in cases of dental injuries and their sequelae, age estimation, work disability, professional liability, or different requirements regarding legal matters in judicial proceedings related to the oral cavity. The term "injury" according to Dr. Nerio Rojas "is the result of an external violence that involves anatomical or physiological damage, i.e. a disturbance in the physical integrity or in the functional balance". In this paper we will develop the topic of the assessment of oral and dental damage and its incapacity in in civil and criminal proceedings along with the investigation guide of dental damage.

KEYWORDS: *Forensic Dentistry; Legislation, Dental; Maxillofacial trauma; Forensic assessment.*

Marta Beatriz Maldonado¹

¹Odontóloga, especialista en Medicina Legal. Médica Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: martamaldonado440@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Dentro de la ciencia Odontológica se ha hablado mucho en términos de rehabilitación de las lesiones dentarias pero poco en la forma de valorar o medir las lesiones para la justa restitución jurídica.

En este artículo desarrollaremos el estudio pericial de la lesión traumática de algunas de las partes o elementos del Sistema Estomatognático, realizado por un experto odontólogo legista evaluando la pérdida de **capacidad** (*incapacidad*) para seguir desarrollando las funciones normales de dicho complejo anatómico, con el fin de llevar luz a una causa judicial para justipreciar el menoscabo que causa esa lesión o pérdida.

Respecto a la Valoración de Lesiones a nivel de la cavidad oral, que jurídicamente denominaremos Órgano de la Masticación, el estudio propiamente dicho de la lesión dentaria traumática (pérdida total o parcial), estará referido a la asignación de valores porcentuales según la función de dicha pieza perdida, generando un deterioro de las funciones del Órgano de la Masticación, “daño” evaluable en posibles incidencias judiciales.

El perito deberá mensurar la incapacidad que estas lesiones generan en todos los niveles del Sistema Estomatognático, llamado Órgano de la Masticación jurídicamente, es decir el menoscabo que sufre el afectado desde el momento de recibir un traumatismo o daño denunciado en una incidencia judicial, pudiendo pertenecer a diferentes fueros, como ser: Penal, Civil, Laboral, etc. por lo tanto se deberá tener en cuenta muchos detalles de acuerdo a las normas de cada Fuero:

-Fuero Civil: obligación que se puede contraer cuando se causan daños a una tercera persona de forma involuntaria. Esta consiste en que nos tenemos que responsabilizar de los daños causados y responder económicamente para compensar los efectos del mismo.

-Fuero Penal: es la consecuencia jurídica que se genera a raíz de la comisión de un delito tipificado en la ley penal. Concretamente, cualquier acción humana que genere una lesión o riesgo de lesión a la vida, la integridad física, el honor, la libertad o el orden público se enmarcan en hechos punibles de responsabilidad penal.

-Fuero Laboral: accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, Leyes laborales, A.R.T.

MECANISMO DE PRODUCCION DE LA LESION/ DAÑO DENTARIO:

-Trauma directo: el diente choca contra algún objeto, son lesiones por lo general en la zona anterior.

-Trauma indirecto: el arco dentario inferior cierra fuertemente contra el superior, afectando al sector latero posterior.

CLASIFICACIÓN DE TRAUMA DENTARIO:

Es importante manejar un léxico científico profesional para calificar el tipo de lesiones que pueden producirse a nivel del Órgano de la Masticación descriptas en publicaciones aceptadas y avaladas por organizaciones reconocidas a nivel internacional, con bibliografía actualizada es la base de un estudio de valores. La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, aplicada a la odontología, en 1985, actualizada por J.O. Andreasen, L.K. Bakland, M.T. Flores, F.M. Andreasen, L. Andersson, en su Manual de lesiones traumáticas dentarias, 2014, es un buen ejemplo para esquematizar en el proceso judicial el daño que sufre el damnificado denunciado en la incidencia jurídica.

1) Lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa:

- Fractura incompleta de esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
- Fractura no complicada en la corona.
- Fractura limitada al esmalte y dentina sin exposición pulpar.

- Fractura complicada de la corona, de esmalte y dentina con exposición pulpar.
- Fractura no complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento, sin exposición pulpar.
- Fractura complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento con exposición pulpar.
- Fractura de raíz, afecta cemento, dentina y pulpa.

2) Lesiones de los tejidos periodontales:

- Concusión: lesión de las estructuras de sostén del diente que no provoca movilidad ni desplazamiento anormal de este, pero con evidente reacción a la percusión.
- Subluxación: lesión con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento dentario.
- Luxación intrusiva: desplazamiento del diente dentro de su alvéolo, se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva: avulsión parcial del diente en su alvéolo.
- Luxación lateral: desplazamiento del diente hacia mesial o distal. Se presenta con conminución o fractura alveolar.
- Exarticulación: avulsión completa. Desplazamiento del diente fuera de su alvéolo.

3) Lesiones del hueso de sostén:

- Fractura conminuta de la cavidad alveolar, compresión del alvéolo junto con luxación intrusiva o lateral.
- Fractura de la pared alveolar, limitada a las paredes vestibular o palatina/lingual.
- Fractura del proceso alveolar.
- Fractura de Maxilar Superior o Maxilar Inferior afectando o no al proceso alveolar o al alvéolo. Diferentes clasificaciones dependiendo del nivel de la basal alterada.

4) Lesiones de la encía y de la mucosa oral:

- Laceración de la encía y/o mucosa oral: Herida superficial o profunda producida por desgarramiento, causada por proceso agudo.
- Contusión de la encía o del tejido mucoso oral: golpe producido por elemento romo y que no rasga al tejido. Puede producir hemorragia submucosa.
- Abrasión de la encía o del tejido mucoso oral: herida superficial producida por raspadura o desgarro del tejido, dejándolo áspero y sangrante.

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD POR PÉRDIDA DE FUNCIONES DENTARIAS.

FUERO CIVIL

El aparato buco dentario, Órgano de la Masticación, jurídicamente, desarrolla tres funciones primordiales: masticatoria, fonética y estética.

La valoración del porcentaje de incapacidad se realiza teniendo en cuenta el tipo de piezas dentarias afectadas y la zona de la arcada dentaria en la que dichas piezas se encuentran, o sea, calificación según ubicación y función que cumplen.

Se trabajará con Baremos, escalas de valores que norman el porcentaje de incapacidad por pieza permanente perdida, este estudio apunta además a valorar la incapacidad que surge de la disminución de la función masticatoria, fonética y estética a partir del trauma dentario propiamente dicho, con o sin pérdida dentaria inmediata y con lesión en algún nivel de tejido dentario.

Tomando como base al reconocido y justo baremo del Dr. Bertini, presentado en las Segundas Jornadas de Medicinal Legal en Córdoba por el Dr. Pagliera y validado jurídicamente, que otorga el 20% de la Total Obrera por pérdida total de piezas dentarias permanentes, observaremos el porcentual individual por disminución en cada función, para establecer el grado de incapacidad sobreviniente:

Función:	I.C	IL	C	1 Pm	2 Pm	1 M	2 M	3M
Masticatoria	1%	1%	2%	3%	4%	6%	6%	2%
Estética Sup.	8%	7%	7%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
Estética Inf.	6%	5%	5%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
Fonética Sup.	8%	7%	7%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
Fonética Inf.	6%	5%	5%	3%	1.5%	1%	0.5%	-

Referencias:

I.C: incisivo central, IL: incisivo lateral, C: canino, Pm: premolar, M: molar

APLICACIÓN DE COEFICIENTES PARA ESTABLECER EL GRADO DE INCAPACIDAD QUE SOBREVIENE A UNA LESIÓN DENTARIA, SIN PÉRDIDA DE ESTA

Abarca aquella lesión producida por causas no patológicas y/o congénitas que originan debilitamiento del órgano de la masticación, en sus tres funciones, susceptible de ser encuadrado y comprendidas en la Clasificación Internacional del Trauma Dentario de la O.M.S.

