

AÑO 3 Nº1

JUNIO 2025

ISSN 3072-6700

# 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 MÉDICO 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

## Traducciones:

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

## Consejo Asesor Editorial:

Dra. María Laura Aon Bertolino  
Dra. Marcela Azcurra  
Dra. Ariana García  
Bioq. María Celina Giarini  
Dr. Roberto Glorio  
Lic. Sergio Miguel  
Dra. Bettina Mugnaini  
Dr. Armando Rennella

## Colaboradores:

Dr. Oscar Lossetti  
Dr. Daniel Silva

-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 © 2024 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

---

<b>EDITORIAL</b> Pablo Lamounan.	<b>Pág.1</b>
<b>PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUTOPSIA MÍNIMAMENTE INVASIVA: UNA ALTERNATIVA ÉTICA Y EFICIENTE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CAUSA Y MECANISMO DE LA MUERTE.</b> Santiago Maffia Bizzozero y Matías Ezequiel Saldeña.	<b>Pág.3</b>
<b>PACIENTES ONCOLÓGICOS: EFECTOS DE LA ENFERMEDAD EN SU CAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA TESTIFICAR.</b> Romina Marin, Darío A. Gámez, Mariana Martínez Álvarez, María Elina Grecco.	<b>Pág.11</b>
<b>REFLEXIONES Y APORTES ACERCA DE LOS PUNTOS PERICIALES EN CASOS DE EVALUACIONES A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SALUD MENTAL.</b> Pablo Andrés Coronel y Claudia Beatriz Norry.	<b>Pág.21</b>
<b>LA IMPORTANCIA DE LOS CUESTIONARIOS PERICIALES DENTRO DEL PROCESO JUDICIAL</b> Mario Wolberg.	<b>Pág.31</b>
<b>VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA RODILLA A FINES PREVISIONALES.</b> Gustavo Casaliba, Carlos Romero y Patricio Pérez Aquino.	<b>Pág.37</b>
<b>REGLAMENTO</b>	<b>Pág.51</b>



## EDITORIAL

**Dr. Pablo Lamounan<sup>1</sup>**

---

Hoy, cuando se celebran los ciento veintinueve años del Cuerpo Médico Forense, tenemos el honor de presentar el cuarto número de los **Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses**. Se trata de una publicación de divulgación científica, dirigida a fortalecer el debate en torno a las prácticas periciales, basándose en el gran volumen y en la profusión de casos, en razón de las incumbencias de los organismos técnicos que asisten al Poder Judicial de la Nación.

Como señaló el Sr. Presidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Dr. Horacio Rosatti, en oportunidad de tomar juramento a los peritos seleccionados en los últimos concursos públicos de antecedentes y oposición, cada número es una nueva oportunidad para hacer llegar al mundo jurídico otros saberes y convocar al diálogo a los demás actores de este departamento del gobierno federal.

Desde su relanzamiento, en el año 2022, el interés de los integrantes de los cuerpos periciales en compartir experiencia y conocimientos, ratifica la necesidad de este espacio de profundización del pensamiento científico y de reafirmación del rol de los peritos como herramientas fundamentales del sistema judicial.

Una muestra de ese interés y compromiso es el hecho mismo de haber llegado a este cuarto número de la revista, pero también la diversidad y complejidad de las temáticas cuyo abordaje se propicia, desde las diferentes disciplinas. Tales extremos han demandado una gran dedicación del Comité Editorial de los Cuadernos, a la hora de seleccionar los

artículos por publicar. Por otra parte, esta celebración coincide con una edición que cuenta con dos documentos fundamentales para el quehacer forense: el “Protocolo para la realización de la autopsia mínimamente invasiva: una alternativa ética y eficiente para la determinación de la causa y mecanismo de muerte” y el relativo a “La importancia de los cuestionarios periciales dentro del proceso judicial”.

Se trata de artículos que dan cuenta de la necesidad de actualizar prácticas y procedimientos, ofrecer alternativas éticamente aceptables y proponer recomendaciones, que sirvan de guía para un abordaje respetuoso de los derechos personalísimos.

De esta manera, los cuadernos se han convertido en una herramienta indispensable de transparencia y difusión, que redundará en prácticas de excelencia; jerarquiza la función de los cuerpos técnicos y revaloriza el cometido de colaboración con la magistratura.

Saludo entonces y agradezco la producción ininterrumpida de artículos de interés científico por parte de los integrantes de los órganos periciales; la labor del comité y, en especial, el empuje y entusiasmo transmitido por el promotor del relanzamiento de estos Cuadernos, el Dr. Roberto Borrone.

Para finalizar, los invito a sumarse a este ámbito de reflexión y divulgación, con miras a lograr una justicia más eficiente, que amalgame los conocimientos jurídicos y los traduzca en sólidos respaldos, de carácter científico, de las decisiones judiciales.

<sup>1</sup>Director del Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.



## PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUTOPSIA MÍNIMAMENTE INVASIVA: UNA ALTERNATIVA ÉTICA Y EFICIENTE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CAUSA Y MECANISMO DE LA MUERTE

***(PROTOCOL FOR PERFORMING MINIMALLY INVASIVE AUTOPSIES: AN ETHICAL AND EFFICIENT ALTERNATIVE FOR DETERMINING THE CAUSE AND MECHANISM OF DEATH)***

---

### RESUMEN

En el presente trabajo se aborda la definición de autopsia como un procedimiento para determinar la causa y el mecanismo de la muerte, distinguiendo entre la autopsia clínica y la médico-legal, esta última ordenada judicialmente en casos de muerte violenta o sospechosa sin requerir consentimiento familiar. Se exploran las objeciones religiosas a la autopsia. El surgimiento del COVID-19 limitó las autopsias completas por el riesgo de contagio, favoreciendo técnicas mínimamente invasivas. Estas técnicas, que incluyen biopsias e imagenología, demostraron ser alternativas viables y con mayor aceptación familiar. Por ello se introduce el concepto de "autopsia suficiente" para casos donde la autopsia completa no es posible por objeciones, riesgo biológico o intervenciones previas. Esta implica un examen externo exhaustivo, un examen interno dirigido, toma de muestras y análisis complementarios. Se presenta un protocolo de autopsia mínimamente invasiva adoptado por la Morgue Judicial de la Nación, que detalla el abordaje general y específico, así como abordajes complementarios o alternativos, siempre bajo autorización judicial y con la consideración del médico forense para un diagnóstico certero. De este modo la autopsia mínimamente invasiva es una alternativa válida, útil, eficiente y éticamente aceptable en los casos donde la misma sea requerida.

**PALABRAS CLAVE:** Autopsia mínimamente invasiva, virtopsia, objeción, imagenología postmortem, causa de muerte.

**ABSTRACT:** This article addresses the definition of autopsy as a procedure to determine the cause and mechanism of death, distinguishing between clinical autopsy and medicolegal autopsy, the latter of which is court-ordered in cases of violent or suspicious death without requiring family consent. Religious objections to autopsy are explored. The emergence of COVID-19 limited complete autopsies due to the risk of contagion, favoring minimally invasive techniques. These techniques, which include biopsies and imaging, have proven to be viable alternatives and are more widely accepted by families. Therefore, the concept of "sufficient autopsy" is introduced for cases where a complete autopsy is not possible due to objections, biological risk, or prior interventions. This involves a thorough external examination, a targeted internal examination, sample collection, and additional analyses. A minimally invasive autopsy protocol adopted by the National Judicial Morgue is presented, detailing the general and specific approach, as well as complementary or alternative approaches, always subjected to judicial authorization and upon the consideration of the forensic physician for an accurate diagnosis. Thus, a minimally invasive autopsy is a valid, useful, efficient, and ethically acceptable alternative in cases where it is required.

**KEYWORDS:** Autopsy – minimally invasive, virtopsy, objection, cause of death.

Santiago Maffia  
Bizzozero<sup>1</sup>  
Matías Ezequiel  
Saldeña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Director Médico. Morgue Judicial de la Nación.

<sup>2</sup>Médico obductor de la Morgue Judicial de la Nación. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto:  
morguejudicialdim@csjn.gov.ar

## **INTRODUCCIÓN**

Son múltiples y variados los ritos funerarios que existen y han existido en las diferentes culturas a lo largo del mundo, los mismos han variado a lo largo de los siglos, pero, sin embargo, en todas las culturas ha existido contacto de los vivos con los cadáveres. Sea en relación con la preparación del cuerpo para los ritos funerarios o para realizar estudios sobre el mismo, su anatomía, su composición o investigar las posibles causas de su muerte, el hombre ha mostrado interés por el estudio del cuerpo luego de la muerte. Tal vez vinculado a su deseo de trascendencia o, bien, de conocer lo que ocurre tras el proceso de la muerte, a largo de la historia los humanos han practicado operaciones sobre cadáveres. Una de esas interacciones la constituye la autopsia. Etimológicamente la palabra autopsia deriva del griego y significa “mirar por uno mismo”.

## **LA AUTOPSIA**

Desde las disecciones de Herófilo y Erasítrato, hacia el 300 a.C. con el objeto de describir estructuras anatómicas o la afectación visceral de algunas patologías han evolucionado las técnicas de autopsia hasta alcanzar su punto de inflexión con Morgagni y la técnica de autopsia completa. Particularmente el desarrollo de la autopsia completa alcanzó su máxima expresión en Francia hacia el año 1850<sup>1</sup>. La autopsia completa es aquella en donde se explora la totalidad del organismo (cavidades y órganos que cada una de ellas contiene) incluyendo el sistema nervioso.

El concepto de autopsia completa ha perdurado en el tiempo y aún continúa siendo el ideal junto a las demás características generales que debe tener una autopsia: metódica e ilustrada. El método implica que debe aplicarse

indistintamente un método similar en todos los casos, debe tener una técnica sistemática y específica e, idealmente, debe estar acompañada de un protocolo ilustrado por esquemas, dibujos, fotografías o video filmación.

La autopsia es el procedimiento que se ejecuta sobre el cadáver con el objeto de determinar la causa y el mecanismo de la muerte. Esta puede ser clínica, hospitalaria o anatomo-patológica que se realiza en los centros asistenciales, puede ser completa o parcial y requiere consentimiento de la familia del fallecido. Implica la observación del cadáver mediante un examen externo con el objeto de detectar lesiones, injurias o anomalías, apertura de las cavidades corporales (cráneo, tórax, abdomen y pelvis), la identificación de los órganos “*in situ*”, la disección de los tejidos, la toma de muestras, la restitución de los órganos y el cierre del cadáver.

La autopsia médico legal, variante de la anterior, es la que realiza el médico forense a solicitud del magistrado en los términos del artículo 264° del Código Procesal Penal de la Nación<sup>2</sup> que define el concepto de autopsia necesaria y dice: “en todo caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad se ordenará la autopsia, salvo que por la inspección exterior resultare evidente la causa de la muerte”. Esta autopsia no requiere el consentimiento familiar y se hace bajo la autoridad del Juez o Fiscal que interviene en la investigación del fallecimiento. La determinación de la causa y mecanismo de muerte por parte del médico forense tiene repercusiones jurídicas, sociales y sanitarias, por eso deben extremarse las medidas para arribar a un correcto diagnóstico. En este sentido debe tenerse en cuenta que en ciertas circunstancias no siempre es posible determinar la causa de la muerte mediante la autopsia ya que siendo una prueba diagnóstica más, requiere la integración de otros métodos y

un estudio médico legal acabado de las circunstancias. Entendemos como causa de muerte al traumatismo, enfermedad o combinación de ambos responsables del inicio de los trastornos fisiopatológicos que desencadenan la muerte. Ésta será única cuando su evolución es rápida y no da lugar a secuelas o complicaciones mientras que si existe un período de supervivencia y aparecen complicaciones entonces habrá una causa fundamental, la primera, y una causa inmediata<sup>3</sup> (Palomo Rando, Ramos Medina, de la Cruz Mera, & Lopez Calvo, 2010).

En relación a la autopsia médico legal Bonnet dice que según Roussy y Ameuille éstas deben ajustarse y ser completas, no descuidándose ningún órgano o sistema; metódica ya que debe seguir un método protocolizado o el que la experiencia que da la práctica resulte útil; sistemática siendo efectuada en todo cadáver cuya causa de muerte no surja claramente de los hechos e ilustrativa mediante croquis, esquemas o dibujos<sup>4</sup> (Bonnet, 1980).

### **LA OBJECCIÓN RELIGIOSA**

Las diferentes tradiciones sociales y religiosas en torno a la muerte están presentes en todas las culturas, muchas veces dando lugar a conflictos con respecto a las disecciones anatómicas, los exámenes *post mortem* y las autopsias. En occidente se tiende a tener conexiones menos cohesivas con las tradiciones, la religión y las creencias, teniendo una mayor aceptación de las autopsias. Por el contrario, los grupos culturales no occidentalizados frecuentemente tienen tradiciones más estrictas en torno a la muerte y al tratamiento del cadáver, y con mayor frecuencia tienen objeciones religiosas a la autopsia<sup>5</sup> (Cohen). En relación a las objeciones a la autopsia médico legal “las mismas son de índole religiosa o familiar. Las objeciones religiosas son interpuestas en su mayor

parte por judíos; para los fieles, el cuerpo debe ser enterrado intacto. Exigen minimizar las técnicas y la presencia de un rabino en el acto de la autopsia”<sup>6</sup> (Raffo, 2006).

### **ENFERMEDADES TANATOTRANSMISIBLES**

A partir del surgimiento de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 en diciembre del 2020 se vio limitada la práctica de autopsias, particularmente las médico-legales o forenses. El Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF) en las “Recomendaciones para el Manejo de Cadáveres de Casos de COVID-19”<sup>7</sup> dice: En caso de realizar la autopsia, se recomienda realizar de forma mínimamente invasiva, mediante toma de biopsias de los principales órganos cumpliendo las recomendaciones respecto al equipo de protección individual, ventilación apropiada y reducir la producción de aerosoles. El protocolo Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19 del Ministerio de Salud<sup>8</sup> estableció que en caso de pacientes fallecidos por COVID-19 todavía podían contener virus vivos en los pulmones y otros órganos y era preciso tomar medidas de protección respiratoria complementarias durante los procedimientos que generan aerosoles de partículas pequeñas. Por ello en general se recomendaba no realizar autopsia a los cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 y que fueran clasificados como caso en investigación, probable o confirmado, salvo indicaciones clínicas fundamentadas (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Desde el 16 de abril del 2020 hasta el 13 de diciembre del 2024 se realizaron 617 autopsias con diagnóstico COVID-19 en la Morgue Judicial, 190 durante el 2020, 251 durante el 2021, 172 durante el 2022 y 2 en 2023 y 2024. De éstas, 47 respondieron a causas violentas,

representando el 7,6%. Se destaca la realización de 9 autopsias por lesiones por proyectil de arma de fuego, 2 debido a asfixias por ahorcadura, 4 a lesiones por arma blanca, 9 a traumatismo encéfalo craneano, 10 a quemaduras y 13 a politraumatismo. En todas ellas se aplicó la técnica mínimamente invasiva ya que los protocolos nacionales e internacionales no recomendaban la práctica de la autopsia pudiendo determinarse la causa y mecanismo de muerte en todos los casos<sup>9</sup> (cf. Sistema de Gestión de la Morgue Judicial).

En una revisión sistemática de 1538 artículos<sup>10</sup> (Blokker, Wagenveld, Weustink, Oosterhuis, & Hunink, 2016) se concluyó que las autopsias mínimamente invasivas, sean aplicadas técnicas como toracoscopia, laparoscopia, biopsia, realización de estudios por imágenes (tomografía computada, angiografía por tomografía computada y resonancia magnética), obtuvieron mejores resultados estableciendo una alternativa viable a la autopsia convencional.

No solo ante la presencia de riesgo de una enfermedad tanatotransmisible o ante la objeción religiosa de la familia del fallecido es que no se realiza la autopsia completa, sino que existen otras circunstancias en la que ésta tampoco es posible, este es el caso de los cadáveres cuyos órganos han sido ablacionados para trasplante en el marco de lo normado en la Ley 27.447 (cf. Artículo 35° - supuesto de muerte violenta)<sup>11</sup> donde no es posible la realización de una autopsia completa.

### **LA AUTOPSIA SUFICIENTE**

Debemos introducir aquí el concepto de autopsia suficiente que es aquella que mediante la aplicación de técnicas de abordaje dirigidas a la determinación de la causa y mecanismo de la muerte en casos en que la autopsia completa no pueda

realizarse, bien por objeción religiosa, bien por el riesgo ante una enfermedad tanatotransmisible o bien porque el cadáver ha sido intervenido con anterioridad (ablación de órganos y tejidos, evisceración para autopsia clínica previa, etc.). Será suficiente cuando el examen externo sea completo (antropométrico, cadavérico y traumatológico), el examen interno dirigido y basado en la presunción diagnóstica sea por los hallazgos durante el examen externo o por los antecedentes médicos o estudios de diagnóstico previos (radiografías, tomografías computadas u otros). A ello debe agregarse la extracción de muestras para la realización de determinaciones bioquímicas (humor vítreo), toxicológicas (humor vítreo, sangre, bilis u orina), histopatológicas (muestras de tejido), genética forense (sangre), examen radiológico y otros que se consideren necesarios en cada caso. Todo ello deberá permitir el adecuado estudio médico legal del caso con el objeto de realizar un completo diagnóstico médico legal en relación a la causa y mecanismo de muerte y brindar las respuestas que demande el magistrado. Tanto la planificación como la evaluación de la suficiencia de las maniobras tanatológicas sobre el cadáver serán incumbencia del médico forense quien deberá contar con la totalidad de elementos para proceder a informar al magistrado y, una vez autorizada la modalidad de abordaje propuesta, practicar dichas maniobras con mínima invasión.

