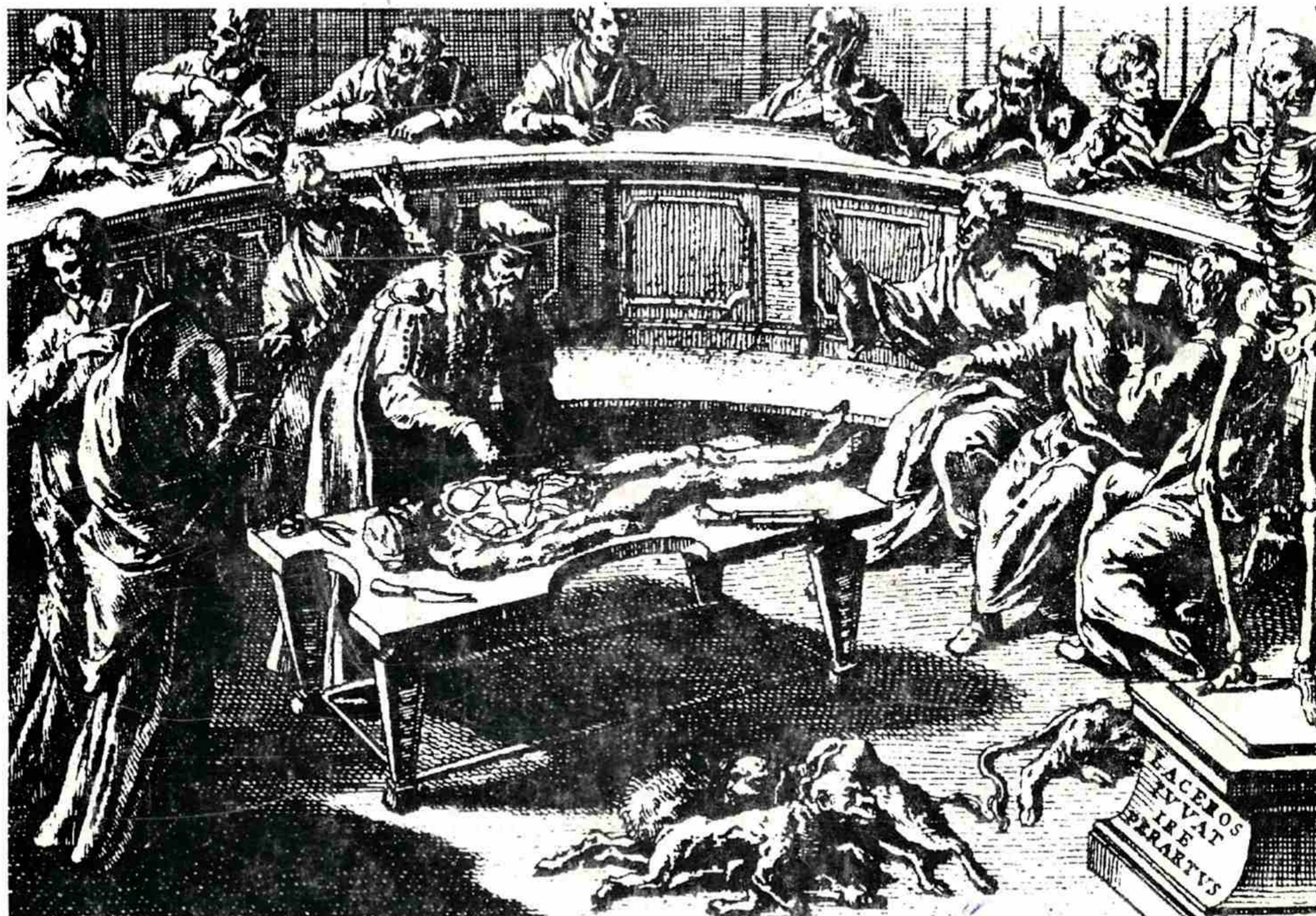


Cuadernos de Medicina Forense

Asociación Andaluza de Médicos Forenses



La Tecnología del ADN en Medicina Forense: importancia del
indicio y del lugar de los hechos

Valoración médico legal de la actuación médica en las lesiones

El agresor sexual

El daño corporal en la nueva Ley del Seguro Privado

El suicidio en el Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio
1990-1994

Nº 3

Enero 1996



**Cuadernos de Medicina
Forense**

Nº 3 Enero 1996

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

DIRECTOR:

Alejandro Serratos Sánchez de Ibargüen

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Elena Balanza Alonso de Medina
Heidi M. Chavarría Puyol
Alfonso Galnares Ysem
Manuel Rodríguez Hornillo
Carmen Romero Cervilla
M^{ra}. Ángeles Sepúlveda García de la Torre

CONSEJO ASESOR:

José Antonio García Andrade
Manuel García Blázquez
Antonio Garfía González
Emilia Lachica López
Miguel Lorente Acosta
Antonio Marín Rico
Manuel Repetto Jiménez
José Luis Romero Polanco

DIRECTOR DE PUBLICIDAD:

José Luis Brell González

COLABORADOR HABITUAL

Jose Enrique Vázquez López

Dep. Legal SE-1230-95
ISSN 1135-7606

**CORRESPONDENCIA CON LA
REVISTA**

Avda. República Argentina nº 37 6º B
41011 Sevilla

PORTADA: Tabulae Anatomicae de
Bartolomeo Eustachi

SUMARIO

Editorial	4
Notas de opinión	5
Boletín Oficial del Estado: última legislación.	6
La tecnología del ADN en Medicina Forense: importancia del indicio y del lugar de los hechos. M. Lorente Acosta. J. A. Lorente Acosta. E. Villanueva Cañadas.	7
Valoración médico legal de la actuación médica en las lesiones. R. García-Ferrer Porras. J. Sáez Rodríguez. P. Pérez Jorge. J. García García.	15
El agresor sexual. M. Molina Arias de Saavedra	21
El daño corporal en la nueva Ley del Seguro Privado. M. García Blázquez	29
Prueba pericial J.E. Vázquez López	36
El suicidio en el Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio 1990-1994. C. Romero Cervilla. E. Balanza Alonso de Medina. F. Alarcón Jiménez. J.L. Brell González.	39
Comentario de libros	46

EDITORIAL

La misión del médico forense, hoy como ayer, sigue siendo la de ilustrar a los jueces en todos los problemas relacionados con la biología que puedan presentarse, en interés de una mas recta administración de Justicia. El puntal básico en que se apoya esta alta misión es el conocimiento científico de los diversos problemas, que pueden estar, y de hecho, suelen estar, alejados de la pura ciencia médica, de la ciencia encargada de curar, de ahí la necesaria especialización.

A nadie se le escapa que lo vasto del conocimiento médico, aun siendo tan poco lo que conocemos, no es mas que la suma de los conocimientos de cuantos nos han precedido, la colección de los errores y los aciertos de todos los médicos, alquimistas, boticarios, naturalistas, que antes que nosotros han pasado por el planeta y han dejado su pensamiento y su experiencia en una tablilla de arcilla, un papiro, un pergamino o un trozo de papel.

El acopio fácil que hemos hecho de todos estos conocimientos, simplemente adquiriendo y leyendo un libro o una revista, o asistiendo a unas conferencias, no se justifica en el precio pagado y en el esfuerzo mental realizado; tenemos la obligación moral de comunicar a cuantos vengan detrás nuestras casuísticas y nuestras experiencias, y así lo manifiesta el actual Código de Ética y Deontología Médica aprobado por la Asamblea General de la OMC en su art.33.2 al decir que los médicos *compartirán sin ninguna reserva sus conocimientos científicos*, y en su art. 38.1 al afirmar que *el médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a la prensa profesional los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios científicos*.

Quien tenga algo que comunicar, ¿quién no?, lejos de los posibles honores y beneficios que el firmar en una publicación pueda reportar, simplemente cumple con la obligación que como hombre y como médico tiene para con los que vengan tras él y para con los que con él conviven, la de contribuir a que el conocimiento se desarrolle en interés de una sociedad mas justa.

En cuanto al contenido de este tercer número de **Cuadernos de Medicina Forense**, además de nuestras ya habituales secciones de notas de opinión y comentario de libros, incluimos varios artículos de evidente interés para los médicos forenses , e incorporamos una nueva sección de corte mas "legal", a la que hemos llamado "Prueba pericial", a cargo de un prestigioso letrado, en la que se analizan sentencias en relación con los problemas mas habituales de nuestra profesión y aquellas en las que ha sido relevante para el fallo el dictamen del forense. También añadimos una sección en la que se recoge la última legislación de posible interés medico forense aparecida en el Boletín Oficial del Estado. En próximos números, si nos es posible, procuraremos seguir creciendo al ritmo que lo venimos haciendo e ir añadiendo todas las secciones que nos fueron sugeridas en la encuesta del primer número.

NOTAS DE OPINIÓN

Mi más sincera y efusiva felicitación a la Dirección de la Revista y Presidenta de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses que han hecho posible un nacimiento editorial que ya empieza, desde su primer número, a ser competitiva y cuidada en sus detalles, a pesar de las limitaciones económicas, y que promete ser una buena y fiable fuente de conocimientos e investigación al servicio de la Medicina Legal.

Manuel García Blázquez

Aprovechamos este pequeño espacio para comunicar a nuestros lectores que estamos trabajando en la preparación de un número monográfico sobre Responsabilidad Médica, que tratará de abarcar, mediante artículos de prestigiosos profesionales del ámbito de la Medicina y del Derecho, este tema de tanta trascendencia y actualidad.. Intentaremos que salga a la luz en el próximo número; no obstante, y en con el fin de abarcar el tema de la forma mas completa posible, si no fuera factible la edición para el mes de abril, la retrasaríamos hasta el mes de julio. Por supuesto, la revista continua estando abierta a todo tipo de colaboraciones, tanto de este como de cualquier otro tema relacionado con nuestra profesión, y desde aquí os animamos a enviar vuestros articulos.

Tambien queremos aprovechar la ocasión para desear a nuestros lectores un feliz y próspero año nuevo.

Redacción

A la sección de "Notas de opinión":

Confieso que nuevamente ha vuelto a sorprenderme esta publicación, no solo por el contenido de la misma, sino tambien por el continente. No creo que nadie pueda negar que se trata de una encuadernación "original" y yo quiero añadirle el calificativo de práctica, pues después que la recibí y hasta que terminé su lectura la he llevado de un lugar a otro, la he doblado, la he dejado abierta por diferentes páginas, le he introducido separadores de un cierto grosor y ni siquiera se ha desprendido un trozo de alguna página. Como supongo que, además, el procedimiento no será muy caro, creo que no debería abandonarse este sistema, e incluso patentarlo por si a alguien se le ocurre imitarlo.

En segundo lugar, bajo mi punto de vista, es todo un acierto el recoger en la portada de la revista una obra artística, que no solo está relacionada con la profesión, sino que demuestra por un lado la sensibilidad de quien la publica asi como el minucioso quehacer de los miembros que desde la dirección y el Consejo de Redacción hacen posible que esta revista salga a la luz.

MMAS

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO: ÚLTIMA LEGISLACIÓN

-BOE nº 243, de fecha 11-10-95.- Orden de 29 de septiembre de 1995 por la que se modifica la Orden de 23 de mayo de 1994 sobre modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

- BOE nº 263. de fecha 3-II-95.-Resolución de 23 de octubre de 1995 de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se convoca concurso de traslado entre los funcionarios del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses.

-BOE no 264 de fecha 4-II-95.-orden de 18 de octubre de 1995 por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de especialidades farmacéuticas, clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el anexo II del Real Decreto 83/93 de 22 de Enero.

-BOE no 266 , de fecha 7-11-95.- Orden de 25 de Octubre de 1995, por la que se dispone la creación y modificación de Agrupaciones de Forensías.

-BOE nº 268, de fecha 9-11-95.- Ley 30/95 de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en cuyo Anexo se encuentra el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

-BOE no 269 de fecha 10-11-95.- Ley 31/95 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- BOE no 275, de fecha 17-11-95.- Ley Orgánica de 16 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 5/95 de 22 de mayo del Tribunal del Jurado.

-BOE no 296, de fecha 12-12-95.- Ley 35/95 de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.

-BOE no 288, de fecha 2 de diciembre de 1995.- Orden de 24 de noviembre de 1995 de desarrollo del Real Decreto sobre prestaciones farmacéuticas a enfermos del SIDA en lo relativo a recetas oficiales de la Seguridad Social.

-BOE no 294, de fecha 9-12-95.- Resolución de 29 de noviembre de 1995, por la que se aprueba la publicación de las fiestas laborales para el año 1996.

-BOE nº 302 de fecha 19-12-95.-Ley orgánica 13/95 de 18 de Diciembre sobre modificación de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

La tecnología del ADN en Medicina Forense: Importancia del indicio y del lugar de los hechos.

M. Lorente Acosta. J. A. Lorente Acosta. E. Villanueva Cañadas.

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo social ha traído consigo una modificación de la tipología delictiva, que ha hecho relativamente frecuentes determinados tipos de actos criminales caracterizados por su violencia con una notable desproporción de fuerzas entre víctima y agresor y por la utilización de instrumentos y armas que hacen que las evidencias o indicios dejados en el lugar de los hechos por el autor o autores sean mínimas. Paralelamente, el desarrollo científico ha posibilitado la aplicación de nuevas tecnologías que han ido profundizando en su capacidad identificadora sobre indicios cada vez más pequeños; el máximo exponente en el momento actual es la denominada *tecnología del ADN*.

Hablar hoy día del ADN en el campo de la Medicina Forense no resulta desconocido, ni siquiera novedoso. Desde su primera aplicación en Inglaterra por parte de Alec Jeffreys en el año 1985 para la resolución de un caso de inmigración de un joven procedente de Ghana, y, sobre todo, su posterior aplicación dos años más tarde, a la investigación criminal, posibilitando identificar a Robert Melias, un peón de Bristol de 32 años de edad, como autor de una agresión sexual a una mujer enferma de polio, y a Nigel Davis como autor del denominado "caso del condado de Leicestershire", en el que se produjo la violación y muerte de dos mujeres del condado, la primera en 1983 y la segunda

en 1985 y donde los métodos serológicos clásicos no pudieron lograr una individualización suficiente con los indicios biológicos obtenidos de las víctimas, su uso se ha extendido y generalizado a una velocidad sólo comprensible y justificable por la efectividad y versatilidad de esta tecnología. Esta aceptación general ha conllevado un desarrollo que ha obligado a una notable evolución de las técnicas aplicables en la identificación forense y así en el breve período de tiempo de 10 años hemos pasado de sólo poder estudiar determinados fragmentos del ADN de una longitud relativamente grande a analizar pequeñas regiones procedentes de indicios mínimos por medio de su amplificación mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Todo ello ha supuesto una importante modificación tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo de los indicios biológicos.

Sin embargo, para que de los indicios biológicos -que por definición son únicos, pequeños y frágiles- se pueda obtener información genética que conduzca a la identificación de personas, los procesos de recogida, almacenamiento y envío de dichos indicios o restos biológicos debe de ser extremadamente cuidadosa, siguiendo unas pautas sencillas y claramente preestablecidas. Si el Médico Forense no es consciente de esto, de que pueden existir estas muestras y de cómo hay que recogerlas, mantenerlas y enviarlas, las evidencias se perderán, se degradarán o se

contaminarán, invalidando cualquier investigación posterior y privando a la Administración de Justicia en particular y a la sociedad en general, de datos que permitan esclarecer este tipo de hechos, que no por ser cada vez más frecuentes dejan de ser reprobables.

La regulación sobre recogida de muestras y concretamente la OM de junio de 1987 son muy generales y a pesar de su utilidad no incluyen normas específicas para la recogida de indicios destinados al análisis del ADN, hecho, por otra parte lógico por su proximidad al inicio de la aplicación de esta técnica. Con posterioridad se han dado normas específicas en este sentido, haciendo hincapié en algunos tipos delictivos que por sus especiales características en relación a la gravedad y trascendencia de los mismos y a la presencia casi constante de indicios biológicos, deben ser estudiados más detenidamente y enfocando la investigación para la obtención de la evidencias señaladas, nos referimos fundamentalmente a las agresiones sexuales y especialmente a la violación.

A pesar de estas iniciativas creemos que es insuficiente para la realización de una correcta investigación médico-legal la simple aplicación de una serie de normas o protocolos con el fundamento "del deber hacerlo de ese modo". Es necesario que el Médico Forense tenga una visión y concepto integral del indicio en el proceso de la investigación biológica del mismo, sabiendo la importancia del mismo en cada una de las fases de la investigación criminal y las posibilidades técnicas actuales en los laboratorios de referencia, así como un conocimiento del papel que debe desempeñar para la buena marcha de la investigación y la consecución del objetivo final: la identificación de un perfil genético con unas características óptimas para su utilización y valoración en el proceso judicial.

BASES BIOMOLECULARES DEL ESTUDIO DEL ADN EN MEDICINA FORENSE.

El ADN es un *polinucleótido*

constituido por dos cadenas antiparalelas de unidades de desoxirribonucleótidos unidos covalentemente, dispuestos de una forma complementaria y adoptando una estructura enrollada de doble hélice dextrógira. Las bases que forma los nucleótidos son la adenina (A), guanina (G), citosina (C) y timina (T).

Su estructura fue descubierta por James WATSON y Francis CRICK en 1953, lo cual permitió afrontar su estudio de forma directa, evitando los dificultosos y complejos caminos indirectos que se habían utilizado hasta entonces.

Basándonos en la función del ADN podemos dividirlo en dos grandes grupos:

1.- ADN CODIFICANTE O ESENCIAL.

Es el encargado de almacenar la información genética en los genes, que son los diferentes sectores de ADN con un orden concreto en la disposición de los nucleótidos que determina la secuencia de aminoácidos de las proteínas que codifican y el grado de expresión del gen en cada tejido y en cada tiempo. Esta función del ADN se corresponde con la idea generalizada que se tiene sobre el mismo.

2.- ADN NO CODIFICANTE.

No obstante, existe otra parte del ADN cuya función específica es desconocida en la actualidad, aunque se sabe que no guarda información genética y que juega un importante papel en la estructura y en la función de los cromosomas y, sobre todo, actuando como puntos calientes de recombinación.

Este ADN puede ser de dos tipos: **ADN espaciador**, el cual está formado por una secuencia sencilla de bases que se dispone entre regiones codificantes del genoma; y **ADN repetitivo**, que lo forma una secuencia que, al contrario que el espaciador, se dispone por todo el genoma debido a la existencia de múltiples copias. A su vez este ADN repetitivo se divide según las características de la secuencia en "*Secuencias repetidas en tándem*", en las que existe una secuencia común relativamente corta que se repite en tándem de

manera continua (una tras otra) en un fragmento de ADN

----- ATCGG ATCGG ATCGG ATCGG ATCGG -----

y "*Secuencias repetidas intercaladas*", tratándose de una secuencia larga de bases que aparece repetida, pero no a continuación del primer grupo de secuencia repetitivo, sino en un lugar diferente y distante del genoma:

----- ATCCCCGGGAATCGATAAACGGATC -----
----- ATCCCCGGGAATCGATAAACGGATC -----

Las características generales del ADN no codificante lo hacen especialmente útil para su aplicación a la identificación en Medicina Forense. Como se puede deducir de su trascendente función, el ADN esencial está formado por secuencias altamente conservadas con muy pocas variaciones interindividuales e intergeneracionales, ya que de lo contrario se podrían ver afectadas funciones básicas para la vida de las personas. Los mínimos cambios que tienen lugar, cuando son viables, aumentan el polimorfismo de proteínas y enzimas, aunque también pueden tener efectos negativos.

Por el contrario, el ADN no codificante presenta una gran variabilidad de unos individuos a otros, ya que estas secuencias no son conservadoras al no afectar sus cambios a la fisiología del individuo. Las variaciones debidas a cambios de bases sencillos, procesos de inserción-delección o de intercambio de ADN (recombinación) durante la formación de las células germinales (meiosis), hacen que se modifiquen el número de repeticiones o el orden de las bases de un determinado fragmento repetitivo, pudiendo producirse en un locus sencillo o en múltiples loci, siendo este el origen de la variación que hace que no haya dos personas, a excepción de los gemelos univitelinos, que tengan la misma secuencia del ADN.

La repercusión práctica de lo anterior es la existencia de diferentes alelos, es

decir la posibilidad de que encontremos entre la población varias formas de presentarse un determinado carácter o fragmento de ADN no codificante.

Los métodos más extendidos y de común aplicación en Medicina Forense para estudiar el ADN son:

1.- HIBRIDACIÓN CON SONDAS.

Básicamente consiste en la identificación de una región determinada mediante el uso de una sonda, que es un fragmento monocatenario de ADN complementario a una secuencia de bases conocida. Esta sonda, marcada con un producto radiactivo o quimioluminescente, se pone en la solución con el ADN de la muestra y se visualiza después de una serie de procesos para separar los diferentes alelos que puedan existir con base en la longitud de los mismos.

2.- REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR).

Esta técnica supuso una verdadera revolución y es la más extendida en la actualidad, por sí sola o como paso intermedio de la secuenciación. Inventada por Kary MULLIS en 1987, le supuso el premio Nobel de Química el pasado año.

Gracias a esta técnica se puede amplificar una determinada región del ADN que está delimitada por una secuencia específica y complementaria a unas pequeñas sondas denominadas *primers* que actúan como iniciadores de la reacción de polimerización que lleva a cabo una enzima, habitualmente la Taq polimerasa. Esta enzima va uniendo desoxinucleótidos, que nosotros incluimos en la reacción, de forma complementaria a cada una de los fragmentos de las cadenas que se delimitan por los primers que son tomadas como moldes. La repetición cíclica de este proceso permite la obtención de múltiples copias de dicha región en una cantidad suficiente para ser estudiada. Posteriormente, el ADN amplificado se puede visualizar mediante la separación de los alelos de diferente

tamaño y tinción o estudiando las variaciones de su secuencia.

De este modo es posible que cuando dispongamos de muy escasa cantidad de ADN en un indicio o esté parcialmente degradado, sea posible amplificarlo y obtener una cantidad suficiente para su análisis.

3.- SECUENCIACIÓN.

Las técnicas de este grupo van destinadas a revelar el orden de la secuencia de bases de una determinada región, normalmente delimitada previamente por PCR. Puede hacerse de forma manual o automática.

En Medicina Forense se aplica, fundamentalmente, para el análisis del ADN mitocondrial por sus especiales características.

En todos los casos es necesario que exista polimorfismo, es decir, que el fragmento o secuencia que vamos a estudiar sea polimórfico, lo que básicamente podemos entender como variabilidad, o sea, que se presente de formas diferentes, ya que de lo contrario no podremos identificar a los individuos.

Todo lo anterior nos lleva a destacar dos grandes aspectos de la investigación del ADN en nuestra especialidad:

1.- Se trata de ADN no codificante, es decir, que la información obtenida tras su análisis no nos puede aportar nada sobre ninguna de las características fenotípicas del individuo. No obstante, conforme van avanzando las investigaciones sobre el Proyecto Genoma Humano se va descubriendo que parte del ADN no codificante está relacionado con alguna característica fenotípica, bien de tipo fisiológico o bien patológico (enfermedades). En cualquier caso en la mayoría de los casos la información es poco significativa desde el punto de vista práctico, tratándose más de un interés científico.

2.- Al igual que en tantos otros métodos de identificación médico-forense, es necesario llevar a cabo una comparación entre el perfil

genético obtenido del indicio o muestra y el genotipo de un individuo o evidencia orgánica.

EL LUGAR DE LOS HECHOS Y LOS INDICIOS BIOLÓGICOS: RECOGIDA, ALMACENAMIENTO Y ENVÍO AL LABORATORIO.

Las enormes posibilidades de la tecnología del ADN no deben relajarnos a la hora de realizar la investigación en el lugar de los hechos y pensar que la solución a la investigación dependerá del laboratorio en cuestión al que se remitan los indicios hallados, ya que no sólo se trata de buscar una determinada evidencia, sino de hacerlo correctamente, de lo contrario podría ser que pierda su actividad biológica o que la prueba quede invalidada por un defecto en la investigación preliminar. Por elemental que parezca, no debemos olvidar nunca que *en los laboratorios sólo se estudia aquello que se remite, y que el análisis se inicia sobre el indicio en las condiciones en las que llega, no en las que se manda*; de ahí la enorme importancia del indicio en el lugar de los hechos.

Es propósito del presente trabajo exponer de modo esquemático y claro las pautas que debe de seguir todo Médico Forense a la hora de recoger y enviar los indicios criminales hallados sobre personas o en la escena del crimen, conociendo las posibilidades técnicas existentes y en consecuencia el valor de cada uno de los indicios.

La **ESCENA DEL CRIMEN** es el *lugar relacionado con la comisión del delito en alguna de sus fases y en el que debe haber quedado alguna huella o signo del autor o de algunas de las características del hecho*.

Esta definición nos indica que no tiene por qué ser única dicha escena. Se denomina **ESCENA DEL CRIMEN PRIMARIA** al lugar donde se encuentra el cadáver (o cuerpo del delito), ya que suele ser donde se inicia la investigación.