Del valor del porcentaje asignado a la pérdida total de cada pieza dentaria, en el cuadro anterior se calculará este índice en cada lesión, de acuerdo al debilitamiento biológico causado por el nivel de tejidos dentarios afectados:

Fractura Coronaria que afecte Esmalte:

25 %

Fractura Coronaria que afecte Esmalte y Dentina: 50 %

Fractura Coronaria que afecte Esmalte y Dentina con exposición pulpar: 100 %

Fractura radicular sin exposición pulpar: 50 %

Fractura radicular con exposición pulpar: 100 %

Se deben tener en cuenta, además, los siguientes principios:

-La cavidad bucal: Órgano de la Masticación, es un complejo sistema órgano funcional, en el que actúan los siguientes componentes: los huesos maxilares, la articulación Temporo-mandibular, los músculos masticatorios, los nervios, las glándulas salivales, la lengua, los labios y las piezas dentarias, colaborando cada uno de ellos en distinta forma y medida con las funciones masticatoria, estética y fonética.

- Se tomará como Estado de Salud Bucodentario al número de piezas dentarias naturales sanas, restauradas, con patología, ausentes o con prótesis de cualquier tipo, que poseía en funcionalidad antes de recibir el traumatismo que le produjera lesiones y secuelas y que fuera motivo de peritación.

- La pérdida total de las piezas dentarias, equivale al 20 % del Total Obrera.

- Cada pieza dentaria tiene una notación (Redier) y un valor determinado, que variará según se considere la función masticatoria, estética y/o fonética, además, según se trate de la arcada superior o inferior (ver cuadro anterior).

- La oclusión no es sólo la relación entre las piezas dentarias, es la relación anatómica funcional multifactorial entre los dientes, con los otros componentes elementos del sistema gnático y áreas de cabeza y cuello, que directa o indi-

rectamente infieren en su función, parafunción o disfunción, es decir piezas dentarias, estructuras de sostén, la A.T.M. y sistema neuromuscular.

- La pérdida de una pieza dentaria, no significa sólo “esa” pérdida, sino que además, producirá la migración de las piezas vecinas, la extrusión de las antagonistas, la disminución de la dimensión vertical, es decir un desequilibrio de la armonía oclusal, alterando negativamente al conjunto del patrimonio dental, del lesionado.

- La masticación, es sin duda, la función principal del aparato buco dentario. Para definirla, diremos, que es el conjunto de movimientos biomecánicos (dientes, maxilares, A.T.M., músculos masticatorios, lengua y tejidos blandos bucales) que tienen como misión preparar mecánicamente el alimento para ser deglutido y digerido.

- En la función masticatoria, deberá sumarse el valor de la pieza antagonista, que ha perdido su función, al quedarse sin oponente. En realidad, son dos las piezas, que pierden el apoyo oclusal, dado que cada pieza dentaria, se relaciona con dos del arco antagonista: tríada oclusal, la relación es dos tercios con la pieza mesial y un tercio con la distal; para simplificar el cálculo, se tomará el total de la pieza homóloga antagonista.

- Del valor correspondiente a la pérdida total de las piezas dentarias (20%) deberá descontarse el valor parcial, resultante de la suma de los valores, de las tres funciones, de cada pieza dentaria perdida.

- Este valor deberá, a su vez, descontarse de la Total Obrera vigente en el momento del accidente, de acuerdo con la legislación.

FUNCIÓN MASTICATORIA

La función del grupo dentario incisivo es seccionar, la de los caninos es desgarrar y la de premolares y molares es triturar. Los dientes anteriores tienen un rol poco importante en la masticación, de ahí que

sólo se les otorgue un valor mínimo: 1 % para incisivos y 2 % para caninos.

Los premolares actúan en la trituración sobresaliendo el segundo, de ahí el valor de 3 % para el primero y de 4 % para el segundo.

La función masticatoria recae especialmente sobre el primer molar y luego sobre el segundo, a cada uno de ellos se le asigna 6 %, mientras que al tercer molar sólo el 2 %, por su menor participación dada su posición posterior.

En esta función el valor será igual, tanto para la arcada superior, como para la inferior.

Como se mencionara anteriormente la pérdida de una pieza dental, no sólo significa “esa” pérdida, sino que además provoca migración de las piezas adyacentes, extrusión de los antagonistas, disminución de la dimensión vertical y otras alteraciones que afectan negativamente al complejo conjunto buco dentario, patrimonio del lesionado. Las piezas dentarias que quedan sin su antagonista por la pérdida traumática de este, también pierden su función masticatoria, dado que la pérdida anula fisiológicamente dicha función (seccionante, dislaceradora o triturante específica de cada pieza), ya que no puede cumplirla por perder donde apoyarse para ello. Por lo tanto, deberá sumarse su valor porcentual, es decir, que cuando una pieza dentaria se pierde, se duplicará su valor ya que se agrega el del antagonista que también pierde el valor funcional.

Al perderse una pieza dentaria o dos, si se trata de antagonistas, la lesión será leve, pues aun no hay debilitamiento de la función masticatoria.

Al perderse dos piezas dentales, cuyos antagonistas ya se encontraban ausentes, la lesión también será leve. Pero, si se pierden dos piezas dentales cuyos antagonistas están presentes, se perderá la función de cuatro piezas y por lo tanto habrá debilitamiento parcial permanente de la función produciendo una lesión grave,

El individuo con una oclusión normal, presenta un esquema masticatorio regulado y coordinado, con ritmo, amplitud de movimiento y una forma de trituración del alimento determinada. Este esquema oclusal, tiene cierto grado de tolerancia y ante ciertas variaciones, encuentra un nuevo equilibrio neuromuscular, pero si las variaciones son de medias a extremas, se rompe la armonía y aparecen movimientos masticatorios para-funcionales que son lesivos para todos los elementos del sistema.

En el caso de que la eficiencia masticatoria del afectado hasta el momento de producirse la lesión residiera en el uso de prótesis, estas piezas artificiales se considerarán como naturales.

La gravedad de la lesión estará determinada por la cantidad de piezas que dejan de funcionar. Si el portador puede seguir usando su prótesis u otra igual o mejor con la misma eficiencia luego de sufrir lesiones, estas se considerarán leves. Pero se tendrán como graves, si no puede seguir usando las mismas prótesis o sus reemplazos semejantes o superiores en calidad de materiales, dado que se ha producido un debilitamiento o pérdida, según el caso, de una función que hasta ese momento podía ser ejercida.

FUNCIÓN ESTÉTICA

Las piezas dentarias, junto con los maxilares, son el sostén de los tejidos blandos de la cara; su ausencia origina alteraciones de la expresión y la fisonomía, dando aspecto de senectud, afectando la armonía, belleza y/o estimación de la persona.