Es así que puede definirse a la autopsia mínimamente invasiva como “una metodología *post-mortem* protocolizada y sistemática dirigida a órganos clave y fluidos corporales, con el objetivo de proporcionar muestras de calidad para investigaciones patológicas y microbiológicas que sustituyan a la autopsia patológica completa. Las ventajas se

relacionan con su elevada efectividad y el incremento del consentimiento de los familiares para realizar la autopsia<sup>712</sup> (Jaramillo Reinoso, 2021).

La aplicación de un protocolo de autopsia mínimamente invasiva siempre deberá ser autorizado por el magistrado (juez o fiscal) que interviene en la investigación con el asesoramiento del médico forense que estimará la conveniencia o no de aplicarlo según el caso que esté bajo análisis.

A continuación, se presenta el protocolo adoptado por la Morgue Judicial de la Nación mediante Resolución del Decano del Cuerpo Médico Forense N° 4/2025 (Cuerpo Médico Forense - Decanato, 2025)<sup>13</sup> para los casos en donde esa técnica resulte adecuada y compatible con las circunstancias de la muerte y el magistrado la autorice.

## **PROTOCOLO**

La autopsia mínimamente invasiva es aquella que se realiza en forma dirigida y que comprende el examen externo completo y la inspección interna de las regiones corporales relacionadas con la presunta causa de muerte y que incluye la toma de muestras que se considere necesaria.

Esta técnica está indicada en casos de que el cadáver presente riesgo de transmitir alguna enfermedad (enfermedades tanatotransmisibles categorías 2 y 3, por ejemplo) descripta o que a criterio de los profesionales intervinientes representen un riesgo para su salud y la de los operadores (riesgos biológicos o químicos). Esta técnica, también, puede ser útil en los casos en que exista objeción por motivos religiosos a la autopsia convencional. Es imperativo el uso de los elementos de protección personal (EPP) de todos los intervinientes en la autopsia. En caso de sospecha de riesgo biológico o

químico se dará intervención a las brigadas especializadas de las fuerzas de seguridad para la descontaminación del cuerpo previamente a la realización de autopsia o para que elaboren una estrategia conjunta de abordaje. Del mismo modo deberá preverse el uso de elementos de protección personal especiales y limitarse lo máximo posible la manipulación del cuerpo.

En estos casos, luego de un exhaustivo análisis, deberá informarse al órgano jurisdiccional que intervenga para que preste su conformidad al tipo de abordaje que se propone. Si se cuenta con estudios por imágenes previos (tomografía computada, resonancia nuclear magnética, etc.) deberán ser analizados e informados los hallazgos por el Perito Médico especialista en diagnóstico por imágenes y su informe ser parte del informe final de autopsia. Si estos exámenes fueron efectuados inmediatamente antes de la muerte podrán orientar mejor al diagnóstico de la causa de la muerte.

## **ABORDAJE GENERAL**

### **Examen externo:**

- Antropométrico.
- Cadavérico.
- Traumatológico.
- Toma de vistas fotográficas del cadáver completo ambos lados, dorso y frente, detalles del rostro, frente y ambos perfiles, manos, región genital y paragenital y de los hallazgos más relevantes efectuados sobre la superficie corporal.
- Toma de radiografías de cráneo, tórax, abdomen y pelvis y de ser necesario de otros segmentos corporales.
- Toma de humor vítreo por punción para toxicología y análisis clínicos.
- Toma de muestra de sangre de vasos centrales o periféricos por punción para toxicología y análisis clínicos.

### Toma de muestras de órganos (examen interno)

- Observación de cavidades torácica, pericárdica y abdominal mediante incisiones mínimas. Toma de muestras de fragmentos de pulmón y corazón mediante toracotomía mínima (izquierda o derecha), toma de muestras de fragmentos de hígado, riñón derecho y asas de intestino delgado y grueso mediante incisión subcostal derecha. De ser necesario podrán obtenerse muestras de bazo y riñón izquierdo mediante incisión subcostal izquierda. Podrá obtenerse líquido libre para cultivo. La cabeza podrá abordarse -solo de considerarse necesario- mediante incisión bimastoidea y aserramiento del cráneo para obtención de fragmentos de meninges y cerebro. Las muestras de tejidos para histopatología serán de un tamaño de 2 x 2 x 2 cm seleccionando los órganos de interés exclusivamente.

### Abordaje específico

- Hisopado de uñas de manos.
- Hisopados de cavidad bucal, vaginal y rectal para investigación de semen.
- Hisopado nasal para investigación de cocaína.
- Sección de piel con orificios de entrada y salida para histopatología.
- Sección de piel con lesiones donde resulte necesario el estudio histopatológico.
- Fragmento de piel sana y quemada para histopatología.
- Sección de piel con surco de ahorcadura para histopatología.
- Toma de muestras de orina mediante punción suprapúbica, de ser necesario.
- Toma de muestra de bilis por punción directa mediante abordaje subcostal de ser necesario.
- Toma de muestra de sangre para ADN, si se ha efectuado una toracotomía

mínima podrán intentarse recuperar fragmentos de piel, músculo y hueso.

- Extracción de proyectiles.

### Abordajes complementarios o alternativos

De ser necesario se podrán realizar los siguientes abordajes:

- Incisión a través de la **línea medio clavicular derecha a la altura del 6° espacio intercostal**: muestras del pulmón derecho.
- Incisión a través de la **línea axilar anterior a nivel del 4° espacio intercostal bilateral**: muestras de ambos pulmones.
- Incisión a través de la **línea paraesternal izquierda a nivel del 5° espacio intercostal**: muestras del ventrículo izquierdo y del pericardio.
- Incisión a través de la **línea medio clavicular a nivel del arco subcostal derecho**: muestras del hígado, vesícula biliar, glándula suprarrenal, riñón derecho, intestino delgado y grueso, además, por vía transdiafragmática se podrá acceder al pulmón derecho.
- Incisión a través de la **línea axilar posterior a nivel del 11° espacio intercostal izquierdo**: muestras del bazo y el riñón izquierdo.
- **Incisión suprapúbica horizontal**: muestras de la vejiga, próstata y útero con anexos.
- Toma de muestra de sangre para ADN, si es necesario, y si se ha efectuado una toracotomía mínima podrán intentarse recuperar fragmentos de piel, músculo y hueso.

De considerarse que la apertura del cadáver, aún por incisiones mínimas, resulte de alto riesgo para los operadores o resulten evidentes las causas de muerte por examen externo o puedan determinarse con los elementos obrantes en la documentación médica, podrán efectuarse solamente:

- Examen antropométrico.

- Examen cadavérico.
- Examen traumatológico.
- Toma de vistas fotográficas del cadáver completo, detalles del rostro y de los hallazgos más relevantes efectuados sobre la superficie corporal.
- Toma de radiografías de ser necesario.
- Toma de humor vítreo por punción para toxicología y análisis clínicos.
- Toma de muestra de sangre de vasos centrales o periféricos por punción para toxicología y análisis clínicos.

Quedará a consideración del Perito que intervenga las maniobras que resulten necesarias para la realización de un diagnóstico certero. Es factible utilizar para el diagnóstico, además, imágenes de tomografía computada o resonancia nuclear magnética obtenidas hasta 6 horas anteriores al fallecimiento que junto al historial médico podrán aportar elementos valiosos para la práctica pericial.

## **CONCLUSIONES**

La autopsia mínimamente invasiva constituye una herramienta útil, eficiente, ética y moralmente aceptable no solo ante objeciones religiosas de familiares o deudos ante la necesidad de practicar una autopsia, sino que se suma al conjunto de prácticas que tiene disponible el médico forense ante la necesidad de realizar procedimientos menos invasivos en su práctica profesional por diversas cuestiones. El procedimiento protocolizado permite garantizar la calidad y eficacia en la determinación de la causa y mecanismo de muerte en todos los casos dejando al criterio profesional la ampliación del procedimiento o la necesidad de incorporar nuevas prácticas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1- Lossetti, O.(2025). La autopsia: Un ensayo sobre su evolución histórica desde los comienzos en la antigüedad

Hasta el final del S.XIX. Academia Nacional de Ciencias. Consultado en mayo 2025 de <https://ciencias.org.ar/contenido.asp?id=485>

2- Código Procesal Penal de la Nación (CPPN). Artículo N°264.

3- Palomo Rando, J.L., Ramos Medina, V., Cruz Mera, E. de la, & López Calvo, A.M.. (2010). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). Cuadernos de Medicina Forense, 16(4), 217-229.

4- Bonnet, E. (1980). Medicina legal (2da.Ed.). Buenos Aires: Lopez Libreros.

5- Cohen, R. (n.d.). MANEJO DE FALLECIDOS CON OBJECIONES RELIGIOSAS A LA AUTOPSIA.

6- Raffo, O. H. (2006). Tanatología, investigación de homicidios. Buenos Aires: Universidad.

7- EAAF JUFEJUS. (2020). Propuesta de modelo de procedimiento para manejo de cadáveres por COVID-19. Consultado desde <https://eaaf.org/wp-content/uploads/covid19-PDFs/Argentina/20-3-PRO-PUESTA-JUFEJUS-MODELO-DE-PROCEDI-MIENTO-CADAVERES-POR-COVID-19.pdf>

8- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19. Buenos Aires.

9- cf. Sistema de Gestión Morgue Judicial.

10- Blokker, B., Wagenveld, I., Weustink, A., Oosterhuis, J., & Hunink, M. (2016, Apr). Non-invasive or minimally invasive autopsy compared to conventional autopsy of suspected natural deaths in adults: a systematic review. Eur Radiol, 1159-79.

11- Argentina (2018). Ley N° 27.447: Ley de trasplante de órganos, tejidos y células.

12- Jaramillo Reinoso, S. J. (2021). Autopsia mínimamente invasiva: una revisión teórica. The Ecuador Journal of Medicine, 113-127.

13- CSJN Centro de Asistencia Judicial Federal. Cuerpo Médico Forense (2025). Resolución N° 4/2025.



## PACIENTES ONCOLÓGICOS: EFECTOS DE LA ENFERMEDAD EN SU CAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA TESTIFICAR

**(ONCOLOGY PATIENTS: EFFECTS OF THE DISEASE ON THEIR PSYCHOPHYSICAL ABILITY TO STAND TRIAL)**

### RESUMEN

En este documento se abordan las dificultades que enfrentan los pacientes oncológicos en procesos judiciales debido a las limitaciones médicas y cognitivas derivadas de su enfermedad y consiguiente tratamiento. En nuestro país, la ausencia de un marco legal específico genera desigualdad procesal, afectando el derecho a la justicia de estos individuos. Se describe cómo la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia pueden provocar efectos secundarios como neuropatías, deterioro cognitivo, fatiga extrema y alteraciones emocionales, comprometiendo la capacidad física y psíquica de cada paciente para participar activamente en un juicio de manera lúcida. Se detalla un síndrome neurocognitivo que afecta la memoria, la concentración y la velocidad de procesamiento denominado "quimiocebrebro"; y se identifican factores como el dolor crónico, el debilitamiento físico y los trastornos psiquiátricos, los cuales pueden agravar la dificultad de testificar.

Se proponen herramientas de evaluación que permitan cuantificar el impacto de estos síntomas, proporcionando información técnica a las dependencias judiciales para garantizar un proceso más equitativo. Se sugieren medidas como la adaptación de los interrogatorios, la posibilidad de declarar por videoconferencia y la colaboración interdisciplinaria entre médicos, abogados y jueces. La investigación concluye con la importancia de sensibilizar a la comunidad jurídica sobre esta problemática y avanzar hacia una legislación que contemple estas necesidades, asegurando el respeto por la dignidad y los derechos de los pacientes oncológicos.

**PALABRAS CLAVE:** *Oncología, Psiquiatría forense, Fatiga relacionada con el cáncer, Capacidad para estar en juicio.*

**ABSTRACT:** This article addresses the difficulties faced by oncology patients in legal proceedings due to the medical and cognitive limitations derived from their disease and consequent treatment. In our country, the absence of a specific legal framework generates procedural inequality, affecting the right to justice of these individuals. The study describes how chemotherapy, radiotherapy and immunotherapy can cause side effects such as neuropathies, cognitive impairment, extreme fatigue and emotional disturbances, compromising each patient's physical and psychological ability to actively and lucidly participate in a trial. A neurocognitive syndrome affecting memory, concentration and speed of processing called 'chemo-brain' is described. Factors such as chronic pain, physical debilitation and psychiatric disorders, which can aggravate the difficulty of testifying, are identified.

The article proposes evaluation tools to quantify the impact of these symptoms, providing technical information to the judicial unit to ensure a more equitable proceeding. It also suggests the implementation of measures such as the adaptation of questioning procedures, the possibility of testifying by videoconference, and the interdisciplinary collaboration between doctors, lawyers and judges. The study concludes with the importance of sensitizing the legal community on this problem and moving towards legislation that addresses these needs, ensuring respect for the dignity and rights of oncology patients.

**KEYWORDS:** *Oncology, Forensic psychiatry, Cancer-related fatigue, fit to stand trial.*

*Romina Marin<sup>1</sup>,  
Darío A. Gámez<sup>2</sup>,  
Mariana Martínez  
Álvarez<sup>3</sup>, María Elina  
Grecco<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*Médica Oncóloga, Médica Legista del Cuerpo Médico Forense*

<sup>2</sup>*Médico Oncólogo, Perito Médico del Cuerpo Médico Forense.*

<sup>3</sup>*Médica Neurológa, Médica Legista del Cuerpo Médico Forense.*

<sup>4</sup>*Médica Psiquiatra, Perito Médico del Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

Contacto:  
temromina@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El acceso a la justicia es un derecho fundamental, pero en el caso de los pacientes oncológicos, las exigencias de un proceso judicial pueden representar un obstáculo insuperable. La falta de legislación específica que contemple sus limitaciones médicas y cognitivas plantea un problema de desigualdad procesal, que podría vulnerar sus derechos.

En Argentina, este tema cobra especial relevancia debido a la creciente incidencia de la enfermedad y a la necesidad de garantizar los derechos de los pacientes en todos los ámbitos, incluido el judicial<sup>1</sup>.

El proceso judicial exige que los pacientes oncológicos presenten declaración en diversas circunstancias, sin que exista un marco normativo que contemple sus particulares dificultades físicas y cognitivas.

Si bien la Capacidad para estar en Juicio es un tema que ha sido abordado por otras especialidades médicas en ediciones previas de los Cuadernos de Medicina Forense<sup>2</sup> y otras publicaciones Nacionales e Internacionales, nuestro trabajo tiene como objetivo dar visibilidad a estos obstáculos y proponer un método de evaluación que permita cuantificar su impacto de manera objetiva en los pacientes oncológicos. Esto no solo facilitaría una valoración más precisa por parte de los profesionales intervinientes, sino que también proporcionaría a los jueces un fundamento técnico sólido al momento de ponderar la capacidad de estos pacientes para declarar, garantizando así un proceso más equitativo y ajustado a sus derechos.

## DESARROLLO

La quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia pueden generar efectos secundarios como náuseas, vómitos, neuropatías y dolor crónico. Además,

algunos tratamientos pueden alterar el estado de conciencia, provocando somnolencia, confusión o episodios de delirio.

Uno de los efectos más significativos en el contexto judicial es el llamado "quimio-cerebro", un síndrome neurocognitivo caracterizado por:

- Dificultad para recordar fechas, nombres o palabras.
- Demoras en la finalización de tareas.
- Falta de concentración y atención.
- Problemas para asimilar ideas nuevas.
- Lentitud para procesar información o responder preguntas.
- Problemas para realizar varias tareas simultáneamente (*multitasking*).
- Sensación de "niebla mental".

Los factores que pueden aumentar el riesgo de problemas de memoria en los sobrevivientes de cáncer incluyen los siguientes:

- Cáncer de cerebro
- Cáncer que se disemina (metastatiza) al cerebro
- Dosis más altas de quimioterapia o radiación
- Radioterapia para el cerebro
- Edad más joven en el momento del diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Edad avanzada, asociado a comorbilidades.

La gravedad y duración de los síntomas que a veces se describen como "quimio-cerebro" difieren de una persona a otra. La mayoría de los sobrevivientes de cáncer volverán a trabajar, pero algunos encontrarán que las tareas requieren más concentración o tiempo. Otros pueden ser incapaces de regresar al trabajo. Esto explica el impacto que puede acarrear el tratamiento con quimioterapia en la calidad de vida de pacientes con antecedentes de patología neoplásica<sup>3</sup>. Sato y cols, informan que en pacientes con cáncer de mama que han sido

sometidas a cirugía, también puede surgir un cuadro de disfunción cognitiva luego de la intervención<sup>4</sup>.

Entre los factores de riesgo asociados a este síndrome, se encuentran:

- duración de la anestesia
- complejidad de la intervención quirúrgica
- complicaciones en la cirugía
- edad avanzada
- antecedentes de deterioro cognitivo

Este síndrome, descrito como deterioro cognitivo post-quirúrgico, ha sido caracterizado por la *International Study of Post-Operative Cognitive Dysfunction* como el deterioro de dos o más funciones cognitivas que surge como resultado de la afectación de múltiples dominios cognitivos. Algunos autores sostienen que dicha disfunción se asocia a la acción de factores como la anestesia y procesos inflamatorios.

Rogiers et al. (2020)<sup>5</sup>, a su vez, también señala la aparición de disfunción en la esfera cognitiva en pacientes con diagnóstico de melanoma tratados con ipilimumab, así como también altos niveles de ansiedad y fatiga persistente.

Estos síntomas pueden agravarse con el estrés del proceso judicial, lo que puede derivar en un deterioro significativo del bienestar general del paciente. Estudios médicos han identificado que estos efectos pueden persistir aún después de finalizado el tratamiento oncológico, lo que refuerza la necesidad de protecciones procesales adecuadas. El cáncer y sus tratamientos, pueden generar una serie de efectos secundarios que comprometen la capacidad cognitiva, física y emocional<sup>6</sup>. Algunos de los factores que pueden influir en su capacidad para declarar son, entre los más frecuentes, la Fatiga relacionada al Cáncer (FRC), el dolor, los efectos secundarios de los tratamientos, los aspectos emocionales vinculados a los diferentes estadios de la enfermedad y el debilitamiento físico, entre otros.