Sin embargo puede haber dos o más escenas del crimen denominadas **ESCENAS SECUNDARIAS**, y suelen estar en relación a:

- Lugar desde donde se trasladó el cadáver.
- Lugar donde se produjo el ataque.
- Lugar donde falleció la víctima.
- Lugar donde se descubre cualquier indicio.
- Vehículo usado para transportar el cuerpo.
- Puntos forzados para entrar.
- Ruta de huida.
- **Sospechoso (ropa, manos y cuerpo).**

Cada una de las escenas debe ser estudiada con la misma disciplina y meticulosidad, recordando que en los espacios físicos debe incluirse la zona circundante, no sólo el lugar donde se encuentran las evidencias.

La importancia de la escena del crimen (primaria o secundaria) se debe a que aporta los datos necesarios para iniciar o continuar la investigación por medio de los indicios. Clásicamente se viene definiendo el INDICIO, basándose en sus características físicas, como "*todo lo que el sospechoso deje o se lleve del lugar del delito, o que de alguna manera pueda conectarse con este último*".

Los indicios pueden ser muy diversos, clasificándolos según sus características en los siguientes grupos, aunque no se trata de compartimentos estancos ya que un mismo indicio puede pertenecer a varias categorías:

- Según su origen animal o no: *Orgánicos / No orgánicos*.
- Según su tamaño y la posibilidad de visualizarlos a simple vista: *Macroscópicos / Microscópicos*.
- Según se dejen o se tomen del lugar de los hechos: *Positivos / Negativos*.
- **Simonin** los clasificaba en: *Concretos/Descriptivos*; según pudieran trasladarse o no al laboratorio.
- Según puedan identificar a un

individuo o a un grupo:

Características Individuales / Características de Clase.

De la clasificación anterior se deduce que los indicios pueden ser muy diversos y que, por lo tanto, pueden ser muy distintos los profesionales que se vean envueltos en la investigación de unos hechos criminales, nosotros nos vamos a centrar en aquellas que por su frecuencia, importancia y naturaleza hacen que el médico forense adquiera una posición privilegiada, haciendo de su actuación una pieza fundamental del rompecabezas que todo caso judicial supone.

La investigación pericial consta de tres grandes etapas:

1. Búsqueda en la escena del crimen o sobre las víctimas y/o los implicados.
2. Recogida y envío al laboratorio.
3. Exámenes analíticos y su interpretación.

En las dos primeras, el papel del Médico Forense es fundamental en relación a los vestigios orgánicos, debido a que está familiarizado con ellos y conoce sus peculiaridades, y de ahí que deba saber también la forma de cogerlos y enviarlos adecuadamente.

Tras ser reconocido, todo indicio debe ser adecuadamente filiado, recogido, empaquetado y preservado:

- Si no es adecuadamente **filiado** su origen puede ser cuestionado.
- Si no es **recogido** correctamente. su actividad biológica se puede perder.
- Si es incorrectamente **empaquetado** puede haber contaminación cruzada.
- Si no es adecuadamente **preservado**, su degradación y descomposición puede afectar el estudio.

En la **filiación** se debe apuntar perfectamente cómo y donde se encontraba el indicio, describiéndolo y relacionándolo con otros objetos o indicios, todo lo cual debe de hacerse antes de moverlo. La realización de fotografías y esquemas es de gran utilidad.

Durante la *recogida, conservación y envío*, debe evitarse la contaminación, ya que cualquier material orgánico procedente de los manipuladores puede imposibilitar el estudio. En este sentido deben seguirse las siguientes normas generales:

1.- Procurar las máximas condiciones de **esterilidad**, usando guantes, patucos -si se entra en la escena del crimen- e instrumentos esterilizados o adecuadamente limpiados.

2.- Volver a limpiar o utilizar un **nuevo instrumento** para recoger un indicio diferente. En caso de que se estén utilizando guantes, cambiarlos.

3.- Usar **diferentes recipientes** para cada indicio, aunque hayan sido recogidos en lugares muy próximos o estuviesen juntos.

4.- **Etiquetar perfectamente** cada uno de los recipientes haciendo referencia al menos a: fecha, hora, identificación de la víctima, localización del indicio, tipo de indicio y número del mismo, nombre de la persona que lo recoge y referencia al caso judicial (número de diligencias).

5.- **Enviar** lo más **rápidamente** posible al Juzgado o laboratorio, asegurando que las muestras que lo necesitan lo hagan en las condiciones adecuadas (frío).

6.- Es fundamental y básico tomar **muestras testigo** de la víctima y/o sospechoso. Lo haremos a ser posible extrayéndole sangre, o en su defecto mediante un raspado o frotis de la cavidad bucal (siempre con autorización de la persona implicada).

7.- Tomar la **filiación de todas las personas** que han intervenido o colaborado en la recogida de la evidencias por si se produce algún problema de contaminación cruzada.

Estas normas generales se completarán con aquellas que son específicas a determinados vestigios orgánicos y a su forma de presentación.

1. INDICIOS LÍQUIDOS.

Se deben recoger con una jeringa estéril; la sangre debe mantenerse anticoagulada preferiblemente con EDTA, sir-

viendo en su defecto cualquier otro producto. También se pueden utilizar para su recogida algodón, gasas, o hisopos estériles, dejándolos secar antes de almacenar.

2. INDICIOS HÚMEDOS.

Como se ha señalado, hay que dejarlos secar a temperatura ambiente, sin aplicar ninguna fuente de calor.

No deben guardarse en estado húmedo, ya que la humedad favorece el crecimiento bacteriano que puede afectar a la calidad del indicio (las enzimas restrictoras pueden degradar el ADN)²⁰.

3. MANCHAS SECAS.

Las podemos encontrar sobre objetos transportables (cuchillo, bolígrafo...) o sobre objetos no transportables. Dentro de los primeros debemos incluir aquellos que se pueden cortar (cortinas, alfombras ...). En el caso de que se puedan transportar enviaremos el objeto o el trozo cortado del mismo, excepto si se trata de alguna prenda de vestir que la remitiremos sin cortar.

Cuando el objeto no es transportable (suelo, muebles,) procederemos a raspar la mancha con un instrumento estéril o al menos limpio, depositando el raspado en un papel de similares caracteres, que se doblará e introducirá en un recipiente hermético limpio para mantener el indicio.

En el caso de que se localicen pequeñas gotas -como consecuencia de salpicaduras- se debe raspar o tratar de recuperarlas aplicando sobre ellas una cinta adhesiva.

4. RESTOS SÓLIDOS.

Con la misma precaución, procederemos a su recogida y almacenamiento. Cuando sean antiguos podremos cogerlos directamente usando guantes, pero si son recientes, frágiles o maleables debemos usar pinzas.

5. PELOS.

Siempre se mantendrá el cuidado que las normas generales aconsejan, debiendo ser recogidos con pinzas. Debe evitarse un fallo muy frecuente al manejar pelos, ya que hay que almacenar cada pelo en un recipiente diferente, pese a que aparezcan todos juntos e incluso parezcan, macroscópicamente, proceder de una misma persona.

Una vez recogido, el indicio debe conservarse en frío (+4°C) o congelarlo a la mínima temperatura posible, si bien este tipo de conservación por congelación puede invalidar las muestras para otros análisis que no sean los de ADN. Inmediatamente se debe contactar con el Médico Forense del Juzgado correspondiente y enviar los indicios recogidos al laboratorio pertinente, procurando no romper la cadena del frío y teniendo en cuenta que se es responsable de la custodia de indicios criminales únicos que pueden intentar ser manipulados, sustraídos o destruidos por diversos interesados, por lo que siempre hay que poner el máximo celo en su custodia.

CONCLUSIONES

El desarrollo científico ha permitido la introducción de la tecnología del ADN en la investigación forense, posibilitando el estudio de indicios biológicos mínimos, hecho que unos pocos años atrás era imposible.

El Médico Forense se encuentra en una posición privilegiada para recoger algunos vestigios que por su fragilidad pueden alterarse o perderse como consecuencia de una actuación retrasada, permitiendo su estudio y la resolución del caso, con las consecuencias beneficiosas que de ello se derivarían.

Por otra parte, al margen de la profesionalidad y del compromiso deontológico, se está produciendo una exigencia por parte de la sociedad, cada vez más conocedora de las posibilidades técnicas existentes a través de los medios de comunicación, reclamando una responsabilidad profesional del personal encargado del caso, al igual que en otros campos de la Medicina. Así en Estados Unidos se han presentado ya querrelas criminales contra hospitales, médicos y cuerpos policiales no federales por malpraxis y negligencia, al no recoger indicios criminales que podrían haber conducido a la identificación del autor de los hechos denunciados (en la

mayoría de las reclamaciones admitidas, por defectos en la toma o conservación de supuestos indicios de semen en casos de violación).

El estudio del ADN ha supuesto un enorme "paso de gigante" en la identificación médico-forense, tanto en la investigación criminal, como en la investigación biológica de la paternidad. Las especiales circunstancias en las que se desenvuelve la primera de ellas hace que el potencial tecnológico no sea suficiente para la consecución del objetivo si previamente no se ha realizado un buen trabajo por parte del equipo de investigación encabezado por el Médico Forense, que por su formación y especialización es el profesional idóneo para valorar los indicios biológicos.

En los casos en los que haya que recoger las evidencias, debe hacerse en condiciones de máxima limpieza o esterilidad todos los indicios de origen biológico presentes, almacenándolos independientemente y adecuadamente identificados en cuantos recipientes estériles sea necesario y manteniéndolos custodiados en un frigorífico hasta recibir las instrucciones oportunas por parte de las Autoridades Judiciales. Cuando se proceda al envío de las muestras, hay que asegurarse de que no se romperá la "cadena de frío".

Parafraseando a BERTILLON, se puede afirmar que *"sólo se recoge lo que se ve, y sólo se ve lo que se tiene en la mente"*, lo cual exige una formación y conocimiento adecuado del trabajo a realizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Memoria Anual de la Fiscalía General del Estado. Año 1.991.
2. Flandroy L, Nouaille CH. Empreintes genetiques: les pouvoirs d'une verité biologique. Biofutur 1989; 83: 22-35.
3. Higuchi R, von Beroldingen CH, Sensabaugh GF, Erlich HA. DNA typing from single hairs. Nature 1988; 332: 543-546.
4. Hochmeister MN, Budowle B, Borer UV,

- Eggmann U, Comey CT, Dirnhofer R. Typing of deoxyribonucleic acid (DNA) extracted from compact bone from human remains. *J. Forensic Sci.* 1991; 36: 1649-1661.
5. Ley de Enjuiciamiento Criminal.
 6. Horn GT, Richards B, Klinger KW. Amplification of a highly polymorphic VNTR by the polymerase chain reaction. *Nucleic Acids Res.* 1989; 17: 2140
 7. U.S. Congress, Office of technology assesment. Genetic Witness: forensic uses of DNA tests. OTA-BA-438. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1990.
 9. Strickberger MW. Acidos nucléicos. En: Strickberger MW, ed. *Genética*. Barcelona: Omega 1988; 43-64.
 10. Ross AM, Harding HWJ. DNA typing and forensic science. *Forensic Sci.Int.* 1989; 41: 197-203.
 11. Gill P, Jeffreys AJ, Werret DJ. Forensic application of DNA "finger-prints". *Nature* 1985; 318: 1111-1126.
 12. Jeffreys AJ, Wilson V, Thein SL. Individual-specific "fingerprints" in human DNA. *Nature* 1985; 316: 76-79.
 13. Oster C. Polymerase chain reaction. *Biotechniques* 1988; 6: 77-90
 14. Orrego C, King MC. Determination of familiar relationships. En: Innis MA, Gelfand DH, Sninsky JJ, White TJ, eds. *PCR protocols*. San Diego: Academic Press, 1990; 416-426.
 15. Ginther C, Isser-Tarver L, King MC. Identifying individuals by sequencing mitochondrial DNA from teeth. *Nature Genetics* 1992; 2: 135-138.
 16. Lee HC, Gaensslen RE, Bigbee MS, Kearney JJ. Guidelines for the collection and preservation of DNA evidence. U.S. Department of Justice. Federal Bureau of Investigation, 1990.
 17. Villanueva E, Lorente JA. Aplicaciones del DNA a la Medicina Legal. En: Gisbert Calabuig JA, ed. *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Salvat 1990; 1044-1050.
 18. Lorente M. Polimorfismo del ADN e identificación médico-legal: Estudio de siete loci mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Tesis Doctoral, 1994.
 19. Lorente JA, Lorente M. El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica. Editorial Comares, 1995.

Valoración médico legal de la actuación médica en las lesiones.

R. García-Ferrer Porras. J. Sáez Rodríguez. P. Pérez Jorge
J. García García.

RESUMEN: *La reforma de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal pretendió introducir criterios más racionales que los hasta entonces utilizados en la valoración jurídica de las lesiones en el campo penal. Ello supuso la irrupción en dicho ámbito de una terminología novedosa de significado, en ocasiones, no suficientemente preciso.*

Mediante el presente estudio hemos pretendido poner de manifiesto la actitud de un colectivo directamente implicado, cual es el de los Médicos Forenses, y los problemas que les ha supuesto de la aplicación de dicha Reforma.

Para ello hemos confeccionado una sencilla encuesta en la que, en esencia, se solicita una valoración del actual sistema de clasificación de las lesiones desde el punto de vista penal así como el encuadramiento de supuestos concretos en tal clasificación.

Nuestros resultados ponen de manifiesto, por una parte la necesidad de tal reforma y, por otra, grandes discrepancias a la hora de situar determinados supuestos como subsidiarios de "sólo la primera asistencia facultativa" o, por el contrario, de precisar "además tratamiento médico o quirúrgico", lo que evidentemente tiene graves repercusiones jurídicas.

PALABRAS CLAVE: Lesiones. Primera asistencia. Tratamiento médico. Tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN:

La última reforma del Código Penal en materia de lesiones (L.O. 3/1989, de 21 de Junio) hizo abandonar una valoración, en cierto modo, aritmética de las mismas e intentó buscar criterios más racionales a la hora de determinar su trascendencia jurídica.

Como consecuencia, se introdujeron dos conceptos absolutamente novedosos que son: "*primera asistencia facultativa*" y "*tratamiento médico/quirúrgico posterior*". Es éste último, el que será deci-

sivo, en los supuestos dolosos, a la hora de encuadrar una lesión como falta o delito, así como para determinar la relevancia penal en casos de imprudencia (accidentes de tráfico)¹.

Este nuevo sistema delimitador pronto decepcionó a todo el mundo. Se

1.- El artículo 586 bis, del C.P., tipifica como falta la acción que por simple imprudencia o negligencia causare mal a las personas, que de mediar dolo constituirá un delito. No haciendo referencia a la posibilidad de que el mal causado a las personas en caso de actuar con dolo fuera una falta, y por lo tanto al no venir recogido en el Código Penal escaparía al Derecho Punitivo.

han planteando graves problemas de aplicación práctica y, por tanto, del propio resultado de la acción judicial debido a la indefinición conceptual de los términos empleados, dificultando el paso de la abstracción al hecho real que se está tratando.

Tales conceptos, al parecer, se mantienen en el Código Penal de reciente aprobación. El hecho de que en el último proyecto del mismo se puntualice que "*la simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico*", resulta poco clarificador.

El defecto fundamental, según nuestro criterio, es haber establecido "de forma artificiosa" dos conceptos diferentes en el campo de la actuación médica. Un acto médico tiene siempre un componente de asistencia y otro de tratamiento. Es difícil entender que ante una lesión, por leve que sea, se preste una asistencia médica sin instaurar un tratamiento; aún en los casos más sencillos como puede ser una contusión con equimosis, no es raro comprobar como el médico prescribe un tratamiento sintomático.

Es evidente que hay una diferencia conceptual importante entre el legislador y los médicos. No parece ser que la idea de aquel fuese asumir este criterio médico que automáticamente dejaría prácticamente sin contenido la falta, ya que casi todas las lesiones requerirían tratamiento y por consiguiente pasarían a ser catalogadas como delito. De hecho, en el preámbulo de la Ley de reforma del Código Penal se abogaba por el principio de intervención mínima en materia penal.

Hemos de entender, por tanto, que los conceptos primera asistencia facultativa y tratamiento posterior (sea médico o quirúrgico), son de tipo jurídico (al igual que ocurre con el término enajenado en relación con la psiquiatría) y sería labor del perito médico tratar de acomodar la actuación facultativa existente a lo especificado por el Código Penal.

Se abre de esta forma un importante punto de debate sobre la conveniencia o no de que sea el médico forense quien, en su Declaración de Sanidad, se pronuncie

sobre si el lesionado ha necesitado para su curación solamente la primera asistencia facultativa o, en cambio, ha precisado tratamiento médico/quirúrgico posterior.

Hay opiniones muy diversas, incluso contrapuestas, desde aquellos que mantienen que debe de ser el juez exclusivamente el que decida, y por lo tanto el médico forense debe de limitarse a informar sobre cuales han sido las actuaciones médicas, hasta aquellos que sostienen que el médico debe de manifestarse sobre si la actuación médica es constitutiva de una primera asistencia facultativa o si por el contrario ha habido tratamiento médico/quirúrgico posterior.

Podemos adoptar como solución una postura intermedia. Que sea el perito médico quien recoja en la Declaración de Sanidad si el lesionado ha precisado sólo una primera asistencia o tratamiento posterior, aunque sea únicamente por cuestiones de operatividad en el funcionamiento de los juzgados -no es la primera vez que se solicita al Médico Forense, unas veces por las partes, otras por el Ministerio Público y otras por el propio Juzgado, que se pronuncie sobre dicha posibilidad-. Ahora bien, hay que recordar que el informe pericial no es vinculante, por lo tanto, se debe de reflejar de forma detallada en qué ha consistido tanto la primera asistencia como el tratamiento posterior, para que el Tribunal tenga los suficientes elementos de juicio como para establecer su propio criterio.

De ahí la trascendencia que va a tener una interpretación unitaria, que evite que lesiones que requieran la misma actividad terapéutica para su curación, tengan distinta consideración jurídica, dependiendo del criterio que se tenga a la hora de informar sobre ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello se ha confeccionado una encuesta, en la que se recogen los siguientes datos:

- Personales y profesionales.
- Relativos a la valoración de la L.O. 3/89.

-Calificación de supuestos concretos.

La encuesta fue remitida a los médicos forenses titulares de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como a diversos especialistas en Medicina Legal, habiendo contestado a la misma 48 encuestados.

Los resultados se han sometido a un tratamiento estadístico que ha consistido en análisis univariante (descripción simple de frecuencias), así como a un análisis bivariante enfrentando las respuestas de los dos colectivos representados: Médicos Forenses y Especialistas en Medicina Legal.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Por lo que respecta a las actitudes frente a la Reforma del Código Penal en materia de lesiones, nuestros resultados (Tabla I), pese a recoger que dicho cambio ha sido positivo (60% de los encuestados), destacan graves defectos en la misma: la actual valoración médico-legal de las

Sociedad Española de Medicina Legal y Forense, seguidas por las del Tribunal Supremo y Asociaciones de Médicos Forenses. (Fig.1)

Es reseñable también que no se han producido diferencias estadísticamente significativas en las repuestas dadas por los Médicos Forenses y los Especialistas en Medicina Legal.

Por otra parte, y respecto al encuadramiento de los supuestos concretos como subsidiarios de solamente la primera asistencia o de requerir además tratamiento médico-quirúrgico posterior (Fig.2), se subraya el hecho de que ni aún en casos de actos médicos muy simples (sutura simple, administración de analgésicos y/o anti-inflamatorios) hay unanimidad absoluta a la hora de considerar que los mismos han constituido "sólo" una primera asistencia facultativa, si bien la mayoría (85 y 83% respectivamente) consideran que tales actos médicos suponen únicamente una primera asistencia facultativa. En cambio, en el caso de suturas de cierta complejidad

OPINIONES REFORMA CÓDIGO PENAL	NS / NC (%)	SI (%)	NO (%)
Sist. anterior: mejor que actual	8 (16,66)	11 (22,91)	29 (60,41)
Sist. anterior: mas objetivo que act.	8 (16,66)	24 (50)	16 (33,33)
Sist. anterior: mas fácil aplicación	3 (6,25)	42 (87,5)	3 (6,25)
Espíritu Reforma: despenalizar	2 (4,16)	22 (45, 83)	24 (50)
Necesidad de aclaración	0 (0)	47 (97,91)	1 (2,08)

Tabla 1

lesiones es considerada menos objetiva (50%), de mas difícil aplicación (87%) y, sobre todo, necesitada de aclaraciones o clarificaciones por los Organismos e Instituciones implicadas (98%). En este sentido, cabe destacar que tales aclaraciones, por lo que a los médicos se refiere, han de provenir en primer lugar de la

(sutura por planos o sutura realizada por el Servicio de Cirugía Plástica) solamente el 29 y el 16% respectivamente opinan que se trate de meras asistencias facultativas, mientras, en torno al 65% para ambos supuestos estiman que son tratamientos.

Lógicamente el grado de discrepancia se incrementa en la medida en que

aumenta la complejidad del acto médico planteado, siendo máxima en el caso de la aplicación de collarín por esguince cervical. Para dicho supuesto, casi el 44% de los encuestados consideran que sólo ha requerido primera asistencia, en tanto el

amplio grupo de actos médicos en los que el encuadramiento bajo uno u otro concepto es bastante arbitrario. Se carece, en general, de criterios objetivos que faciliten la tarea y las actitudes con las que se afronta el problema son variadas: Para