Del grupo dentario anterior, depende en gran parte, el factor simpatía y tiene tanta importancia en la vida de relación, al punto de constituir un elemento de prestigio. La deficiencia estética significa una disminución en el rendimiento de trabajo en algunas profesiones, como por ejemplo artistas, educadores, profe-

sionales de la palabra, etc., aunque hoy en día es un valor agregado de nuestra presencia. La importancia estética irá en orden decreciente desde el sector anterior, grupo de incisivos, caninos, al sector latero-posterior premolar y molar. Las piezas del maxilar superior, tienen mayor valor estético que las inferiores, por eso sus valores serán más elevados. En esta función no se tendrán en cuenta las piezas antagonistas, ya que no se altera su valor.

FUNCION FONÉTICA

Las piezas dentarias, también colaboran en la articulación de las palabras. En los estudios de los sonidos articulados, hay letras que se pronuncian apoyando la lengua contra los incisivos superiores, por lo tanto al estar estos ausentes, se produce un sonido sibilante.

En las letras F - V actúa como órgano activo el labio inferior y como pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras ínter dentarias, por ejemplo la Z, el órgano activo es la punta de la lengua y el pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras dentales-explosivas, como la T - D, el órgano activo es la lengua y el pasivo, la cara lingual posterior o interna) de los incisivos superiores. También participan los pre-molares y molares, en la letra LL.

Las piezas dentarias anteriores son las más importantes en la emisión de sonidos, por lo tanto los valores más elevados corresponden a este sector, como también el maxilar superior sobre el inferior. Tampoco se altera el valor de las piezas antagonistas en esta función.

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LESIONES DENTARIAS:

En los diferentes procesos en que se investigue la ocurrencia de lesiones dentarias, la Odontología Forense aporta a la evaluación de los hallazgos que se presentan en la Cavidad Oral u Órgano de la Masticación estableciendo incapacidad y

secuelas médico legales.

PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA FRENTE A TRAUMATISMOS DENTALES

- Revisión clínica: exploración de toda la cavidad oral, tejidos blandos y piezas dentarias, confección de Odontograma (Sistema Dígito DOS, según rige en la Ley 26.812), con el estado actual del traumatizado (piezas sanas y lesionadas).

Sobre las piezas lesionadas, se practicará:

- Test de vitalidad pulpar.
- Medir desplazamiento (en mm):
- Vertical: intrusiva-extrusiva.
- Horizontal: grados de movilidad (1-2-3-4).
- Periodonto, sondaje de la bolsa, en mm.
- Examen de oclusión (fuera de línea o no).
- Radiografías periapicales o panorámicas, según necesidad, fundamentales para el diagnóstico de dislocaciones o fracturas internas, daño del germen de los permanentes, etc.
- Se tendrá en cuenta si la data (cronología) de la lesión concuerda con la del trauma denunciado, como también la topografía de la secuela con la zona anatómica de recepción.

1. Anamnesis.

2. Origen de la lesión:

Para ello se tendrá en cuenta:

- Identificación de lesión, por ej: fractura coronaria, de ángulo, de cúspide, etc.
- Descripción de la lesión: se detallará la forma, el tamaño, la profundidad, tejidos que afecta, establecer si se trata de una lesión reciente o de antigua data.
- Localización de la lesión: sobre qué superficies dentales asienta, utilizando la Nomenclatura apropiada.

3. Mecanismo causal:

En necesario definir el mecanismo causal como ayuda en la relación de causalidad del hecho materia de investigación.

La mayoría de las lesiones a nivel del Órgano de la Masticación son causadas por mecanismo de choque o golpe con o contra elemento duro o semiduro, proyectil de arma de fuego o accionar profesional.

4. Incapacidad:

La incapacidad médico legal se define como el tiempo expresado en días que determina el perito teniendo en cuenta la duración y la gravedad de la lesión. La duración se refiere al tiempo en días que gasta el tejido para lograr la reparación biológica primaria mientras que la gravedad se determina en base en la evaluación clínica de la importancia del daño causado a la integridad personal.

La lesión que se produce en los tejidos duros del diente, no tiene proceso biológico de reparación; por lo tanto, la incapacidad se establece en base en la gravedad de la lesión asignando un valor en el tiempo:

- Fracturas a nivel del tercio incisal: 7 días.
- Fracturas a nivel del tercio medio: 15 días.
- Fracturas a nivel del tercio cervical: 20 días, si se trata de una sola pieza dentaria.
- Fracturas radiculares: 15 - 20 días.
- Fracturas cúspideas: 10 a 20 días según el número de dientes involucrados.

Teniendo en cuenta la duración y gravedad de la lesión, en lesiones causadas en otras estructuras la incapacidad será:

- Exarticulación o avulsión total de una sola pieza 20 días; si son 2 o más piezas dentarias perdidas, será mayor a 30 días.

En presencia de este tipo de lesiones se puede establecer incapacidad médico legal definitiva y secuelas, si la hubiere, en el primer reconocimiento.

Lesiones en hueso de sostén:

- Fractura en alvéolo dentario: entre 15 y 20 días, si es con pérdida de una o más piezas dentarias se homologa a la Exarticulación o avulsión total.

- Fractura de proceso alveolar: entre 20 y 30 días (dependiendo de su extensión será mayor a 30 días).

-Luxaciones a nivel de articulación Témporo-Mandibular: entre 15 y 20 días dependiendo de si es o no bilateral y que no deja secuelas.

Fracturas en maxilar superior e inferior

- En maxilar inferior cuando son a nivel de cóndilo, ángulo, mentón, sínfisis, región canina, rama, coronales: entre 35 y 45 días.

- Fracturas Lefort I: 35 – 45 días, Lefort II y III ameritan incapacidad entre 45 y 60 días.

TIEMPO DE INCAPACIDAD

En general dependerá del tiempo de curación, de los tratamientos necesarios para restaurar la función y de las secuelas del daño por pérdidas dentarias:

- transitoria: cuando es posible recuperar la función.

- permanente: pérdida de la función, aunque se pudiera realizar prótesis.

- parcial: cuando, sólo afecta a algún sector de la cavidad oral.

- total: cuando el daño afecta a la totalidad de las piezas dentarias.

El hallazgo de lesiones no descritas aquí como la osteomielitis, endocarditis, meningitis, entre otras, que se puedan derivar de las lesiones de origen odontológico, deben ser evaluadas conforme a la gravedad de las mismas para el caso específico junto al médico legista.

VALORACIÓN DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS MAXILARES

Maxilar Superior

Pueden ser clasificadas, en general, en dos grupos:

A) Intrabucales:

1. del proceso alveolar, tablas vestibular o palatina

2. de la tuberosidad

3. unilateral de la porción palatina

B) Exobucales:

1. Le Fort I

2. Le Fort II

3. Le Fort III

Ofrece un gran número de complicaciones, que a veces retrasan considerablemente los tiempos de curación.

Tiempo medio de curación: 130 días,

Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días,

Secuelas:

-Anatómicas: callo vicioso, osteoporosis, material de osteosíntesis, lesiones asociadas de estructuras neurológicas y vasculares.

- Funcionales: tiene repercusión sobre la función masticatoria y por lo tanto trastornos para alimentarse, para comunicarse por medio de la palabra y estéticos.