### **Fatiga relacionada al Cáncer (FRC)**

La fatiga relacionada al cáncer es un síntoma común en pacientes oncológicos, lo que puede dificultar la concentración y la memoria durante una declaración.

Se asocia fundamentalmente con la presencia de un tumor primario o metastásico, provocando un aumento del nivel de las citoquinas.

Schubert et al. publicaron un metaanálisis en 2007 con 1.037 pacientes, en el que describen una relación estadísticamente significativa entre los niveles de IL-6, IL-1ra y la astenia en pacientes oncológicos.

La FRC es una sensación abrumadora y persistente de agotamiento físico, emocional y mental que no se alivia con el descanso habitual. Se diferencia del cansancio común en que es persistente, no desaparece después de dormir o descansar, es desproporcionada ya que no se corresponde con el nivel de actividad física realizada y afecta múltiples áreas. No solo impacta en el cuerpo, sino que también lo hace con las emociones y la capacidad de pensar con claridad.

La quimioterapia, la radioterapia, especialmente si se aplica en áreas extensas, así como las terapias biológicas (inmunoterapia) como efecto secundario suelen ser las principales causas del desarrollo de la FRC.

Las cirugías oncológicas, en el proceso de recuperación postoperatoria también suele asociarse a este síntoma.

Otros factores vinculados al cáncer o a sus tratamientos como trastornos del sueño, dolor, la ansiedad o los efectos de los medicamentos coadyuvantes pueden a su vez tener implicancia en el aumento de FRC. La relación entre la fatiga y la aparición de sintomatología depresiva es compleja, ya que, por un lado, la fatiga constituye uno de los síntomas de aparición frecuente en los cuadros depresivos, pero, por otro lado, el hecho de experimentar una disminución en la energía

puede exacerbar los síntomas depresivos<sup>7</sup>.

Algunos autores postulan que, en pacientes oncológicos, tanto la depresión como la fatiga comparten una fisiopatología común<sup>8</sup>.

Las condiciones socioambientales y los factores psicosociales actúan como coadyuvantes en la fisiopatología de la fatiga en pacientes oncológicos. El confinamiento, la disminución de la actividad física y los trastornos nutricionales, junto con los trastornos hematológicos y el estrés psicológico, contribuyen a la exacerbación de este síntoma.

La prevalencia de la FRC es alta, variando entre el 59% y el 100% según el tipo de cáncer y la etapa del tratamiento. Los pacientes con cánceres hematológicos (como leucemia y linfoma) y aquellos sometidos a tratamientos intensivos como el trasplante de células hematopoyéticas tienen un mayor riesgo de experimentar FRC severa<sup>9</sup>.

Para la evaluación de la FRC podemos utilizar 2 tipos de escalas, las que miden la astenia primaria exclusivamente y las que realizan una evaluación multidimensional. (Por ejemplo: Escala Unidimensional: Escala Visual Análoga de Fatiga (EVA-F) y Escala Multidimensional: Cuestionario de Fatiga de Piper (*PFS - Piper Fatigue Scale*)).

Las primeras solo evalúan el aspecto físico de la astenia, mientras que las multidimensionales tienen en cuenta también todas las demás dimensiones (física, psicológica y emocional).

### **FACIT-F**

La escala completa consta de 5 dominios: el físico, el social, el emocional, el funcional y por último el específico de astenia ([www.facit.org](http://www.facit.org)). Es por definición una escala para pacientes con cáncer, con buena consistencia interna. Es fácil y rápida de completar y puede utilizarse también en pacientes que no han tenido

astenia previa y se encuentra validada al idioma castellano.

### **Brief fatigue inventory (BFI)**

Esta [escala](#), compuesta por 9 ítems, es una herramienta versátil empleada en diversos perfiles de pacientes oncológicos. Su principal función es cuantificar el nivel de fatiga y su intensidad, proporcionando una visión clara del estado de astenia del paciente. Además, aporta valiosa información sobre cómo esta afecta sus relaciones sociales y su percepción subjetiva del cansancio. Su sencillez y claridad la convierten en un instrumento de fácil aplicación, y su sólida consistencia interna y validación en múltiples idiomas respaldan su confiabilidad.

Dentro de las denominadas **escalas multidimensionales**, en general, son escalas que miden la calidad de vida y en ellas se incluyen ítems que miden la astenia.

### **EORTC QLQ-C30**

Es uno de los [instrumentos de referencia](#) para evaluar la calidad de vida de los pacientes. Con sus 30 ítems, entre los que se incluye una subescala específica de 3 para medir la astenia, ofrece una visión integral del estado de bienestar. Esta escala de tipo Likert (“medir opiniones, actitudes y sentimientos de las personas”) explora dimensiones clave como lo físico, lo social, lo emocional, lo cognitivo y lo funcional, convirtiéndola en una herramienta invaluable en la práctica clínica. No es recomendable en pacientes en cuidados paliativos.

### **ESAS**

Esta escala destaca por su sencillez y rapidez de aplicación (aproximadamente 5 minutos). Diseñada para pacientes oncológicos avanzados, ha sido empleada en diversas poblaciones desde su creación. Consta de 9 ítems fundamentales que abarcan los síntomas más

comunes en este tipo de pacientes, más un espacio abierto para que el paciente exprese otros síntomas relevantes. Seis de estos ítems se centran en el aspecto físico, mientras que los tres restantes exploran la dimensión psicológica. La intensidad de cada síntoma se evalúa mediante una escala visual analógica, asignando un puntaje del 0 al 10, lo que permite una cuantificación precisa de la astenia. (Versión española revisada del *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r)).

**Dolor relacionado al Cáncer (DRC):** El dolor oncológico es un síntoma altamente prevalente, afectando entre el 40% y el 80% de los pacientes con cáncer. Su etiología es multifactorial, siendo las causas más comunes: la compresión tumoral de tejidos sanos, la invasión ósea, la compresión medular, las secuelas de procedimientos quirúrgicos, el dolor neuropático (incluyendo la neuropatía periférica inducida por tratamientos), así como los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia, pudiendo afectar la capacidad de atención y la expresión verbal.

La evaluación y cuantificación del dolor es de vital importancia, especialmente en casos de dolor crónico asociado a enfermedades como el cáncer. Un dolor intenso y mal controlado puede influir significativamente en las funciones cognitivas, como la atención, la memoria y la capacidad de concentración. Estas alteraciones cognitivas pueden dificultar significativamente la capacidad de un individuo para recordar detalles precisos, construir una narrativa coherente y responder preguntas de manera clara y concisa durante un proceso judicial. Además, el dolor puede generar fatiga, ansiedad y depresión, lo que puede afectar su capacidad para participar en procedimientos prolongados como un juicio, dificultando su traslado al juzgado y

su concentración durante las audiencias.

El dolor relacionado al cáncer, presenta una variada fenomenología, pudiendo clasificarse en tres categorías principales: agudo, crónico e intercurrente. El dolor agudo, de aparición súbita e intensidad variable, suele asociarse a lesiones agudas y tiende a remitir una vez resuelta la causa. Por otro lado, el dolor crónico, de duración superior a tres meses, puede ser persistente o intermitente, y se caracteriza por interferir significativamente con la calidad de vida del paciente. Finalmente, el dolor intercurrente se manifiesta como exacerbaciones agudas del dolor crónico, a pesar del tratamiento analgésico de base y suele desencadenarse por factores específicos o aparecer de forma espontánea.

En la cuantificación del dolor existen escalas y cuestionarios de utilidad para la práctica profesional.

Entre ellos destacan por su uso habitual diversas escalas que permiten cuantificar y comparar la intensidad de la experiencia dolorosa. Se describen tres:

-La escala visual analógica (EVA), representada por una línea de 10 cm, permite al paciente señalar el punto que mejor refleja su dolor, se utiliza para evaluar el grado de un síntoma específico, como el dolor en una zona determinada.

-La escala numérica (EN) asigna un valor numérico del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso imaginable.

-La escala categórica (EC) utiliza descriptores verbales como "leve", "moderado" o "intenso" para clasificar el dolor.

Dentro de los llamados cuestionarios citamos al Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ): cuestionario que consta de 78 adjetivos distribuidos en 20 categorías, evaluando las 4 dimensiones del dolor (sensorial, afectiva, valorativa y miscelánea). Cuestionario de Dolor en Español (CDE Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory*): Se trata de un cuestio-

nario validado en castellano que evalúa la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, entre otros.

### **Efectos secundarios de los tratamientos**

La neurotoxicidad central, consecuencia de tratamientos oncológicos como la quimioterapia, radioterapia holocraneal, y radio cirugías, provoca daños en el sistema nervioso central que se traducen en una amplia gama de síntomas. Entre ellos destacan los déficits cognitivos, caracterizados por confusión, dificultades para concentrarse y problemas de memoria, tanto a corto como a largo plazo. Además, pueden surgir trastornos motores, dificultades en el equilibrio y en la coordinación y convulsiones. Las alteraciones neurocognitivas pueden comprometer significativamente la capacidad de un individuo para declarar de manera precisa y coherente, pudiendo afectar su testimonio en un proceso legal.

El diagnóstico tiene su pilar en el examen físico neurológico, el cual consiste en la evaluación de los nervios craneales, del tono y trofismo muscular, evaluación de la fuerza muscular, de la motricidad, de evaluación de la sensibilidad y de los reflejos, también se puede realizar una valoración neurocognitiva.

En lo referente a la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN, por sus siglas en inglés) es una complicación frecuente y a menudo debilitante del tratamiento oncológico. Los síntomas, que pueden aparecer durante o después del tratamiento, incluyen dolor neuropático, entumecimiento, debilidad muscular y trastornos autonómicos.

La CIPN afecta principalmente a las fibras sensoriales, causando sensaciones anormales como hormigueo, ardor y pérdida de sensibilidad. La gravedad y el patrón clínico varían según el agente quimioterápico utilizado, pero en general, la recuperación es parcial y los déficits

residuales pueden persistir a largo plazo, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Para diagnosticar la CIPN y determinar su gravedad, se realiza un examen neurológico y estudios neurofisiológicos (electromiografía y potenciales evocados).

La electromiografía mide la actividad eléctrica de los músculos y de los nervios, así como también valora la velocidad de conducción motora y sensitiva de aquellos. Los potenciales evocados, complementan a la electromiografía, midiendo la actividad eléctrica generada en el cerebro y en la médula espinal en respuesta a estímulos. Se realiza para evaluar el estado de las vías sensitivas (visual, auditiva y táctil) y detectar daños en las mismas. La CIPN puede limitar significativamente las actividades diarias, como caminar o escribir, y afectar la calidad de vida de los pacientes al causar dolor crónico y reducir su independencia. Además, puede generar ansiedad y depresión, lo que afecta su bienestar emocional.

Los síndromes neurológicos paraneoplásicos, aunque poco frecuentes, pueden representar una complicación significativa del cáncer y afectar la capacidad de una persona para declarar en un proceso judicial. Esto se debe a que suelen estar asociados con alteraciones cognitivas y de la memoria. En algunos pacientes con cáncer en sus etapas iniciales, como el de pulmón, mama o linfoma, el sistema inmunológico detecta la presencia de células tumorales y desencadena una respuesta para eliminarlas. Sin embargo, en ciertos casos, esta respuesta inmune ataca erróneamente el sistema nervioso, generando una amplia variedad de síntomas neurológicos. Entre ellos se incluyen trastornos de la memoria y el comportamiento, crisis epilépticas, alteraciones sensitivas o motoras, problemas de equilibrio y dificultades visuales. Debido a estas manifestaciones, estos

síndromes pueden ser altamente invalidantes y comprometer la capacidad del paciente para afrontar un proceso judicial en condiciones óptimas.

**Aspectos emocionales:** La ansiedad, la depresión y el miedo son emociones frecuentes en pacientes con cáncer, lo que puede afectar su capacidad para comunicarse de manera efectiva. En estos pacientes, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es alta y la comorbilidad es frecuente. En aquellos que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, la prevalencia de afecciones psiquiátricas puede llegar al 50% y la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos puede variar entre un 7,5% hasta un 35%. El trastorno adaptativo, uno de los más frecuentes, puede acompañarse de síntomas ansiosos o depresivos y la intensidad de los mismos puede fluctuar en el tiempo. El dolor y la preocupación acerca de temáticas como la evolución de la enfermedad, la repercusión en el área laboral, en la vida social y familiar, la pérdida de la independencia y aspectos relacionados con el fin de la vida pueden exacerbar dichos síntomas<sup>10</sup>.

Entre los trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con patología oncológica, se encuentran el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. En ambos trastornos, pueden observarse síntomas y signos tales como afecto depresivo, enlentecimiento psicomotriz, insomnio o hipersomnias, alteraciones en el apetito, irritabilidad, retracción social, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa, indefensión, desesperanza e ideación suicida. El compromiso en las esferas volitiva y afectiva puede influir significativamente en el área cognitiva, en las distintas habilidades.

En esta población, también se han detectado trastornos de ansiedad, tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático. La ansiedad puede influir

en el rendimiento cognitivo, en especial en funciones como atención y memoria. En pacientes que desarrollan cuadros de estrés postraumático, suelen aparecer reexperimentación del hecho traumático, recuerdos intrusivos, *flashbacks*, marcada ansiedad, conductas y estados de hipervigilancia, evitación de estímulos que recuerdan el evento traumático, malestar emocional si se expone a estímulos relacionados con el evento traumático, dificultades en el sueño como insomnio y pesadillas, crisis de pánico, síntomas depresivos (Miovic y Block, 2007)<sup>10</sup>. Puede surgir asimismo un consumo de sustancias psicoactivas comórbido. La recidiva de patología neoplásica, así como el dolor pueden gatillar y/o exacerbar los síntomas de estrés postraumático, especialmente en personas que tienen antecedentes de exposición a eventos traumáticos y falta de apoyo psicosocial.

Es necesario indagar acerca del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con patología neoplásica, en especial de sustancias como benzodiacepinas y derivados de opioides. En esta población, el uso de determinadas sustancias psicoactivas puede apuntar a aliviar otros síntomas de su cuadro de base, tales como el dolor, el insomnio o la ansiedad (Miovic y Block, 2007)<sup>10</sup>. Resulta también de fundamental importancia, investigar acerca de antecedentes previos de consumo de sustancias psicoactivas, así como la duración y patrón de ese consumo. El consumo de sustancias, además de la signo-sintomatología ansiosa y depresiva señalada anteriormente también puede impactar en el rendimiento cognitivo, tanto en períodos de intoxicación aguda como en períodos de abstinencia.

**Debilitamiento físico:** El debilitamiento es una condición caracterizada por la pérdida de masa muscular y fuerza, siendo una complicación frecuente en pacientes con cáncer pudiendo ser causado por el propio

tumor, los tratamientos, o una combinación de ambos.

La evaluación del debilitamiento asociado a la patología oncológica se suele realizar con Escalas como la de Karnofsky y ECOG que permiten cuantificar el grado y su impacto en la capacidad funcional de los pacientes, si bien presentan limitaciones en la especificidad y sensibilidad, son las herramientas con las que se cuentan hoy en día, mientras que se validen nuevas y mejores.

La escala de [Karnofsky](#) (KPS) es un sistema de puntuación numérica que va del 0 al 100, utilizado para evaluar la capacidad funcional de un paciente. Un puntaje más alto indica un mejor estado de salud y capacidad para realizar actividades diarias.

La escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) es otra herramienta utilizada para evaluar el estado funcional de los pacientes con cáncer. A diferencia de la KPS, la escala ECOG utiliza descriptores más específicos y va del 0 al 5, además permite determinar si el paciente puede realizar actividades como trabajar, cuidar de sí mismo o realizar tareas domésticas.

Si bien algunas de las herramientas mencionadas de evaluación no cuentan aún con una validación formal para Argentina, son presentadas para su mejor conocimiento y consideración.

### **Desafíos legales en los Procesos judiciales**

Actualmente, no existe una legislación específica en Argentina que contemple las limitaciones físicas, cognitivas y emocionales de los pacientes oncológicos en los juicios. En consecuencia, estos pacientes pueden enfrentarse a:

- Dificultad para declarar debido a su estado de salud.
- Impacto negativo del estrés judicial en su bienestar.

- Desigualdad en el trato judicial frente a testigos o acusados en mejores condiciones de salud.

El principio de igualdad ante la ley (art. 16 de la Constitución Nacional) exige que todas las personas sean tratadas equitativamente, pero en este caso, la falta de regulación generaría una situación de desventaja. Además, el principio *pro homine*, reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos, establece que, ante la duda, debe aplicarse la norma más favorable a la persona, lo que justificaría la adopción de medidas protectoras.

Si bien no existen leyes específicas, algunos fallos judiciales han considerado la salud del declarante para ajustar las condiciones del juicio, lo que podría servir como base para futuras reformas legislativas.

### **El Rol del Médico Forense en la Evaluación del Estado del Paciente**

El médico forense, conforme al art. 77/78 del Código Procesal Penal de la Nación, juega un papel clave en la determinación de la capacidad física y psíquica del paciente para declarar. Su evaluación podría aportar a la construcción del criterio de la autoridad judicial para definir la modalidad de testificación, asegurando que no se vulnere la salud del paciente en el proceso.