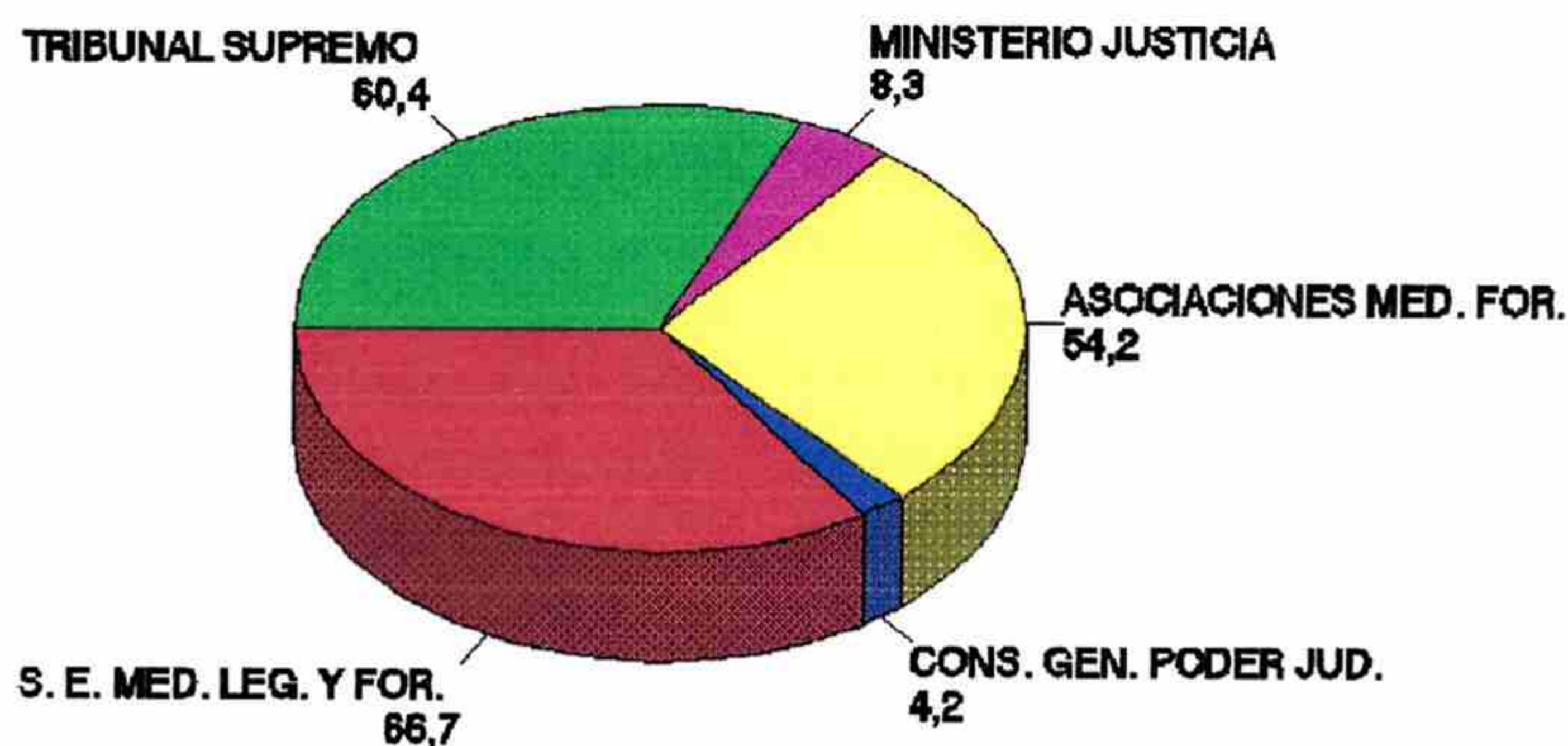


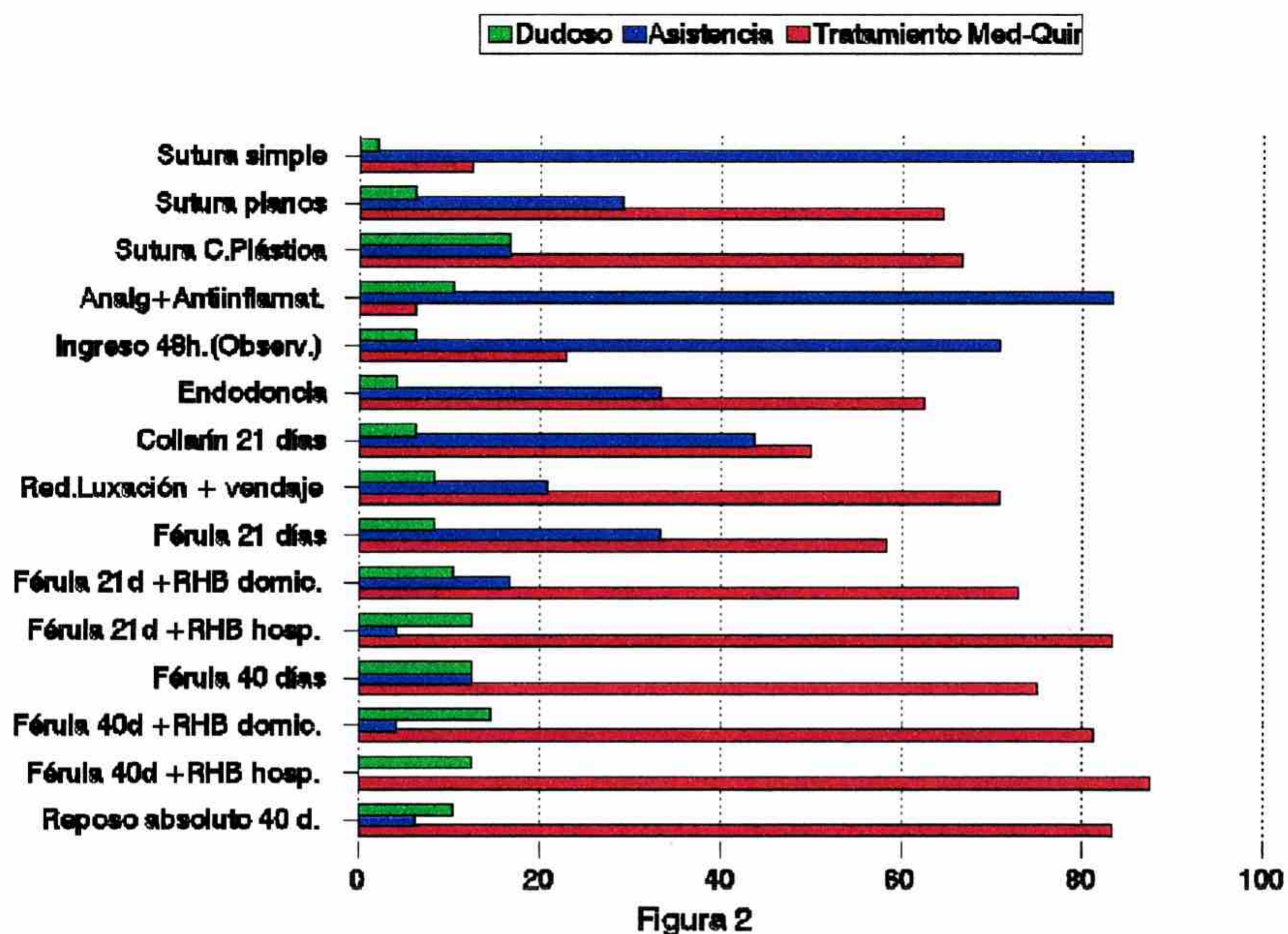
Figura 1

50% opinan que la colocación de un collarín cervical durante 21 días supone un tratamiento médico. En análogas circunstancias se situarían supuestos tales como la realización de una endodoncia (33%, primera asistencia; 62%, tratamiento) y la inmovilización con vendaje durante 21 días tras luxación (21% y 71% respectivamente).

Tan solo ante situaciones en las que el supuesto planteado recoge terapéuticas múltiples y notoriamente continuadas en el tiempo, existe mayor unanimidad a la hora de considerar que las mismas constituyeron un tratamiento médico/quirúrgico, siendo el ejemplo mas claro, y el único en el que ninguno de los encuestados opta por la opción primera asistencia facultativa, aquél que aúna la colocación de una férula durante 40 días y el sometimiento a 20 sesiones de Rehabilitación hospitalaria.

El panorama dibujado es realmente poco clarificador, dado que existen un

unos el hecho de colocar una férula de yeso, o un collarín cervical, y retirarlos al cabo de un tiempo sería un acto asimilable al de suturar una herida y retirar los puntos de sutura transcurrido cierto plazo de tiempo. Otros, en cambio, consideran que no son actos médicos equiparables y que tales supuestos, por su mayor complejidad, necesidad de controles, etc. deben ser considerados tratamiento. Incluso hay quien opina que cualquier acto médico es tratamiento y que debe ser el legislador el que modifique la ley, empleando los términos médicos "con propiedad". Finalmente se sitúan, a nuestro juicio de forma acertada, los que abogan, en los casos dudosos y realmente opinables, por limitarse a informar sobre los actos terapéuticos realizados, sin pronunciarse sobre si los mismos han de ser considerados primera asistencia facultativa o tratamiento médico o quirúrgico.



CONCLUSIONES:

El empleo de términos médicos en un contexto jurídico precisa de una mayor presencia de expertos (profesionales) en la materia en las Comisiones de Legislación, a fin de evitar situaciones de ambigüedad como la que en el momento actual existe en el tema que nos ocupa, y que puede dar lugar a aberrantes agravios comparativos de enorme trascendencia jurídica.

Asimismo, de los resultados de nuestro estudio, que no pretende ser más que una aproximación a la problemática planteada, se desprende que sería muy deseable una mayor intervención de instituciones tales como la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense marcando líneas directrices que orienten a los peritos médicos en la interpretación objetiva de la Ley.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Ley Orgánica 3/1.989 de 21 de Junio de actualización del Código Penal.
- (2) Circular número 2/1.990 de la Fiscalía General del Estado, sobre la aplicación de la reforma de la Ley Orgánica 3/1.989.
- (3) La valoración del daño corporal. Publicación del Consejo General de los Colegios de Agentes y Corredores de Seguros de España. 1.992. Sevilla.
- (4) Circular número 12/90, de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Córdoba.
- (5) Boix J., Orts E. y Vives T.S. Delitos contra las personas: Las lesiones. La reforma penal de 1.989. Ed. Tirant lo blanch. 1989.



LA MAS NUEVA Y COMPLETA GAMA DE SEGUROS DE AUTOMOVILES



CREADA PARA TI

TENEMOS LA MAS AMPLIA GAMA DE SEGUROS A LA MEDIDA DE SUS NECESIDADES Y CON LOS PRECIOS DEL AÑO PASADO.
ADEMAS, APLICAMOS HASTA UN 50% DE BONIFICACION POR NO TENER SINIESTROS (APLICACION BONUS MALUS).

INFORMESE EN NUESTRAS OFICINAS O LLAME AL TELEFONO 900 11 21 22

OFICINAS EN:

SEVILLA OFICINA PRINCIPAL.....	Ronda Los Tejares s/n.....	Telf.: 4289000
URBANA LOS REMEDIOS.....	C/ Virgen de Aguas Santas s/n.....	Telf.: 445 01 22
URBANA TRIANA.....	Plaza Altozano, 4.....	Telf.: 4341287
URBANA R. MERCEDES.....	Paez de Rivera, L-3.....	Telf.: 4236398
URBANA HTA. SALUD.....	Plaza Alfonso Cossio, 1 Local 5Acc.....	Telf.: 4236398
URBANA J.S. ELCANO.....	J.S. Elcano, 34.....	Telf.: 4236398
URBANA ALFALFA.....	Pza. Alfalfa, 4 Acc.....	Telf.: 4226770
URBANA STA: CECILIA.....	C/ S.V. Paul, 22-Local 2.....	Telf.: 4331968
URBANA EL ARENAL.....	C/ Castelar, 2 Bajo-B.....	Telf.: 4562108

Septiembre 1995

El agresor sexual.

M. Molina Arias de Saavedra.

RESUMEN: *En este trabajo se recogen las diferentes características psico-sociales que pueden favorecer la agresión sexual. Asimismo, se hace una revisión de diferentes situaciones en las que es frecuente la agresión sexual.*

PALABRAS CLAVE: Agresor sexual. Parafilias. Desviación psicopática.

EL AGRESOR SEXUAL:

Clásicamente, el estudio de un agresor sexual se había dirigido exclusivamente a la búsqueda de una serie de características psíquicas individuales como determinantes de estas agresiones, pero, actualmente, tras el examen de los distintos factores que influyen en una agresión sexual, se ha hecho necesario el estudio pluridimensional del mismo, lo que ha traído consigo una mayor comprensión del delito y un abordaje terapéutico más amplio que el simplemente psicológico.

Veamos los distintos factores que pueden influir en el origen de la agresión sexual:

A) Factores biológicos: destacamos los siguientes:

- Edad: más de la mitad de los agresores sexuales tiene menos de 25 años, y un 80% menos de 30 años.
- Sexo: la inmensa mayoría son hombres.
- Inteligencia: los deficientes mentales raramente son sujetos activos de violación, pero sí suelen ser sujetos pasivos. Por contra, con cierta frecuencia son acusados de delitos de exhibicionismo, tocamientos y abuso de menores.

B) Factores neurobiológicos: Se ha relacionado el descenso de serotonina a

nivel cerebral con un aumento de la agresividad, hostilidad y violencia.

También se ha observado un aumento de la excitación sexual en relación a estímulos sexuales que implican sexo no consentido, edad inapropiada, violencia, etc.

C) Factores sociales: La socialización de la sexualidad juega un importante papel en el origen de la agresión sexual, fundamentalmente cuando se adquiere la concepción de la división de roles, atribuyendo al hombre el papel de agresivo y conquistador. Así, la mayoría de los agresores sexuales se definen como *masculinos* y tienen una visión negativa de la mujer como *persona independiente y sin autonomía*.

La relación con la figura materna es importante. Ésta se mueve entre sentimientos contrapuestos: seducción (algunos duermen con ella hasta la adolescencia), rechazo, actitud dominante. En general, el padre no dio apoyo cuando el niño lo necesitaba.

Las familias en las que existe poca cohesión por escasa integración familiar de sus miembros (dominan en sus relaciones la rigidez y la poca comprensión) son frecuentes entre los acusados de delitos contra la libertad sexual.

En la mayoría de los agresores sexuales se puede encontrar un fracaso en la relación sexual personal, aunque más

que un fracaso hemos de hablar de una falta de implicación emocional en esa relación.

Se ha encontrado una relación entre delincuencia general y sexual, de forma que el 50% de los adolescentes condenados por agresión sexual tienen antecedentes por otros delitos, y que casi una cuarta parte han sido procesados por agresiones sexuales.

D) Factores cognitivos: Los agresores sexuales tienen escasa empatía, es decir, su *capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sufrir con...*, es escasa, lo que les lleva a la utilización frecuente de mecanismos que racionalizan su acción, y, por tanto, disminuyen su culpabilidad, bien justificando su acción (*era lo que ella quería*), bien negando la acción (*no ha sido una violación, ella quería*), o bien minimizando a la víctima o cosificándola (*era una calentona, una puta o una negra, etc.*).

Determinadas creencias erróneas actúan como justificante de la agresión, y es curioso como éstas se dan también en el contexto familiar y a veces legal. Entre éstas tenemos:

- Las mujeres son seductoras y provocan.
- Las mujeres dicen *no* cuando quieren decir *si*.
- Muchas mujeres se relajan y disfrutan con el coito forzado, tienen la fantasía de ser violadas.
- Las buenas chicas no son violadas, algo habrán hecho.

Los agresores sexuales suelen tener fantasías sexuales en relación con actuaciones sexuales forzadas, reforzadas con masturbación.

E) Factores psicológicos: Los rasgos de "extroversión", entendida como un dintel más bajo del nivel de activación fisiológica que el introvertido, y, por tanto, más desinhibido e impulsivo, y el de búsqueda de "sensaciones", favorecen la agresión sexual.

La doctrina psicoanalítica relaciona la conducta agresiva con importantes conflictos intrapsíquicos no resueltos, como ocurre en las parafilias.

Aplicando tests de personalidad que miden distintos rasgos de la misma hemos de decir que NO se ha encontrado un perfil característico de los agresores sexuales. Existe un solapamiento entre el perfil de delincuentes en general y de los agresores sexuales.

Aplicando el MMPI, los grupos de rasgos más alterados son los siguientes:

- 4, 9 (desviación psicopática y manía)
- 4, 8, 2, y 7.
- F, 2, 4, 6, 7 y 8..

Como puede verse, el rasgo 4 es el que más se repite. Una puntuación elevada en éste puede indicar que un individuo:

- tiene dificultad para incorporar normas y valores sociales
- se involucra en conductas antisociales con facilidad, miente, roba, estafa, consumo excesivo de alcohol y otras drogas
- es rebelde hacia las figuras de la autoridad
- relaciones familiares tempestuosas
- culpa a sus padres de sus problemas
- bajo rendimiento escolar
- trabajo deficiente
- tiene problemas matrimoniales
- es impulsivo: procura la satisfacción inmediata de sus impulsos.
- no planifica bien
- no se beneficia de la experiencia
- suele actuar sin considerar las consecuencias de sus actos
- baja tolerancia a la frustración
- egocéntrico, egoísta e interesado
- activo, seguro de sí y sin objetivos claros en su vida
- incapaz de formar vínculos calurosos
- hostil, agresivo, rebelde, rencoroso, opositor, insatisfecho, vacío.
- frecuentes arrebatos agresivos, conducta violenta, con escasa respuesta emocional
- gran tendencia a la simulación
- suele utilizar la intelectualización para explicar sus hechos, siendo difícil su tratamiento mediante psicoterapia

Cohen y cols. realizaron una clasifi-

cación de los distintos tipos de agresores sexuales según "motivación", y distinguían:

1.- por agresión desplazada: quiere decir que la víctima no juega un papel directo en la agresión, es una desconocida. Su objetivo es agravar, humillar a la víctima, por lo que puede demandarle cualquier tipo de actividad sexual. En general suelen percibir a las mujeres como hostiles, exigentes y desleales.

2.- Compensatorio: trata de demostrar a la víctima su competencia sexual, en un intento de compensar su falta de adecuación para la vida sexualmente ajustada. Suelen ser personalidades tímidas, con bajo concepto de sí mismos, escasas habilidades sociales y una buena imagen social. Pueden sufrir atracción por una mujer en su contexto y por sus limitaciones caracteriales opta por demostrar su valía sexual a través de la agresión.

3.- Agresivo: en este caso, la motivación agresiva y sexual están asociadas. La provocación de miedo y de daño estimula al sujeto sexualmente.

F) Factores psicopatológicos: Hemos de partir de un principio y es que la mayoría de los agresores sexuales no presentan alteraciones psicopatológicas, aunque es frecuente que la agresión sexual se dé en algunos trastornos de personalidad:

1.- Trastorno antisocial de personalidad: En el DSM-III-R se recogen los diferentes criterios que delimitan este tipo de personalidad. En general, se puede decir que se trata de personalidades que carecen de sentimientos de culpa por sus acciones, excesivamente afectivos, agresivos y hostiles, e incapaces de aprender por propia experiencia. Sus relaciones interpersonales son superficiales, por lo que no suelen establecer vínculos emotivos duraderos. Son muy frecuentes las conductas antisociales en estos sujetos.

2.- Trastorno esquizoide de

personalidad: Se caracteriza por una indiferencia hacia las relaciones personales íntimas o sociales. Su expresividad emocional es restringida, y suelen vivir de un modo solitario, con un marco muy limitado de relación.

3.- Trastorno límite de personalidad: Se caracteriza por la inestabilidad emocional y predisposición a actuar de forma impulsiva, arriesgada, sin prever las consecuencias. Tienen afectada la imagen de sí mismos, incluyendo sus preferencias sexuales. Suelen cometer estos delitos en busca de una autoafirmación, compensando sus dudas respecto del estereotipado concepto de *conducta sexual masculina*.

4.- Trastorno sádico de personalidad: El DSM-III-R señala como criterios diagnósticos de este tipo de personalidad un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva que comienza al principio de la edad adulta, no dirigida únicamente hacia una persona y que no tiene como único fin la excitación sexual, y que se manifiesta por cuatro, al menos de las siguientes características:

- haber utilizado la crueldad física o la violencia con el fin de establecer una relación dominante.
- humillar o dar un trato vejatorio a alguien en presencia de otros.
- tratar o castigar con excesiva dureza a un subordinado
- divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de otros, incluidos los animales
- mentir con el fin de causar daño o herir a otros (no solo para lograr algo)
- conseguir que otros hagan la propia voluntad atemorizándoles (desde la intimidación hasta causarles verdadero terror)
- restringir la autonomía de la gente con la que se tiene una relación más estrecha

- fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas o la tortura.

G) Factores patológicos psiquiátricos: Algunos estados patológicos que favorecen la comisión de agresiones sexuales son:

1.- Psicosis maniaco-depresiva en fase maníaca. Debido a la exaltación de su estado de ánimo, las pulsiones aparecen aumentadas y desinhibidas, y así es frecuente que la gran excitación sexual pueda dar lugar a la comisión de estos delitos.

2.- Estados demenciales: Sobre todo en estadios iniciales, donde junto a una exaltación del impulso sexual existe una disminución en la capacidad de inhibición de la conducta.

3.- Estados delirantes crónicos, como el delirio de celos propio de los alcohólicos o la erotomanía.

4.- Retrasos mentales: suelen ser mas sujetos pasivos que activos. En caso de oligofrénicos profundos son frecuentes los actos sexuales brutales, sobre todo con menores; por el contrario, los débiles mentales cometen mayor número de delitos, pero menos graves, fundamentalmente por la escasa resistencia a las frustraciones y a veces por la gran influenciabilidad de que son objeto.

H) Factores tóxicos: Nos referiremos exclusivamente al consumo de alcohol, fundamentalmente por su frecuencia, distinguiendo los dos períodos o fases de su consumo: el agudo y el crónico.

1.- Consumo agudo: del estudio de diferentes estadísticas en relación con las agresiones sexuales se deduce que existe una evidente asociación entre consumo de alcohol y agresividad sexual. Por ejemplo, un estudio de Luna y cols. daba que el 48% de agresores sexuales había consumido alcohol antes de cometer el delito. Otros estudios, como el de Johnson en 1978 daba una tasa del 50%, o el de Scully, en 1990, que daba un 72-77%. A pesar de este hecho evidente, los diferentes autores estudiados lo

valoran de distinta forma, y así, hay unos que consideran que el simple efecto a nivel bioquímico del organismo podría explicar este fenómeno. Por el contrario, hay otros, entre ellos Wilson y Lawson, que dicen que el efecto favorecedor de la agresividad sexual está condicionado mas que por un efecto bioquímico directo del alcohol, por un patrón cultural, es decir, por el conocimiento aprendido de que la ingestión de alcohol favorece la desinhibición y aumenta el deseo sexual. El experimento que realizaron para demostrar este hecho fue el siguiente: introdujeron niveles similares de alcoholemia (0,4 gr/l) en dos grupos de voluntarios. A los de un grupo se les dijo que estaban tomando alcohol, y a los otros que se les suministraba un placebo. Se midió la respuesta eréctil a estímulos eróticos en ambos grupos y se observó que la respuesta a los mismos era mayor en los que sabían que estaban tomando alcohol que en los otros. Este experimento pone de manifiesto la importancia de las actitudes individuales como mediadoras de los efectos del alcohol.

Otro experimento realizado por los mismos autores puso de manifiesto que el consumo de alcohol puede facilitar respuestas de erección ante escenas filmadas de violencia sexual.

2.- Consumo crónico: el deterioro cognitivo que acompaña al alcoholismo crónico favorece la liberación de impulsos instintivos, entre otros los sexuales, lo que puede llevar a una facilitación en la agresión sexual.

SITUACIONES QUE AUMENTAN LA FRECUENCIA DE AGRESIONES SEXUALES

A) Agresión sexual y prisión: está bien documentado que la actividad homosexual es mas probable que suceda en contextos donde las personas tienen restringida su actividad sexual o están privados de ella.

La entrada en prisión supone el comienzo de un proceso de adaptación a un nuevo ambiente carcelario y la supresión brusca de las relaciones interpersonales. Dentro de este marco, la sexualidad se altera, se prisioniza. Aparece un aumento considerable de la actividad masturbatoria y de actividades homosexuales que deben ser consideradas como una "sexualidad alternativa", generalmente transitoria, y que no tiene por qué consolidarse posteriormente cuando salga en libertad.

Según los escasos estudios realizados sobre sexualidad y prisión, se puede decir que, aproximadamente, entre un 19 y un 45% de los hombres que ingresan en prisión han tenido relaciones homosexuales. Es más, según estos estudios, casi un 9% de los mismos han sido violados. La violación en prisión, aunque lleva implícita la gratificación sexual, tiene como fin primordial la dominación de la víctima, el demostrar el poder de algún grupo o sujeto concreto. Esta dominación puede llegar a ser tan intensa que a veces el agredido llega a ser propiedad del agresor, lo que da lugar a la formación de verdaderas redes de prostitución carcelaria.

B) Agresión sexual y matrimonio: la violación dentro del matrimonio es un concepto relativamente nuevo, aunque en la realidad no sea así. Se puede definir como una victimización de la mujer, en que ésta es obligada por su marido a realizar actos sexuales que no desea, por ejemplo coito anal.

Se calcula que aproximadamente un 12% de las mujeres casadas es víctima de coito contra su voluntad, y generalmente con violencia física por parte de su esposo.

Podemos distinguir tres tipos fundamentales de agresión sexual dentro del matrimonio:

1.- La agresión sexual forma parte de la conducta agresiva general que el marido tiene hacia la mujer. En general se trata de maridos violentos o con problemas de drogas o alcohol.

2.- Mujeres no maltratadas que tienen relaciones sexuales obligadas y a veces utilizando una moderada violencia física (diferencias en la frecuencia de relaciones, etc.).

3.- La violencia sexual está ligada a la práctica de relaciones sexuales extravagantes (marido sádico que necesita de la agresión para estimularse, marido masoquista, etc.).

PARAFILIAS Y AGRESIÓN SEXUAL

Si hay una conducta sexual sujeta al estigma, esta es la parafilica. Etiquetados como perversos, desviados o aberrantes, rechazados por la sociedad, y a veces despreciados por ellos mismos, los parafílicos han recorrido un largo camino hasta ser considerados como enfermos por las clasificaciones nosológicas psiquiátricas, siendo la DSM-III, en 1980, la primera que lo recogió.

Se definen las parafilias como la presencia de fantasías sexuales intensas o actos sexuales intensos y recurrentes que implican la presencia de objetos no humanos (animales o cosas), el sufrimiento o la humillación propia o de la pareja y parejas (niños y adultos) que no consienten en la relación.

Hay que distinguir entre variaciones normales de la llamada *conducta sexual normativa* y entre parafilias, y la diferencia radica en la intensidad y recurrencia de las mismas, y en que constituye la única forma de excitación sexual, e incluso, a veces, puede poner en entredicho la vida familiar o social de la persona afectada.

En cuanto al **origen de las parafilias**, existen varias teorías al respecto:

1.- Teorías biológicas: se han postulado una secreción aumentada de andrógenos y pequeñas lesiones a nivel del lóbulo temporal. Los estudios actuales no han llegado a resultados muy definidos.

2.- Teorías psicoanalíticas: el origen de las parafilias se debería a una fijación en la etapa del desarrollo de la sexualidad infantil, concretamente en la etapa del miedo o temor a la castración por la madre y en la que ésta es sustituida, debido a la ansiedad que crea en el sujeto, por un objeto simbólico (fetichismo), por búsqueda de parejas sexuales *seguras* (pedofilia o zoofilia) o por conductas sexuales seguras (exhibicionismo o voyeurismo).

3.- Teorías del aprendizaje: el origen de una conducta parafilica puede estar en una primera experiencia fortuita que resultó gratificante y que posteriormente se ha reforzado con fantasías ligadas a la masturbación y con nuevas experiencias.

Es difícil establecer la **frecuencia** de estas conductas, ya que suele ser una conducta oculta, por lo que la mayoría de estos datos provienen de casos judiciales. Las parafilias más frecuentes son la pedofilia, el exhibicionismo y el sado-masochismo.