Puede afectar la función respiratoria y fonatoria. Incapacidad transitoria de la funcionalidad mono o poliarticular. Neuralgias, incluso permanentes o rebeldes a toda terapia.

- Estéticas: muy variables, a veces se producen secuelas estéticas muy importantes debido a la fijación quirúrgica del maxilar. También deberán tomarse en cuenta las cicatrices y las parálisis faciales, que pueden darse.

- Complicaciones frecuentes: sinusitis, infecciones asociadas de la cavidad bucal, pérdida de piezas dentarias, lesiones vasculonerviosas, neuralgias faciales rebeldes, parálisis faciales.

Grado de incapacidad: Con valores que van de 5 a 15 %

Maxilar inferior

También puede dividirse en:

A) Intrabucales: que incluye a la arcada dentaria en forma: parcial o completa,

única o múltiple, conminuta.

B) Que no incluye a la arcada dentaria: localizada en el ángulo, la apófisis corónides o el cóndilo.

- Tiempo medio de curación: 120 días.

- Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días

Secuelas:

-Anatómicas: pérdidas o fracturas dentarias, deformaciones, luxaciones recidivantes o no, material de osteosíntesis.

-Funcionales: afectan la función masticatoria, alterando la alimentación, a veces anulándola, por periodos largos, 45, 60 días, donde se debe alimentar con dietas especiales al paciente. También, neuralgias faciales, rebeldes o permanentes, limitación en la movilidad articular.

- Estéticas: variables, según el tipo de fractura, puede afectar la simetría facial, frecuentemente se originan cicatrices operatorias.

- Complicaciones frecuentes: osteomielitis, infecciones asociadas a la cavidad oral, desarmonía oclusal, alteraciones digestivas.

Grado de incapacidad: Con valores que van de 5 a 15 %

VALORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR

Como hemos visto anteriormente, para una correcta función masticatoria, fonética y estética, es necesaria además de las piezas dentarias que se cuente con una adecuada oclusión y movilidad mandibular que permita los movimientos de apertura, cierre y lateralidad, función esta última, de la Articulación Témporo Mandibular.

Una de las secuelas más frecuentes en los politraumatizados faciales severos es la limitación de la cinética mandibular o los movimientos de apertura, cierre y lateralidad; que puede variar de una ligera limitación a una completa imposibilidad (trismo).

Disfunción de A.T.M.:

Podrá clasificarse, según su causa:

A - Lesiones articulares:

- Fractura no tratada de uno de los cóndilos mandibulares.

- Fractura conminuta de un cóndilo con desaparición de la interlínea articular.

- Fractura-hundimiento de un cóndilo en el hueso temporal.

Se debe tener en cuenta que la lesión del cóndilo, si es unilateral, provoca el desplazamiento del mentón hacia el lado afectado.

B - Lesiones extrarticulares:

- Fractura de la apófisis cigomática que afecta al músculo temporal.

- Fractura de la apófisis coronoide.

- Hundimiento del hueso malar.

- Lesiones de los músculos masetero y/o temporal como esclerosis, fibrosis, contracturas, etc. Estas lesiones se diagnostican clínicamente y mediante electro miografía.

- Bridas mucosas en la zona yugal posterior.

Inspección clínica de diagnóstico:

A) Rango de apertura:

Medir la distancia entre los puntos ínter incisivos superior e inferior, observando si se produce desviación de la línea media ínter incisiva. La distancia debe ser de 45 mm aprox.

B) Desvíos en apertura y cierre:

Tener en cuenta, que las variaciones que se producen en la apertura se deben a trastornos en la articulación y las que se observan en el cierre pueden ser consecuencia de trastornos oclusales.

C) Rango de movimientos de lateralidad:

Su disminución puede indicar falta de traslación condilar, una diferencia en el tamaño del cóndilo o asimetría de la base de cráneo.

D) Ruidos intrarticulares:

Siempre indican patología.

E) Dolor:

La palpación intrameatal, realizada con los dedos meñiques en el conducto auditivo externo, indicando al paciente movimientos de apertura y cierre, presionando hacia adelante, no debería sentirse dolor; de lo contrario, existiría patología.

F) Pruebas de tonicidad muscular y ligamentosa:

Sencillas maniobras que nos informarán, mediante la limitación de movimientos normales, limitación de apertura, desviación lateral de la misma o una apertura excesiva debida a una subluxación uni o bilateral.

G) Postura:

Observar altura de los hombros, ya que pueden tener diferencia debido a una lesión ascendente o descendente.

H) Otros síntomas dolorosos que se pueden presentar:

Dolor de cabeza, cervical, en otras articulaciones, de oídos sin patologías otorrinolaringológicas.

Las alteraciones de la A.T.M. podrán confirmarse mediante la exploración clínica y los diferentes diagnósticos por imágenes. Este tipo de lesiones, tienden a evolucionar con el tiempo hacia la anquilosis, son de difícil tratamiento y pronostico delicado.

Grado de incapacidad: variará, según el daño de un 5 a 20 %, según el caso de leve limitación hasta imposibilidad completa de movilidad: trismo.

VALORACIÓN DE LA OCLUSIÓN DENTARIA

Se le llamará oclusión a la relación de los arcos dentarios del maxilar superior y la mandíbula.

Es importante hacer referencia a la rareza de una oclusión ideal, donde coinciden la relación céntrica (A.T.M.) y la máxima intercuspidad (nivel dentario).

Por ello, el análisis de este tópico deberá estar comparado con una buena

articulación donde, aunque no coincida la relación céntrica y la máxima intercuspidad, la trayectoria entre ambas esté libre de interferencias.

También se debe evaluar el tiempo que pasó entre el momento de producirse la lesión y la consolidación de las secuelas, dado que la capacidad de adaptación oclusal a las nuevas condiciones es muy grande, aunque luego esta adaptación forzada puede provocar patologías articulares y parafuncionales, como por ejemplo el bruxismo.

Clasificación de los problemas oclusales:

Se podrán dividir, según el plano espacial en que se observan:

A) Plano vertical o frontal:

- contactos prematuros: producidos cuando durante el cierre articular, una pieza o grupo dentario, entra en contacto con la arcada dentaria opuesta antes que las demás piezas. Puede deberse, a pérdidas dentarias que causan movimientos en el resto y han alterado el plano oclusal o luego de una fractura del maxilar de soporte.

Las consecuencias suelen ser dolores al ocluir, chasquidos, dolor de la A.T.M, por su subluxación, contractura de los músculos masticatorios, con episodios de trismo eventual, etc.

- mordida abierta anterior: cuando al ocluir, no existe contacto del grupo incisivo/canino, con sus antagonistas. Puede deberse a mal desarrollo craneofacial, hábitos de interposición durante el desarrollo secuela postraumática, luego de una fractura bilateral de los cóndilos y se produce una consolidación en posición anómala.

B) Plano horizontal o antero posterior:

- exageración del overjet: correspondiendo con la división clase II de Angle, podría deberse a un prognatismo del maxilar superior o a un retrognatismo mandibular.

Esta alteración puede producirse durante el desarrollo o como consecuencia de una fractura mal consolidada de los cóndilos y ramas ascendentes de la mandíbula.

- inversión de la relación intermaxilar: se correspondería con la división clase III de Angle y podría ser por prognatismo mandibular o a una retrognatia de maxilar superior. Puede deberse a alteraciones del desarrollo, el pseudoprognatismo mandibular se puede ver en aplastamientos faciales asociados a mordida abierta anterior.