### **Recomendaciones**

Entendemos que, para dar fundamento al examen psicofísico de las personas con cáncer llamadas a declarar, debemos conocer como legistas, los síntomas incapacitantes y las escalas que facilitan y documentan estos síntomas que permiten realizar un dictamen claro y con mayor precisión, garantizando así los derechos de estas personas y adaptando los procedimientos a sus necesidades. Una evaluación neurocognitiva, permite conocer detalladamente la disfunción de los

dominios intelectuales y el grado de deterioro cognitivo de los pacientes, lo que nos permitirá conocer su capacidad cognitiva para declarar y así como también establecer si con el transcurso del tiempo y con la rehabilitación neuropsicológica, han mejorado o empeorado los dominios cognitivos deficitarios, determinando de esta manera el momento más adecuado para declarar. Cabe aclarar, que no existe una evaluación neurocognitiva exclusiva para pacientes que padecen una enfermedad oncológica, cada profesional (neuropsicólogos, neurólogos, psiquiatras, entre otros) elige los exámenes neuropsicológicos que considere más adecuados para evaluar a cada paciente en particular.

Para garantizar el debido proceso y el respeto por la dignidad de los pacientes oncológicos en el ámbito judicial, se proponen las siguientes medidas:

- Interrogatorios más breves y adaptados a la capacidad del paciente.
- Peritajes médicos previos que determinen si el paciente está en condiciones de declarar.
- Uso de preguntas claras y precisas, evitando redundancias o presiones innecesarias.
- Posibilidad de declarar por videoconferencia para evitar traslados innecesarios.
- Flexibilidad en los plazos y métodos de testificación.
- Colaboración interdisciplinaria entre jueces, médicos y abogados para garantizar un proceso equitativo.

## **CONCLUSIONES**

La ausencia de un marco normativo específico puede generar obstáculos para los pacientes oncológicos en los procesos judiciales, afectando su derecho a una participación equitativa y adecuada a su condición. Nuestro trabajo busca visibilizar estas dificultades y proponer un método

de evaluación que permita cuantificar su impacto de manera objetiva, brindando a los jueces herramientas técnicas que favorezcan una valoración más precisa. La implementación de medidas de adaptación procesal contribuiría no solo a garantizar el debido proceso, sino también a resguardar la salud y dignidad de estos pacientes. En este sentido, resulta fundamental el trabajo conjunto entre legisladores, profesionales del derecho y del ámbito médico para desarrollar normativas que contemplen estas realidades.

La sensibilización, el reconocimiento de esta problemática y la creación de un marco legal adecuado representan pasos clave para avanzar hacia un sistema judicial más inclusivo y humano.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2024). Incidencia de cáncer en Argentina, 2022 (1a ed.). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/incidencia-de-cancer-argentina-2022-pdf.pdf>.
- 2- Silva, D. H., & Miotto, N. G. (2010). Capacidad psicofísica para estar en juicio: Incapacidad sobreviniente y prisión domiciliaria. Cuad. Argent. Med. For. V.2T.2 pág. 77-82.
- 3- Boykoff, N., Moieni, M. and Subramanian, S.K. (2009) Confronting Chemobrain: An In-Depth Look at Survivors' Reports of Impact on Work, Social Networks, and Health Care Response. Journal of Cancer Survivorship, 3, 223-232.
- 4- Sato, C., Sekiguchi, A., Kawai, M. et al.(2015). Postoperative Structural Brain Changes and Cognitive Dysfunction in Patients with Breast Cancer. PloS one, 10(11), e0140655.

- 5- Rogiers, A., Leys, C., Lauwyck, J. et al.(2020). Neurocognitive Function, Psychosocial Outcome, and Health-Related Quality of Life of the First-Generation Metastatic Melanoma Survivors Treated with Ipilimumab. *Journal of immunology research*, 2020, 2192480.
- 6- Hernández-Pérez F., Fernández-Rodríguez, E (2023). CHEMOBRAIN: estudio descriptivo sobre la función cognitiva en personas con una condición de salud oncológica en tratamiento quimioterapéutico. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 20(2), 178-185.
- 7- de Jong, N., Candel, M. J., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., & Courtens, A. M. (2005). Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of oncology* 16(3), 372–382.
- 8- Portela, M.A., Sanz, A., Martínez, M., & Centeno, C.. (2011). Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 471-479.
- 9- The Leukemia & Lymphoma Society. (2022). Fatiga relacionada con el cáncer. Recuperado de [https://www.lls.org/sites/default/files/2022-11/FS3S\\_Cancer\\_Related\\_Fatigue\\_October2022\\_Spanish](https://www.lls.org/sites/default/files/2022-11/FS3S_Cancer_Related_Fatigue_October2022_Spanish).
- 10- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665–1676.

## REFLEXIONES Y APORTES ACERCA DE LOS PUNTOS PERICIALES EN CASOS DE EVALUACIONES A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SALUD MENTAL

### *(CONTRIBUTIONS ON EXPERT QUESTIONS IN CASES INVOLVING MENTAL HEALTH EVALUATIONS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS)*

#### RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad abordar aspectos del trabajo pericial forense con niñas, niños y adolescentes desde la perspectiva de la salud mental infantojuvenil. El objetivo particular del mismo se centrará en la discusión y análisis de los puntos periciales que a lo largo de los años se han formulado en los requerimientos judiciales de presuntas víctimas de delitos contra la integridad sexual y otros tipos de maltrato infantil. El análisis se formula a la luz de los conocimientos actuales acerca del desarrollo de la organización psíquica, la psicopatología, el paradigma de discapacidad y la perspectiva de género, y teniendo en cuenta la necesidad de un abordaje integral interdisciplinario atento al marco normativo vigente para la República Argentina. A lo largo del presente trabajo, y tomando como marco de referencia el campo de incumbencias y conocimientos científico-técnicos propios de la psicología y la psiquiatría infantojuvenil, se brindarán ejemplos de puntos periciales que los autores desaconsejan y de otros que sugieren como atinentes en el abordaje pericial dentro del Departamento de Salud Mental Infantojuvenil del Cuerpo Médico Forense dependiente del Centro de Asistencia Judicial Federal de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

**PALABRAS CLAVE:** *psiquiatría forense, psiquiatría infantojuvenil, psicología forense, psicología infantojuvenil, rol judicial.*

#### ABSTRACT

This article seeks to address some aspects in the field of forensic expert work with children and adolescents from a child and adolescent mental health perspective. It specifically focuses on the discussion and analysis of questions that have been asked from experts (expert questions) over the years in judicial requests related to alleged victims of crimes against sexual integrity and other types of child abuse. Our analysis has been developed on the basis of the current knowledge in the areas of psychic organization development, psychopathology, disability paradigm, and gender perspective, as well as taking into account the need for a comprehensive interdisciplinary approach pursuant to the current regulatory framework in the Argentine Republic. Throughout this study, and taking the field of expertise and scientific-technical knowledge in the areas of psychology and child and adolescent psychiatry as a frame of reference, we will provide examples of expert questions that we deem unsuitable and suggest others that we deem relevant for the expert approach within the Department of Child and Adolescent Mental Health of the Forensic Medical Board, which reports to the Federal Judicial Support Center of the Supreme Court of Justice of the Nation.

**KEYWORDS:** *forensic psychiatry, child and adolescent psychiatry, forensic psychology, child and adolescent psychology, judicial role.*

Pablo Andrés  
Coronel<sup>1</sup>  
Claudia Beatriz  
Norry<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico pediatra, psiquiatra infantojuvenil y médico legista. Perito Psiquiatra Forense Infantojuvenil del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<sup>2</sup>Psicóloga Forense, especialista en Niñez, Familia y Violencia Familiar en ámbito Clínico y Forense. Ex Perito Psicóloga Forense del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y Ex Coordinadora del Área de Psicología del Departamento Infantojuvenil del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto:  
pacoronei@csjn.gov.ar

## **INTRODUCCIÓN**

Los puntos periciales constituyen los aspectos puntuales formulados por el órgano jurisdiccional a los que el perito debe dar respuesta en su carácter experto dentro del campo de incumbencias de su saber científico-técnico.

Desde la perspectiva deontológica, tanto el perito psicólogo como el perito médico psiquiatra infantojuvenil, no deben responder a la demanda judicial desconociendo la identidad, incumbencias y los principios fundamentales que rigen sus respectivas profesiones. En numerosas ocasiones, no resulta posible ni pertinente dar respuesta a la totalidad de lo solicitado, sin formular una discriminación crítica de lo científica y éticamente posible en cada caso.

Dragone<sup>1</sup> refiere en relación a este tema: *“reconocer que desde la función de peritos psicólogos estamos insertos en un espacio institucional sujetado a la normatividad legal no implica obtener la construcción de nuevos espacios de interacción”*. De esta manera, advierte que resulta necesario pensar en las características de nuestro posicionamiento teórico a fin de no cosificar al sujeto de la pericia.

En efecto, en el ámbito del Departamento de Salud Mental Infantojuvenil del Cuerpo Médico Forense, suscribimos con particular interés atento al especial tratamiento que deben recibir niñas, niños y adolescentes de acuerdo con lo contemplado por el marco normativo vigente, el deber de evitar que, a los fines de dar respuesta a los puntos de pericia, los mismos queden ubicados como objetos de prueba, en menoscabo de su condición de sujetos de derechos<sup>3</sup>.

En nuestra vasta experiencia nos hemos encontrado con requerimientos judiciales solicitando diversos puntos de pericia que a menudo no se correlacionan, exceden o no resultan pertinentes a los fines de la

investigación judicial que se está llevando a cabo.

En este sentido, consideramos conveniente efectuar una discriminación acerca de aquellos puntos periciales focalizados en los aspectos que resultan necesarios dilucidar, de aquellos que no guardan consistencia con la investigación judicial.

## **PUNTOS PERICIALES PERTINENTES**

En base a lo consignado hasta aquí, resultan **puntos periciales pertinentes, las preguntas en torno a:**

- Organización psíquica del Niño, Niña y/o Adolescente (en adelante NNyA): aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.
- Presencia de cuadro psicopatológico de base.
- Indicadores psico-traumáticos compatibles con vivencias de victimización sexual y/o maltrato.
- Presencia de sobrecarga imaginativa patológica.
- Afectación en el desarrollo psicosexual.

## **PUNTOS DE PERICIA INADECUADOS**

Por el contrario, los siguientes puntos periciales no guardan consistencia con la investigación judicial y configuran algunos ejemplos que hemos extraído de manera textual de diversas solicitudes que nos han llegado a lo largo de nuestras intervenciones psicológico-periciales.

**-Punto desaconsejado: *Verosimilitud, validez y credibilidad del testimonio dado por la/el menor.***

El análisis del testimonio brindado por NNyA corresponde a la instancia de la declaración testimonial en Cámara Gesell, instancia en la cual el profesional actuante efectuará un análisis, bajo los parámetros que rigen la psicología del testimonio, para poder efectuar la valoración del relato.

En la evaluación pericial psicológica no necesariamente se vuelven a abordar los

hechos materia de investigación, quedando sujeto a la voluntad de NNYA referirse a los mismos por lo cual excedería el ámbito de intervención del estudio psicológico pericial.

**-Punto desaconsejado:** *Se evalúe si en la entrevista se detectan trastornos psicológicos o compromisos en su personalidad con indicadores de tratarse de un adolescente sometido a situaciones de abusividad sexual y si esta resulta ser de modalidades perversas.*

En este punto pericial nos resulta de interés definir el concepto “situaciones de abusividad sexual y si esta resulta ser de modalidades perversas”

En lo atinente al concepto de abuso sexual infantil, Danya Glaser<sup>2</sup> sostiene que el mismo consiste en el involucramiento del niño o del adolescente por parte del adulto, en actividades sexuales que ellos no pueden dimensionar, sobre las que son incapaces de dar un consentimiento válido.

En relación con las perversiones el Dr. Romi<sup>3</sup> refiere que “Las perversiones representarían placeres primitivos cuya exigencia es muy significativa. Esto supone la dificultad de despegarse de dichos sistemas de satisfacción. Es decir, que la ‘fijación’ representa una elección primaria: la elección de la perversión como fenómeno anacrónico. El fracaso de nuevas experiencias sexuales que el individuo no pueda integrar, lo hace ‘regresar’ hacia sus primeras experiencias. La regresión es el mecanismo que retropulsa al individuo hacia los sistemas primitivos de satisfacción”.

Este punto nos lleva a un interrogante ¿Existe el abuso sexual sin perversión? Desde nuestra opinión, sin perjuicio de lo que establece la normativa jurídica (con relación a todo menor de 13 años), el involucramiento de NNYA en una actividad sexual que no llega a comprender y/o no ha dado su consentimiento, presupone un acto de perversión ya que el niño queda

ubicado como objeto de descarga de la pulsión sexual de un adulto.

**-Punto desaconsejado:** *Si presenta indicadores compatibles con victimización por abuso sexual acorde al suceso que denunciara.*

La peritación psicológica permite determinar la presencia de indicadores que podrían ser compatibles con victimización sexual, pero no es de su competencia establecer indicios respecto de la factibilidad de haber sufrido maniobras sexuales, es decir, que el perito psicólogo no debe expedirse respecto de los hechos investigados. Asimismo, las mismas limitaciones y alcances se verifican en el peritaje para la psiquiatría infantojuvenil (ver más abajo).

**-Punto desaconsejado:** *Confirmar o descartar pautas amnésicas, orientación espacial, alucinaciones, esfera volitiva y todo otro dato de interés.*

La evaluación pericial psicológica/psiquiátrica comprende un estudio global sobre NNYA mediante el cual se va a analizar el desarrollo del psiquismo de acuerdo con la etapa evolutiva en la cual se encuentra, abarcando el área cognitiva, conductual y emocional.

Ante la presencia de un cuadro psicopatológico u orgánico de base, éste quedará detallado en el dictamen pericial, explicitando qué áreas del psiquismo pueden llegar a encontrarse comprometidas.

Ante la presencia de fenómenos que podrían indicar la organización de una estructura psicótica, encontrándose afectado su discurso por las fallas lógicas que pueden surgir en el pensamiento, no debe desestimarse la denuncia, porque también NNYA usuarios del sistema de salud mental pueden ser víctimas de abuso sexual.

En estos dictámenes resulta esencial poder diferenciar qué fenómenos pueden ser propios de un cuadro de desorganización psíquica de aquellos que

se corresponden con un cuadro de victimización sexual.

Asimismo, un cuadro psicopatológico que en un momento determinado de su evolución impide a la persona superar la prueba de la realidad, no está exento de poder hacerlo en otro momento dado. Por lo tanto, ninguna persona menor de edad en base a su diagnóstico categorial, debiera ser subvalorada en sus manifestaciones clínicas y eventual respuesta de su psiquismo, frente a una posible vivencia desajustada para su nivel de madurez.

***-Punto desaconsejado: Tipo de personalidad. Tipología y desarrollo de su personalidad.***

La personalidad se va a ir configurando en el desarrollo del NNyA en base a las experiencias que va teniendo con su entorno en las distintas etapas vitales de su infancia, y recién se va a consolidar hacia el final de la adolescencia.

Durante el proceso de desarrollo irá equilibrando sus instintos junto a las normas sociales, formando vínculos afectivos, y así irá definiendo su forma de interactuar con la sociedad y de ser en el mundo.

Siguiendo las teorías del desarrollo de la personalidad descritas por Sigmund Freud<sup>4</sup> (teoría psicoanalítica) y de Erik Erikson<sup>5</sup> (teoría neuropsicoanalítica), se puede afirmar que es recién al finalizar la adolescencia que puede ser definido un patrón estable de conducta, pensamiento y emoción, que es lo que define qué tipo de personalidad se ha consolidado. Por lo tanto, resultaría inapropiado preguntar acerca del tipo de personalidad que tienen NNyA.

***-Punto desaconsejado: Indicadores o secuelas de hechos como los relatados, y en su caso se los describa debiéndose especificar las causas que lo configuraron.***

La evaluación pericial psicológica nos permite obtener datos acerca del

funcionamiento psíquico de NNyA y de su manifestación a nivel cognitivo, emocional y conductual, pudiendo llegar a determinarse indicadores que podrían resultar compatibles con sucesos de características sexualmente victimizantes. La psicología forense tiene herramientas que permiten analizar los indicadores manifiestos y latentes que surgen de las entrevistas y del análisis de todas las técnicas proyectivas administradas, lo cual nos permite arribar a conclusiones con validez y confiabilidad científica. Sin embargo, siempre nos conducimos en términos probabilísticos, porque la presencia de sintomatología asociada a los hechos investigados no implica afirmar que estos ocurrieron.

Al respecto compartimos la opinión de la Lic. Scaglia y Lic. Gravenhorst<sup>6</sup>: “De ninguna manera un Estudio Pericial Psicológico, por sí, permite afirmar que los hechos hayan sucedido o la autoría de un hecho. Tampoco tiene alcance para afirmar ni validar abusos. Esto no es objeto de investigación de la tarea pericial psicológica”.

***-Punto desaconsejado: El grado de lesión que pudiera haber ocasionado la maniobra investigada en el desarrollo de su persona.***

El atravesamiento de un evento traumático que irrumpe en el psiquismo de NNyA, puede o no desencadenar el desarrollo de patologías reactivas. Dependerá del grado de fortaleza psíquica y de la utilización de mecanismos defensivos, los cuales permitirán atenuar el impacto traumático.

Los trastornos provocados por eventos traumáticos son clasificados por los manuales internacionales de diagnóstico (CIE 11 y DSM V)<sup>7</sup> en dos categorías, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) agudo o crónico, lo cual estará determinado por la permanencia de la sintomatología presentada.

Desde la evaluación pericial psicológica se

puede determinar la presencia de signos y síntomas que se encuentran afectando el desarrollo de un niño en el área cognitiva, conductual y emocional.

En ocasiones nos encontramos con NNYA que fueron expuestos a lo largo del tiempo a diferentes tipos de trauma que se han dado en forma repetida, malos tratos psicológicos, físicos, sexuales, producto de un ambiente de crianza donde prima la negligencia y el abandono; en estos casos, observamos que se ha desarrollado lo que Judith Herman (1992)<sup>8</sup> ha definido como Trauma Complejo, el cual produce reacciones postraumáticas complejas que generan síntomas físicos y psicosomáticos, alteraciones en las relaciones afectivas, en la regulación de los afectos, en el control de la conducta, en la cognición y en el desarrollo de síntomas disociativos.