En cuanto a la distribución por sexos, las parafilias pesan abrumadoramente en el de los varones, y así, a excepción del masochismo sexual, que se da en una proporción de 20 hombres por cada mujer, las restantes parafilias raramente se diagnostican en la mujer. ¿Qué explicación podría tener este hecho? Las hipótesis que explican este fenómeno son interesantes pero insuficientes. Así, hay una primera que dice que en el varón existe un mayor impulso sexual, por razones androgénicas, lo cual sería responsable de que se excitara con una mayor variabilidad de recursos y objetos sexuales. Otra hipótesis sostiene que si tenemos en cuenta que la gónada primitiva es femenina y que por influencias hormonales se transforma en la masculina, es posible que en este proceso de desarrollo masculino se produzcan alteraciones que llevan a las parafilias.

Bradshaw lanzó la hipótesis de que el hemisferio derecho femenino tiene unos centros auxiliares para la comprensión del lenguaje (centro que está en el hemisferio

izquierdo), y un déficit de los centros de percepción espacial. por esta razón las mujeres muestran superioridad en cuestiones verbales e inferioridad en la capacidad espacio-visual. ¿Explicaría este hecho diferencias en la estimulación sexual entre el hombre y la mujer?

A) Exhibicionismo: Desde una perspectiva psicopatológica, entendemos por exhibicionista a un sujeto que: durante un período mínimo de seis meses ha tenido intensas necesidades sexuales recurrentes y fantasías sexualmente excitantes, ligadas a la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera. Es necesario unir a este criterio el hecho de que el sujeto está marcadamente perturbado por ellas o ha actuado de acuerdo con estas necesidades.

Es, sin duda, la parafilia que cae con más facilidad en manos de la justicia, doblando a los delitos de incesto.

Se da fundamentalmente en hombres con una edad media de entre 15 y 30 años, disminuyendo la incidencia de estos delitos a partir de aquí, para aumentar posteriormente en personas mayores, ligado este incremento a la aparición de trastornos demenciales.

Si tuviésemos que señalar los rasgos principales de personalidad de un exhibicionista, diríamos que la timidez y la pasividad con escaso autocontrol son sus rasgos más sobresalientes. En general, son sujetos casados, con una inteligencia superior a la media, y bien adaptados a su medio laboral.

El origen de esta parafilia está en la conducta aprendida y reforzada posteriormente por fantasías masturbatorias y por la repetición de actos. En su historia revela un período de exhibición preadolescente ante niñas pequeñas en juegos de tipo *médicos y enfermeras*, o bien juegos sexuales adolescentes en los que había exhibicionismos recíprocos, o algún acontecimiento accidental, en el que un estado de exhibición inadvertida dio lugar a turbación o curiosidad por parte de la persona del sexo femenino que le observaba.

La víctima es joven, generalmente niñas o adolescentes, seleccionada al azar,

y es poco frecuente que vuelva a ser victimizada. Lo que el exhibicionista busca es la sorpresa, que es la primera fase de su excitación sexual, continuando posteriormente con la eyaculación, bien espontánea o bien tras maniobras de masturbación.

Por último, querría mencionar que hay que hacer un diagnóstico diferencial entre el verdadero exhibicionismo y el que resulta secundario a enfermedades mentales como la oligofrenia, las demencias, y también a actos asociales propios de personalidades psicopáticas. También hay que hacer mención al hecho de que muchos de los acusados por este delito alegan trastornos urinarios para explicar los actos exhibicionistas; para tenerlos en cuenta habrá que demostrar mediante los exámenes médicos oportunos la existencia de los mismos.

B) Sado-masochismo: En el masoquista, las fantasías y necesidades sexuales se centran en el hecho real, no simulado, de ser humillado, atado, golpeado, o de sufrir de cualquier manera, mientras que en el sádico se producen actos en los que el sufrimiento físico o psicológico le resultan excitantes al individuo. En la epidemiología del sadomasochismo destacan cifras diversas, debido fundamentalmente a la fuente de la encuesta, oscilando entre un 17% según unos (esta encuesta fue realizada entre clientes de unas prostitutas) y un 10% en otras.

Las variedades del sadomasochismo incluyen una amplia gama de conductas que van desde actos agresivos menores (sujeción con todo tipo de ligaduras, golpes, latigazos, tratamiento traumático de los genitales, etc.) hasta el asesinato sádico.

Son poco frecuentes estos sucesos, pero cuando se producen adquieren una gran resonancia social, fundamentalmente por el elevado número de víctimas que conllevan. Estos sujetos buscan en la producción de la humillación y el dolor a su víctima la satisfacción sexual.

Brittain, psiquiatra forense, describió el perfil general del asesino sádico, del

cual hacemos una breve descripción: casi siempre es un varón, educado, ordenado, meticoloso en el vestir, reservado, educado, con pocos amigos, dedicando su tiempo libre a actividades solitarias (lee, escucha música o va al cine solo). No suele ser fumador ni bebedor habitual, aunque a veces tome alguna copa; es inseguro, se siente superior a los otros, por lo que es difícil que se relacione con los demás. Remilgado, evita las palabras fuertes, condena la obscenidad y la vulgaridad, así como las conversaciones sobre el sexo. Egocéntrico y vanidoso, se ofende con facilidad. Tiene una vida fantástica muy rica y activa, imaginando escenas sádicas que luego realiza en sus crímenes. Generalmente menor de 35 años, no suele estar casado, y ha mostrado siempre poco o ningún interés por las novias. Teme los contactos sexuales con los adultos, siendo elevado su nivel intelectual, lo que le permite planear muy bien sus asesinatos. Particularmente propenso a delinquir cuando su autoestima ha sido ofendida o si piensa que algún suceso ha cuestionado o negado su masculinidad (cuando alguna mujer o algunos conocidos se han reído de él, sobre todo en un contexto sexual). En el momento del acto delictivo se excita mucho, empleando, por lo general, mucha más fuerza de la que realmente necesita *para simplemente matar*. No tiene remordimientos por sus delitos, sin importarle la crueldad que ha empleado. No siente piedad por sus víctimas, ni se preocupa por las connotaciones morales que ésta pueda comportar, simplemente alude a sus actos sin importarle nada. No siente arrepentimiento.

Tras cometer el delito, el asesino se siente relajado y suele experimentar un gran alivio de la tensión, como muchos de ellos han relatado. A veces puede sentir un cierto grado de decepción al no haber encontrado el placer que buscaba, lo cual le lleva a la posibilidad de asesinar de nuevo en busca de ese placer no experimentado. En general, suelen comportarse

correctamente en las instituciones en que se encuentran, aunque sin integrarse en ellas, lo cual no debe llevar a considerar que el sujeto puede salir de la institución, pues si lo hace es muy probable que vuelva a delinquir.

C) Pedofilia: Se define como la existencia durante por lo menos un período de seis meses, de intensas necesidades sexuales recurrentes y fantasías sexuales excitantes que implican actividad sexual con niños. Esta persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbado por ellas. La persona en cuestión tiene por lo menos dieciséis años y es, al menos, cinco años mayor que el niño.

En cuanto a la **frecuencia**, los datos estadísticos provienen fundamentalmente de datos policiales y judiciales, más que clínicos. Es difícil establecer el porcentaje de estas parafilias, porque se tiende a mezclar el abuso a menores con la pedofilia, y aunque en la mayoría de los casos es así, no siempre que se abusa de un menor ha sido un pedófilo (no olvidar los actos incestuosos, por ejemplo). De un modo general, se puede decir que la frecuencia de la pedofilia entre las parafilias oscila alrededor de un 13%.

La edad de comienzo suele ser en la adolescencia, con un pico de máxima incidencia sobre los 30-40 años.

Los pedofílicos, en general, suelen ser heterosexuales, y entre las circunstancias que más frecuentemente coinciden en ellos podemos destacar: suelen ser solteros, de profesiones liberales o administrativas, y casi un 80% de ellos sufrieron abusos sexuales en su infancia.

En cuanto a la **tipología** del pedófilo, varios estudios realizados (Cohen, 1986 y Groth y Birnbaum, 1978) describen dos tipos fundamentales:

1.- El inmaduro: Acostumbra a abusar de niños prepúberes, y nunca ha intentado o se ha relacionado con los adultos. Los niños con los que se relaciona no acostumbran a ser extraños, cortejándoles, estableciendo con ellos una amistad que puede llegar a ser cautivadora, y general-

mente no realizan el coito con ellos.

2.- El represivo: Es lo contrario del anterior; las víctimas suelen ser desconocidas, y es el estrés quien dispara sus actos, que suelen ser impulsivos. Pueden algunos de ellos provocar lesiones a la víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Soria, M.A. y Hernández, J.A. El agresor sexual y la víctima. Ed. Boixereu Universitaria. 1994
- 2.- Abel, G.G. Rouleau J.L. y Cunnigham-Rathner (1986). Sexual Aggressive Behavior. En Curren, W.J. Mc Garry, A.L. y Shah S.A.: Forensic Psychiatry and Psychology. David Company. Philadelphia.
- 3.- Alonso Quecuty M.L. (1981). El peritaje forense de la credibilidad. Anuario de Psicología Jurídica. Colegio Oficial de Psicólogos, 55-67.
- 4.- Bustos J. y Larrauri E. (1993). Victimología: presente y futuro. PPU Barcelona.
- 5.- Carter D.L. Prentky R.A. y Burgess A.W. (1988) Victim response strategies in sexual assault. Garland. New York.
- 6.- Fattah E.A. (1990) Is the victim blameless? Medicine, Science and Law, 30, 1, 29-33.
- 7.- Finkelhor D. (1986) A sourcebook on child sexual abuse, Sage. Beverly Hills. California.
- 8.- García Andrade J.A (1993). Consideraciones psicológicas sobre los delincuentes sexuales. Tipologías y abordajes. Centre d'estudis jurídics y formacio especialitzada. Barcelona.
- 9.- Martínez J.J. Martínez M.A. y Arribas P. (1991) Peritajes psicológicos en los casos de abusos sexuales en menores.
- 10.- Santiago Delgado Bueno y otros (1994) Psiquiatría Legal y Forense. Volumen 2. Ed. Colex.

El daño corporal en la nueva Ley del Seguro Privado.

M. García Blázquez.

I) RECUERDO HISTÓRICO-LEGISLATIVO.

La Ley 30/1995 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado (BOE del 9 de noviembre), en su Disposición Adicional 8ª incluye un Anexo con el título "*Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*". Viene a sustituir a la Orden de 5 de marzo de 1991, por la que se dio publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil, ocasionada por medio de vehículos de motor y se consideraba como procedimiento apto para calcular provisiones técnicas para siniestros o prestaciones pendientes correspondientes a dicho seguro. La aparición de esta Orden supuso un considerable avance respecto al baremo de indemnización de daños corporales vigente por resolución de 1 de junio de 1989 de la Dirección General de Seguros, que a su vez vino a cubrir el vacío normativo-legal, en este sentido.

Ambos baremos eran de tipo orientativo, no vinculantes para el juez, con una finalidad primordial precisa: tratar de uniformar criterios a la hora de la valoración del daño corporal. Antes y después de estos baremos, se seguía, con sus limitaciones, y si se quiere críticas, el principio de restitutio ad integrum, donde el juez tenía plena libertad para conceder indemnizaciones, pudiendo considerar

unos u otros baremos, oficiales o no, en que basar sus criterios indemnizatorios. Podía entrar a valorar circunstancias indemnizables en la esfera de daño o secuela moral, estética, psíquica e incluso extracorpórea, además de las propiamente físicas o corporales.

La nueva ley 30/1995 introduce un nuevo elemento, fundamental, que cambia estas estructuras: Su aplicación es vinculante para el juez y el principio de restitutio ad integrum, colisiona con la normativa legal, en lo referente a limitaciones en tiempo y dinero, y aspecto del daño moral y extracorpóreo.

II) BREVE ANÁLISIS CRÍTICO DE LA NUEVA LEY 30/1995.

1.- Carácter vinculante. Desde el punto de vista médico-legal tal vez lo más destacado y llamativo de la Ley 30/1995 de 8 de noviembre en lo que respecta a las modificaciones de la Ley de Uso y Circulación de Vehículos de Motor recogida en su Disposición Adicional 8ª, es el carácter vinculante de la aplicación de su Anexo. "*Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación* "

Este carácter vinculante queda perfectamente definido en varios puntos del texto legal. Así el artículo I, capítulo I, en su punto 2, de la Disposición Adicional 8ª dice: "*Los daños y perjuicio causados a las personas, comprensivos del valor de*

la pérdida sufrida y de la ganancia que hayan dejado de obtener; previstos, previsibles o que conocidamente se deriven del hecho generador incluyendo los daños morales, se cuantificarán en todo caso con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo de la presente Ley". En lo mismo insiste el apartado 1 del punto primero del Anexo: "El presente sistema se aplicará a la valoración de todos los daños a las personas ocasionados en accidentes de circulación, salvo que sean consecuencia de un delito doloso".

La polémica acaba de empezar. Muchos profesionales del Derecho consideran que la nueva Ley atenta contra el contenido tradicional y jurisprudencial del artículo 1902 del Código Civil: "El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado". Suárez Robledano, Presidente de la Sección 11 de la Audiencia Provincial de Madrid, en el número 32 de Actualidad Civil, "Indemnizaciones por daños corporales" se manifiesta así: "En la actualidad -el artículo apareció antes de la publicación de la nueva Ley- el criterio básico de reparación de los daños corporales o muerte originados por accidente automovilístico, viene contenido en el arte.1902 del Código Civil, a saber, reparar el daño causado por acción u omisión derivadas de culpa o negligencia; sin limitación legal de cuantía, de tal forma que en cada caso y atendiendo a las circunstancias especiales del caso planteado, el juez o tribunal determinará la cuantía exacta de la reparación originada por el siniestro. No se le escapa al que suscribe -sigue diciendo- que evidentemente, ello podría pugnar por el principio constitucional de la seguridad jurídica proclamada por el artículo 9.3 de la Constitución Española sin que deba olvidarse no obstante que, en materia de reparación, ha de ponderarse dicho principio con el valor de la justicia proclamado en el artículo 1.1 de nuestra

Carta Magna, igualmente Además ciertamente, el derecho constitucional de igualdad ante la Ley (arte. 14) podrá verse afectado por la actual situación de la que resulta que, en igualdad de circunstancias el monto económico o indemnizatorio varía de un caso a otro por la falta de baremos legales o límites a las reparaciones procedentes en derecho". En estas palabras podría encontrarse cierto equilibrio entre las dos posturas predominantes: Los que no admiten la aplicación vinculante de la nueva ley sin modificar el 1902 del Código Civil, por poder vulnerar principios constitucionales, y aquellos otros que estiman que lo que ciertamente podía vulnerar el artículo 14 de la Constitución era la falta de criterios de uniformidad en la valoración del daño corporal, dándose arbitrariedades de unos a otros tribunales y de unos a otros lugares geográficos, impidiendo así la igualdad de todos ante la Ley.

2.- Entrada en vigor, aplicación y carácter vinculante. La nueva Ley establece que la entrada en vigor de la misma será al día siguiente de su publicación en el BOE, exceptuando algunas disposiciones transitorias que no afectan al anexo de daño corporal. Establece que a efectos de aplicación de las Tablas la edad de la víctima y de los perjudicados y beneficiarios será la referida a la fecha del accidente. Esto, de acuerdo con las modificaciones sufridas en los grupos de edad en la nueva Tabla I, respecto a su homóloga de la Orden de 5 de marzo, puede dar lugar a problemas indemnizatorios según se estime la entrada en vigor de la nueva Ley. No hay unanimidad de criterios en cuanto a la interpretación de la entrada en vigor, predominando la posición de los que consideran que debe empezar a aplicarse para aquellas denuncias que se produzcan con posterioridad a su publicación. Todos coinciden, y es lógico pensarlo, que para los procedimientos ya juzgados, pendientes de recursos, lógicamente se seguirán aplicando los criterios de la Orden de 5 de marzo, o los que en primera instancia se estimasen en su día. En cualquier caso es criticable la falta de

alguna disposición adicional, transitoria o aclaratoria del inicio de la vigencia material y efectiva de la Ley.

3.- Escaso margen interpretativo. La normativa de las Tablas II y IV, que tratan de los factores correctores sobre las indemnizaciones básicas por muerte y lesiones permanentes, respectivamente, se han clarificado bastante respecto a sus homólogas de la Orden de 5 de marzo, dejando escaso, cuando no nulo, margen interpretativo. Incluso se viene a reducir más la capacidad judicial para estimar la puntuación adecuada entre los límites, mínimo y máximo, en que generalmente se desenvuelve cada secuela, ateniéndose al contenido del texto legal: *"La puntuación adecuada al caso concreto se establecerá teniendo en cuenta las características específicas de la lesión en relación con el grado de limitación o pérdida de la función que haya sufrido el miembro u órgano afecto"*. Esto implica que solo el médico forense, o perito médico en general, es la persona cualificada para poder determinar las características de la lesión y el grado de limitación o pérdida de función sufrida, por lo que recaerá en él la estimación de la puntuación procedente en cada caso.

4.- La Tabla VI sigue siendo muy restrictiva. La Tabla VI de la nueva Ley que recoge las secuelas permanentes por capítulos sigue siendo muy restrictiva; prácticamente y salvo ligeras modificaciones poco ha variado de su homóloga de la Orden de 5 de marzo de 1991. Se han añadido algunas secuelas, muy pocas, y se incluye un nuevo capítulo, el 8, que se refiere a los trastornos endocrinos.

Lo más novedoso e interesante tal vez sea la contemplación entre las secuelas, de algo que hemos venido defendiendo a lo largo de estos años, la inclusión, al fin, en el capítulo 5 "Aparato Cardiovascular" de las Cardiopatías isquémicas postraumáticas y el infarto de miocardio postraumático. Y en el capítulo 2, en Parénquima Pulmonar, las secuelas derivadas de embolismo pulmonar postraumático.

El infarto de miocardio postraumático, entiendo que debe interpretarse así:

a) Los sobrevenidos por shock emocional y/o neurógeno en un accidente de circulación, con o sin factores de riesgos preexistentes, aún cuando no se evidencien lesiones cardíacas propiamente dichas, ni shock hipovolémico u otras circunstancias que justifiquen hipoxia miocárdica.

b) Los sobrevenidos como consecuencias inmediatas o más tardías de complicaciones predisponentes a la isquemia cardíaca. Shocks hipovolémicos, sépticos, desequilibrios electrolíticos, etc. Anestesia, intervenciones quirúrgicas...

c) Los derivados de la propia lesión o de intervenciones quirúrgicas sobre corazón.

En cuanto a los embolismos pulmonares es muy positivo que se recoja en el texto legal esta frecuente eventualidad cuando concurren varios factores de riesgo: edad, traumatismo óseo, intervención quirúrgica, reposo obligado prolongado, patología preexistente. Aunque no hay que olvidar que en la experiencia médico forense hemos visto muertes por esta causa tras un traumatismo, aún faltando todos los factores de riesgo habituales.

5.- Criterios de homologación de secuelas no incluidas en la Tabla VI Al igual que ocurría con la Orden de 5 de marzo siguen sin establecerse cuales deben ser los criterios para homologar y puntuar secuelas no incluidas en el Anexo, lo que seguirá dando lugar a disparidad de criterios, especialmente entre los no médicos.

6.- Se modifica la Tabla V respecto a la Orden de 5 de marzo, disminuyendo la indemnización por incapacidad temporal, e introduce nuevos criterios. Disminuye a 3.000 ptas diarias la indemnización por incapacidad temporal y se introduce el criterio de hospitalización, asignando 7.000 ptas día a los que se encuentren en esta situación. Los antiguos criterios de grupo de edad que utilizaba la

Tabla homóloga de la Orden de 5 de marzo han desaparecido. Los factores de corrección, con ligeras modificaciones, continúan.

7.- Se limita el tiempo de percepción de indemnizaciones por incapacidades temporales. Se limita a 18 meses el tiempo máximo en que puede cobrarse la indemnización por incapacidad temporal. Esta limitación no existía en la Orden de 5 de marzo y puede ser uno de los puntos de mayor fricción y dudosa legalidad. No se tienen en cuenta el verdadero lucro cesante, la situación actual del mercado laboral con la abundancia de los llamados "contratos basuras", las personas sin cobertura de seguridad social, y en definitiva una serie de casos que pueden verse totalmente carentes de ingresos, e impedidos para trabajar, al agotar los 18 meses máximos establecidos. Por otra parte los médicos forenses sabemos, que aunque no es lo habitual, se dan casos relativamente frecuentes, de lesionados que generan largos períodos de incapacidad como consecuencia de sus lesiones y complicaciones.

8.- Modificación de los límites indemnizatorios del aseguramiento obligatorio de la responsabilidad civil. La nueva Ley eleva las cifras hasta 56.000.000 de pesetas por víctima en los daños personales y 16.000.000 de pesetas por siniestro para daños en los bienes.

9.- Rentas vitalicias por secuela y posibilidad de revisión. Los apartados 8 y 9 del punto primero del anexo quedan redactados del siguiente modo:

"8. En cualquier momento podrá convenirse o acordarse judicialmente la sustitución total o parcial de la indemnización fijada por la constitución de una renta vitalicia en favor del perjudicado".

"9. La indemnización o renta vitalicia solo podrán ser modificadas por alteraciones sustanciales en las circunstancias que determinaron la fijación de las mismas o por la aparición de daños sobrevenidos".

Se abre así la posibilidad, en anexo

vinculante, de considerar lo que se denomina secuela dinámica, es decir progresiva o regresiva. El concepto de secuela como algo estático, inamovible, permanente, no es una realidad clínica. Debe entenderse la sanidad de un sujeto cuando se ha restituido el daño biológico inicial, o cuando no habiéndolo conseguido, queda un estado residual deficitario, que denominamos secuela. Con el concepto de secuela dinámica, es decir evolutiva, progresiva o regresiva, nos acercamos, en este sentido, a la normativa de Grecia donde las rentas por indemnización son revisables en función de criterios dinámicos de las secuelas, caso opuesto al de Irlanda, por ejemplo, donde no cabe la posibilidad de revisión de secuelas que se hayan podido modificar, aunque precisamente para compensar esta eventualidad las Leyes son más exigentes en las condiciones requeridas para establecer las secuelas definitivas. También en Francia es posible la revisión, sin que a esto se oponga la cosa juzgada, cuando se produce una mejoría o empeoramiento de la secuela o incapacidad. La tradición indemnizatoria y legislativa en este sentido ha demostrado en estos países lo positivo del sistema.

10.- Nuevos elementos conectores en la Tabla IV. La Tabla IV de la nueva Ley introduce elementos que antes, en la Orden de 5 de marzo, o no se incluían o se hacía de modo parcial y ambiguo. Vienen a reconocerse y tipificarse en el texto legal todos los grados de incapacidad desde la parcial permanente a la gran invalidez, con indemnizaciones que van desde los 2.000.000 de pesetas hasta los 20.000.000 de la absoluta. Incluye un apartado de "Daños Morales complementarios" con indemnizaciones hasta de 10.000.000 de pesetas: *"Se entenderán ocasionados cuando una sola secuela exceda de 75 puntos o las concurrentes superen los 90 puntos. Solo en estos casos será aplicable"*. En este sentido la Ley hace una interpretación monográfica y unilateral del daño moral que desvirtúa tanto su concepto, como su realidad. En la Quinta edición del Manual de Valoración y

Baremación del Daño Corporal (Editorial Comares) que hemos reformado totalmente y adaptado a la nueva Ley, consideramos el supuesto práctico de un hombre que pierda pene y testículos, aplicándole los 50 y 40 puntos máximo que permiten las tablas y al aplicar la formula para lesiones concurrentes no se llega, ni mucho menos, a los 90 puntos requeridos, ni ninguna de las secuelas por si sola alcanza los 75, y sin embargo ¿es posible admitir que no se produce un gran daño moral en un hombre joven que ha perdido su potencia coeundi y generandi?. El mismo supuesto en una mujer con lesión vaginal que impida el coito y la perdida de ovarios, no alcanzaría la puntuación necesaria para reconocérsele el daño moral ¿Y puede dudar alguien de su existencia?. Hay abundante doctrina y jurisprudencia en lo referente al daño moral y su obligación de resarcimiento. Recomendamos para más ilustración el estudio doctrinal de María Graciela Agustín Calvo, en la Revista general de Derecho, "*La valoración judicial en la indemnización por daño moral*" donde hace un profundo análisis no solo del concepto sino de la valoración del perjuicio y el intento de reparación o resarcimiento, haciendo, tras un concienzudo repaso bibliográfico, las matizaciones doctrinales respecto a ambos términos, y la proyección al concepto patrimonial o extrapatrimonial del mismo. En cualquier caso el concepto de daño moral es mucho mas amplio que lo referente a la gravedad de las secuelas, aunque ciertamente sea este un factor muy relevante, pudiendo tener su origen en causas tan diversas como necesidad de largos períodos de hospitalización, tratamiento de alto riesgo, intervenciones quirúrgicas, largas permanencias en UVI, incapacidad para asumir obligaciones conyugales, paterno/materno filiales o familiares en general, privación de capacidad para el ocio, promoción cultural, etc.