C) Plano horizontal transversal:

Denominadas iatrogenias o mordidas cruzadas, estas patologías son causadas por grandes traumatismos, que provocan importantes anomalías articulares. Un tipo particular de oclusión es la denominada en “dos tiempos”, vista en las pseudo artrosis, en la que se observa primero la oclusión de un grupo dentario y luego el resto.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN GUSTATIVA

Aunque no forma parte del sistema Estomatognatico, no cabe duda que el sentido del gusto está estrechamente relacionado con este. Los estímulos gustativos, dulces, salados y ácidos son captados por una serie de receptores situados en las papilas linguales, el velo del paladar y zonas periféricas.

Las alteraciones más frecuentes son:

- disminución del gusto: hipogeusias.
- alteración de la percepción: parageusias.

Factores que actúan en las alteraciones:

- efectos de la edad.
- tabaquismo.
- uso de prótesis removible superior que bloquean los receptores.

VALORACIÓN DE PIEZAS TEMPORARIAS

La especie humana posee dos denticiones, la Temporal o comúnmente llamada “de leche” y la Permanente, con

un período de recambio, al que se le llama dentición Mixta.

Si bien las piezas temporarias, serán recambiadas por las permanentes, muchas veces los traumatismos en menores, de acuerdo a su corta edad, perjudican notablemente a las temporarias y a veces también repercute en las piezas permanentes.

Hasta el momento no fueron valoradas en el momento del cálculo de incapacidad, que si bien el daño no será permanente, podría tener matices de lesión transitoria y/o devenir en daño permanente del germen dentario correspondiente. Por lo tanto será importante evaluar este tipo de lesiones, que a simple vista no parecería perjudicar, pero que muchas veces tiene repercusión en la posición del germen del permanente, perjudicando su erupción normal.

Si la pérdida traumática del temporal, se produce tempranamente, antes de que su recambio tenga formada su corona clínica, se podrá perder el espacio en que este tenga que erupcionar en la arcada dentaria, produciendo menoscabo masticatorio funcional junto a una deformación del arco dentario en el maxilar afectado.

También se deberá evaluar el impacto que tuvo el traumatismo sobre el temporal, ya que este puede impactar sobre el germen del permanente haciendo que este migre fuera de su lugar, dificultando su erupción y alterando su lugar en la arcada dentaria o “marcando” algunas de sus caras, cuando se encuentra aun en el período de calcificación. Por estos y otros tantos motivos, será importante evaluar el daño en las piezas temporarias, para cuantificar la incapacidad que pudiera perjudicar a los permanentes en ese momento o en un futuro.

Aparte de la función en sí de cada pieza temporal, el mantenimiento de espacio y guía para la erupción de los permanentes, se deberá considerar que el desarrollo y

evolución de la dentición contribuye al desarrollo de los huesos maxilares.

Además del correcto mantenimiento de una guía oclusal para los definitivos, se tendrá en cuenta el agravante de que una pieza permanente recién erupcionada, al no tener su proceso radicular completo, es muy débil y por tal motivo, más sensible de padecer lesiones.

La pérdida de una pieza temporaria o permanente, en un individuo joven, resultará en un grado de incapacidad funcional del Órgano de la Masticación al igual que en un adulto, por lo tanto deberán medirse de acuerdo a la posición que tienen en el arco dentario superior o inferior ya que así se podrá hacer el cálculo de pérdida de función.

Valoración del daño en PRÓTESIS:

La odontología como otras ciencias ha desarrollado sus conocimientos y los ha aplicado en las diferentes técnicas y uso de materiales de última generación brindando al paciente una variedad de tratamientos restauratorios y protésicos de excelente nivel, no sólo a nivel estético sino también funcional (masticatorio y fonético).

Un ejemplo de ello son las prótesis fijas, implanto soportadas, que le otorgan al paciente comodidad y confianza para relacionarse libremente en su vida.

Pero se debe considerar que la mejor restauración protésica lograda, tanto a nivel técnico como de materiales y adaptación, no podrá competir jamás con las piezas naturales del individuo, ya que no suprimen el déficit fisiológico que sufre una persona al perder sus piezas dentarias propias, pues supone una serie de efectos indeseables como sensación de cuerpo extraño, modificación en la masticación y el habla, lesiones gingivales, etc.

Por lo tanto se podrá calcular un porcentaje de déficit en un 50 % cuando se trate de una prótesis removible y en un

25 % cuando se trate de una prótesis fija sumado al porcentaje puro de asignación de incapacidad de cada pieza dental a manera de factor de ponderación o corrección del daño.

Toda prótesis, además, tendrá un tiempo promedio de funcionalidad dado que se irá deteriorando, desadaptando lentamente, ya que la cavidad bucal es un medio de interrelaciones óseas, dentarias, musculares y articulares en continuo cambio.

Por lo tanto, será importante tener en cuenta, factores como la edad del individuo, posibilidad de restauración, contención protésica, etc., o sea aplicar los conocimientos técnicos, de la Odontología, para relacionarlos con los diferentes problemas legales, surgidos de las lesiones producidas en la cavidad oral.

FUERO PENAL

El vocablo "ÓRGANO" es utilizado en la legislación penal en sentido funcional e integral, por ello hablamos de Órgano de la Masticación a todo el aparato Estomatognático, en el cual la pérdida de alguno de sus elementos como piezas dentarias puede contribuir a la disminución de la función masticatoria, resultado una lesión leve o grave, dependiendo del número de piezas involucradas.

Según jurisprudencia de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de Capital Federal "deberán ser más de 3 dientes para conformar una lesión grave y permanente. Tener en cuenta que lo que se mide es la función que se "debilita" y no la pieza dentaria perdida en sí.

La lesión que produce pérdida de piezas dentarias, aun cuando se trate de personas que ya padecían falta de algunas otras piezas, no puede calificarse de lesión simple por la posibilidad de reparar el daño mediante el recurso protésico."

Por lo general el daño producido por lesiones dentarias y su deterioro se encuentran comprendidos dentro de los artículos del Código Penal N° 89, 90, 91 y 94:

-Art. 89: pérdida de hasta dos piezas dentarias: debilitación parcial y transitoria del Órgano de la Masticación. Teniendo en cuenta la pérdida de función de los antagonistas, ej. la pérdida de una pieza dentaria implica la pérdida de función de su antagonista, si se encuentra presente en el arco dentario, por lo tanto son dos piezas las afectadas.

-Art. 90: pérdida de más de dos piezas dentarias, resulta un daño o debilitación permanente del Órgano de la Masticación.

-Art. 91: pérdida de las funciones del Órgano de la Masticación.

Los peritos no deben expedirse sobre si la lesión es leve, grave o gravísima, sino demostrar concretamente el menoscabo que sufre la persona luego de instalarse el daño, que deja como secuela debilitación permanente o pérdida de la función del Órgano de la Masticación.

En el proceso de informe pericial será importante describir las lesiones padecidas, confeccionando un correcto Odontograma de acuerdo a las normas (Ley N° 26.812) su posibilidad de curación, en que tiempo esto se lograría (menor o mayor a 30 días) y consecuencias que producen a nivel del Órgano de la Masticación afectado (parcial-total), en su salud o también en su capacidad para el trabajo, (lo inutiliza en forma transitoria- permanente).