Ante la presencia de un trauma complejo nos hemos encontrado con la interrogación por parte del tribunal sobre qué porcentaje del trauma le corresponde a los hechos asociados a victimización sexual, lo cual resulta imposible de responder porque el psiquismo sobre el cual se han inscripto los eventos traumáticos es único, se analiza globalmente, y no existe una técnica psicológica que permita discriminar en términos de porcentaje el daño psíquico que le corresponde a cada hecho<sup>9</sup>.

**-Punto desaconsejado:** *Constatar capacidad para declarar, si posee síntomas de fabulación, así como también si manifiesta síntomas de vulnerabilidad o que se correspondan con una personalidad víctima de abuso sexual por parte de su progenitor u otras personas.*

En el contenido de este punto pericial, nos encontramos con una serie de preguntas a dilucidar que son desarrolladas en distintas instancias, durante el proceso de la evaluación pericial.

En primer lugar, la capacidad para declarar se determina en una instancia

previa a la realización de la pericia psicológica, es analizada por el profesional que llevará a cabo la Entrevista de Declaración Testimonial (E.D.T.), en los términos previstos por los arts. 250 bis y 250 ter del CPPN<sup>10</sup>, según corresponda. En caso de constatar la presencia de un cuadro psicopatológico de base, se efectuará previamente una entrevista interdisciplinaria psicológica/psiquiátrica.

En relación con la pregunta si manifiesta “síntomas de vulnerabilidad o que se correspondan con una personalidad víctima de abuso sexual”, al respecto señalamos que todo NNYA por su condición de infante se encuentra dentro de los grupos humanos vulnerables per se, lo cual podría verse incrementado si además se incluye dentro de un contexto socio afectivo desfavorable. Por lo tanto, consideramos que la vulnerabilidad constituye un estado subjetivo, no configurando una categoría sintomatológica.

Con relación a la “personalidad víctima de abuso sexual”, si bien hay varios estudios científicos que han determinado tipologías victimológicas, estas categorías no se aplican en NNYA que se encuentran en plena etapa del desarrollo de su personalidad.

Finalmente, con relación a la autoría de los hechos investigados, excede la competencia de la evaluación pericial psicológica/psiquiátrica infantojuvenil expedirse sobre la autoría del presunto ofensor, lo cual podría ser recabado durante la declaración testimonial a cargo del/la Psicólogo/a involucrado en la E.D.T.

**-Punto desaconsejado:** *Capacidad judicativa y grado de autoprotección (en la niñez).*

Con relación a la solicitud de este punto pericial, consideramos interesante reflexionar acerca de los alcances de su pedido, especialmente cuando el mismo se formula sobre niños muy pequeños.

Los niños se encuentran en plena etapa del desarrollo, por lo cual la adquisición de habilidades y capacidades va siendo progresiva y dependerá de factores internos y externos (ambiente facilitador o perturbador) los cuales influyen en su maduración.

Por lo tanto, el desarrollo de sus funciones cognitivas, entre ellas la del juicio, aptitud necesaria para adquirir la capacidad judicativa, al igual que el grado de autoprotección, no sería esperable que se encontrara presente en la primera infancia.

***-Punto desaconsejado: Si su comportamiento resulta compatible con conductas sexualmente inadecuadas, y si estas se encuentran exteriorizadas.***

La conducta hipersexualizada en un niño/a, si bien es indicio de una sobreestimulación sexual o erotización precoz, resulta muy poco probable que pueda llegar a manifestarse dentro del espacio pericial, que tiene un encuadre limitado en tiempo y en espacio. Es más factible que pueda llegar a aparecer en un proceso psicoterapéutico donde se ha establecido un vínculo con el terapeuta.

A partir de la entrevista informativa, si bien podemos llegar a tener información acerca de las conductas sexualizadas que el niño/a podría presentar, se debe tener presente que, de acuerdo con la etapa evolutiva en la cual se encuentre, es esperable el surgimiento de actividad sexual propia del desarrollo evolutivo y esto suele generar angustia en los progenitores.

Por lo tanto, resulta esencial en este punto poder discriminar si la conducta sexual exteriorizada, se corresponde con una posible erotización precoz o es una actividad normal y esperable a su desarrollo evolutivo.

En la evaluación pericial psicológica con niños, puede llegar a surgir durante el desarrollo de la hora de juego, un tipo de juego postraumático de contenido sexual,

que es una expresión simbólica del trauma, lo cual podría estar asociado con haber sido generada una estimulación sexual temprana inadecuada.

***-Punto desaconsejado: Verificar si la niña o niño presenta en su psiquis un vicio que de cuenta de haber sido inducida u obligada a protagonizar o soportar conductas deformadoras, aberrantes, depravadas y perversas para su sano sentido de la sexualidad.***

Tal como mencionamos *ut supra*, la evaluación pericial psicológica nos brinda elementos para poder determinar la presencia de signos y síntomas que podrían ser compatibles con un cuadro de victimización sexual, pero excede el campo de incumbencia de la psicología y de la psiquiatría infantojuvenil, determinar la factibilidad de los hechos denunciados.

***-Punto desaconsejado: Evaluar con la lectura de los antecedentes de autos, a partir de informes realizados en el ámbito asistencial (profesionales tratantes), mediante dibujos y/o producciones audiovisuales (videos) aportados por las partes.***

En este sentido, resulta necesario considerar que toda evaluación psicológica pericial en temática de abuso sexual infantil y adolescente (ASIA), debe efectuarse a partir de las entrevistas presenciales y del análisis de las producciones y material administrado dentro del encuadre de dicho estudio. Todo elemento exterior al mismo no podrá ser considerado a los fines de efectuar conclusiones periciales científicamente fundamentadas, ya que se desconoce la autoría de estas, las circunstancias de sus producciones, los eventuales factores de contaminación, y las consignas a partir de las cuales surgieron tales producciones.

***-Punto desaconsejado: Si ha sido víctima de abuso sexual.***

No corresponde al área de incumbencia de la disciplina psicológica ni psiquiátrica

infantojuvenil, la determinación de la condición de víctima de un sujeto examinado psicológica y psiquiátricamente.

**-Punto desaconsejado:** *Se le practique examen psicológico a fin de constatar la veracidad de sus dichos.*

Los ejes de “verdad” y la “mendacidad” no resultan ser materia de investigación de un estudio psicológico o psiquiátrico pericial, toda vez que configuran categorías morales distintas a los constructos teóricos que conforman el capital simbólico tanto de la Psicología como de la Psiquiatría.

**-Punto desaconsejado:** *Lograr su versión pormenorizada de los hechos.*

Resulta materia de investigación de la intervención psicológica de la E.D.T. brindada por NNYA en el Dispositivo de Cámara de Gesell.

**-Punto desaconsejado:** *Medir el grado de funcionalidad del pensamiento abstracto.*

El funcionamiento del pensamiento abstracto comienza a estructurarse alrededor de los 11 años aproximadamente, y constituye un estadio de la inteligencia que forma parte del proceso de desarrollo cognitivo; el mismo, al igual que los otros estadios, no es plausible de cuantificación.

**-Punto desaconsejable:** *Establecer si la nombrada posee una acabada comprensión de un acto o relación sexual.*

No resulta esperable hallar, desde el punto de vista psicoevolutivo, una comprensión acabada de un acto o relación sexual en un niño pequeño; en su lugar, operan las profantasías o fantasías primarias, cuyos contenidos dependen de la etapa psicosexual por la que el niño se encuentra atravesando.

**-Punto desaconsejado:** *si el profesional actuante en la Entrevista de Declaración Testimonial (EDT) considera que surge relato compatible con victimización sexual, determine la realización de un estudio pericial psicológico y/o*

*psiquiátrico.*

Excede la función del Psicólogo a cargo de la EDT ordenar una prueba pericial, toda vez que no constituye su función.

**-Punto desaconsejado:** *para que el perito psicólogo y/o psiquiatra si evalúan indicadores de victimización sexual, determinen la realización de un estudio ginecológico pericial.*

Excede la función del Perito Psicólogo y el Perito Psiquiatra infantojuvenil determinar la realización de una prueba pericial distinta a la de la disciplina que ejerce.

Las reflexiones finales a través de los puntos de pericia requeridos, así como las preguntas que se nos formulan en tanto peritos al momento del debate en instancia de Tribunal Oral, constituyen los escenarios privilegiados para la interacción de los Peritos “Psi” con el derecho o discurso jurídico<sup>1</sup>.

## **PUNTOS DE PERICIA ADECUADOS**

A continuación, se exponen algunos puntos de reflexión atinentes desde la perspectiva de la psiquiatría infantojuvenil que aplican al trabajo interdisciplinario forense con la psicología.

**-Puntos periciales aconsejados en casos de NNYA presuntas víctimas de delitos contra la integridad sexual y otros tipos de violencias:**

¿Son la “*fabulación*” o el “*incremento exacerbado de la imaginación*” entidades que atañen a la valoración de aspectos del estudio propio del fenómeno psicopatológico a ponderar por el perito psiquiatra infantojuvenil?

Si así lo fuera, a nivel asistencial, la especialidad se vería mucho más desbordada aún de lo que está en la actualidad. La psiquiatría infantojuvenil a nivel asistencial está atravesando un estado crítico por la notable escasez en la disponibilidad de Recursos Humanos especializados en la atención médica en

salud mental infantojuvenil. Un análisis de las causas que han llevado a la República Argentina a dicha circunstancia excede la finalidad del presente trabajo.

Sin perjuicio de lo mencionado, desde los estudios del biólogo suizo pionero de la psicología evolutiva Jean William Fritz Piaget, sabemos que prácticamente la totalidad de un determinado rango etario de la población en su niñez atraviesa por un período en el cual la fabulación, entendida como parte del constructo de ideas, pensamientos y relatos con alto contenido imaginativo, resulta adecuado a los fines de transitar el desarrollo esperable en términos saludables de la personalidad, la creatividad y la exploración de las novedades del encuentro revelador con el marco normativo que, de manera gradual o no, le imponen a la persona en este momento particular de su desarrollo vital, su propio contexto socio ambiental.

Si a esto le sumamos la perspectiva de valoración que sin dudas incumbe a la labor pericial en psiquiatría infantojuvenil, con inclusión del paradigma de discapacidad y capacidades diferentes, la frontera entre *“lo normal y lo patológico”*, se torna aún más difusa y compleja de entender.

Una de las coordenadas orientadoras -una mirada insoslayable a esa brújula imaginaria, elemento imprescindible en la mochila del perito-, es el horizonte pericial. De modo tal resulta atinente la pregunta: ¿para qué se nos plantea el requerimiento sobre estas entidades a los peritos médicos psiquiatras infanto juveniles?

En miras a lo señalado en los párrafos precedentes, si vamos por la negativa, vamos a poder decir:

- 1) No debería ser con el objeto de delimitar verosimilitud;
- 2) Menos aún, definir elementos en torno a **LA** verdad sobre los acontecimientos que promueven de las denuncias.

Por la positiva, un punto pericial atinente podría contar, a modo de ejemplo, con el siguiente formato: *¿Existen elementos compatibles con algún padecimiento, enfermedad o trastorno psicopatológico capaz de explicar modificaciones/dificultades en la capacidad de imaginación del NNyA ?*

### **ABORDAJE RECOMENDADO**

Consideramos que al momento de solicitar el peritaje psicológico es importante evaluar algunos aspectos centrales:

#### **-Sobre la necesidad de articular la Entrevista de Declaración Testimonial (E.D.T.) con otras disciplinas periciales:**

Se destaca la importancia de que el Equipo Ley 25.852 *“Cámara Gesell”*, responsables de la E.D.T., y los profesionales a cargo de la prueba pericial psicológica y/o psiquiátrica, trabajen en forma articulada en interdisciplina con la perito médica ginecóloga, de corresponder esta última según las circunstancias del caso particular. Este tipo de abordaje coordinado permitiría optimizar la asertividad en las preguntas dirigidas de la E.D.T., al tiempo que reduce el potencial de revictimización inherente a toda prueba pericial, atento al carácter penoso que suele caracterizar los relatos de presuntas víctimas de ASIA.

#### **-Puntos periciales sobre el llamado “desvío del normal desarrollo psicosexual”.**

En el marco normativo vigente, la inclusión de la perspectiva de género, el desarrollo de las nosografías, el recorrido de sus tendencias hacia paradigmas diagnósticos más inclusivos controvierte categorizaciones del tipo *“desvío del normal desarrollo psicosexual”*. ¿Qué entendemos hoy por *“normal”*?. Resulta muy complejo expedirse desde el punto de vista pericial teniendo en consideración

que lo que resultaba patológico en materia de sexualidad hasta hace muy poco tiempo, hoy no lo es.

Si la sintomatología evaluada, en tanto signos y síntomas pueden tener relación con los hechos denunciados, el perito puede expedirse en términos de probabilidad, nunca de certeza. Asimismo, resulta imprescindible un estudio del desarrollo psicosexual individual particular para cada NNyA, a los fines de poder inferir, si se hubiera producido una evolución disruptiva de la misma.

Por lo tanto, consideramos mucho más pertinentes y plausibles de respuesta, sin perjuicio de lo analizado en puntos precedentes, preguntas con puntos periciales del tipo: *“...Asimismo, el psicólogo y/o psiquiatra designado deberá efectuar un peritaje para establecer si la damnificada presenta síntomas o signos de haber padecido algún hecho que hubiese afectado su integridad sexual y que esté relacionado con el objeto de esta investigación...”*.

**-Puntos periciales sobre posibilidad de cuantificación de daño psíquico desde la perspectiva de la psiquiatría infantojuvenil.**

Los aspectos centrales a desarrollar aquí son, desde el punto de vista de la perspectiva de la psiquiatría infantojuvenil, el concepto de neuroplasticidad sináptica - cuya tasa alcanza máximos valores durante la adolescencia- y el grado de resiliencia constitucional (*natura*). Estos resultan determinantes, junto al modelado de conductas adaptativas de afrontamiento a lo largo del crecimiento y desarrollo, las cuales pueden verse a su vez influenciadas por características socio ambientales muy diversas (*nurtura*) cuyo impacto no resulta posible mensurar de manera precisa y, menos aún, predecir en términos de pronóstico evolutivo.

Resulta altamente probable que la ausencia de baremos de “daño psíquico”

homologados para niñez y adolescencia responda a estas características que resultan particularmente significativas durante este período vital.

No habría una ponderación más precisa que aquella que pueda dar cuenta de la afectación cualitativa en términos dimensionales o, a lo sumo, de la funcionalidad, con estimaciones similares a los desgloses que se realizan para evaluar el perfil de discapacidad de acuerdo a las distintos tipos de dificultades. Es de destacar, sin embargo, que dichos sistemas de categorización no fueron diseñados para ponderar “daño psíquico”.

**CONCLUSIONES**

Este artículo subraya la relevancia de un enfoque ético y científico en las evaluaciones periciales de salud mental para niñas, niños y adolescentes. Se enfatiza que los peritos psicológicos y psiquiatras infantojuveniles deben elaborar sus dictámenes dentro de los límites de su disciplina, evitando cualquier intervención que no corresponda a su función específica. Asimismo, se resalta la complejidad del desarrollo infantil y adolescente, enfatizando la influencia de factores contextuales en la salud mental para la interpretación de los síntomas y en la comprensión del impacto de experiencias potencialmente traumáticas.

El horizonte pericial en esta población plantea la necesidad de una colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y del derecho, no sólo para respetar el bien superior del niño definido en los términos de la ley 26.061, sino también para contribuir a una justicia que sea verdaderamente reparadora de este grupo vulnerable y que resulta tributario de derechos especiales. Este enfoque integral y sensible, resulta fundamental para garantizar una evaluación justa y adecuada a las necesidades especiales que proteja y respete a los niñas, niños y

adolescentes involucrados en procesos judiciales.

Finalmente, los autores que suscriben, consideran importante no asumir roles que impliquen la validación de testimonios o la cuantificación del daño psíquico, toda vez que tales aspectos pertenecen a otras instancias del estudio forense y, en el último caso, del discurso jurídico propio de las ciencias del derecho.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Dragone, Antonio "Puntos de pericia, puntos dilemáticos" en Revista A.P.F.R.A., Año VI, N° 9, marzo 1994, Buenos Aires.
- 2- Glaser, Danya y Frosh, Stephen, Abuso sexual en niños, Buenos Aires, Paidós, 1997, p. 211.
- 3- Romi, Juan C.; García Sanmartino, Lorenzo. Algunas Reflexiones sobre la pedofilia y el abuso sexual de menores. Cuadernos de Medicina Forense. Año 3. N° 12 (93-112).
- 4- Freud, S. (1905). Obras Completas. Tomo VII. Tres ensayos de teoría Sexual. Buenos Aires (1999): 18 Reimpresión. Amorrortu Ediciones.
- 5- Erikson, E. (1993). Ocho edades del hombre. En Infancia y Sociedad. pp. 222/247). Argentina: Ediciones Homé.
- 6- Scaglia, M.A- Gravenhorst, M.C. "Alcances y limitaciones de las Peritaciones Psicológicas en los delitos contra la integridad sexual". Cuadernos de Medicina Forense, año 2, N° 1, Pag. 9-12. Mayo 2003.
- 7- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/21. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed.; DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- 8- Herman JL. Complex PTSD: A Syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Traumatic Stress 1992; 5 (3): 377-91.
- 9- Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 13, N.º 3, pp. 159-174, 2008 ISSN 1136-5420/08 Las reacciones postraumáticas en la infancia maltratada: el trauma complejo. Concepción López Soler, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- 10- Código Procesal Penal de la Nación (CPPN). Artículos 250 bis y 250 ter.
- 11- Echandía H.D. "Teoría general de la Prueba Judicial". Tomo II. Victor P. de Zavalía Editor. Bs.As. 1976.