También introduce la Tabla IV un nuevo factor corrector para el gran inválido, reconociendo el perjuicio moral de

familiares, lo que nosotros hemos venido denominando daño o secuela extracorpórea, es decir aquel daño que, como consecuencia de la lesión, trasciende a cosas o personas.

Finalmente se matizan los casos de embarazada con pérdida de feto a consecuencia del accidente, en función de que sea o no el concebido el primer hijo y de que la gestación esté por encima o no de los tres meses, cosa que es realista ya que se indemniza más a los fetos perdidos de más de tres meses, que lógicamente son más viables y han rebasado el período de mayor riesgo, al menos teórico y estadístico.

Conclusión.- El carácter vinculante de la Ley, el escaso margen de interpretación y adaptación personal a las circunstancias del perjudicado, los nuevos elementos correctores que introduce, especialmente los de la tabla IV, el contenido tan restrictivo de las Tabla VI y la persistencia de los defectos en la apreciación de puntuaciones, así como la falta de criterios para homologación de secuelas, hacen que esta nueva Ley, sin negar su parte positiva, en cuanto que tiende a uniformar criterios indemnizatorios, evitando arbitrariedades de unos a otros tribunales, siga sin resolver la mayor parte de los problemas planteados en lo concerniente al daño corporal. Es mejorable, y mientras tanto los médicos forenses que ven aumentadas sus competencias, como más adelante analizamos, podemos colaborar en su mejor interpretación y aplicación a la valoración del daño corporal.

III.- LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FORENSE EN LA NUEVA LEY.

Están muy aumentadas respecto a la Orden de 5 de marzo.

1.- En la Disposición Adicional 8", punto 2" "Mora del asegurador" se establece: "*En los daños causados a las personas con duración superior a tres meses o cuyo exacto alcance no puede ser determinado*

en la consignación, el juez, al realizarse la misma, decidirá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada por el asegurador, PREVIO INFORME DEL MÉDICO FORENSE SI FUERA PERTINENTE, atendiendo a la cuantía aproximada que pudiera corresponder con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo de la presente Ley. Contra esta resolución judicial no cabrá recurso".

Cuando pase algún tiempo y la Ley esté en plena aplicación se verá incrementado el trabajo médico forense en un nuevo aspecto: Informes al juez sobre el alcance de las lesiones, tiempos previsibles de curación e incapacidad y las secuelas previsibles y su traducción en puntos, a fin de que este pueda determinar la consignación pertinente por parte de las aseguradoras.

2.- La posibilidad contemplada en la Ley de rentas vitalicias en víctimas de accidentes de circulación, que pueden ser revisadas en función de daños sobrevenidos, abre una nueva línea de trabajo al médico forense. En los informes de sanidad futuros resultaría interesante hacer alguna observación sobre la previsión de que las secuelas puedan considerarse dinámicas, es decir susceptibles de regresión o progresión, pudiendo dar lugar a la revisión del alcance de las mismas y consiguientemente, en su caso, a la modificación de la renta. También se empezarán a ver en un futuro, a medio plazo, lesionados que ya fueron dados de alta y que solicitan revisión de su situación clínica.

3.- El apartado 11 del punto primero del Anexo expresa: *"En la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como en la sanidad del perjudicado será preciso informe médico"*. Se pueden dar muy variadas interpretaciones a este texto, entre ellas que no sea posible acuerdo judicial de las partes si no media informe médico. Que sean necesarios documentos acreditativos de baja laboral para admitir la incapacidad (cosa que nos parece poco objetiva y realista por razones muy variadas y cuyo análisis por la extensión

sería incompatible con la limitación de este trabajo). En cualquier caso hay que estimar que será el médico forense el designado para revisar e interpretar esta documentación médica y/o suplirla en aquellos casos que no exista, con indicaciones precisas.

4.- El hecho de que la Ley sea vinculante y en la Tabla VI falten muchas secuelas obligará a los médicos forenses a tener que homologar y valorar muchas de ellas, siguiendo criterios clínicos y médico-legales.

5.- La propia Ley establece que la puntuación asignada a cada secuela entre los límites, mínimo y máximo, establecidos debe hacerse en función de su repercusión funcional y características, por lo que en lo sucesivo debe ser el médico forense quien, a petición del juez, establezca estas puntuaciones.

6.- El hecho de que la Tabla IV introduzca como factor corrector de la indemnización básica la incapacidad, en sus diferentes grados de permanente parcial, permanente total, absoluta y gran invalidez, obligará al médico forense a tener que dictaminar sobre estos extremos. A veces no solo diagnosticando la secuela y valorando su alcance funcional, sino correlacionando estos elementos con las características del trabajo y/o trabajador.

CONCLUSIONES FINALES.

El daño corporal constituye, en los tiempos actuales, la mayor parte del trabajo médico-forense. Aunque en definitiva se trata de la antiquísima realidad de la lesión corporal, cobra interesante actualidad a la vista de los avances científicos y tecnológicos tanto en la disciplina médica, como en la jurídica, mediante una legislación moderna que trata de ir abordando el problema en toda su dimensión, para adecuarla a las exigencias sociales.

La Asociación Andaluza de Médicos Forenses fue pionera en la organización de jornadas sobre el daño corporal, incorporando actualizadas ponencias, desde muy diversas perspectivas, tanto médicas como jurídicas. En sus dos primeras jornadas

quedaron tratados los aspectos del daño físico y psíquico. Proponemos que la tercera y próxima, se dedique, para tratar de ir dando una total cobertura a esta amplia disciplina, al perjuicio estético, daño moral y extracorpóreo de la secuela física y lo psíquica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Agustín Calvo, María Graciela. La valoración judicial en la indemnización por daño moral. Revista General de Derecho n° 610-611. Julio-agosto 1995.
- 2.- BOE de 9 de noviembre de 1995. Jefatura del Estado. Ley 30/1995 de 8 de noviembre.
- 3.- Carmona Ruano. Ponente. Sentencia de 6 de Febrero de 1995. Sección 1ª Audiencia Provincial de Sevilla. Actualidad Penal. Audiencias. Agosto 1995.
- 4.- García López, Rafael. Responsabilidad civil por daño moral. Doctrina y Jurisprudencia. Bosch Editor.
- 5.- Pérez Pineda, B. y García Blázquez, M. Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 5ª Edición, Editorial Comares.
- 6.- Pérez Pineda, B. y García Blázquez, M. Curso práctico de aplicación y manejo de la Orden de 5 de marzo de 1991. Editorial Comares.
- 7.- Suárez Robledano, Manuel. Indemnización por Daños Corporales. Actualidad Civil, n° 32/4. Septiembre 1995.

PRUEBA PERICIAL

LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA. DISTINCION ENTRE DELITO Y FALTA DE LESIONES EN ATENCION A DICHO CONCEPTO Y A LOS ARTICULOS 420 Y 582 DEL CODIGO PENAL.²

Dictum expertorum nunquam transit in rem judicatam.

"El dicho de los peritos no pasa, jamás, a tener fuerza de cosa juzgada".
(S.T.S. 27 Abril y 14 Diciembre 1.887, 13 Junio 1.889, 9 Octubre 1.907).

PRELIMINAR

Cuando en un procedimiento judicial, alguna de las partes implicadas intenta probar la legalidad de su petición, o simplemente defender los intereses de su mandante mediante la práctica de una prueba pericial, a nadie puede extrañar que, posteriormente y en concreto a la hora de dictar el Juez la Sentencia, dicha prueba pericial sea valorada en un plano que podíamos calificar como de superior con respecto al resto de los medios probatorios que obran ya en el pleito. La razón de lo expuesto es sencilla, y es que el perito, por propia definición, no tiene ni debe de tener ningún interés particular en lo que se trata de dilucidar. Por ello, y pese a haber consignado una frase al inicio a este artículo que no pasa de ser una mera declaración de intenciones con destino a preservar la sagrada independencia judicial, no hay más remedio que reconocer que peritos, y en este caso peritos médicos, y juristas de toda índole, han recorrido un largo camino a la hora tanto de servir a la Administración de Justicia, como al Justiciable en particular, y que dicho camino corre cada vez más parejo y vinculado entre ambos profesionales.

Diffícil tarea ha planteado el Legislador a los profesionales a la hora de decidir en cada caso concreto cuándo un hecho es delictivo, y cuándo merece una simple reprobación atenuada que deba ventilarse en un juicio de faltas. Por eso, estas líneas no pretenden en absoluto sentar cátedra ni establecer doctrina a seguir, siendo únicamente su intención ilustrar, a modo de ejemplo, y a tenor de algunas Sentencias que se citan, cómo los Tribunales vienen entendiendo el problema de la distinción entre el delito y la falta de lesiones, y siempre en atención a la valoración médica que pueda realizar el Médico Forense del Juzgado.

LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA.-

Sabido es que con anterioridad al sistema actual, implantado en virtud de la L.O. 3/89, para que un acto lesivo revistiera caracteres delictivos, se exigían más de quince días de sanidad. Sin embargo, la Ley citada, lejos de clarificar la cuestión objeto de debate y polémica, vuelve a incidir en, como no podía ser de otro modo, aspectos puramente médicos como determinantes, mas sin dar todavía una interpretación legal o auténtica de qué debe entenderse jurídicamente por primera asistencia facultativa. En efecto, resulta lógico y evidente que siempre, en la atención al enfermo o lesionado, existe un acto médico al que podemos calificar

² J.E. Vázquez López. Ldo en Derecho y abogado en ejercicio

de inicial, y que en este caso nos sirve de base para determinar con posterioridad si el hecho es delito o no, según dicho acto inicial se vea complementado por otros ulteriores. No obstante, lo que pudiera parecer en un primer momento algo simple de determinar, ha resultado ser una cuestión sobre la cual se han vertido ríos de tinta y que ha ocupado a nuestra doctrina más especializada, exigiéndose, incluso entre los Fiscales, un criterio más o menos uniforme a la hora de calificar los diferentes supuestos que se puedan plantear en la práctica, todo ello con el fin de no dar lugar a posibles agravios comparativos que podrían darse según la parte acusadora pública entendiera la polémica en uno u otro sentido.

1.- La Circular 21/1.990.

Así pues, en la Circular de la Fiscalía General del Estado nº 21/90, se conceptuaba la primera asistencia como *"la atención inicial prestada al lesionado, sea o no contemporánea del hecho causante de la lesión"*, determinado a su vez, los siguientes requisitos de dicha asistencia primaria:

- 1.- Necesidad clara de prestar la asistencia, en el sentido de ineludible.
- 2.- Titularidad del que presta la asistencia. Así, algunos entienden "asistencia facultativa" como la prestada por un profesional de la Medicina, englobando también en dicho concepto no sólo a los médicos, sino también a los A.T.S. (No obstante, esta postura de la Circular 21/90 ha sido cuestionada sin falta de razón por algunos autores, tales como Arroyo de las Heras y Muñoz Cuesta en su libro "El delito de lesiones", Aranzadi, 1.993).
- 3.- Carácter único o múltiple de la asistencia, que determinaría su calificación como delito o falta.

2.- El criterio médico-legal.

Evidentemente, las directrices que nos marca la mencionada circular, coinciden poco con el concepto que nos da el profesor Arroyo Urieta de la primera asistencia, entendida la misma como *"conjunto de actos médico-quirúrgicos encaminados al diagnóstico, prevención de complicaciones y tratamiento, de manera que tras esta primera asistencia pueda completarse la curación mediante la vigilancia y cuidados de personal auxiliar"*. ("La reforma de las lesiones de 1.989"). Así, dicho criterio sienta la base de que, tras la primera asistencia, el lesionado no debe requerir más cuidado que el derivado de la mera vigilancia del enfermo, precisando que dichos cuidados serían en todo caso encomendados a personal auxiliar, tal como enfermeras, auxiliares de clínica, celadores que puedan ayudar al enfermo, etc., según interpretamos de la definición aportada, y precisándose como elemento negativo el que dichos cuidados posteriores, y a tenor de lo expuesto, no precisarían la asistencia de un profesional de la Medicina.

3.- La postura de las Audiencias Provinciales

Sentado lo anterior, creemos llegado el momento de ver cómo han entendido los Tribunales el problema que se les planteaba, en base a la cita de algunas Sentencias de Tribunales, cuyo contenido puede resultar, cuando menos, ilustrativo para la finalidad que se pretende desde estas líneas. Así, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Jaén, de fecha 12 de Junio de 1.992, establece que *"la confusión que en el terreno práctico se viene padeciendo a la hora de interpretar los conceptos de primera asistencia facultativa y tratamiento médico quirúrgico, para diferenciar la falta de lesiones del delito de igual naturaleza, viene determinada, tal y como se señala últimamente por la doctrina, en la **no coincidencia de los conceptos médico legal**, de una parte, y el **clínico**, de otra, sobre los particulares citados, y que en la práctica se viene decantando la interpretación jurisprudencial por el **criterio médico-legal** de aquellos conceptos, por ser más restringido, y por ende, más favorable al reo."*

La Sentencia citada resolvía un caso en el que una señora había resultado con lesiones durante una riña, lesiones consistentes en hematomas en región dorsal y lumbar y en brazo derecho. Dichas lesiones necesitaron la primera asistencia, la permanencia de la lesionada la misma noche de ocurrir los hechos en **observación en el hospital**, así como igualmente el día siguiente, siéndole dado el alta el día después. Por ello, entiende el Tribunal, y según se

desprende de lo narrado, que la permanencia de la lesionada en observación, no implica acto médico alguno, calificando los hechos de falta.

Otra resolución que ilustra y restringe lo que debe entenderse por primera asistencia, es la Sentencia de la Audiencia Provincial de Sevilla de fecha 8 de Junio de 1.992, que establece que *"...no constituyen tratamiento médico en sentido penal los actos médicos destinados a complementar la primera asistencia, controlar su eficacia o comprobar su éxito (como retirada de puntos o vendajes, comprobación de la sanidad tras la primera cura, etc.); actos que no tienen finalidad curativa en sentido estricto ni añaden nada a la sanidad de la lesión, iniciada en la primera asistencia."* Se trataba de un caso en el que uno de los lesionados en una riña, según el parecer del Médico Forense, había necesitado para su curación de dos asistencias facultativas. El lesionado sufrió sendas contusiones en mano derecha y hemitórax izquierdo, de pronóstico leve, de las que curó a los dos días. Pues bien, la Sala, dando por cierto dicha duplicidad de asistencias, y respetando así el criterio pericial, pasa a discutir acerca de si la segunda asistencia tuvo una finalidad terapéutica, y si fue estrictamente necesaria, extremo que niega dicha resolución, dando por tanto carácter de falta y no de delito al hecho enjuiciado.

No obstante, por lo que se refería al otro acusado en las actuaciones de referencia, que sufrió **fractura de huesos propios de la nariz**, la Sentencia afirma que *"Una fractura de huesos propios requiere siempre tratamiento médico en sentido penal, pues aunque no sea precisa la reducción de la fractura, por no haber desplazamiento de fragmentos óseos, es siempre necesaria, cuando menos, la inmovilización con férula del apéndice nasal y la administración de antiinflamatorios."* Por tanto, se calificaron los hechos como delito, y no como falta.

CONCLUSION.-

Llegado el punto de tomar posición en la polémica, no está de más resaltar, a tenor de todo lo expuesto, la realidad del divorcio existente entre la concepción de asistencia facultativa o médica según el amplio criterio clínico, del médico legal, más restrictivo por definición, y como ya se ha dicho, más favorable para el sujeto que realiza la acción lesiva, habiéndose entendido por la gran mayoría de los Tribunales, que la primera asistencia facultativa comprende tanto el acto médico inicial, como las actuaciones subsiguientes y derivadas que tiendan a asegurar su eficacia, y sin que ello signifique la existencia de varias asistencias.

El nuevo Código Penal, en su artículo 157, dispone que *"El que por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico"*.

Queda por ver, como ya algunos autores apuntan, el significado que los Tribunales otorguen a la palabra **objetivamente** insertada en el citado precepto, mas lo cierto y verdad, es que a tenor del último párrafo resaltado, a partir de ahora se concreta que a partir de la entrada en vigor del Cuerpo Legal Punitivo, y tal y como ya hemos desglosado, la vigilancia complementaria a la asistencia primaria forma parte de la misma sin englobar el concepto de tratamiento médico.

Dadas las lógicas limitaciones de una publicación de este tipo, ha de dejarse para otro artículo posterior el análisis, siquiera somero, de lo que constituye, a la luz de algunas Sentencias, el concepto de tratamiento médico quirúrgico, que sufre de idéntica polémica que el concepto de primera asistencia, al cual se halla íntimamente ligado.

El suicidio en el Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio 1990-1994

C. Romero Cervilla. E. Balanza Alonso de Medina. F. Alarcón Jiménez. J.L. Brell González.

RESUMEN: *En este trabajo se estudian las muertes de etiología suicida en el Partido Judicial de Sevilla en el periodo comprendido entre 1990 a 1994.*

Los datos se han obtenido de los Registros del Instituto Anatómico Forense de Sevilla y de los Juzgados de Instrucción que practicaron las diligencias.

Se analizan las tasas de suicidio y su distribución atendiendo al sexo, edad, época del año y medios empleados.

Los resultados se comparan con otros trabajos sobre el suicidio en Sevilla y en otras poblaciones.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, tasa, sexo, edad, medios empleados.

INTRODUCCIÓN.

El estudio de las muertes de etiología suicida en Sevilla ha sido abordado en numerosos trabajos: "Aspectos epidemiológicos del suicidio en la ciudad de Sevilla, referidos a los años 1953 a 1977". ROMERO POLANCO, J.L., (1985). "El suicidio consumado en la ciudad de Sevilla en los años de 1978 a 1982". ROMERO POLANCO, J.L., GAMERO LUCAS, J. Y FERNANDEZ MUÑOZ, J. (1986). "Evolución del suicidio consumado en la ciudad de Sevilla en los años de 1978 a 1987". ROMERO POLANCO, J.L., GAMERO LUCAS, J. y otros (1989). "El suicidio en Sevilla en 1989. Estudio epidemiológico". HEREDIA F. (1991).

Con este trabajo se ha pretendido dar continuación a los anteriores, realizando un análisis de los suicidios durante el quinquenio 1990-1994. Se escogieron estos años para que la población fuera

homogénea, ya que debido a la Ley de Planta, el Partido judicial de Sevilla quedó modificado en 1990 al crearse los Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción de Alcalá de Guadaíra, Coria del Río y Sanlúcar la Mayor, que dependían anteriormente de Sevilla como Juzgados de Distrito.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Los datos presentados han sido obtenidos de los libros de registro del Instituto Anatómico Forense de Sevilla y de los archivos de los Juzgados de Instrucción del Partido Judicial de Sevilla en los que se tramitaron las diligencias correspondientes.

Una vez obtenidos los datos, se ha realizado un estudio analítico de los mismos atendiendo a las variables de sexo, edad, mecanismo suicida, época del año, etc, comprobando la mayor o menor frecuencia de cada uno de los grupos.

Se han comparado los datos obtenidos con los de trabajos anteriores realizados en Sevilla y con los de otras poblaciones, así como con los ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística.

RESULTADOS. NUMERO Y TASA DE SUICIDIOS.

El número total de muertes registradas en el Instituto Anatómico Forense

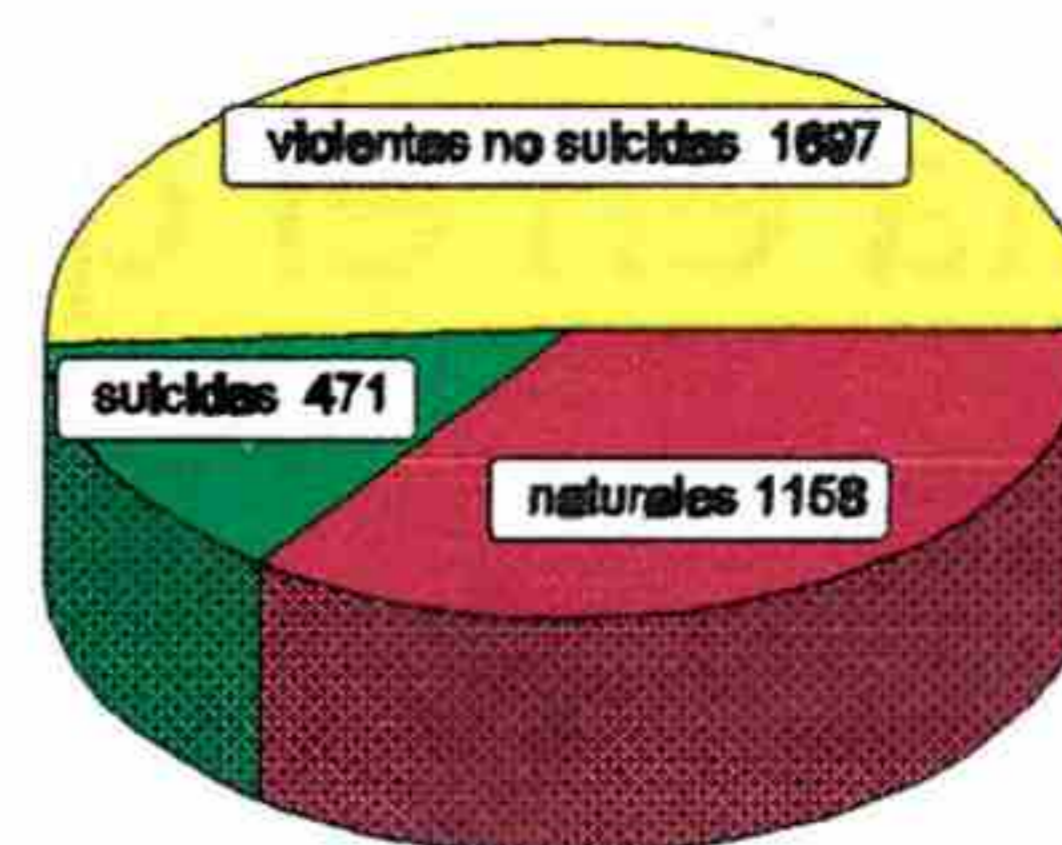
AÑOS	SUICIDIOS POR 100.000 HABITANTES
1990	8,93
1991	9,04
1992	9,60
1993	7,36
1994	10,71

TABLA 1

de Sevilla en el período comprendido entre 1990 al 1994 fue de 3.326; el número de muertes violentas de 2168; el número de muertes naturales de 1129, y el de muertes suicidas de 471 (Gráfica I).

De este total de muertes suicidas solo se han analizado las correspondientes al Partido Judicial de Sevilla, que consta, además de la ciudad de Sevilla, de veintidós poblaciones, con un censo total de 895.684 habitantes. El resto de las muertes registradas son de otros partidos judiciales

GRÁFICA I
Relación etiológica autopsias (90-94)



de la provincia de Sevilla, que en determinadas circunstancias realizaron autopsias en el Instituto Anatómico Forense.

El número de muertes del Instituto Anatómico Forense correspondientes al Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio 90-94 es de 3036, de las cuales 409 son de etiología suicida, lo que supone un 13,47% del total de autopsias. Estos resultados son prácticamente iguales a las cifras obtenidas por MARTÍ AMENGUAL y CORBELLA CORBELLA (1988) para los años 1983 a 1987 en Barcelona, que fueron del 13,24%, por CARNICERO Y ECHEVARRIA (1991) para el período 1988 y 1989 en San Sebastián, del 15,6%, y las recogidas por ENTRENA y ALCARAZ (1987) en los años 1985 y 1986 en Bilbao, con un valor del 14,7%, siendo superiores a los obtenidos por ROMERO POLANCO y otros (1989) en Sevilla los años de 1978 a 1987, que obtienen una cifra de 12,38%.