Prótesis:

Cuando la eficiencia masticatoria del damnificado, hasta el momento del trauma, estaba cubierta por el uso de prótesis, esas piezas artificiales se

se consideran como naturales.

Si se pierde por trauma el pilar de una prótesis, que no puede seguir funcionando, la gravedad estará determinada por el total de piezas (naturales o protésicas) que pierden su función, ej: la persona portadora de prótesis, que sufre lesiones traumáticas, que se consideran leves si las prótesis pueden seguir en función con igual eficiencia y capacidad. Si las mismas prótesis, a causa del trauma, no pueden seguir usándose, se produce un debilitamiento o pérdida de las funciones, que hasta ese momento podían realizarse, resultando una lesión grave.

Si el aparato protésico en sí, solo sufre una "rotura", esta deberá ser repuesta por una prótesis nueva igual o mejor en cuanto a materiales y/o tecnología.

LESIONES BUCODENTARIAS EN CONTEXTO DE VIOLENCIA.

Presente en situaciones de violencias, intrafamiliares, género, infancias, ancianidad. La investigación del Perito Odontólogo Forense es fundamental ya que este tipo de víctimas sufren diferentes episodios de violencia en una línea de tiempo, golpes y traumas especialmente en rostro, complicando la integridad de las piezas dentarias, principalmente las piezas dentarias antero superiores, borrando la sonrisa social de esa persona, aislándola mas de la familia, amigos o vecinos que podrían de alguna forma ayudarla a salir del círculo violento.

LESIONES DE PREVALENCIA

Se denomina así a todo tipo de lesiones dentarias traumáticas que afectan a los diferentes niveles de tejido dentario y óseo de sostén, que se repiten en una línea temporal dándonos una pauta del sufrimiento de episodios violentos que puede sufrir la víctima.

Ejemplos: fracturas de ángulo con pérdida de tejidos que afectan esmalte y dentina,

pudiendo agravarse con pérdida de vitalidad; fracturas de la corona clínica dentaria; pérdida de una o varias piezas dentarias traumáticas; desprendimiento de prótesis fija, etc.

Es importante que el odontólogo clínico pueda detectar este tipo de lesiones a fin de brindar herramientas de prevención de daños y amenazas mayores, alertando a la víctima de los recursos que puede tener a disposición para protegerse de los actos de violencia.

Para ello he diseñado el siguiente esquema:

CRONO DIAGNOSTICO DE LESIONES DENTARIAS

a) A nivel de ESMALTE si la línea de fractura presenta:

- Bordes filosos: reciente.
- Bordes romos: antigua.

b) A nivel de DENTINA

- si la superficie expuesta es amarilla: reciente;
- Superficie amarronada: antigua.

c) A nivel de CÁMARA PULPAR:

- Exposición pulpar roja, sangrante: reciente;
- Exposición pulpar marrón: antigua.

d) Diagnóstico Radiográfico: tanto a nivel dentinario como pulpar, si las lesiones son antiguas, se observará un tejido periodontal ensanchado y patología periapical. Si las lesiones fueron recientes o perimorten no habrá imágenes radio lúcidas en tejido periodontal ni periapical.

Hay mucho por hacer desde la odontología respeto de Derechos Humanos y Violencia de Género, cuando el maltratador borra la sonrisa de la víctima literalmente al romperle los dientes, por golpes, la mutila lentamente, la desanima de poder buscar

un contacto como salvación ya que la avergüenza de sí misma, le roba su armonía. El mundo actual mide a las personas por su apariencia, por lo tanto la desarmonía en las piezas dentarias produce una herida profunda en el alma de quien las padece y una persona con el alma rota no podrá jamás buscar ayuda.

FUERO LABORAL

La noción de enfermedad profesional se origina en la necesidad de distinguir las enfermedades que afectan al conjunto de la población de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferentes que las primeras.

La expresión "resultado directo del trabajo que realiza una persona", es demasiado ambigua para determinar un concepto claro y necesita ser acotada para generar la posibilidad de diferenciar las enfermedades profesionales, especialmente las multifactoriales, que no siempre son fáciles de reconocer. Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos:

- Variabilidad biológica; en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad. La variabilidad biológica es un factor de gran importancia en la génesis de las enfermedades profesionales y aunque algunos de los mecanismos que explican las diferencias de susceptibilidad están siendo dilucidados, estas diferencias son significativas en situaciones de exposición de baja o mediana intensidad, ya que en caso de sobreexposición, todos enferman.
- Multicausalidad; una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo y que contribuyen a su desencadenamiento. Discriminarlos exige

la identificación precisa de cada uno de ellos.

- Inespecificidad clínica; la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.

- Condiciones de exposición; un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingreso al organismo. Por estas razones, el reconocimiento del carácter de profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas, una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo, otra al conocimiento clínico-biológico y otras al marco legislativo y médico legal que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y comunes.

Para atribuir el carácter de profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

- AGENTE: debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.

- EXPOSICIÓN: debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud.

- ENFERMEDAD: debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anatómo-patológicos y terapéuticos, o un daño al

organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes.

- RELACION DE CAUSALIDAD: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas más arriba.

El informe Pericial Odontológico en el ámbito laboral y la valoración del daño buco dentario se realiza para determinar incapacidad/ invalidez.

La valoración de la pérdida de las funciones del Aparato Estomatognático u Órgano de la Masticación, se realizara de acuerdo a las leyes vigentes:

LEY 24.557 y decretos, sobre Riesgos del Trabajo.

REGIMEN LEGAL DE LAS ASEGURADORAS DEL TRABAJO: A.R.T.

Decreto 659/96

Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales. Bs. As., 24/6/96

El COMITE CONSULTIVO PERMANENTE presentó una Tabla de Incapacidades Laborales con aplicación de factores de ponderación, entre los que se consideran el tipo de actividad, las posibilidades de reubicación laboral y la edad del trabajador.

ROSTRO: Todas las lesiones de cabeza y rostro se evaluarán posterior al tratamiento y si quedaran como secuelas intratables.

FRENTE	INCAPACIDAD
Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, menor 4 cm	0-2 %
Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, mayor 4 cm.	5-7 %
Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, menor 4 cm	5-7 %
Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, mayor 4 cm.	8-10 %
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, menor 4 cm.	5-7 %
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, mayor 4 cm.	8-15 %
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, menor de 4 cm	5-7 %
Cicatriz frontal, estelar o en superficie, con injerto cutáneo, mayor de 4 cm.	8-15 %
Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, sin complicación	5-7 %
Estallido de Seno Frontal uni o bilateral, con complicación	Según secuelas
Cicatriz lineal de Arco Superciliar	0-2%
Cicatriz retráctil de Arco Superciliar (notoria)	1-3 %

PÓMULO	INCAPACIDAD
Cicatriz lineal, menor 5 cm	1-3 %
Cicatriz lineal, mayor 5 cm	4-6 %
Cicatriz en superficie, menor 6 cm ² .	0-5 %
Cicatriz en superficie, mayor 6 cm ² .	6-10 %
Fístula salival, sin tratamiento	5-7 %