## LA IMPORTANCIA DE LOS CUESTIONARIOS PERICIALES DENTRO DEL PROCESO JUDICIAL

### *(THE IMPORTANCE OF EXPERT QUESTIONNAIRES IN THE LEGAL PROCESS)*

---

#### RESUMEN

El presente artículo intenta presentar una buena práctica relacionada con la elaboración de los pliegos y cuestionarios periciales. El abordaje, proposición y definición de los puntos periciales es fundamental dentro del proceso judicial, toda vez que el informe pericial será un insumo clave para el juzgador al momento de dictar sentencia. La validez y eficacia de la prueba pericial sin duda alguna está íntimamente vinculada a la claridad y precisión del pliego pericial.

Suele suceder que los cuestionarios periciales no son claros ni precisos, lo que acarrea la imposibilidad de poder llegar a una respuesta objetiva, lo que además se complica aún más si no se cuenta con la documentación necesaria para poder responderlos, cuestión que indefectiblemente lleva al informe pericial a una zona de duda que atenta contra la búsqueda de la verdad, de allí que al momento de plantear los puntos a dilucidar corresponde ser directo, claro, sencillo y preciso.

Saber hacer preguntas es un arte, y con relación a los informes periciales estas son un insumo clave, vital para cumplir con el objetivo deseado. Los puntos periciales que se propongan permiten cuestionar, analizar, reflexionar y entender hechos que seguramente son controvertidos.

De allí que al momento de proponer la realización de un informe pericial y se definan puntos periciales, sería interesante contemplar, sin vulnerar el derecho de defensa, incorporar una buena práctica vinculada al asesoramiento técnico que permita establecer estos de manera clara, precisa y objetiva, buscando que sean lo más efectivos posibles.

**PALABRAS CLAVE:** *Cuestionario pericial – asesoramiento técnico – incumbencia profesional - servicio de justicia eficaz y eficiente.*

**ABSTRACT:** This article seeks to present a good practice related to the preparation of expert reports and questionnaires. The approach, proposal, and definition of expert points are fundamental within the judicial process, since the expert report will be a key input for the judge when issuing a sentence. The validity and effectiveness of expert evidence is undoubtedly closely linked to the clarity and precision of the expert report. Expert questionnaires are often neither clear nor precise, making it impossible to arrive at an objective answer. This becomes further complicated by the lack of the necessary documentation to answer them, which inevitably leads the expert report to a zone of doubt that undermines the search for truth. Therefore, when raising the points to be elucidated, it is essential to be direct, clear, simple, and precise. Knowing how to ask questions is an art, and in relation to expert reports, these are a key input, vital to achieving the desired purpose. The proposed expert points allow questioning, analyzing, reflecting on, and understanding facts that are likely controversial.

Therefore, when proposing the drafting of an expert report and defining points, it would be interesting to consider –without violating the right to defense– incorporating a good practice related to technical advice that allows these points to be established clearly, precisely, and objectively, seeking to be as effective as possible.

**KEYWORDS:** *Expert questionnaire – technical advice – professional responsibility – effective and efficient justice service.*

Mario Wolberg<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Contador Público Nacional.  
Cuerpo de Peritos del Poder Judicial de la Nación  
Especializados en Casos de Corrupción y Delitos contra la Administración Pública.

Contacto:  
mwolberg@csjn.gov.ar

## **INTRODUCCIÓN**

Un perito al momento de hacer su informe pericial, en un lenguaje sencillo, técnico y preciso busca asesorar a un profesional del Derecho en una materia que este no conoce y solicita su intervención como un paso necesario para poder impartir justicia.

El cuestionario pericial es el punto de partida de todo informe pericial, y si este no es claro y no está bien direccionado, es probable que ese informe no cumpla el objetivo para el cual fue propuesto. Inclusive, el hecho de no lograr un cuestionario acorde a lo buscado llevará al dispendio de tiempos y recursos. El paso del tiempo atenta contra un buen servicio de justicia, y por ello los cuestionarios periciales que no están debidamente estructurados y direccionados llevan a una demora injustificada en la terminación del informe pericial, además de ocasionar la búsqueda y análisis de información y documentación innecesaria, que sólo resulta en una afectación de la eficiencia y eficacia de éste. Los tiempos de los procesos judiciales dependen de esto también.

De acuerdo con el art. 260 (CPPN) es el Juez quien dirige a la pericia y *“...formulará concretamente las cuestiones a elucidar...”*, de allí que dicha formulación lo habilita a que sea él el encargado de armar el cuestionario pericial determinando los puntos de pericia<sup>1</sup>. También las partes pueden proponer preguntas, toda vez que el art. 199 (CPPN) expresa que *“Las partes podrán proponer diligencias. El juez las practicará cuando las considere pertinentes y útiles; su resolución será irrecurrible”*. Es decir, el rol del Juez es clave al momento de aceptar o no las preguntas propuestas, por lo tanto, para evitar dispendio de tiempo y recursos, una

práctica conveniente sería que las partes justifiquen debidamente esa proposición. Esa idea viene reforzada también por el art. 253 (CPPN) que manifiesta que *“El juez podrá ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica”*, pasando a ser el único que define qué se debe buscar con una pericia<sup>2</sup>.

Probablemente las partes, al momento de proponer preguntas a través de sus abogados estén asesoradas por especialistas en la materia, no así el juez, motivo por el cual sería interesante analizar la viabilidad de formalizar de alguna manera dicha posibilidad.

## **EL PROBLEMA POR ABORDAR**

Cuestionarios periciales que no brindan preguntas directas donde suele suceder que el objetivo buscado no es claramente entendido, ocasionará que tanto el perito oficial como los peritos de parte tengan deliberaciones extensas sólo para poder entender el sentido de la pregunta.

Otro tema no menor son las preguntas propuestas por las partes, y es allí donde el rol del juez es clave, aplicando el filtro necesario para entender si las mismas aclaran y ayudan a la causa, o simplemente son al solo efecto del dispendio de tiempos innecesarios, o inclusive son de imposible respuesta teniendo en cuenta la documentación existente en la causa, intentando llevar a la causa judicial al terreno de la duda.

Muchas veces ocurre que, leyendo las preguntas, claramente surge que las mismas responden a un estándar que se repite de pericia en pericia, el comúnmente llamado “copio y pego”, y se debe entender que cada causa tiene sus

<sup>1</sup>Fronti de García y Viegas, pag.321.

<sup>2</sup>Fernández, pag.212.

particularidades y, en consecuencia, cada pericia es un “mundo aparte”, donde las preguntas deberían ser exclusivas para cada una de ellas. Lo planteado no implica dejar de lado la posibilidad de armar protocolos con preguntas estandarizadas para ser utilizados en causas donde el tipo de delito y hecho investigado lucen similares<sup>3</sup>.

Las preguntas, por lo general, son hechas o propuestas por profesionales del Derecho, por lo que no poseen los conocimientos adecuados que la pericia exige, lo que puede derivar en una mala formulación de la pregunta, perdiendo eficacia la pericia, afectando su valor probatorio.

Por lo expresado previamente, hay que buscar que el cuestionario pericial tenga claridad, esté bien direccionado, y cuente con precisión, donde al leer el mismo el perito entienda que es lo que se está intentando averiguar, o de qué manera el Juez quiere ser asesorado en alguna materia que no conoce.

Entre las características no deseadas que pudieran tener los cuestionarios se destacan aquellas preguntas donde su entendimiento se torna complicado, no tienen vínculo al hecho investigado, carecen de sencillez, complicadas o enredadas, reiterativas o genéricas. Tampoco deberían tener lugar preguntas que no pertenecen a las incumbencias profesionales que están participando en el informe pericial, que no tienen vínculo alguno con el objetivo del caso examinado, es decir, todas cuestiones que lo único que hacen es dilatar en el tiempo la terminación del informe, además de desviar el foco de este.

Otra cuestión relacionada a las preguntas, y que genera conflictos en los colegios periciales, son aquellos casos donde el

cuestionario pericial contiene algún punto donde la respuesta corresponde claramente al juzgador, y es allí donde la polémica se hace presente, trayendo al ámbito de la deliberación un elemento adicional que indefectiblemente llevará a la pérdida de tiempos y desgaste entre los participantes.

En ese orden de cosas, la falta de conocimiento del Juez lleva a la mala formulación de la pregunta, donde a modo de ejemplo de preguntas no deseadas o controvertidas, se destacan aquellas que solicitan al perito que califique jurídicamente una conducta, que establezca si se cumple o no con un tipo penal, o que determine el monto de la defraudación o del perjuicio fiscal o económico, entre otras.

Caso aparte es el relacionado con las incumbencias, donde el cuestionario podría tener preguntas que no corresponden a las experticias profesionales de los peritos involucrados, generando conflictos, donde algún perito podría excusarse de responder y otro podría optar por responder la misma, otra cuestión que afectará el objetivo buscado por el informe pericial. Los peritos deben abstenerse de responder preguntas ajenas a su *expertise* profesional.

Con el objetivo de poder contestar el cuestionario de la mejor manera posible, y ante la presencia de cuestiones tales como las mencionadas precedentemente, el perito debería pedir aclaraciones, o que el punto pericial sea formulado nuevamente, solicitar mayor documentación, si esta fuera insuficiente, o hasta informar que la cuestión requerida en el informe no corresponde a su incumbencia profesional. El perito puede solicitar al Juez la reformulación de los puntos de pericia cuando estos sean imprecisos, o

<sup>3</sup>Fernández, pag.217.

que induzcan a una determinada respuesta, para de esa manera resguardar la eficacia de su informe. Asimismo, debe obrar de igual manera si las preguntas dan por cierto hechos que aparecen controvertidos.

### **EL APORTE**

En primer lugar, se destaca que los cuestionarios periciales deben ser claros y de fácil comprensión e interpretación, de manera que existan el menor margen de duda posible, impidiendo diferentes tipos de lecturas, que llevan al desvío de energías y recursos. Tal como manifiestan Racciatti y Romano<sup>4</sup> *“Los puntos periciales deben ser precisos, en relación directa con la ciencia conocida por el experto, objetivos, sin inducir una determinada respuesta”*. Precisión, certeza y objetividad, tres características que no deben faltar en ningún cuestionario pericial.

Luego de haber reseñado las distintas cuestiones que suelen aparecer en los cuestionarios periciales, y que indefectiblemente afectarán al mismo, ya sea tanto desde el punto de vista del objetivo buscado como la eficacia y la eficiencia, el presente artículo busca, fundamentalmente, hacer un aporte a la calidad del sistema, procurando ganancias respecto a los tiempos del proceso.

Entendiendo que quien hace el cuestionario puede no conocer de la materia por la cual requiere el medio de prueba, sería interesante que, al momento de diseñar el cuestionario pericial, el magistrado a cargo considere la posibilidad de solicitar algún tipo de asesoramiento técnico, de manera transparente y con la participación de todas las partes en cuestión, ya que el saber preguntar es clave en el resultado

buscado en el informe pericial, adquiriendo esta etapa una importancia vital dentro del proceso judicial, donde la suerte del informe estará indefectiblemente atada al tipo de cuestionario propuesto. En la actualidad existen procesos judiciales altamente complejos, donde el asesoramiento previo y preventivo<sup>5</sup> al momento de hacer el cuestionario sería recomendable. Encarar estos procesos complejos sin la pertinente capacidad técnica o el debido asesoramiento podría impactar negativamente en la investigación de los hechos estudiados.

### **CONCLUSIÓN**

La correcta formulación de las preguntas periciales debería ser una cuestión fundamental para tener en cuenta, debido a que la mala formulación de estas ya sea que no cuentan con claridad, resultan confusas, su existencia no aporta valor, carentes de lógica, podría conducir al juez a interpretaciones erróneas de un hecho, donde la sentencia podría llegar a no ser justa.

Se debe tender a incorporar preguntas claras, directas, que hagan a la investigación del hecho en estudio, que puedan ser respondidas con la documentación obrante en la causa, que correspondan a las incumbencias profesionales participantes, y que por sobre todas las cosas, apunten al objetivo buscado por el juzgador.

La posibilidad de darle al juez un asesoramiento preventivo al momento de hacer el cuestionario, de manera transparente, donde todas las partes puedan participar, podría ser una práctica interesante a tener en cuenta que permitiría ir hacia un informe pericial eficaz y eficiente, que cumpla con el objetivo buscado originalmente.

<sup>4</sup>Hernán Racciatti (h), Alberto Romano. Revista Zeus N° 4796, pag 2. Id SAJ: DASA940114.

<sup>5</sup>Perea Cechetto, pag. 4.

En definitiva, los cuestionarios periciales tienen una importancia fundamental para la obtención de un informe pericial que logre un justo juzgamiento de los hechos, descubriendo la verdad, para de esa manera obtener una administración de justicia eficaz y eficiente, acorde a lo exigido por toda la sociedad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Castaño, Stella M. Cuestionarios periciales. Disponible en: <https://www.consejo.org.ar/storage/attachments/PPT%20Stella%20Maris%20Casta%C3%B1o.pdf-WMDmxMWLYd.pdf> – fecha de consulta: 19/04/2024.
- Código Procesal Penal de la Nación (CPPN). Artículo N°260.
- Pereda, Natalia C. La importancia de la elaboración de los puntos de pericia. XXXII Jornadas de Actuación Judicial del Colegio de Graduados en Ciencias Económicas. 4 y 5 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.cgce.org/materiales/JAJ-2021-PEREDA.pdf> – fecha de consulta: 19/04/2024.
- Fernández, Oscar. Peritajes contables en el Fuero Penal. Editorial Osmar D. Buyatti. Julio 2019. Cap. V. Aspectos sustanciales del proceso pericial.

- Fronti de García, Luisa; Viegas, Juan Carlos. Actuación Profesional Judicial. Ediciones Macchi. Año 1998. Cap. V. Pericias en el Fuero Penal.
- Perea Cecchetto, Mariana B. Los Cuestionarios Periciales propuestos: problemática de su contenido y posibles soluciones. 21° Congreso Nacional de Profesionales en Ciencias Económicas. Tucumán, 28, 29 y 30 de septiembre de 2016.
- Pierino Dell´Elce, Quintino. ¿Es necesario e importante contar con un asesoramiento previo para disponer la realización de un estudio pericial contable? XXXVIII Simposio Nacional de Profesores de Práctica Profesional. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Norte de Santo Tomás de Aquino. San Miguel de Tucumán 25 y 26 de agosto de 2016.
- Popritkin, Alfredo. Como embarrar la cancha de los peritos. Disponible en: <https://justa.acij.org.ar/articulos/2021-07-1-embarrar-la-cancha> – fecha de consulta: 19/04/2024.
- Racciatti, Hernán (h), Romano, Alberto. Pautas generales sobre formulación de puntos periciales. 17 de noviembre de 1993. Revista Zeus N° 4796, pag 2. Id SAIJ: DASA940114.

*Las opiniones o puntos de vista expresados en el presente artículo son responsabilidad exclusiva del autor y no necesariamente expresan los del Cuerpo de Peritos del Poder Judicial de la Nación especializados en Casos de Corrupción y Delitos contra la Administración Pública.*



## VALORACIÓN FUNCIONAL DE RODILLA A FINES PREVISIONALES

### *(FUNCTIONAL EVALUATION OF THE KNEE FOR PREVISIONAL PURPOSES)*

---

#### RESUMEN

La valoración funcional de la rodilla con fines previsionales debe ser integral, objetiva y ajustada a criterios normativos vigentes, permitiendo estimar con precisión el impacto de la incapacidad del peticionante. Las patologías degenerativas como la osteoartritis y las lesiones traumáticas son causas frecuentes de limitación funcional de la rodilla con implicancia previsional. La artroplastia y otras intervenciones quirúrgicas, si bien mejoran la calidad de vida, pueden dejar secuelas funcionales persistentes. La aplicación adecuada del Baremo requiere integrar la historia clínica, hallazgos físicos y estudios complementarios en función del grado de limitación articular. En un contexto donde las patologías de la rodilla son cada vez más prevalentes debido al envejecimiento de la población y al aumento de condiciones crónicas, resulta crucial que los profesionales involucrados en estas evaluaciones mantengan un enfoque riguroso y actualizado.

**PALABRAS CLAVE:** *rodilla, osteoartritis, evaluación de discapacidad, medicina legal.*

*Gustavo Casaliba<sup>1</sup>,  
Patricio Pérez  
Aquino<sup>2</sup>, Carlos  
Romero<sup>3</sup>*

#### ABSTRACT

The functional assessment of the knee for disability evaluation must be comprehensive, objective, and aligned with current regulatory standards, enabling an accurate estimation of the claimant's functional impairment. Degenerative conditions such as osteoarthritis and traumatic injuries are common causes of functional limitation of the knee with implications for disability determination. While arthroplasty and other surgical interventions often improve quality of life, they may leave persistent functional sequelae. The proper application of disability rating scales requires the integration of medical history, physical examination findings, and complementary studies, in accordance with the degree of joint limitation. In a context where knee pathologies are increasingly prevalent due to population aging and the rise of chronic conditions, it is essential that professionals involved in these evaluations maintain a rigorous and up-to-date approach.

**KEYWORDS:** *knee, osteoarthritis, disability assessment, legal medicine.*

*<sup>1</sup>Médico traumatólogo. Perito Médico del Cuerpo Médico Forense.  
<sup>2</sup>Médico anestesista. Perito Médico del Cuerpo Médico Forense.  
<sup>3</sup>Médico genetista. Perito Médico del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

Contacto:  
[gcasaliba@csjn.gov.ar](mailto:gcasaliba@csjn.gov.ar)

## **INTRODUCCIÓN**

La evaluación funcional de la rodilla ocupa un lugar central en el ámbito de la medicina laboral, la traumatología y la rehabilitación funcional, particularmente cuando se orienta a determinar capacidades y limitaciones con fines previsionales. La rodilla, como una de las articulaciones más complejas y funcionalmente significativas del cuerpo humano, desempeña un papel crítico en actividades de la vida diaria, laboral y deportiva. Su integridad estructural y funcional es esencial para la locomoción, el mantenimiento de la postura y la calidad de vida en general, por lo que su estudio adecuado es un factor limitante al momento de ponderar la minusvalía.