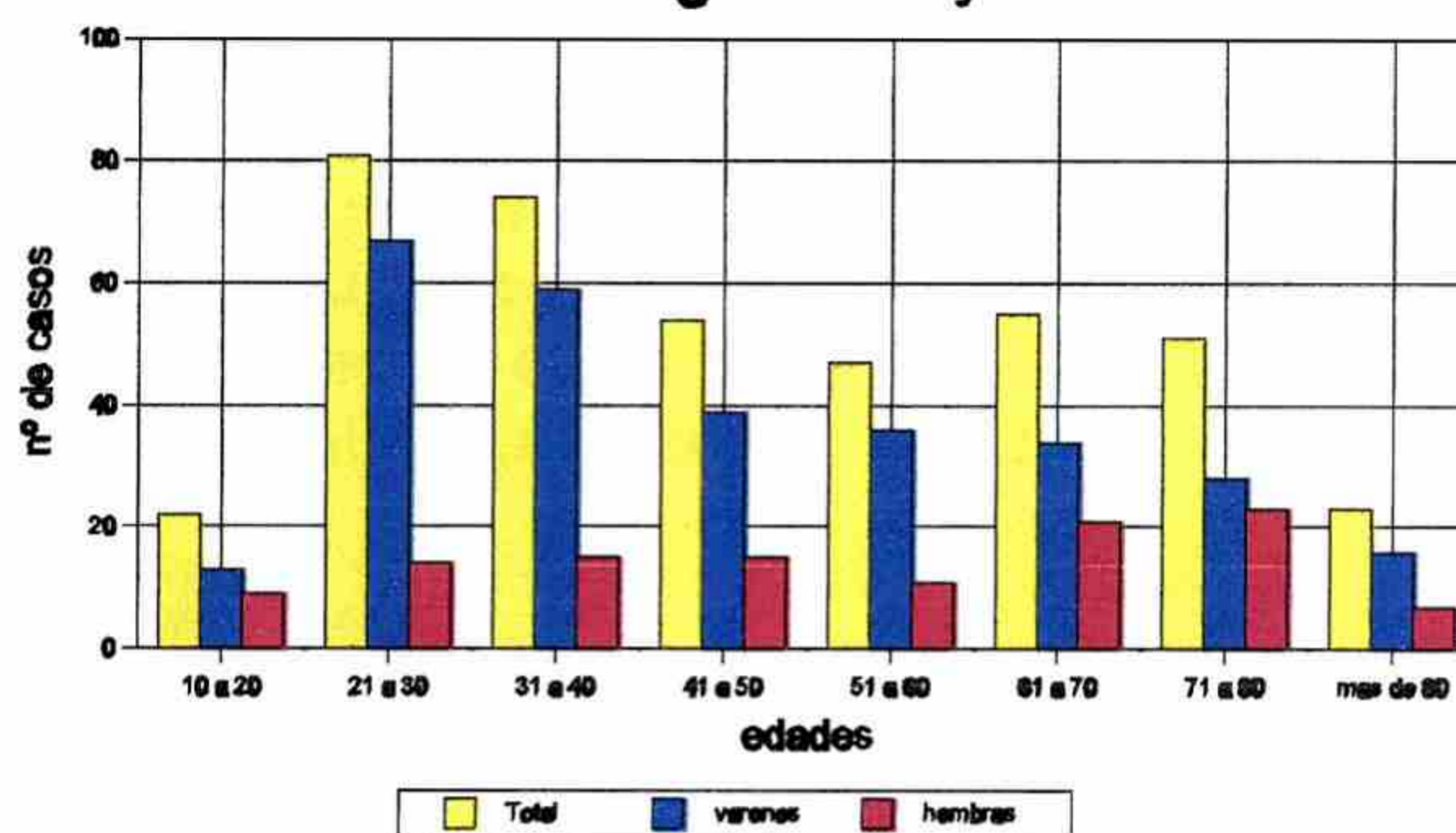
La tasa media en el quinquenio 90-94

	1990	1991	1992	1993	1994
VARONES	57	58	71	46	62
HEMBRAS	23	23	15	20	34
TOTAL	80	81	86	66	96

TABLA 2

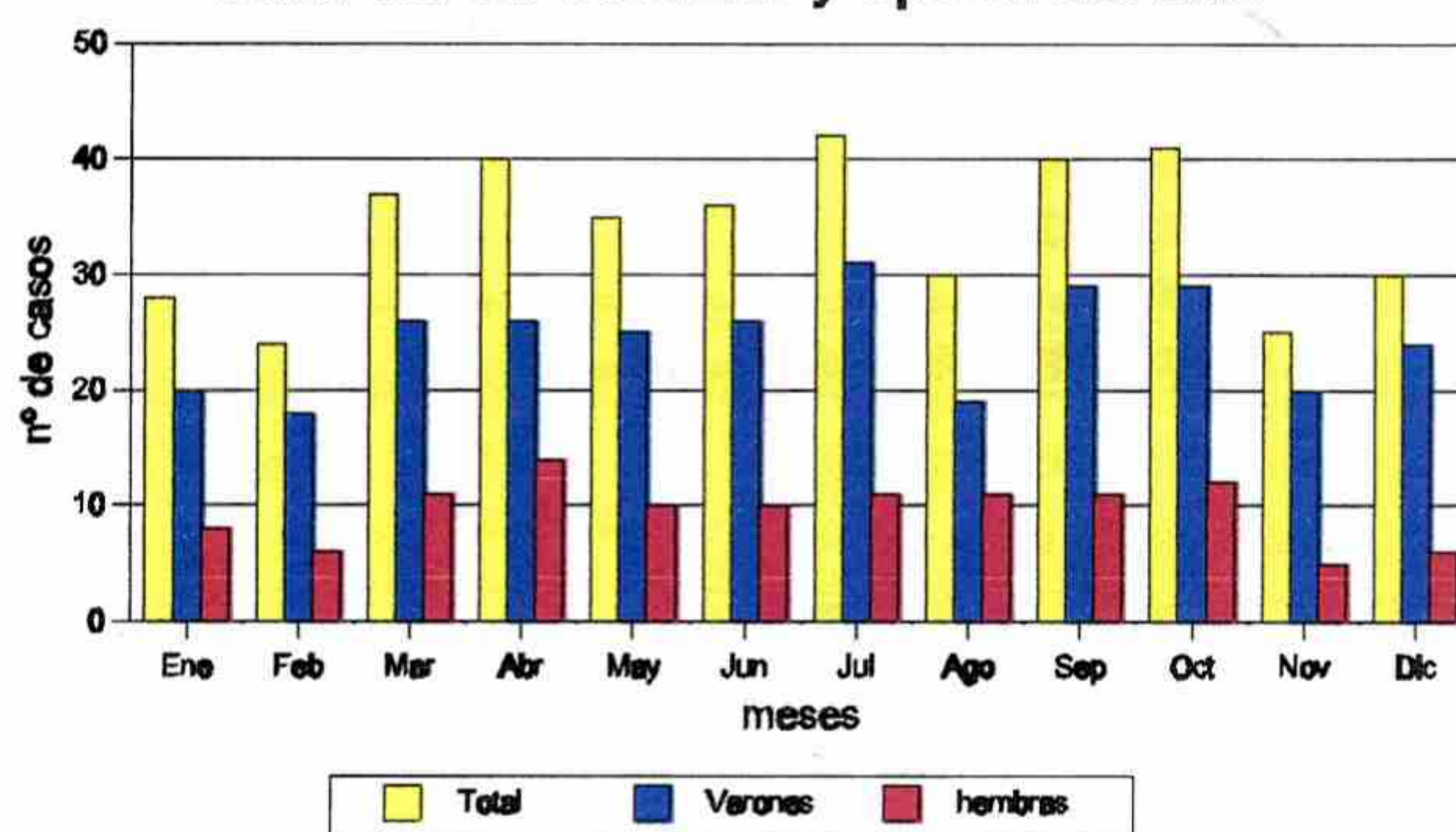
GRAFICA II

Suicidios segun sexo y edad



GRAFICA III

Sexo de los suicidas y época del año



de suicidio consumado en el Partido Judicial de Sevilla es de 9,13 por cien mil habitantes. En la Tabla 1 se reproduce la tasa de suicidio, pudiéndose apreciar una tendencia al aumento, con una inflexión en el año 1993. Los valores obtenidos son similares a los de los trabajos citados, pero muy superiores a los publicados por el Instituto Nacional de Estadística, que obtiene para Sevilla capital un coeficiente de suicidio (en los que incluye tanto los suicidios consumados como las tentativas) de 6 por cien mil habitantes, y en la provincia de 6,5 por cien mil habitantes para el quinquenio 89-93. Si bien hay que tener

en cuenta que dicho Instituto basa sus estadísticas en el llamado "Boletín de Suicidio" que debe recibir debidamente cumplimentado por el Secretario del Juzgado de Instrucción que intervenga en cada caso. Comparando los datos de la Estadística del Suicidio (años 90, 91, 92, 93) con los que disponemos, se observa una clara discrepancia respecto al número de casos contabilizados por el Instituto Nacional de Estadística y los obtenidos por nosotros, que nos hace llegar a la conclusión que dichos boletines no son correctamente tramitados.

DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS

DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS POR SEXO.

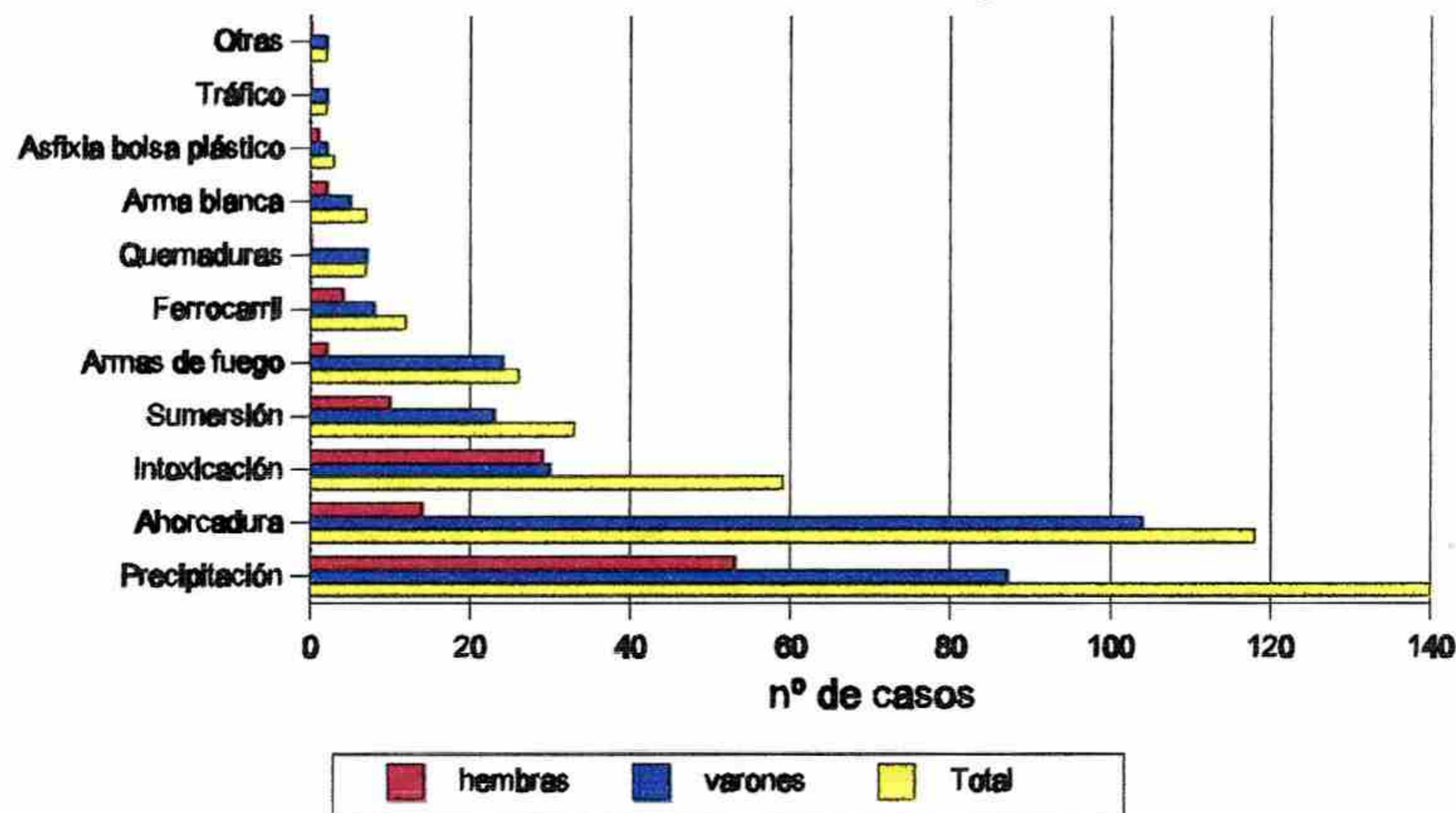
El número total de suicidios en varones es de 294 (71,9%), y el de hembras de 115 (28,1%), lo que equivale a 2,5 hombres suicidas por cada mujer. Estos valores son coincidentes con la mayoría de los estudios realizados en otras provincias, e iguales a los obtenidos en Sevilla en el período comprendido entre 1953 a 1977. ROMERO POLANCO y otros (1989) obtuvieron en el decenio

edad media global de los varones ya constatada en trabajos anteriores.

La edad de la vida en que se realizan el mayor número de actos suicidas durante los años estudiados en Sevilla, es en los varones la tercera década, seguida de la cuarta. En las mujeres, la mayor incidencia es a partir de la séptima década, encontrándose la mayor frecuencia entre los setenta y uno y los ochenta años. El número de casos según sexo y edad se recoge en la Gráfica II.

GRAFICA IV

Mecanismos de muerte y sexo



1978-1987 en Sevilla que la proporción era de 1,67 hombres por cada mujer, y en HEREDIA F. (1991), de 2,2 hombres por cada mujer en el año 1989 en Sevilla. Esto nos hace considerar que la tendencia al aumento en la proporción de mujeres suicidas observada en periodos anteriores en Sevilla ha disminuido. En la Tabla 2 se reflejan los resultados de la distribución de los suicidios por sexo en los años estudiados.

DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS POR SEXO Y EDAD.

La edad media global de los suicidas es de 47,11 años, siendo la edad media de los varones de 45,35 y la de las mujeres de 52,26, confirmándose el descenso de la

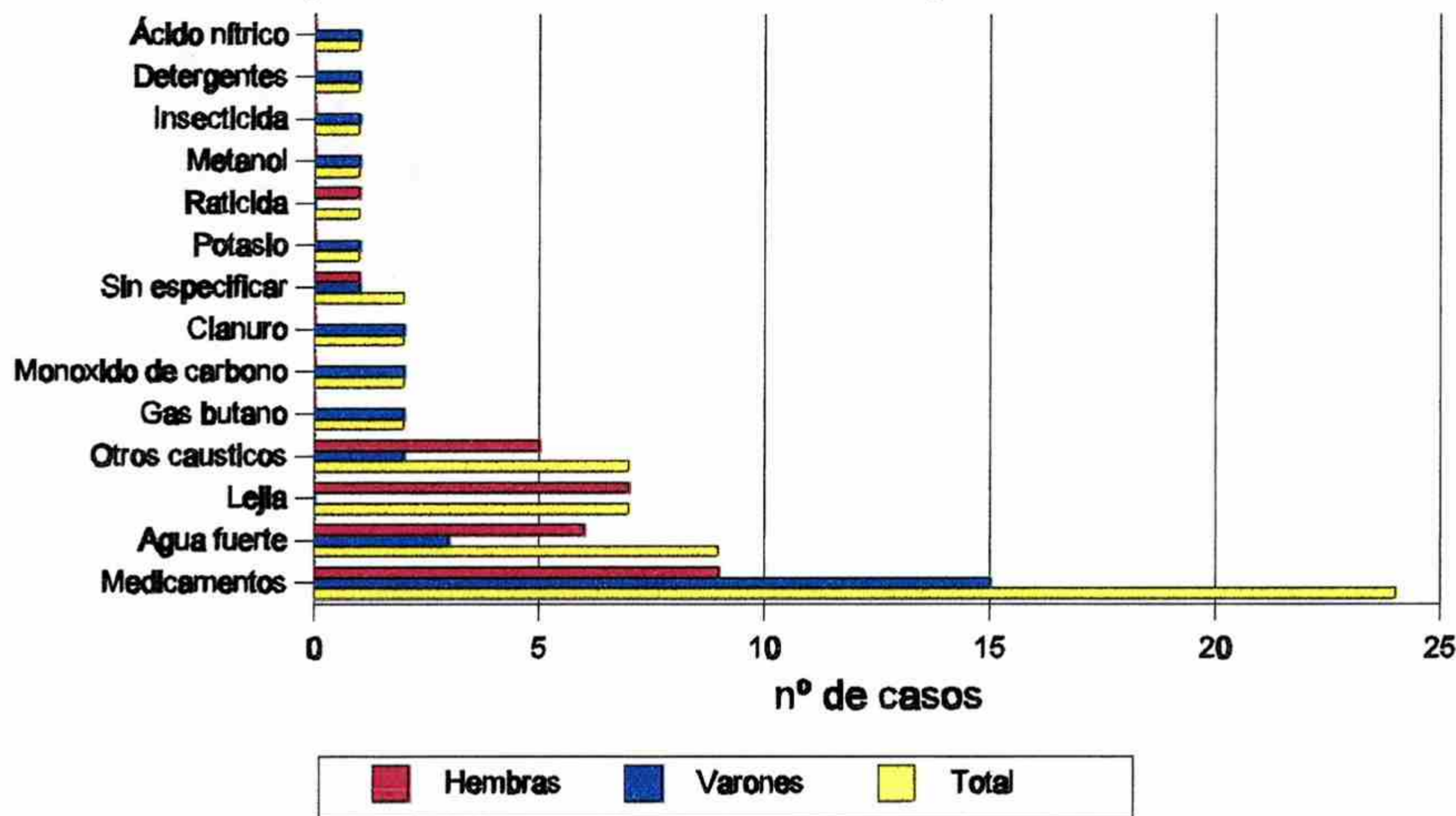
DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS SEGUN LA ÉPOCA DEL AÑO.

En la gráfica III se reproducen los resultados de la distribución de suicidios por meses en los años estudiados.

Al igual que en otros estudios, la mayor incidencia de los suicidios se da en el tercer trimestre del año, siendo los meses de julio y octubre los de mayor incidencia de casos, pero no se observan grandes diferencias entre la primavera, el verano y el otoño, en que el número de casos es similar. Durante los meses de invierno disminuyen considerablemente las muertes por suicidios. Como hecho a destacar hay que señalar que en todos los años estudiados se produce al menos un caso durante la Navidad.

GRAFICA V

Tipos de intoxicaciones por sexos



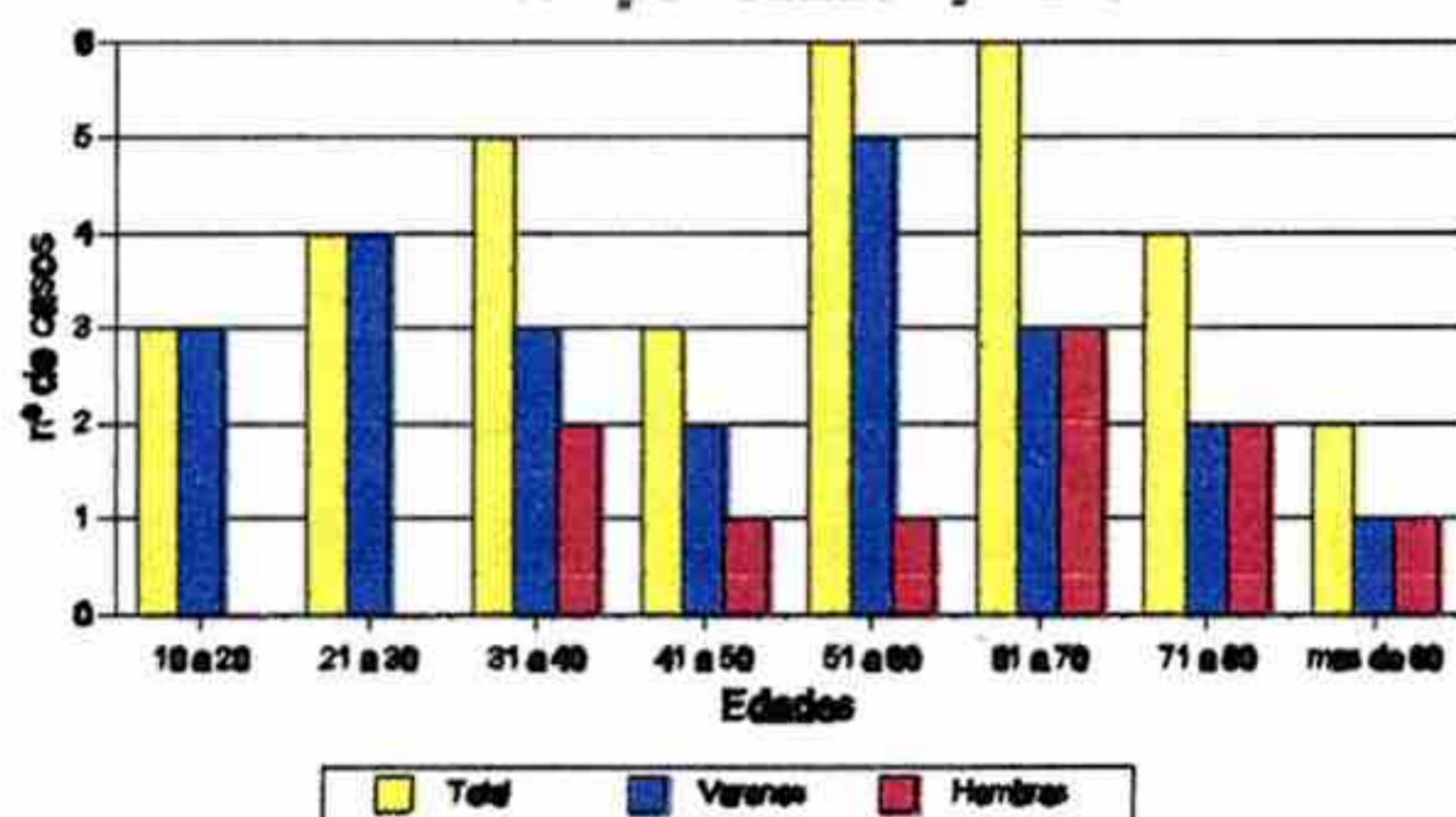
DISTRIBUCION DE LOS SUICIDIOS SEGUN LOS MEDIOS EMPLEADOS.

Los mecanismos empleados por los suicidas, así como el número de casos por sexos se reflejan en la Gráfica IV.

Al analizar los mecanismos atendiendo al sexo, observamos marcadas diferencias entre los medios utilizados por los hombres y las mujeres. En el caso de los hombres, el mecanismo más utilizado es la ahorcadura, seguido por la precipitación; en tercer lugar, el empleo de armas de fuego, y en cuarto lugar la intoxicación. Las mujeres, el mecanismo que más utilizaron es la precipitación; en segundo lugar la intoxicación; en tercer lugar la ahorcadura, y en cuarto lugar la sumersión.