ÓRBITA	INCAPACIDAD
Borde Superior	
Alopecía de la ceja, unilateral	3%
Alopecía de la ceja, bilateral	5%
Fractura con depresión de la zona	5-10 %
Fractura Apófisis orbitaria externa, con desplazamiento, (involucra a la extremidad superior del Malar, sin fractura de la misma), sin tratamiento	10-15 %
Fractura Malar, su Apófisis orbitaria sola o asociada a la Apófisis orbitaria Frontal	15-20 %
Borde Inferior	
Fractura del piso orbitario Lámina horizontal, con desplazamiento, con diplopía	45%
Borde Interno	
Fractura con desplazamiento del unguis	5-8 %
Borde Externo	5-8 %
Debemos hacer mención especial sobre los huesos malares. En los grandes traumatismos faciales, el malar se fractura, dando origen a una secuela que debe ser reparada de inmediato, debido a la caída del piso orbital y la diplopía sobreviniente.	
Contenido Orbitario y partes blandas	Ver ojo
Senos Nasales	Ver nariz, garganta y Oído
Lefort I Trazo horizontal del paladar y no compromete órbitas	Según secuelas
Lefort II Atraviesa el borde infraorbitario, el piso, la pared interósea de la órbita y la lámina perpendicular Etmoides	Fístulas craneorra etc.
Lefort III Se agrega al trazo anterior la pared etc. externa de la órbita, Apófisis orbitaria del Frontal y el Cigoma	
Las alteraciones visual y/u olfatoria y/o ventilatoria nasal, se sumarán a la incapacidad anatómica.	

PABELLÓN AURICULAR	INCAPACIDAD
Pérdida total, unilateral	12%
Pérdida del lóbulo auricular	4%
Alteración estética parcial, unilateral	5-10 %
Alteración estética parcial, bilateral	15%
A las lesiones del pabellón auricular se le sumará la incapacidad por repercusión auditiva y/o vestibular	

MENTON	INCAPACIDAD
Cicatriz lineal, menor 4 cm.	0-2 %
Cicatriz lineal, mayor 4 cm.	2-4%

COMISURA LABIAL	INCAPACIDAD
Retracción labio superior.	3%
Desviación comisura labial	5%
Retracción de ambos labios	12-15 %

MAXILAR INFERIOR	INCAPACIDAD
Incluye rama ascendente, rama horizontal, Gonión, Apófisis Coronoidea, Zona del Cóndilo-borde superior alveolar y Mentón	Según secuela
Pérdida de la función masticatoria	70%
Mutilaciones extensas de partes óseas y blandas	60-80 %
Fístula salival	20-30%

LENGUA	
Pérdida parcial, sin alteración de la fonación y de la deglución	10-15%
Pérdida parcial, con alteración de la fonación y de la deglución	15-30%
Pérdida Total	50-60 %

CAVIDAD BUCAL

-Pérdida de partes blandas: ver Cabeza y Rostro,

-Estomatitis:

Estomatitis mercurial con pérdida de menos de 1/3 de las piezas dentarias como secuela: Incapacidad 20 %

Estomatitis mercurial con pérdida secuelar de 1/3 más de las piezas dentarias: Incapacidad 40 %,

-Pérdida traumática de menos de 1/3 de piezas dentarias: Incapacidad 20 %,

Pérdida traumática de más de un tercio de las piezas dentarias: Incapacidad 40 %,

Nota: En lo que concierne a pérdida de piezas dentarias por estomatitis, mercurial o traumáticas secundarias a accidentes laborales, sólo se otorgará la incapacidad señalada en el caso que dichas pérdidas no sean reemplazadas por prótesis fijas, es decir con puentes o implantes de titanios.

Llama la atención que esta norma no respeta las premisas desarrolladas en los anteriores ámbitos jurídicos respecto de la valoración de pérdidas dentarias, función masticatoria de acuerdo a la posición de la pieza dentaria en el arco dentario e incapacidad del Órgano de la Masticación, ya que considera el mismo valor para la

pérdida de 1/3 de piezas dentarias, es decir de 1 a 10, el mismo valor del 20% y si son mas, sin diferenciar ni número ni posición, le asigna un porcentaje del 40%, con el agravante, que cuando pueden ser reemplazados por prótesis fija no se le asigna porcentaje de incapacidad, desconociendo el **Decreto 659/96** y su **Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales** que se debe considerar que la mejor restauración protésica lograda, tanto a nivel técnico como de materiales y adaptación, no podrá competir jamás con las piezas naturales del individuo, ya que no suprimen el déficit fisiológico que sufre una persona al perder sus piezas dentarias propias, pues supone una serie de mecanismos fisiológicos imposibles de compensar, además que el tiempo útil de una prótesis dependerá también de varios factores personales.

- Ley 24.241, **Jubilaciones por Invalidez.**

El beneficio previsional por invalidez, puede ser solicitado por personas con incapacidad laboral dictaminada del 66%, que resulta de la suma obtenida de los porcentajes de acuerdo a las secuelas de accidentes laborales o enfermedades profesionales que sufre.

A nivel del Órgano de la Masticación, la pérdida de sus funciones corresponde al 20%.

BIBLIOGRAFIA:

1. Allan, D.; Foreman, P. Prostodoncia de coronas y puentes. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
2. Andreasen, J. Lesiones traumáticas de los dientes, Barcelona: Labor, 1984.
3. Andreasen, J.; Andreasen, F. Lesiones dentarias traumáticas. Madrid: Panamericana, 1990.
4. Bakland, L. Lesiones traumáticas en endodoncia. México: Interamericana, 1987.
5. Bertini, V. Evaluación legal del aparato dentario. Rev. Del Ateneo de la Cátedra de Ortodoncia. Buenos Aires, 1950.
6. Briñon, N. Odontología legal y práctica forense. Buenos Aires: Purizon, 1984.
7. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Madrid: Organización Mundial de la Salud, 1983.
8. Gisbert Calabuig, J. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Salvat, 1991.
9. Maisto, O. Endodoncia. Buenos Aires: Mundi, 1973.
10. Pagliera, J. La pérdida de las piezas dentarias. Rev. Asoc. Med. Arg. vol.76-nov.1962.
11. Rojas, N. Medicina Legal. Buenos Aires: El Ateneo, 1971.

REGLAMENTO

CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES

“CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES”.

Formato de Publicación: electrónica (disponible en web CSJN) e impresiones limitadas en papel.

Propósitos:

- crear un repositorio de la producción técnico-científica del Cuerpo Médico Forense.
- generación de un espacio de discusión y de fortalecimiento de las políticas directrices de la actividad pericial argentina, en todas sus disciplinas.
- difusión y comunicación de los avances, novedades y reportes relevantes de las ciencias forenses, a nivel nacional e internacional.

Generalidades:

Es una revista semestral (2 números por año), que publica artículos científicos y de divulgación acerca de todas las disciplinas de las Ciencias Forenses (tales como Medicina Legal, Psicología Forense, Odontología Forense, Antropología Forense, Genética, Bioquímica, Química, Biología, etc.) como así también artículos que desde la perspectiva del Derecho y otras ciencias sociales se enfoquen en aspectos vinculados a la actividad pericial forense y el resto de las Ciencias Forenses en todas sus disciplinas. Esta publicación permitirá al lector la actualización en esta temática, así como fortalecer las actividades de

formación continua tanto en los aspectos teóricos como prácticos del ejercicio profesional en el ámbito de la Administración de Justicia.

REGLAMENTO

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los/as responsables del envío.