Con el envejecimiento y el aumento de condiciones crónicas que afectan a esta articulación, como la osteoartritis, los trastornos degenerativos y las lesiones traumáticas, la demanda que requiere su precisa valoración ha crecido exponencialmente. Este aumento también se ha reflejado en el ámbito previsional, donde el reconocimiento de la incapacidad asociada, requiere una fundamentación objetiva y basada en adecuados parámetros clínicos que puedan ser reproducibles.

## **LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA RODILLA**

La rodilla es una articulación sinovial compleja que combina estabilidad y movilidad mediante una interacción sofisticada de estructuras óseas, ligamentos, cartílago, meniscos y músculos. Estas estructuras trabajan en conjunto para soportar cargas considerables y permitir los movimientos de flexión, extensión y rotación. La disfunción en cualquiera de estos componentes puede resultar en dolor, disminución de la movilidad y alteraciones en la biomecánica, afectando

directamente la capacidad laboral y funcional del individuo.

En el contexto previsional, la evaluación funcional de la rodilla tiene como objetivo establecer el grado de discapacidad asociado a una patología específica, determinar el impacto de esa discapacidad en las actividades laborales y extrapolar estas conclusiones al ámbito de la legislación previsional. Esto requiere un enfoque multidisciplinario que integre herramientas clínicas, escalas de evaluación estandarizadas y métodos por imagen, así como el juicio experto del médico evaluador.

## **PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LA RODILLA CON IMPACTO PREVISIONAL**

Entre las patologías que afectan la rodilla y tienen relevancia en el ámbito previsional, destacan:

**1.-Osteoartritis (OA):** Una enfermedad degenerativa que compromete el cartílago articular y las estructuras periarticulares, ocasionando dolor, rigidez y limitación funcional. Es actualmente la enfermedad articular degenerativa más común en todo el mundo, su prevalencia aumenta con la edad y es la principal causa de discapacidad en la población anciana.<sup>1</sup> Se estima que aproximadamente 240 millones de personas en todo el mundo padecen OA sintomática. Esta cifra resalta la magnitud del problema de salud pública que representa la OA, afectando a un número significativo de personas a nivel global.<sup>2</sup>

La prevalencia de la OA varía significativamente entre diferentes grupos demográficos, influenciada por factores como la edad, el sexo, la raza y los factores genéticos.<sup>3</sup> Si bien la incidencia de OA en la rodilla ha sido objeto de varios estudios con resultados dispares, los hallazgos indican un aumento significativo en las tasas a lo largo del tiempo.<sup>4</sup> Un

estudio realizado en Reino Unido reportó 494,716 casos de OA clínica entre 1997 y 2017, con una tasa de 6.8 (IC del 95%: 6.7-6.9) por cada 1000 años-persona, estandarizada por edad y sexo, concluyendo que aproximadamente uno de cada diez adultos padece OA sintomática diagnosticada clínicamente, siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada.<sup>5</sup> Un estudio realizado en España (EPISER2016) que incluyó a individuos mayores de 20 años reveló que el 29,35% de las personas (prevalencia ponderada) presentaba osteoartritis en una o más localizaciones (incluyendo la columna vertebral, las manos, las caderas y las rodillas), según preguntas de detección que correspondían a los criterios clínicos del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y que el 13,83% presentaba OA de rodilla.<sup>6</sup>

La incidencia de OA en la rodilla está asociada con varios factores de riesgo, incluyendo la obesidad, lesiones previas en la rodilla (como lesiones del ligamento cruzado anterior y del menisco), y la participación en ciertos deportes.<sup>7</sup> Las personas que practican fútbol (profesional o amateur), carreras de larga distancia, levantamiento de pesas de competición y lucha libre tienen una mayor prevalencia de OA de rodilla y deberían ser objeto de estrategias de reducción del riesgo.<sup>8</sup>

La obesidad aumenta tres veces el riesgo de padecer OA de rodilla<sup>9</sup> y representa uno de los factores de riesgo relevantes para su desarrollo, ya que determina un aumento en la carga mecánica sobre las articulaciones con mayor progresión del deterioro del cartílago y así de la enfermedad articular.<sup>10</sup> Además, el tejido adiposo produce las denominadas adipocinas proinflamatorias (adipocinas), como la leptina, adiponectina y visfatina entre otras, que afectan negativamente la homeostasis articular y cuya acción tanto endocrina, autocrina y paracrina se

encuentra implicada en la inflamación crónica de bajo grado. Se ha observado que los niveles elevados de leptina están asociados con la gravedad de la enfermedad y el dolor articular, por lo que esta citoquina contribuiría al aumento de la inflamación en las articulaciones afectadas por OA, agravando los síntomas y la progresión de la enfermedad por aumento de la degradación del colágeno articular. También otras citoquinas proinflamatorias como las interleucinas (IL1 e IL1beta) se secretan en estadios tempranos de la enfermedad y representan un nuevo blanco para el tratamiento farmacológico.<sup>11</sup>

**2.-Lesiones ligamentarias:** La ruptura del ligamento cruzado anterior (LCA) y otras lesiones ligamentosas pueden alterar significativamente la estabilidad articular, afectando la funcionalidad y predisponiendo a condiciones degenerativas secundarias.<sup>12</sup> Las lesiones del LCA tienen una incidencia de 0,05 y 0,08 por cada mil exposiciones en hombres y mujeres, respectivamente<sup>13</sup> y son causa de inestabilidad en la rodilla, con el riesgo de que un tratamiento inadecuado pueda provocar otras lesiones de sus componentes, como daños en el cartílago articular y así osteoartritis precoz.<sup>14</sup> Estudios recientes sugieren que alteraciones en la carga de la articulación fémoro rotuliana después de la reconstrucción del LCA están asociadas con una mayor prevalencia y progresión de la OA en esa zona específica de la rodilla.<sup>15</sup> Por lo tanto, resulta crucial que los pacientes con lesiones del LCA reciban un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como un adecuado seguimiento a largo plazo, para mitigar el riesgo de progresión hacia la osteoartritis.

**3.- Lesiones meniscales:** Los desgarramientos meniscales son comunes y, si no se manejan adecuadamente, pueden contribuir al desarrollo de osteoartritis. Los

meniscos, estructuras fibrocartilaginosas ubicadas entre el fémur y la tibia, cumplen un rol fundamental en la absorción de cargas, la estabilización articular y la lubricación de la rodilla. Su lesión, ya sea traumática o degenerativa, puede comprometer estas funciones y generar una importante limitación funcional.

Diversos estudios han demostrado que las roturas meniscales con mayor compromiso radial y extrusión están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar osteoartritis (OA) radiográfica con el tiempo.<sup>16</sup> Esto se debe a que el menisco desempeña un papel clave en la distribución de cargas, absorción de impactos y estabilidad articular. Cuando una rotura meniscal se extiende en sentido radial, interrumpe las fibras de colágeno circunferenciales, lo que compromete la capacidad del menisco para distribuir las fuerzas de manera uniforme en la articulación de la rodilla. Además, la extrusión meniscal, que ocurre cuando el menisco se desplaza más allá del margen del platillo tibial, disminuye el área de contacto articular y aumenta el estrés sobre el cartílago. Este desequilibrio biomecánico acelera el desgaste del cartílago y favorece la progresión de la OA. Las rodillas con daño meniscal, especialmente aquellas con roturas radiales y extrusión significativa, tienen una mayor probabilidad de desarrollar estrechamiento del espacio articular y formación de osteofitos, que son marcadores clave de OA en estudios radiográficos.<sup>17,18</sup>

Desde el punto de vista clínico y previsual, las lesiones meniscales se pueden presentar con dolor, inflamación, bloqueos articulares y restricción del rango de movimiento. La inestabilidad mecánica resultante puede predisponer a la progresión de la osteoartritis, especialmente si la lesión no se trata adecuadamente. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica mediante manio-

bras como la de McMurray y Apley, complementadas con estudios por imágenes, principalmente la resonancia magnética.

El tratamiento varía según el tipo de lesión, el grado de limitación funcional y la edad del paciente, desde el manejo conservador con fisioterapia hasta la menisectomía parcial o la sutura meniscal en casos seleccionados. Inicialmente, se realizaban menisectomías completas mediante artrotomía, lo que conllevaba un alto riesgo de desarrollar artrosis precoz. Actualmente, se prioriza la preservación meniscal a través de técnicas menos invasivas, como la menisectomía parcial artroscópica y la sutura meniscal, buscando mantener la mayor cantidad posible de tejido meniscal funcional.<sup>19</sup>

**4.- Fracturas y traumas:** Las fracturas periarticulares y las luxaciones de rodilla representan eventos de alta energía que requieren una atención especializada y pueden dejar secuelas funcionales duraderas.

Las fracturas periarticulares afectan a los huesos que forman la articulación de la rodilla, como el fémur distal, la tibia proximal y la rótula. Estas fracturas pueden involucrar desplazamiento de fragmentos óseos, lo que puede afectar la congruencia articular y la estabilidad de la rodilla. El tratamiento suele requerir cirugía para restaurar la anatomía articular y evitar complicaciones a largo plazo, como la artritis postraumática.<sup>20</sup>

Por otro lado, la luxación de rodilla implica el desplazamiento de los huesos que conforman la articulación de la misma. Estas lesiones son menos frecuentes pero extremadamente graves, ya que pueden comprometer estructuras importantes como los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios. La reducción de la luxación debe realizarse de manera urgente para evitar daño permanente a las estructuras

articulares y neuromusculares. En muchos casos, la cirugía es necesaria para reparar ligamentos rotos o reconstruir los daños en los huesos y los tejidos blandos.<sup>21</sup> Ambas lesiones pueden dejar secuelas funcionales duraderas. La afectación funcional puede persistir incluso después de un tratamiento adecuado, especialmente si hubo un daño significativo en los ligamentos, cartílago o vasos sanguíneos. Las secuelas más comunes incluyen restricción del rango de movimiento, dolor crónico, inestabilidad y limitación funcional, lo que puede afectar la calidad de vida de los pacientes. La rehabilitación postoperatoria, que incluye fisioterapia y ejercicios de fortalecimiento, es esencial para recuperar la función articular y prevenir complicaciones a largo plazo.

**5.- Artritis inflamatorias:** Enfermedades como la artritis reumatoide pueden comprometer severamente la funcionalidad de la rodilla debido a inflamación crónica y deformidades progresivas. Las artritis inflamatorias, como la artritis reumatoide (AR), son enfermedades autoinmunes que afectan diversas articulaciones del cuerpo, incluida la rodilla. En la artritis reumatoide, el sistema inmunológico ataca erróneamente las estructuras articulares, causando inflamación crónica en las membranas sinoviales, que son las que recubren las articulaciones. Esta inflamación persistente puede dar lugar a una serie de cambios destructivos en la rodilla, comprometiendo gravemente su funcionalidad.<sup>22</sup>

La inflamación crónica provoca un desgaste progresivo del cartílago articular, lo que a su vez lleva a la destrucción ósea y la deformación articular. Con el tiempo, los tejidos blandos, como los ligamentos y tendones, también pueden verse afectados, lo que aumenta la inestabilidad de la rodilla. Como resultado, los pacientes con artritis reumatoide pueden experimentar

dolor intenso, rigidez y una limitación significativa en el rango de movimiento de la rodilla.<sup>23, 24</sup> Las deformidades progresivas son una característica común en la artritis reumatoide. La inflamación continua puede causar cambios en la alineación de la articulación, lo que lleva a la desviación de la pierna, como el genu valgo (pierna en forma de "X") o el genu varo (pierna en forma de "O"). Estas deformidades pueden empeorar aún más la función de la rodilla y aumentar la dificultad para caminar o realizar actividades cotidianas.<sup>25</sup>

El tratamiento de la artritis reumatoide se basa en la combinación de medicación antiinflamatoria, modificadores de la enfermedad (como los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad - DMARDs por sus siglas en inglés *Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*) y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas. La cirugía, como la reconstrucción articular o la artroplastia de rodilla, puede ser necesaria en etapas avanzadas para restaurar la función de la articulación y aliviar el dolor.<sup>26,27,28</sup> La rehabilitación también juega un papel fundamental en el manejo de la artritis reumatoide, enfocándose en la mejora de la movilidad, el fortalecimiento muscular y la reducción de la rigidez. Si bien la artritis reumatoide puede comprometer severamente la funcionalidad de la rodilla, un tratamiento adecuado y un enfoque integral pueden ayudar a los pacientes a mantener su independencia y calidad de vida.<sup>29</sup>

**6.- Condiciones postquirúrgicas:** Las secuelas de artroplastias parciales o totales, reparaciones meniscales o reconstrucciones ligamentarias también deben ser consideradas en la evaluación previsual. Estos procedimientos quirúrgicos, aunque fundamentales para mejorar la calidad de vida y restaurar la función articular, pueden dejar secuelas que po-

tencialmente afecten la capacidad funcional del paciente en el futuro.

La artroplastia parcial o total de rodilla se realiza en pacientes con osteoartritis avanzada o lesiones articulares graves, y tiene como objetivo restaurar la alineación y la movilidad de la articulación. Sin embargo, las secuelas postquirúrgicas son comunes, como la rigidez articular, dolor residual, inestabilidad o la afectación de la función debido a la alteración de la mecánica articular. A largo plazo, el desgaste del implante o la afectación del tejido óseo circundante también pueden provocar complicaciones, como la necesidad de una revisión quirúrgica.<sup>30</sup>

Las reparaciones meniscales tienen como objetivo preservar la función del menisco, evitando así la progresión de la artrosis. Sin embargo, no todos los meniscos son reparables, y la recuperación funcional puede verse comprometida si hay complicaciones, como el fallo de reparación o la extrusión meniscal. Además, las lesiones meniscales pueden asociarse con daño a otros ligamentos o cartílago articular, lo que aumenta la probabilidad de secuelas a largo plazo. En algunos casos, los pacientes pueden experimentar limitación en el rango de movimiento o dolor crónico.<sup>31</sup>

Las reconstrucciones ligamentarias como la cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA), son procedimientos comunes en pacientes con inestabilidad de rodilla secundaria a desgarros de estas estructuras. Aunque estas cirugías pueden restaurar la estabilidad y la funcionalidad, los pacientes pueden seguir presentando dolor, rigidez, inestabilidad residual o pérdida de fuerza muscular debido a la alteración de la biomecánica de la rodilla. A largo plazo, existe el riesgo de desarrollar osteoartritis postraumática, especialmente si el cartílago articular ha sido afectado.<sup>32, 33</sup>

El examen previsional debe considerar

estas posibles secuelas para evaluar la capacidad funcional del peticionante, ya que estas intervenciones quirúrgicas pueden impactar en su rendimiento físico, en su capacidad para realizar tareas laborales o en su calidad de vida. Además, es importante tener en cuenta el pronóstico individual, ya que la rehabilitación postquirúrgica, el seguimiento médico y la adaptación a nuevas limitaciones juegan un papel fundamental en la evolución a largo plazo. Por lo tanto, la evaluación previsional de pacientes que han tenido estas intervenciones debe ser exhaustiva, integrando la historia clínica, la función actual y la limitación funcional al momento del examen físico, para proporcionar una valoración precisa de la capacidad funcional y la necesidad de apoyo adicional, ya sea en términos de adaptación laboral o de cuidado continuo.

## **HERRAMIENTAS CLÍNICAS PARA LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA RODILLA**

### **1. Evaluación clínica**

Cuando se examina al peticionante en el consultorio, es importante valorarlo en bipedestación, durante la marcha, y en decúbito supino ya que podemos apreciar deformidades, deseos y si la marcha es eubásica o disbásica (claudicación, inestabilidad articular), así como si utiliza bastón o andador. El interrogatorio debe ir dirigido hacia la individualización de antecedentes traumáticos, enfermedades reumáticas, oncológicas, endócrinas, infecciosas, historia de abuso de sustancias (alcohol principalmente) tratamiento inmunosupresor entre posibles causas de patología articular. Debemos evaluar también sintomatología que pueda depender de procesos que se manifiestan con dolor en rodilla, patología lumbar y de la cadera. Es importante conocer qué tipo de trastornos tienen mayores probabilidades de ser encontrados en un paciente dado. Por ejemplo, en un paciente joven, activo,

podemos buscar o esperar encontrar lesiones de tipo ligamentarias, secuelas de fracturas y en un paciente anciano buscaremos patología degenerativa de la articulación y la osteonecrosis.

Habiendo realizado el interrogatorio, se procede a realizar el examen físico en un entorno que posea iluminación adecuada y temperatura agradable ya que debemos examinar al paciente en ropa interior o pantalones cortos que permitan ver el miembro en toda su extensión. El examen debe hacerse en forma sistemática a fin de evitar errores por omisión; aunque puede estar dirigido en función de la edad y el diagnóstico probable. Por ejemplo, a menudo no se busca una desalineación horizontal en pacientes adolescentes como tampoco es apropiado solicitar a una mujer anciana que presenta artrosis evidente que adopte una posición en cuclillas.

Luego de haber observado al paciente en bipedestación y marchando, le solicitamos que se siente y observamos si tiene dificultad para subirse a la camilla. Desde la posición de flexión, la rodilla se extiende activamente y el movimiento se repite contra resistencia. En este momento evaluamos la presencia de crepitación articular, debilidad muscular y latencia en la extensión. Después se debe realizar la prueba de rotación de Steinman y se mide la perímetría muscular a nivel del cuádriceps. A continuación, el paciente se recuesta y se busca la presencia de cicatrices, tumefacciones y cambios de coloración en toda la superficie de la rodilla.