GRAFICA VI

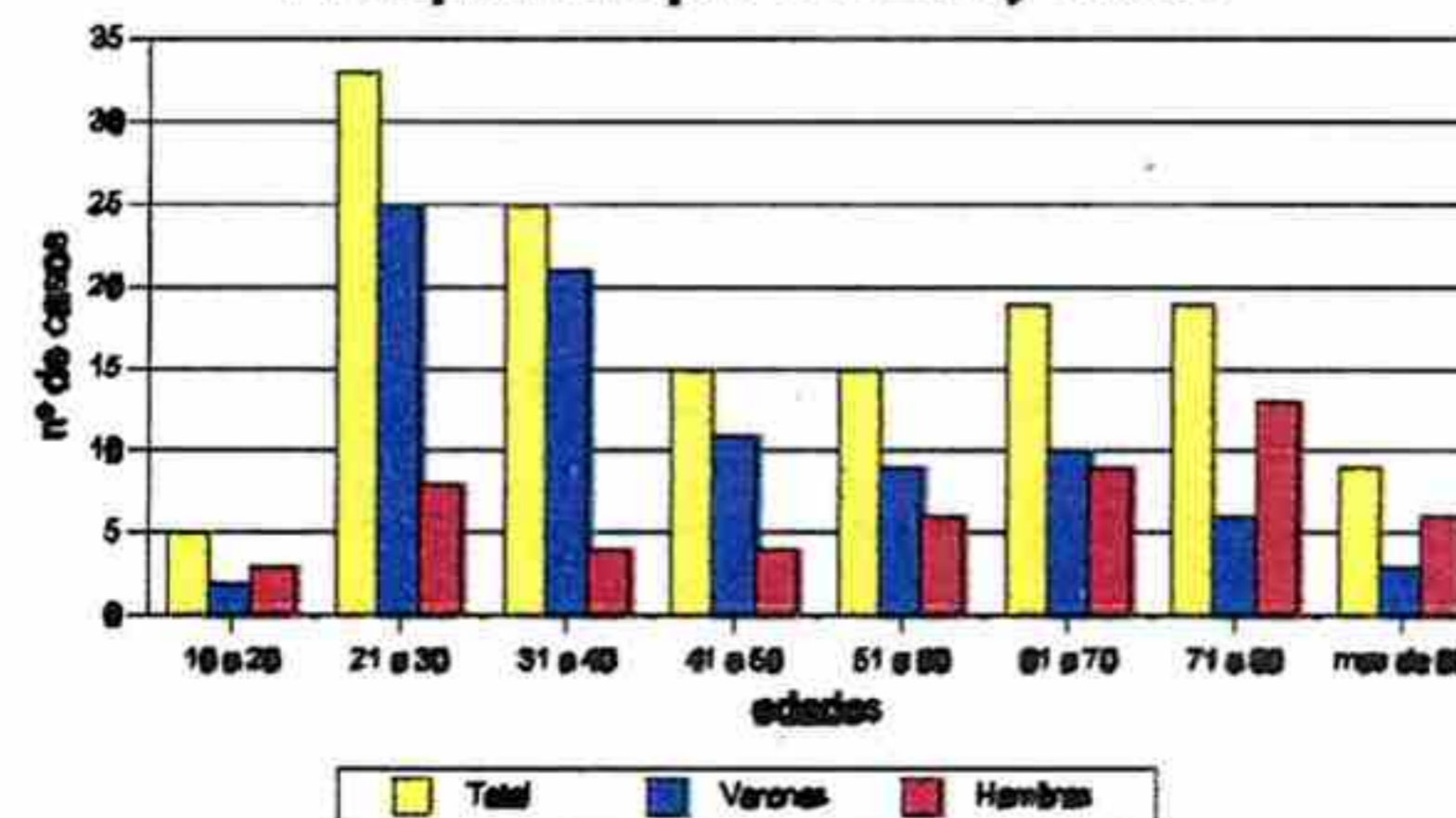
Sumersión por edades y sexos



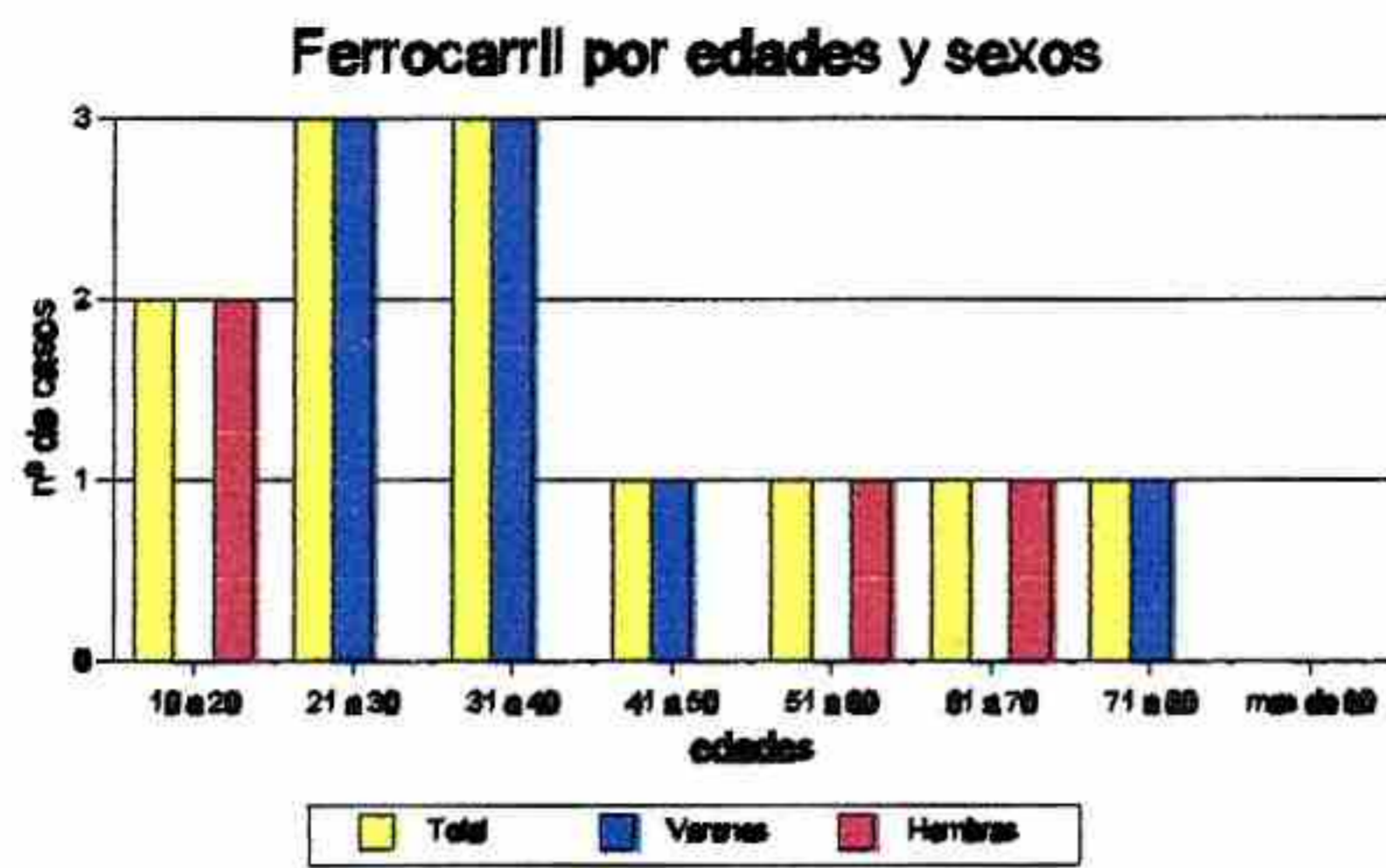
De todos los mecanismos destaca la precipitación como el más frecuente elegido por los suicidas (34,22% del total), seguido por la ahorcadura (28,85%) y en tercer lugar por la intoxicación (14,42%). Estos resultados son similares a los obtenidos en Sevilla, Bilbao, Barcelona y San Sebastián.

GRAFICO VII

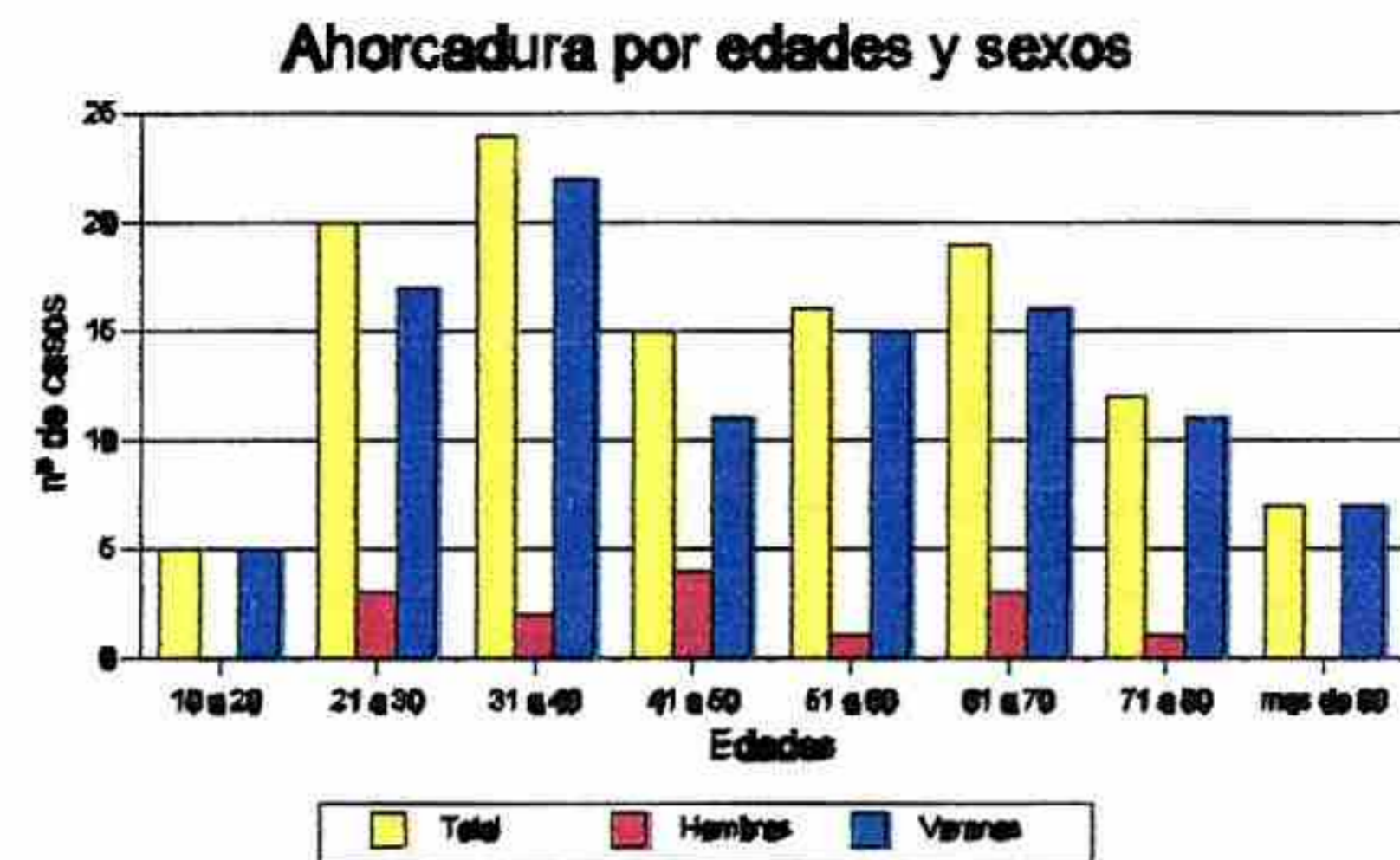
Precipitación por edades y sexos



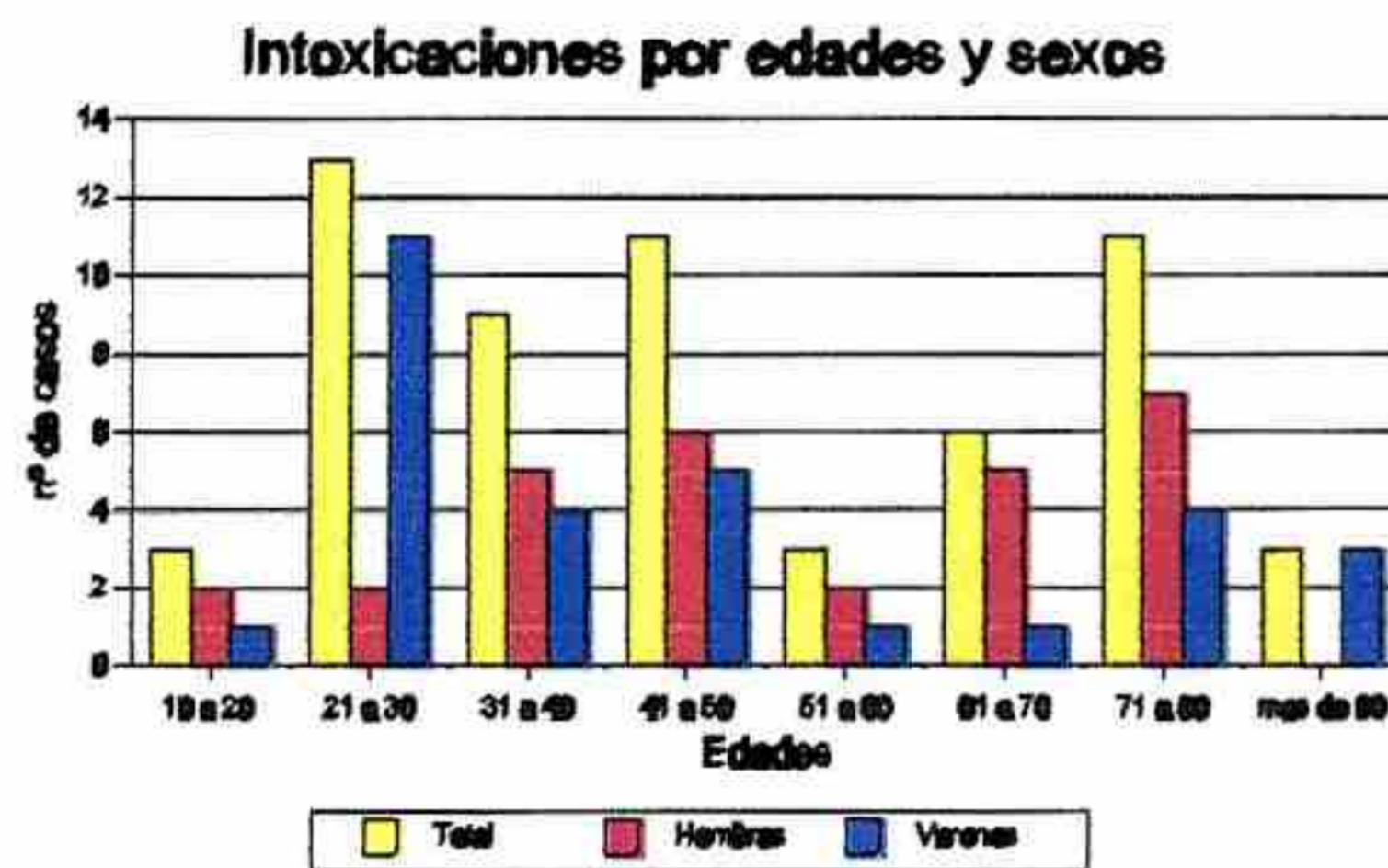
GRAFICA VIII



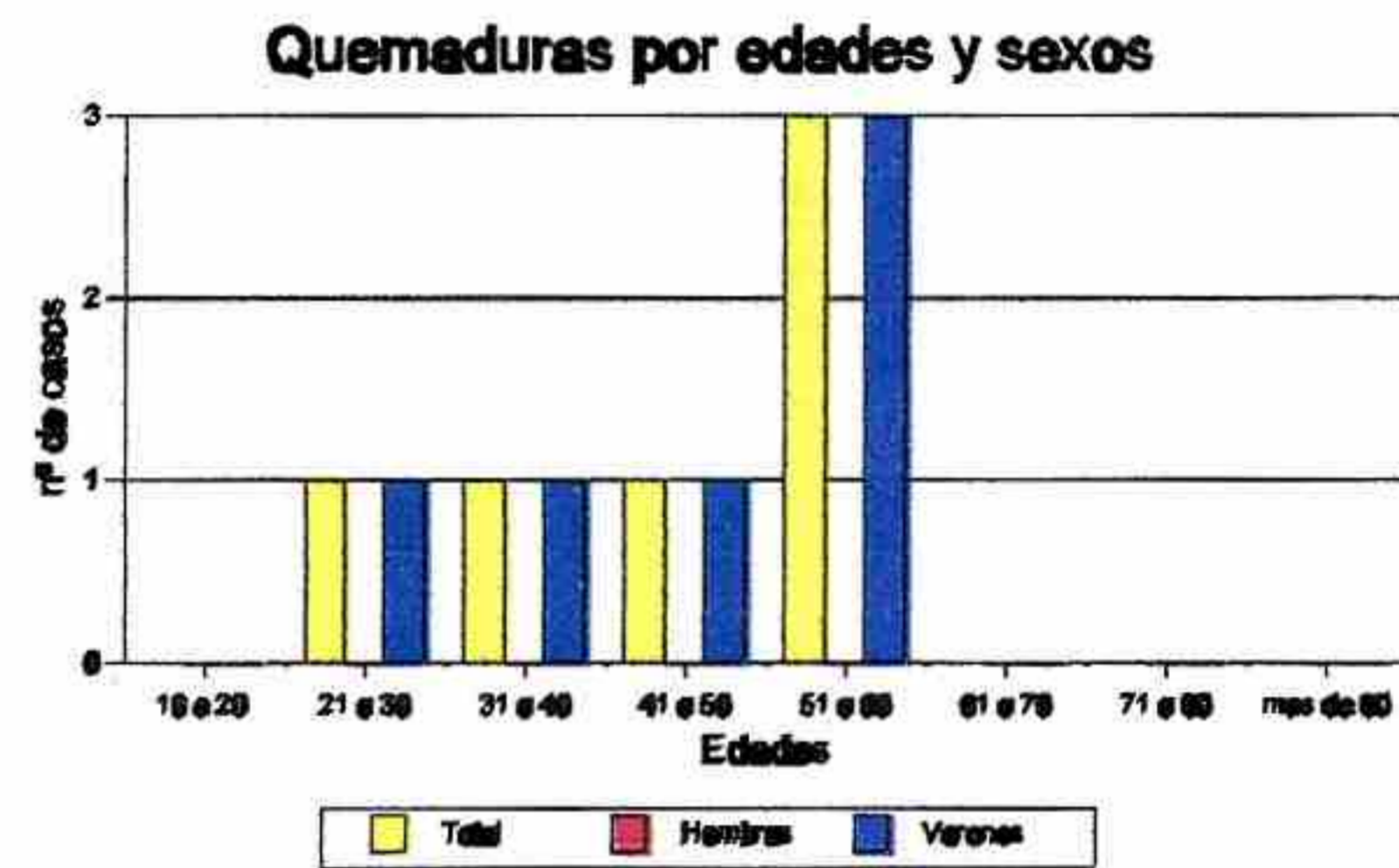
GRAFICA XI



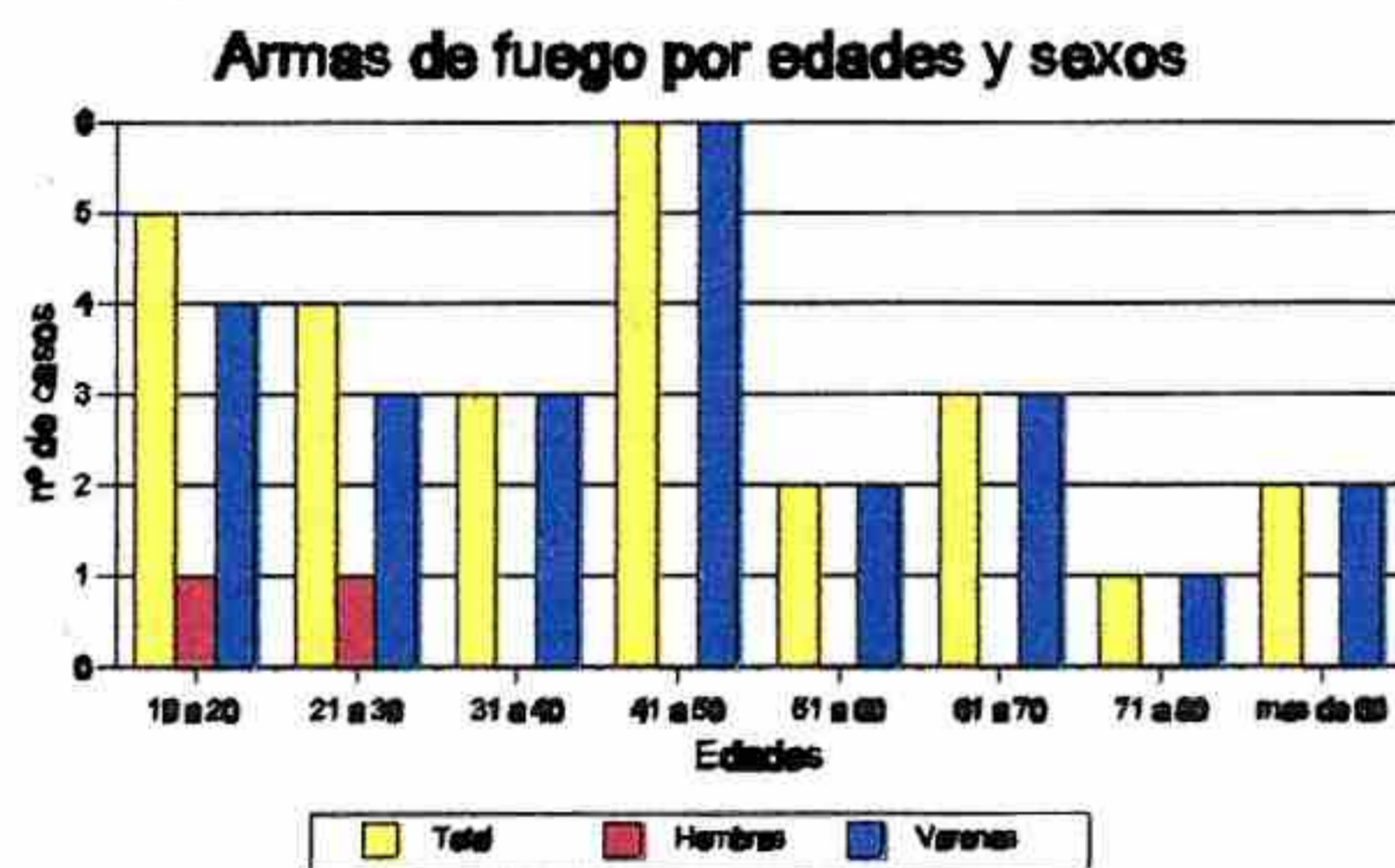
GRAFICA IX



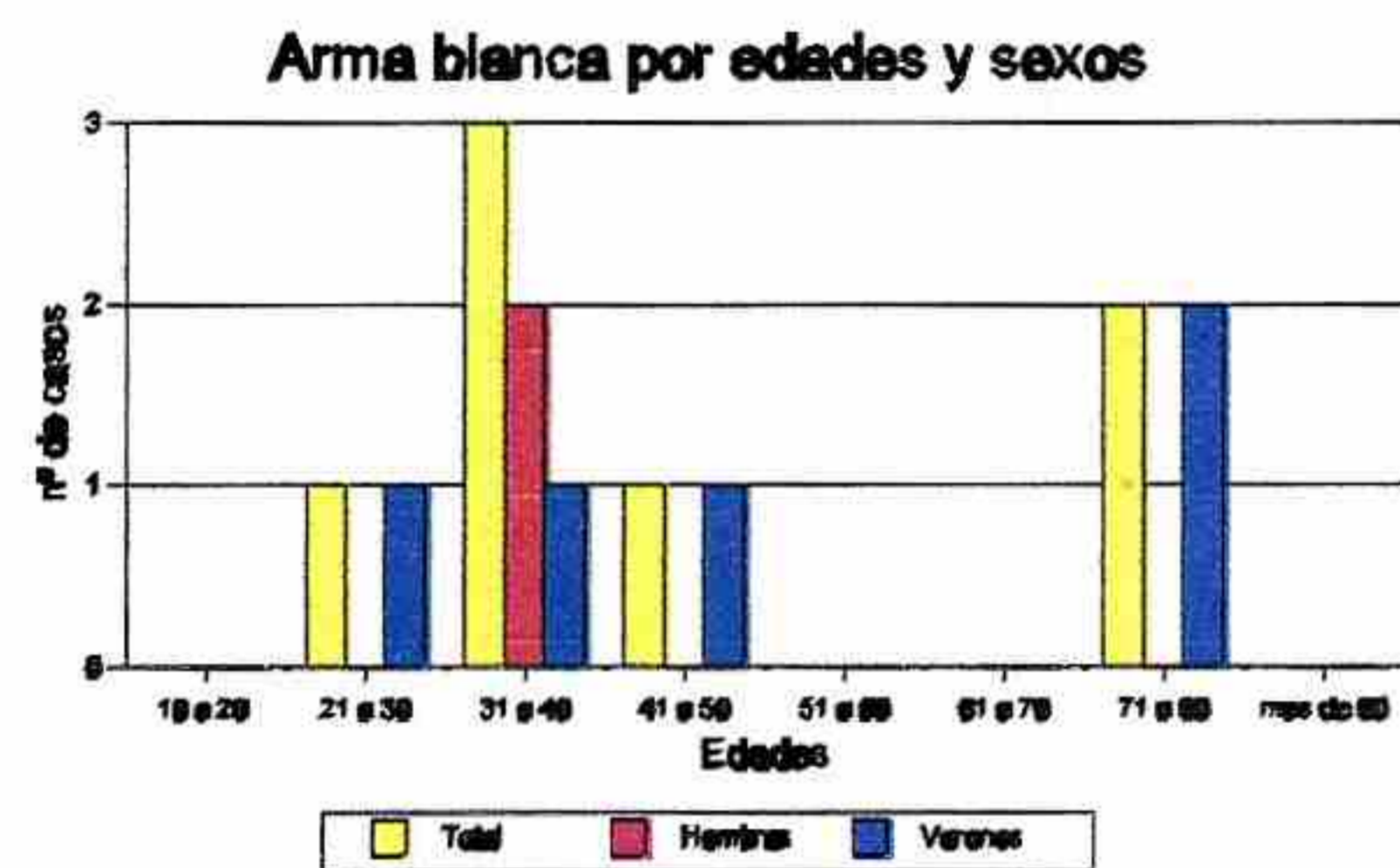
GRAFICA XII



GRAFICA X



GRAFICA XIII



Es de destacar el aumento de la ahorcadura como mecanismo suicida en los varones, así como la disminución de la utilización de este mecanismo por las mujeres, que llegó a no ser utilizado por ninguna mujer en los años 1992 y 1993.

En cuanto al mecanismo de arrollamiento por tren, su incidencia va disminuyendo a lo largo de los años estudiados, no presentándose ningún caso en 1994, hecho que puede explicarse por la mejora de la red ferroviaria de Sevilla, que hace que sea más difícil para los suicidas utilizar este medio..

La intoxicación es el medio que utilizan en igual número de casos tanto mujeres como hombres. Existen distintos tipos, siendo la más utilizada la ingestión de medicamentos. En la gráfica V se exponen los distintos tipos de sustancias utilizadas por sexo. Como en estudios citados, el empleo de gas butano ha disminuido, siendo únicamente utilizado por dos varones, mientras que la lejía es un mecanismo utilizado únicamente por mujeres.