Las opiniones expresadas en el artículo enviado son propias, por declaración expresa del/la autor/a y no una posición oficial de la institución.

Los artículos deben ser originales. La publicación reiterada o duplicada no es aceptable.

El Consejo Editorial se reserva el derecho a rechazar artículos por razones técnicas, éticas o de calidad científica que no se ajusten al reglamento.

Los/as autores/as darán su consentimiento para las correcciones ortográficas y de estilo realizadas por el Consejo Editorial, así como para la publicación del trabajo.

Los/as autores/as deberán revelar cualquier conflicto de intereses que pueda presentarse.

Los estudios realizados en individuos peritados y muestras obtenidas de los mismos deberán ser revisados y aprobados por el Comité de Ética del Departamento de Docencia, Investigación y Bioética del Cuerpo Médico Forense, así

como la declaración de la existencia de los consentimientos informados, todo ello en caso que corresponda.

Los casos clínicos e informes técnicos que se presenten deberán carecer de toda información identificatoria.

Proceso de arbitraje:

Todo manuscrito enviado a los “**CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES**”, será sometido a la evaluación del Consejo Editorial, el que controlará sin conocimiento de los autores del envío, si cumple con las condiciones para ser publicado, designándose árbitros pertenecientes al Consejo de Revisión Editorial para su análisis. Es función del Consejo Editorial realizar acciones complementarias de arbitraje si fuera necesario, como la derivación a consultores especialistas y/o a árbitros externos.

Una vez finalizado este proceso se informará su dictamen a los/as autores/as del artículo (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación), manteniendo el anonimato de las/os revisores. El orden de publicación e inclusión en el ejemplar quedará a criterio del Consejo de Dirección Editorial.

Quiénes pueden enviar Manuscritos para su publicación:

Peritos/as, profesionales e idóneos/as en todas las disciplinas de las ciencias forenses, que pertenezcan a Organismos Públicos y actúen como auxiliares de la Administración de Justicia. Magistrados y funcionarios en sus distintas jurisdicciones y fueros vinculados a la actividad pericial.

Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para su publicación:

Deberán ajustarse al siguiente formato:

- Los artículos deben ser editados en

fuente “Times New Roman”, tamaño 12, procesado en Microsoft Word, con interlineado 1,5.

- Las páginas del texto del artículo deberán numerarse en forma correlativa en el ángulo superior derecho de cada una. La primera página no se numera.

- Primera página: (Igual en todos los tipos de artículos)-Título en español. -Nombre y apellido completo de los/as autores/as. Con un superíndice identificar los datos académicos de cada uno. Institución de pertenencia (Dirección y teléfono).-Correo electrónico del/la autor/a que recibirá las notificaciones. -Palabras clave: cuatro a seis. -Evitar siglas, abreviaturas o citas bibliográficas.

- Última página: Listado de bibliografía según Normas APA 7°ed o estilo Vancouver.

Secciones:

Nota del editor/editorial: estará redactada por el Consejo de Dirección Editorial o por solicitud a un tercero/a del mismo. La estructura es libre. Se sugiere un título representativo del tema. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría corresponderán exclusivamente al firmante.

Artículos de investigación originales: se sugiere un límite máximo de 10 páginas, incluido bibliografía e ilustraciones. Deberán contar con los siguientes apartados:

a) Título, autores/as, palabras claves (respetar las indicaciones para primera página).

b) Resumen o abstract: debe proporcionar el contexto o los antecedentes mínimos del estudio, indicar el propósito, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y conclusiones. Extensión máxima sugerida: 250 palabras. Idioma: español / inglés.

c) Introducción (incluye planteo de la investigación y objetivos): deberá proporcio-

nar contexto o antecedentes para el estudio (es decir, la naturaleza del problema y su importancia). Citar referencias vinculantes.

d) Materiales y Métodos: expresar con claridad cómo y por qué se realizó el estudio con los elementos descriptos, de tal forma que sea lo suficientemente detallada para que otras personas puedan reproducir los resultados.

e) Resultados:

f) Discusión (incluye conclusiones y comentarios).

g) Agradecimientos, declaración de conflictos de interés, apéndices técnicos.

h) Bibliografía y Referencias.

Casos Clínicos/ de Especialidades Forenses:

Estructura:

a) Introducción.

b) Caso Clínico/Forense.

c) Comentarios.

Compilaciones, revisiones, monografías, biografías, comentarios, actualizaciones:

Con estructura de organización libre, se recomienda el uso de subíndices. Se sugiere un límite máximo de 10 páginas, incluido bibliografía e ilustraciones.

Imágenes: Con estructura de organización libre, se sugiere el uso de subíndices y su descripción al pie de la misma.

Comunicaciones cortas: artículos preliminares, reseñas de investigaciones en curso, artículos de extensión breve, con posibilidad de ser ampliadas a artículos de investigación completos. Sugerencia de extensión máxima cuatro páginas, con estructura de artículo de investigación.

Cartas al editor: la estructura es libre. Se sugiere un título representativo del tema. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría corresponderán

exclusivamente al firmante. Extensión sugerida, no mayor a 500 palabras.

Trabajos de otros cuerpos periciales o con colaboraciones externas: deberán respetar las mismas pautas señaladas para las secciones anteriores.

Referencias:

-Las referencias bibliográficas deben ordenarse según Normas APA 7ªed o estilo Vancouver. Seleccionar las referencias necesarias. Se deben citar en el orden en que se mencionan en el texto, mediante números arábigos (con superíndice), al final de la frase o párrafo en que se las alude.

-Las referencias consecutivas van separadas por un guión (Ej.2-6) y las no correlativas por comas (Ej.2, 8, 10).

La forma de cita es la siguiente según el caso:

- Artículos en revistas: -Apellido e inicial del nombre de los/as autores/as. Si son más de tres autores/as, colocar los tres primeros y agregar “y colab.” o “et al”, según corresponda. Título completo del artículo, en su idioma original. Nombre de la revista abreviado, en cursiva (itálica). Año de publicación, volumen de la revista, página inicial y final del artículo.

- Capítulos en libros: -Apellido e inicial del nombre de los/as autores/as del capítulo. -Título del capítulo. -Apellido e inicial del nombre de los/as autores/as del libro. - Título del libro en cursiva (itálica). Editorial, lugar y año. Páginas.

- Textos electrónicos: Se debe agregar lo siguiente: “Disponible en” y “Fecha de consulta”.

- Figuras: (fotografías, dibujos, gráficos, tablas y esquemas); se deben identificar cada uno de ellos en forma progresiva en números arábigos (con el orden de aparición en el texto). Se sugieren hasta 4 como máximo, sin perjuicio que un trabajo demande un mayor uso de

imágenes.

-La resolución de la imagen no será menor a 6 megapixels, preferentemente con cámara fotográfica o cámara de celulares en alta resolución. El tamaño de cada imagen debe ser, como mínimo, de 2500 pixeles de ancho por lo que dé de alto, para poder llegar a la mejor resolución.

Recepción de manuscritos: vía email a la dirección publicaciones.cmf@csjn.gov.ar

Este reglamento puede modificarse de acuerdo a las directivas de las Autoridades del Cuerpo Médico Forense.

Departamento de Docencia, Investigación y Bioética del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto:
docencia.investigacion.cmf@csjn.gov.ar