Se debe palpar la rodilla para detectar tumefacción de partes blandas, derrames y quistes ubicados en torno de la línea articular y en la fosa poplíteica, así como el agrandamiento de las bolsas serosas de la rodilla (bursa pre rotuliana, bursa de la pata de ganso). A su vez debe investigarse la presencia de hiperalgesia sobre la línea articular en los reparos óseos del fémur,

de la tibia y en las inserciones de los tendones y ligamentos. Se debe registrar el rango de movimiento exacto comparado con el de la rodilla contralateral y debe consignarse cualquier pérdida de la extensión cuando las piernas son levantadas desde los talones, así como la medición de la amplitud de la flexión.

Para examinar la rótula es preciso palpar la superficie de la misma y los tejidos blandos circundantes, realizando la prueba de choque para poner en evidencia la presencia (o ausencia) de derrame articular. Se deben efectuar las maniobras de valoración de los meniscos, entre ellas las de Mc Murray y Apley (se lleva a cabo en decúbito ventral) sin omitir la palpación de la interlínea articular en flexión y en la posición de decúbito ventral, examinando el hueco poplíteico en busca de tumoraciones (quiste poplíteico, aneurismas, tumores primarios). Este examen debe incluir siempre el estudio de las caderas y también de los pies.

## 2. Maniobras de exploración semiológica

Existen varias maniobras que deben realizarse en forma comparativa y consignar en el examen físico del peticionario:

**Choque rotuliano:** Se determina con el paciente en decúbito dorsal, con una mano apoyada sobre la rótula en los fondos de saco subcuadrípales comprimiendo hacia abajo, y con el dedo índice de la otra mano se presiona la rótula. Si hay derrame se percibe un peloteo de la misma. Su presencia indica derrame articular y se consigna como ausente o presente.

**Bostezo articular:** Es una prueba que evalúa la estabilidad de los ligamentos laterales de la rodilla. Consiste en aplicar una fuerza en varo o valgo (hacia afuera o hacia adentro) para determinar si hay laxitud o lesión en los ligamentos laterales. Se realiza colocando una mano en la rodilla del lado opuesto al ligamento

que se va a evaluar, y la otra mano en el tobillo generando un varo o valgo forzado (según corresponda) y que pondrá en evidencia la lesión, acentuar el varo o valgo. Resulta positivo cuando se observa apertura excesiva de la articulación, lo que sugiere una lesión ligamentaria.

**Signo del cajón:** El signo del cajón resulta de la maniobra que evalúa la estabilidad anteroposterior de la rodilla. Consiste en movilizar la tibia hacia adelante (cajón anterior) o hacia atrás (cajón posterior) en relación con el fémur para determinar si hay lesión en los ligamentos cruzados. Se realiza con la rodilla a 90° de flexión y con el pie estabilizado contra el muslo del examinador en la camilla. Después de evaluar el aspecto por comparación de las dos rodillas en posición de reposo, abrazando la pierna con las manos y los pulgares apoyados en la tuberosidad ante-

rior de la tibia, se realiza un movimiento de tracción hacia adelante y hacia atrás que evidencia la existencia de una lesión. El cajón anterior evalúa la integridad del ligamento cruzado anterior (LCA) y el cajón posterior la integridad del ligamento cruzado posterior (LCP) (tabla 1).

**Prueba de Lachman:** Consiste en movilizar la tibia hacia adelante en relación con el fémur, con la rodilla ligeramente flexionada (20-30°). Con la rodilla en flexión ligera, se toma con una mano el muslo por encima de la rodilla y con la otra la pierna del peticionario, y se imprime un movimiento de tracción anterior para poner en evidencia la lesión del ligamento cruzado anterior. Es una maniobra que evalúa la estabilidad anteroposterior de la rodilla, específicamente la función del ligamento cruzado anterior (LCA) (tabla 1).

CARACTERÍSTICAS	PRUEBA DE LACHMAN	SIGNO DEL CAJÓN ANTERIOR
Posición de la rodilla	Rodilla flexionada a 20-30°	Rodilla flexionada a 90°
Sensibilidad	Más sensible para lesiones agudas	Menos sensible en lesiones agudas
Especificidad	Alta	Alta
Operatividad	Más fácil en pacientes con dolor o hinchazón	Menos fácil en casos agudos debido al dolor

**Tabla 1.** Comparación entre la prueba de Lachman y el Signo del Cajón Anterior. Casaliba G., Pérez Aquino P., Romero C.D.

**Prueba de *pivot shift* o desplazamiento del pivote:** es una maniobra dinámica que reproduce la sensación de desplazamiento o "pérdida de control" que experimentan los pacientes con una lesión del LCA. Esta prueba evalúa la inestabilidad anterolateral de la rodilla, que ocurre cuando la tibia se subluxa hacia adelante en relación con el fémur durante ciertos movimientos. Es una maniobra de mayor complejidad y que requiere entrenamiento. Con el paciente en decúbito dorsal (acostado boca arriba) y con la pierna relajada, el examinador se coloca al lado de la pierna a evaluar. Con una mano, sujeta el pie del paciente y lo levanta, flexionando la rodilla ligeramente (unos 20-30°) y con la otra mano, coloca el pulgar en la parte posterior del cóndilo femoral lateral y los dedos en la parte proximal de la tibia. El examinador aplica una fuerza en valgo (hacia adentro) y una ligera rotación interna de la tibia mientras extiende lentamente la rodilla. A medida que la rodilla se acerca a los 20-30° de flexión, el examinador siente un resalto o "desplazamiento" cuando la tibia se reduce (vuelve a su posición normal) debido a la acción del LCA. Pone en evidencia lesiones del ligamento cruzado anterior.

**Signo de Bragard:** Resulta de una maniobra que evalúa la sensibilidad en la interlínea articular de la rodilla (el espacio entre el fémur y la tibia) para identificar lesiones meniscales. La técnica consiste en aplicar presión en la interlínea articular mientras se realizan movimientos de flexión y extensión de la rodilla, buscando puntos dolorosos en ellas. Estos se atenúan o desaparecen al flexionar la rodilla sin dejar la palpación. Su positividad indica lesión en la parte anterior del menisco interno o externo.

**Signo de Steinman:** Proviene de la maniobra que evalúa la presencia de dolor

en la interlínea articular de la rodilla durante movimientos de rotación. Consiste en aplicar presión en la interlínea articular mientras se realiza rotación interna y externa de la tibia sobre el fémur. Se efectúa con rodillas en flexión, aplicando la presión durante la rotación de la tibia. Sugiere lesión de menisco externo si el dolor se provoca en la rotación interna, y lesión del menisco interno durante la rotación externa (tabla 2).

**Prueba de McMurray:** Es una maniobra clínica utilizada para diagnosticar lesiones meniscales donde el examinador coloca una mano en la rodilla (dedos en la interlínea articular) y con la otra mano se sujeta el talón. Para evaluar el menisco externo, se extiende lentamente la rodilla mientras se aplica rotación interna del pie y compresión en valgo (hacia adentro). Para evaluar el menisco interno se extiende la rodilla con rotación externa del pie y compresión en varo (hacia afuera). La prueba es positiva cuando se percibe un chasquido o si genera dolor agudo durante el movimiento (tabla 2).

**Prueba de Apley:** También llamada "prueba de compresión-distracción", es una maniobra clínica diseñada para diferenciar entre lesiones meniscales y ligamentarias. Fue descrita por el ortopedista Alan Graham Apley en 1947 y sigue siendo una prueba fundamental en el examen físico de rodilla. Se realiza en decúbito prono y con la rodilla flexionada a 90°. Con el paciente en decúbito ventral se rota sobre el fémur mediante la compresión axial. Esta parte es positiva si existe un desgarramiento meniscal, luego la maniobra se repite pero esta vez se aplica distracción en la articulación de la rodilla. Se supone que esta maniobra distingue entre lesiones meniscales y ligamentarias. La maniobra tiene dos fases: la prueba de compresión, la cual evalúa meniscos y la

prueba de distracción donde se evalúan los ligamentos. Primero el examinador coloca su rodilla sobre el muslo del paciente para estabilizarlo. Con ambas manos, aplica compresión axial (hacia abajo) sobre el pie mientras rota internamente y externamente la tibia. La maniobra es positiva si presenta dolor y chasquido (lesión meniscal). Luego, y en la misma posición, el examinador tracciona el pie hacia arriba (distracción) mientras rota la tibia. Será positiva si hay presencia de dolor sin chasquidos (lesión ligamentaria) (tabla 2).

### 3.-Consideraciones sobre el Baremo Previsional

El Baremo Nacional Previsional Decreto N°478/98 en su capítulo Osteoarticular establece que para determinar el compromiso funcional producido por afecciones generales como por patología articular traumática o no, se considerará el tipo de afección, tratamiento médico quirúrgico realizado, terapias de rehabilitación, tiempo de evolución y secuelas. En la evaluación de la movilidad se tendrá como cero fisiológico de donde parten la totalidad de los movimientos.<sup>34</sup>

En el caso de la rodilla el arco de movilidad está ponderado de 0° (máxima extensión) a 150° (máxima flexión). También está ponderada la inestabilidad articular por lesión ligamentaria y la incapacidad posterior a un reemplazo articular, aunque el resultado postquirúrgico haya sido óptimo. Si la incapacidad de la rodilla coexiste con alguna incapacidad articular del miembro inferior homolateral, se debe restar al valor de la totalidad del miembro inferior que el decreto establece (en 60%) y la incapacidad valorada se sumará luego al resto de las incapacidades halladas (recordar que habitualmente son personas con diversas comorbilidades). Por ejemplo: cadera limitada en flexión 90° (1%), extensión 20° (1%) y rotación interna 20° (3%); total 5%. Rodilla homolateral limitada en flexión 140° (1%), extensión 10° (6%); total 7%. Incapacidad del miembro inferior: 60% - 7% = 53%. 5% de 53% = 2.65%. Entonces Incapacidad del miembro inferior: 7% + 2.65% = 9.65%. Esto se agregará luego al resto de las patologías halladas para calcular la incapacidad total.

	SIGNO DE STEINMAN	MANIOBRA DE McMURRAY	MANIOBRA DE APLEY
Qué evalúa	Dolor en la interlínea articular	Desgarros meniscales con chasquidos	Desgarros meniscales con compresión
Posición del paciente	Rodilla flexionada a 90°	Rodilla flexionada y extendida dinámicamente	Rodilla en decúbito prono (boca abajo)
Sensibilidad	Moderada	Alta	Moderada
Especificidad	Moderada	Alta	Moderada

**Tabla 2.** Pruebas meniscales.  
Casaliba G., Pérez Aquino P., Romero C.D.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La evaluación funcional de la rodilla con fines previsionales constituye un desafío interdisciplinario que requiere integrar conocimientos de anatomía, fisiología, biomecánica, medicina legal y legislación laboral. No solo demanda un conocimiento profundo de la anatomía y fisiología de la rodilla, sino también una comprensión clara de las implicaciones legales y laborales que derivan de las limitaciones funcionales. Este enfoque permite fundamentar decisiones ajustadas a derecho, tanto en el reconocimiento de incapacidades como en la asignación de beneficios previsionales. En un contexto donde las patologías de la rodilla son cada vez más prevalentes debido al envejecimiento de la población y al aumento de condiciones crónicas, resulta crucial que los profesionales involucrados en estas evaluaciones mantengan un enfoque riguroso y actualizado. La combinación de herramientas clínicas, escalas estandarizadas y estudios por imagen, junto con un análisis biomecánico detallado, permite obtener una valoración precisa y objetiva de las capacidades y limitaciones del individuo.

Es importante destacar que este proceso no solo tiene un impacto en la vida del peticionante, sino también en el sistema previsional en su conjunto. Una evaluación bien realizada no solo asegura que los beneficios se asignen de manera justa, sino que también promueve la confianza en el sistema, al demostrar que las decisiones están basadas en evidencia sólida y en un análisis exhaustivo de cada caso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Zhan P, Huang S, Chen D, et al. Echinatin inhibits osteoarthritis through the NF- $\kappa$ B signaling pathway. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*. Published online January 2, 2025.
- 2.-World Health Organization. Chronic rheumatic conditions [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Dec 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>.
- 3.-Aubourg G, Rice SJ, Bruce-Wootton P, et al. Genetics of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(5):636–49.
- 4.-Pereira D, Peleteiro B, Araújo J, et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011;19(11):1270–85.
- 5.-Swain S, Sarmanova A, Mallen C, et al. Trends in incidence and prevalence of osteoarthritis in the United Kingdom: findings from the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *Osteoarthritis Cartilage*. 2020;28(6):792–801.
- 6.-Blanco FJ, Silva-Díaz M, Quevedo Vila V, et al. Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatol Clin*. 2021;17(8):461–70.
- 7.-Alentorn E, Samuelsson K, Musahl V, et al. The association of recreational and competitive running with hip and knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 47(6):373–90.
- 8.-Driban JB, Hootman JM, Sitler MR, et al. Is participation in certain sports associated with knee osteoarthritis? A systematic review. *J Athl Train*. 2017 52(5):497–506.
- 9.- Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010;18(1):24–33.
- 10.-Hart HF, van Middelkoop M, Stefanik J, et al. Obesity is related to incidence of patellofemoral osteoarthritis: the Cohort Hip and Cohort Knee (CHECK) study. *Rheumatol Int*. 2020;40(2):227–32.

- 11.-Ait Eldjoudi D, Cordero Barreal A, Gonzalez M, et al. Leptin in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: player or bystander? *Int J Mol Sci.* 2022 23(5):2859.
- 12.-Akbari Aghdam H, Shahrokh SG, Ahmadi O, et al. Evaluation of the relative frequency of preinjury activity recovery in anterior cruciate ligament replacement patients: a cohort study. *Adv Biomed Res.* 2024;13(1):117.
- 13.-Gornitzky AL, Lott A, Yellin JL, et al. Sport-specific yearly risk and incidence of anterior cruciate ligament tears in high school athletes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2016; 44(10):2716–23.
- 14.-Huang Z, Cui J, Zhong M, et al. Risk factors of cartilage lesion after anterior cruciate ligament reconstruction. Risk factors of cartilage lesion after anterior cruciate ligament reconstruction. *Frontiers in cell and developmental biology,* 10, 935795.
- 15.-Schache AG, Sritharan P, Culvenor AG, et al. Patellofemoral joint loading and early osteoarthritis after ACL reconstruction. *J Orthop Res.* 2023; 41: 1419-9.
- 16.-Badlani JT, Borrero C, Golla S, et al. The effects of meniscus injury on the development of knee osteoarthritis: data from the osteoarthritis initiative. *Am J Sports Med.* 2013;41(6):1238-44.
- 17.-Englund M, Guermazi A, Lohmander SL. The role of the meniscus in knee osteoarthritis: a cause or consequence? *Radiol Clin North Am.* 2009;47(4):703-12.
- 18.-Krych AJ, Hevesi M, Leland DP, et al. Meniscal root injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2020;28(12):491-499.
- 19.-Simonetta R, Russo A, Palco M, et al. Meniscus tears treatment: The good, the bad and the ugly-patterns classification and practical guide. *World J Orthop.* 2023;14(4):171-185.
- 20.-Dreizin D, Edmond T, Zhang T, et al. CT of Periarticular Adult Knee Fractures: Classification and Management Implications. *Radiographics.* 2024;44(9):e24014.
- 21.-Anazor FC, Baryeh K, Davies NC. Knee joint dislocation: overview and current concepts. *Br J Hosp Med.* 2021;82(12):1-10.
- 22.-Díaz F, Hernández MV. Rheumatoid arthritis. *Med Clin (Barc);*161(12):533-542.
- 23.-Sculco TP. The knee joint in rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 1998;24(1):143-56.
- 24.-Judas F, da Costa P, Teixeira L, et al. Surgical procedures for treatment of the rheumatoid knee. *Acta Reumatol Port.* 2007;32(4):333-9.
- 25.-Felin EM, Prahalad S, Askew EW, et al. Musculoskeletal abnormalities of the tibia in juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2007;56(3):984-94.
- 26.-Maderbacher G, Greimel F, Schaumburger J, et al. The knee joint in rheumatoid arthritis-current orthopaedic surgical treatment options. *Z Rheumatol.* 2018;77 (10):882-888.
- 27.-Ogilvie-Harris DJ, Basinski A. Arthroscopic synovectomy of the knee for rheumatoid arthritis. *Arthroscopy.* 1991;7 (1):91-7.
- 28.-Goodman SM, Springer BD, Chen AF, et al. 2022 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. *Arthritis Care Res* 2022;74(9):1399-1408.
- 29.-Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(9):1251-1260.
- 30.-Muñoz I, Lima MG, López EP, et al. Total knee arthroplasty: degree of post-operative functionality in adults. *Acta Ortop Mex.* 2024;38(6):365-369.

31.-Petersen W, Karpinski K, Bierke S, et al. A systematic review about long-term results after meniscus repair. Arch Orthop Trauma Surg. 2022;142(5):835-844.

32.-Harris JD, Abrams GD, Bach BR, et al. Return to sport after ACL reconstruction. Orthopedics. 2014;37(2):e103-8.

33.-Kruse LM, Gray B, Wright RW. Rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. J Bone Joint Surg Am. 2012;94(19):1737-48.

34.-Baremo Nacional Previsional: Decreto 478/98. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 1998.



## 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 7ªed 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 sugerida: 130 a 200 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. Las citas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos (con superíndice) en el texto, tablas y leyendas al final de cada frase o párrafo en que se las alude.

Para trabajos originales se recomienda un mínimo de 6 citas y un máximo de 40, extendiéndose este número en artículos de revisión.

Se sugiere tener en cuenta la relevancia, calidad y actualidad de las citas seleccionadas para garantizar un buen aporte de valor a la investigación presentada.

-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](mailto: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](mailto:docencia.investigacion.cmf@csjn.gov.ar)