El suicidio por quemaduras ha sido utilizado por seis varones en los cinco años, lo que supone un aumento respecto a estudios citados.

La asfixia por bolsa de plástico es un

mecanismo del que se presentan tres casos, todos en el mismo año (1993), siendo utilizado por dos varones y una hembra.

En las gráficas VI a XIII se reflejan los resultados obtenidos al analizar la distribución de los suicidios atendiendo al mecanismo empleado según la edad y el sexo.

CONCLUSIONES.

PRIMERA: De las 3036 autopsias practicadas en el Instituto Anatómico Forense, pertenecientes al Partido Judicial de Sevilla en el quinquenio 1990-1994, el 13,47% son de etiología suicida.

SEGUNDA: La tasa de suicidios consumados para los años 1990 a 1994 es de 9,13 por cien mil habitantes, comprobándose un significativo incremento de la misma.

TERCERA: Con relación al sexo, la proporción es de 2,5 hombres por cada mujer.

CUARTA: La edad media de los suicidas es de 47,1 años, siendo la de los varones de 45,3 y la de las mujeres de 52,2.

QUINTA: La época del año en que se producen menos suicidios es el invierno, teniendo una incidencia constante durante el resto del año.

SEXTA: El mecanismo más empleado es la precipitación, seguida de la ahorcadura y la intoxicación. Cabe destacar el escaso porcentaje de la ahorcadura entre las mujeres.

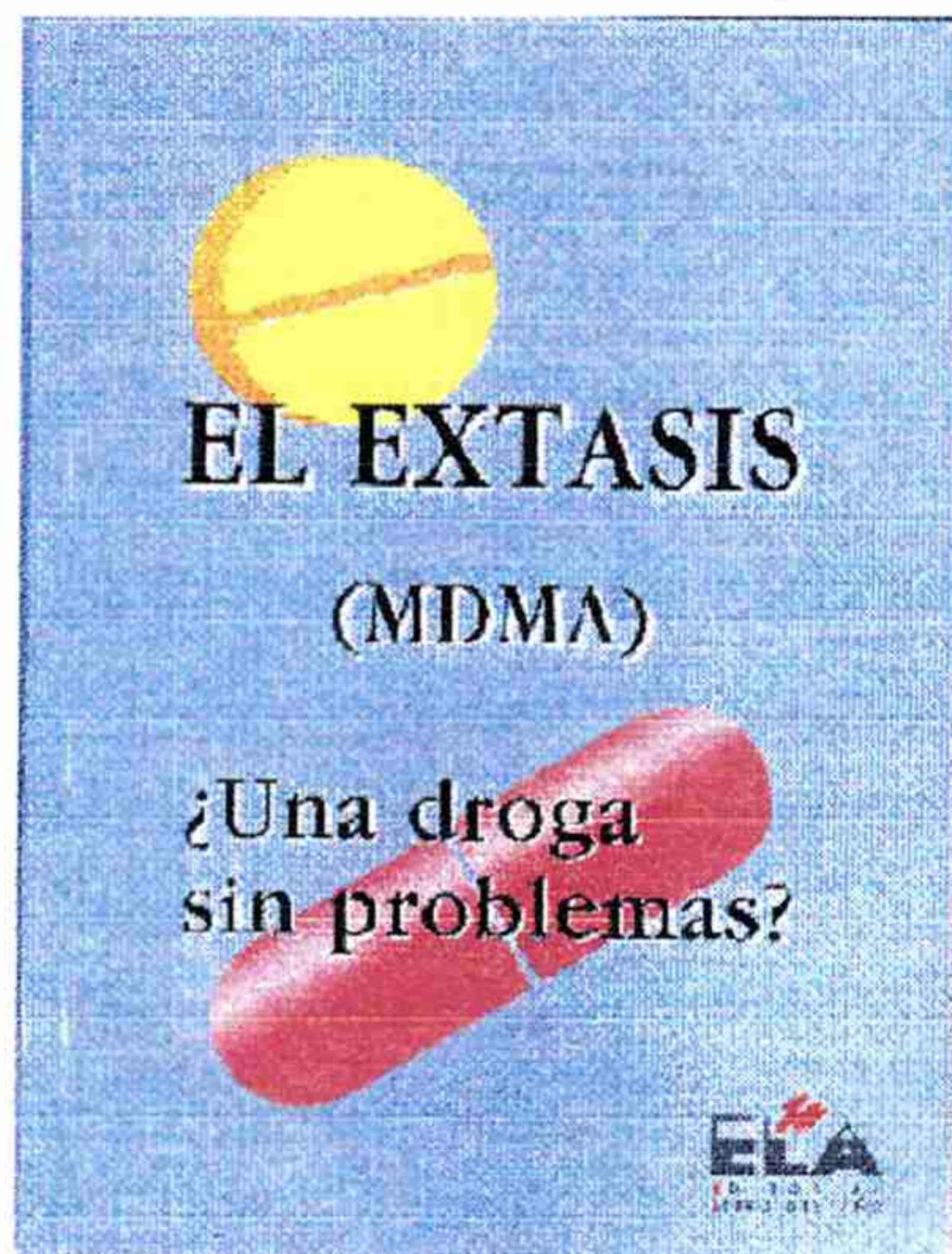
AGRADECIMIENTOS:

A D^a. Inmaculada Hernández Mancha, auxiliar de laboratorio del Instituto Anatómico Forense por su inestimable colaboración en la minuciosa recogida de datos en los registros del Instituto Anatómico Forense, así como clasificación y organización de los mismos.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Alcaraz Manzano, R y Entrena Ruiz-Ogarrio, J.J.. Estudio del fenómeno suicida en el área del Gran Bilbao y zonas adyacentes, durante los años 1985-1986. *Revista Española de Medicina Legal*, 1987, 50-51.
- 2) Carnicero Jimenez de Azcárate, M.A., Echevarría Gabilondo, F., Iglesias Zamora, M.E. e Idoate Saralegui, F.. *Revista Española de Medicina Legal*, 1991, 66-69 (23-29).
- 3) Heredia, F. El suicidio en Sevilla en 1989. Estudio epidemiológico. *Revista Española de Medicina Legal*, nº 66,67,68,69 (57-60).
- 4) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Suicidio en España. Años 1990, 91, 92, 93.5) Martí Amengual, G. y Corbella Corbella, J. Evolución del suicidio consumado en Barcelona. *Monografías Médicas JANO*, 2/9 (27-35).
- 6) Romero Polanco, J.L. Aspectos epidemiológicos del suicidio en la ciudad de Sevilla, referidos a los años 1953 a 1977. *Revista Española de Medicina Legal*, 1986. nº 46-47 (35-54).
- 7) Romero Polanco, J.L., Gamero Lucas, J y Fernandez Muñoz, J. El suicidio consumado en la ciudad de Sevilla, en los años de 1978 a 1982. VII Jornadas Internacionales Mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla 1986.
- 8) Romero Polanco, J.L., Gamero Lucas, J., Vizcaya Rojas, M.A., Arufe Martínez M.I y Hernández Triviño A.. Evolución del suicidio consumado en la ciudad de Sevilla en los años de 1978 a 1987. *Revista Española de Medicina Legal*, 1989. nº58-59 (9-21).

COMENTARIO DE LIBROS



EL ÉXTASIS (MDMA) ¿UNA DROGA SIN PROBLEMAS?. Editorial Libro del Año S.L. 79 pags. Madrid 1994

En el texto se recogen las diferentes ponencias de la Mesa Redonda celebrada en Madrid, tras la Sentencia de la Sección Primera de la Audiencia Nacional de 12 de enero de 1994 que consideraba el Éxtasis o MDMA como droga no productora de grave daño a la salud, ateniéndose a la prueba pericial en la que se hacía notar la indiscutible autoridad de Shoulgin y en contra de los firmes criterios de los Médicos Forenses a cuya línea se incorporan las conclusiones reflejadas en este libro.

Los dos primeros ponentes, Magistrado del Supremo y Fiscal para la Prevención y Represión del Tráfico de Drogas, exponen en mas de la mitad de la monografía la necesaria visión jurídica. Siguen otras tres ponencias en cuyo solo comentario nos detendremos.

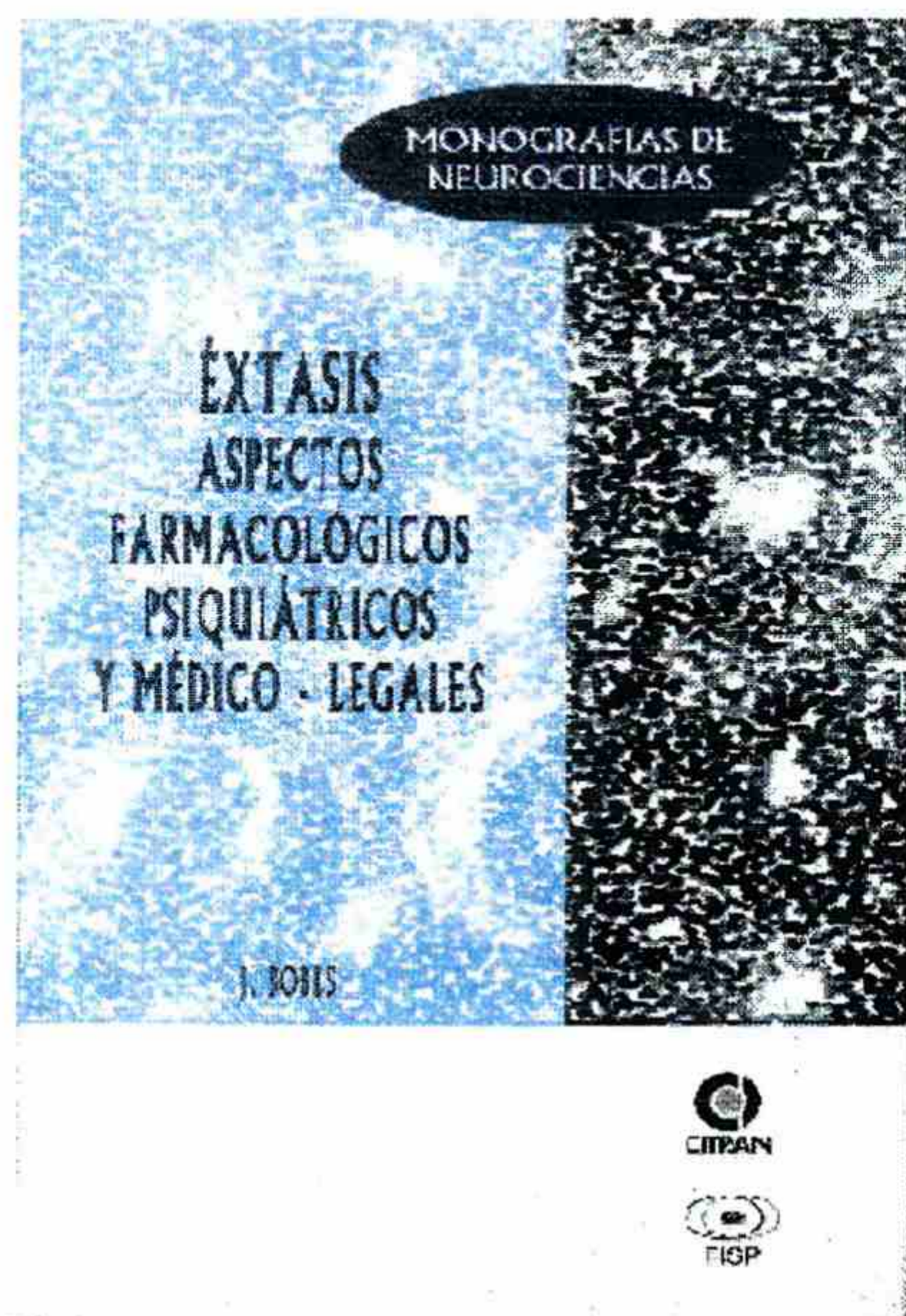
La tercera ponencia, presentada por miembros del Servicio de Información Toxicológica, está dedicada a los efectos fisiopatológicos y tóxicos de la droga, con señalamientos tan importantes del mecanismo de acción no aclarado y quizás múltiple, la no correlación de los niveles en sangre con los efectos de la sustancia, las diferencias de la acción estimulante del SNC (buscada), con la simpaticomimética (adversa) y alucinógena (solo a dosis mayores) y las dificultades planteadas por la base fundamental de experimentación animal y de casos clínicos aislados. Sobre todo ello la valoración pronóstica, en contestación a la pregunta del subtítulo del libro: hay una toxicidad aguda, que va mas allá de lo alucinógeno y simpaticomimético y que puede manifestarse como crisis de pánico, depresión, convulsiones, delirio, rabdomiólisis, CID, necrosis hepática, fallo renal agudo, hipertermia maligna y distress respiratorio. Hay estadísticas de mortalidad de hasta cinco casos, como los contabilizados por Cimbura en 1972, y hay una toxicidad crónica indistinguible de la esquizofrenia paranoide salvo reversibilidad por abandono de droga.

La cuarta ponencia se detiene en los aspectos psiquiátricos y sociológicos, incluyendo la opinión sobre el ocasional e histórico uso terapéutico. La última fundamenta las anteriores porque habla de la experiencia que es la que solo autoriza a hablar. De los casos registrados en el Servicio de Información Toxicológica es del mayor interés el dato de que el 84% de las consultas provengan de la medicina hospitalaria, indicativo de frecuencia de gravedad. Se dan también los importantes datos de la existencia de dos casos de muerte y la concordancia de los datos con los dados por el SIT de Londres.

En resumen, puede decirse que el libro, que cuenta al final con una amplia bibliografía, expone claramente una toma de postura y lo hace con concisión y rigor,

viéndose en ello la acción directora de Cabrera Forneiro. La tesis está en una de las ponencias como conclusión, pero puede hacerse general: en España hay unas tasas de alcoholismo, de adicción a la heroína, de paro, de alteraciones psíquicas y de consumo compensatorio de psicofármacos tan elevadas como para calificar de inaceptable e irresponsable cualquier intento de abrir las puertas alegremente a drogas como la MDMA.

Draggy



ÉXTASIS. Aspectos farmacológicos, Psiquiátricos y Médico-legales. J. Bobes. Ediciones en Neurociencias. 141 pags. Barcelona 1995

Los niveles de difusión alcanzados por las drogas de diseño, están haciendo intervenir a cuantos se interesan por su peligrosidad. En este caso se dedica el quinto título de la colección de Monografías de Neurociencias, a cargo de J. Bobes, del Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Oviedo, al tratamiento por separado de los aspectos farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales del Éxtasis.

Los aspectos farmacológicos y toxicológicos están expuestos por M.I. Colado y P. Lorenzo, del Departamento de Farmacología de la Complutense, en un capítulo que describe los efectos de la droga, en que no insistimos por estar comentados en otro lugar de esta misma sección, fijándonos aquí mas en los datos experimentales que indican la diferencia de estas drogas entactógenas, desde su propia actividad, con las aminas estimulantes y alucinatorias, la tendencia observada tras la administración repetida a que solamente se

incrementen los efectos negativos, la atribución de los efectos a la disminución de concentración de la serotonina, así como de su metabolito ácido 5-hidroxiindolacético y su enzima limitante 5-triptofanohidroxilasa y la posibilidad de formación de un desconocido metabolito tóxico. Otros datos tienen un interés mas que académico, como el saber que los efectos inmediatos son producidos en células intactas y que los de largo plazo lo son por destrucción de axones que pudiera ser irreversible y el conocimiento de sustancias con efectos neuroprotectores en contra de la acción de la MDMA como el clometiazol, la dizocilpina o el pentobarbital. Mas importante todavía es que se anuncie que la FDA haya autorizado investigaciones limitadas en humanos y que existan trabajos iniciados hace cinco años todavía no publicados.

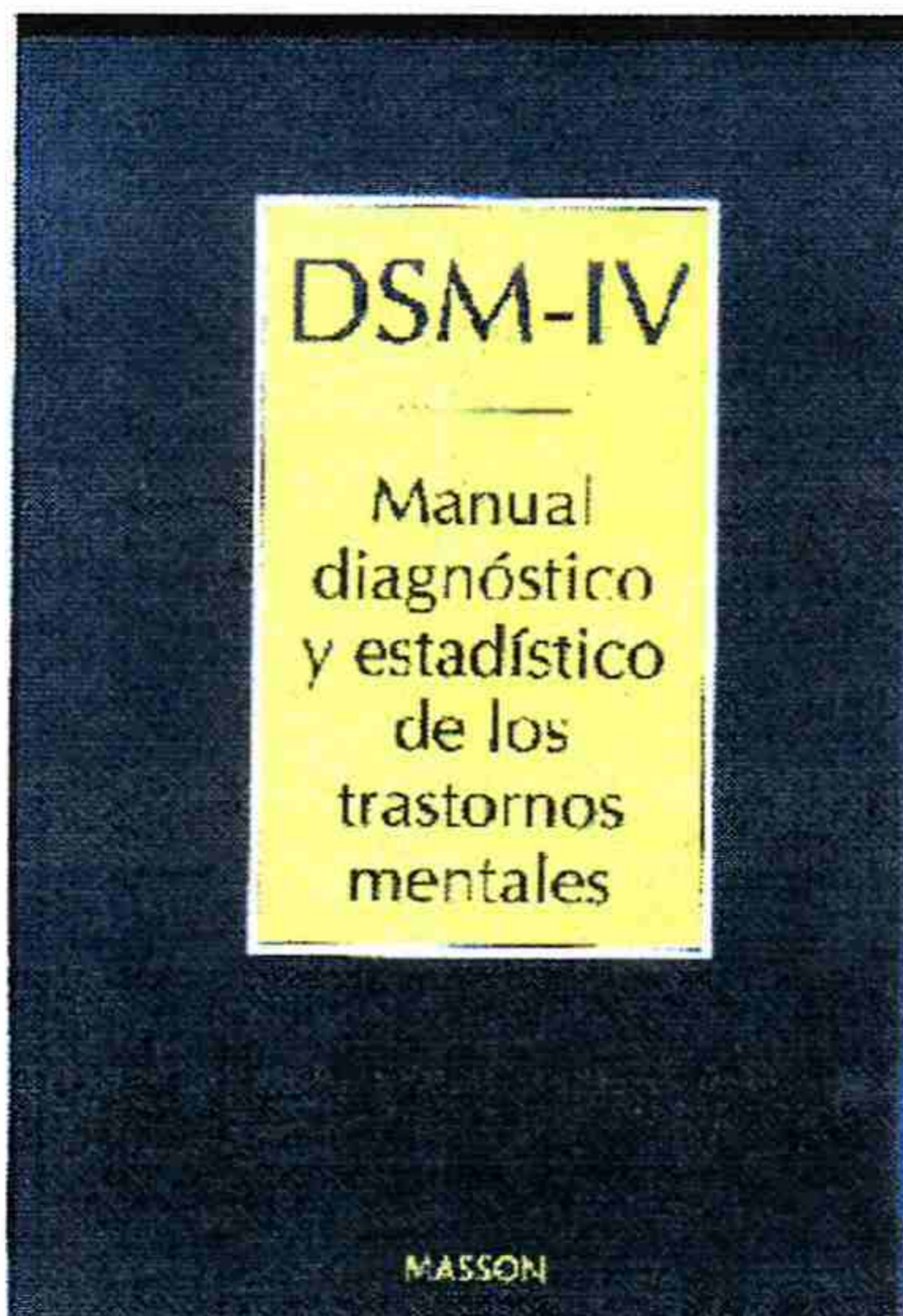
Para los aspectos psiquiátricos se incorporan al equipo de BOBES otros del Servicio Regional de Salud Mental de Asturias y de la Unidad de Toxicomanías de Sant Pau en Barcelona. De este capítulo destacamos la descripción por Schecter de tres fases: aguda (menor de 24 horas y con manifestaciones subjetivas simpaticomiméticas), subaguda (mayor de 24 horas, con ansiedad y trastornos depresivos y cognitivos que en un 1% pueden durar hasta un mes) y crónica (cuadros preferentemente atípicos que encuadra en seis grupos: psicosis, depresión, ataques de pánico, flashback, trastornos cognitivos y de

memoria y otras alteraciones). También valen en este capítulo las consideraciones sobre las limitaciones de los estudios revisados, tanto básicos como coyunturales.

El tercer capítulo se dedica a la consideración jurídica, expuesta con orden y claridad por el letrado S. Herrero, siendo un capítulo más legal que médico-legal, pero de indudable valor para el ejercicio forense.

Por último, y antes de más de veinte páginas de bibliografía, hay un epílogo de gran oportunidad con dos afirmaciones: esta droga es que más se puede parecer al prototipo imaginado como ideal en el Mundo Feliz de Aldous Huxley, pero como todas, para producir modificaciones placenteras tiene que interferir en la neurotransmisión, alterando funciones cerebrales fisiológicas. Contra esta droga y contra todas, solo cabe el fortalecimiento ético-moral e incluso religioso y en la armonización del derecho a la salud y del derecho a la libertad con preferencia del primero.

Draggy



DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON S.A. 909 pags. Barcelona 1995

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ha alcanzado la categoría de instrumento universal de trabajo, quedando fuera de nuestro objetivo crítico. Solamente lo incluimos en esta Sección para dejar constancia de su aparición en edición española dirigida por J.J. López Ibor.

Queremos destacar que la Asociación Americana de Psiquiatría ha considerado que la mayor innovación del DSM IV ha consistido más que en los cambios específicos realizados, en el proceso sistemático de elaboración, lo que da idea de la constante e ingente actividad que lo respalda.

Del máximo interés en nuestro caso es el amplio apartado que se dedica en la Introducción (páginas XXII y XXIII) al uso del DSM IV en Medicina Forense, haciendo observar que las categorías, criterios y definiciones pueden ser mal interpretados o incorrectamente empleados, en base a las discrepancias existentes entre la cuestión legal y el diagnóstico clínico.

Draggy

NORMAS DE PUBLICACIÓN: El formato de los trabajos, que se enviarán por duplicado (se agradece también su envío en diskette en formato WP 5,1 ó WP 6.0), y que deberán estar mecanografiados en formato DIN-A4, a doble espacio, incluyendo el resumen y la bibliografía, con margen izquierdo de tres centímetros, deberá cumplir las siguientes normas:

1) Página del Título: Contendrá el Título del trabajo, nombre del o de los autores (dos apellidos e iniciales), lugar de realización y dirección para la correspondencia. El primer autor deberá especificar con una nota a pie de página su actual posición profesional.

2) Resumen: Como segunda página deberá ir un resumen que no excederá de 150 palabras, en el que aparecerán de forma lo mas concisa posible el método, los resultados y las conclusiones. En la parte inferior aparecerán tres o mas palabras claves que identifiquen el trabajo.

3) Texto: La extensión del trabajo no excederá de diez folios.

4) Bibliografía: Deberá adaptarse a los ejemplos puestos a continuación:

a) Artículo de revista: Sánchez Ugena F. Molina Arias de Saavedra M y Botet Jiménez F. Efecto de las radiaciones ionizantes sobre la putrefacción. Medicina Legal, 1995; 12/1 (12-18).

b) Capitulo de libro: García Andrade J.A. Secuelas psicológicas de la violación. En García AJ. Psiquiatría Criminal y Forense. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces. 1993. (139-141).

5) Tablas, figuras y fotografías: Las tablas irán en folios aparte con un breve texto que las comente. Las figuras irán sin pie, yendo este en otra hoja diferente. Las fotografías podrán ser en blanco y negro o en color, siendo importante que sean de buena calidad, y siendo necesario que aparezca la referencia de todas ellas en el texto.

6) Agradecimientos: En este apartado se podrán citar todas aquellas personas u organismos que hayan colaborado de alguna manera en la elaboración del trabajo.

En cuanto a las Notas de Opinión, no excederán de 1000 palabras, y se permite una única tabla o figura.

Los trabajos que no cumplan con el estilo y formato requeridos, o que no sean legibles y claros serán devueltos sin revisión. No se devolverán los trabajos que vayan a ser publicados, quedando en poder de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses.

Para publicidad en esta revista pueden contactar con el Director de publicidad en el número de teléfono 95-4281560.



Boletín de Suscripción a Cuadernos de Medicina Forense

Sí, Quiero suscribirme a **Cuadernos de Medicina Forense**, al precio de 3.000 pts (tres mil pesetas) anuales (cuatro números).

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Profesión _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Autorización de domiciliación bancaria

Banco _____

Caja de Ahorros _____

Domicilio de la sucursal _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Clave Banco Clave sucursal DC Numero cuenta o libreta

Cta. corriente

Lbta. Ahorros _____

Nombre Titular de la cuenta _____

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deben adeudar en mi cuenta o libreta los efectos que anualmente les sean presentados para su cobro por AAMEFO.

Fecha _____

Firma

Enviar a Asociación Andaluza de Médicos Forenses. Avda. de la Borbolla 47, 41013 Sevilla