

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Abordaje Integral a Víctimas



PROYECTO SUCRE CIUDAD
UNIVERSITARIA

Jorge Núñez de Arco
Hugo Eduardo Carvajal

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Abordaje Integral a Víctimas

Jorge Núñez de Arco
Hugo Eduardo Carvajal

Sucre - 2004

Primera Edición

1.000 ejemplares

Depósito legal N° 3-1-689-04

ISBN 99905-0-509-8

Tapa:

Título: "Desde el alma ancestral"

Autor: J. Gustavo Ayala López

Diseño y Diagramación:

Editorial Tupac Katari • Telf. 6443121

Las mentes despiertas no
tienen derecho al empleo de energía
en cosas superficiales, que no
redundan en beneficio de la humanidad.
JONUAR, 1986.

AUTORES:**Jorge Núñez de Arco Mendoza**

- Doctor en Medicina. Doctorando en Ciencias Biológicas. Univ. de Sevilla
- Profesor de Criminología
- Ex profesor de la Universidad de Sevilla-España
- Profesor de la Maestría de Medicina Forense. Univ. Mayor de San Andrés
- Coordinador de la Maestría de Medicina Legal. Univ. Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca
- Especialista en Psiquiatría y Licenciado en Psicología Clínica, por la Universidad de Sevilla, España
- Director Nacional del Instituto de Investigaciones Forenses de la Fiscalía General de la República

Hugo Eduardo Carvajal Oviedo

- Médico Cirujano. Universidad Mayor de San Andrés
- Magíster en Medicina Forense
- Profesor de Anatomía. UBI. Sucre
- Profesor del Diplomado en Violencia Estructural
- Profesor del Diplomado en Ciencias Bioquímicas Forenses. Univ. Mayor de San Andrés
- Profesor de la Maestría de Medicina Forense. Univ. Mayor de San Andrés
- Profesor de la Maestría de Medicina Legal. Univ. Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca
- Encargado de Planificación y Desarrollo del Instituto de Investigaciones Forenses de la Fiscalía General de la República

Colaboradores:**Omar Rocabado**

- Licenciado en Bioquímica
- Magíster en Antropología y Genética Forense
- Profesor del Diplomado en Ciencias Bioquímicas Forenses. Univ. Mayor de San Andrés
- Encargado de Genética del Instituto de Investigaciones Forenses de la Fiscalía General de la República

Susana Núñez de Arco Mendoza

- Licenciada en Psicología por la Universidad Católica de Bolivia
- Diplomada en Gestión, Ciencias Forenses y Policiales. Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. La Paz
- Ex Psicóloga Forense de Lex Medical, en Sevilla-España
- Profesora del Diplomado en Violencia Estructural de la Universidad del Valle
- Profesora del Diplomado en Ciencias Bioquímicas Forenses. Univ. Mayor de San Andrés
- Miembro fundadora de la Asociación de Psicólogos Forenses de Bolivia

Ana María Peducassé

- Médico Cirujano. Univ Mayor de San Andrés
- Magíster en Medicina Forense
- Médico Forense del Distrito de Chuquisaca del Instituto de Investigaciones Forenses de la Fiscalía General de la República

ÍNDICE

	Pág.
Capítulo I. AGRESIÓN, VIOLENCIA Y MALTRATO	11
Capítulo II. NOVIAZGO, MATRIMONIO Y DIVORCIO	33
Capítulo III. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	45
Capítulo IV. FUNDAMENTO JURÍDICO-LEGAL	71
PRIMERA PARTE: VIOLENCIA FÍSICA	
Capítulo V. VIOLENCIA FÍSICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA	79
Capítulo VI. ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FÍSICA CONYUGAL EN LA PAZ	117
Capítulo VII. VIOLENCIA FÍSICA AL MENOR	181
Capítulo VIII. ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FÍSICA INFANTIL EN EL CONSULTORIO FORENSE DE SUCRE	221
Capítulo IX. VIOLENCIA FÍSICA AL ADULTO MAYOR	227
SEGUNDA PARTE: VIOLENCIA SEXUAL	
Capítulo X. VIOLENCIA SEXUAL A LA MUJER	237
Capítulo XI. ESTUDIO DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO DE LA PAREJA EN LA PAZ	289
Capítulo XII. VIOLENCIA SEXUAL EN EL MENOR Y ADOLESCENTE	295
Capítulo XIII. USO DEL ADN EN LA INVESTIGACIÓN DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL Y PATERNIDAD BIOLÓGICA	329

TERCERA PARTE: VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Capítulo XIV. TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	343
Capítulo XV. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLACIÓN	351
Capítulo XVI. INTERVENCIÓN EN CRISIS	357
Capítulo XVII. MODELO DE LA RED DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	371
Capítulo XVIII. PROYECTO: PROGRAMA DE SERVICIO DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA “PROSAVI”	383
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	393
ANEXOS	405

PRÓLOGO

La violencia Intrafamiliar se define como aquella que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Se entiende que la violencia doméstica, es un modelo de conducta aprendida, coercitiva que involucra abuso Físico o amenaza del abuso mismo. También, puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Esta clase de violencia, no siempre resulta fácil de reconocer, en términos generales; podríamos decir que es el *“uso deliberado de la fuerza para controlar - manipular a la pareja o al ambiente más cercano”*.

Se trata de un abuso habitual psicológico, sexual o físico entre personas relacionadas afectivamente o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.

Las secuelas de este tipo de violencia se acentúan más cuando es psicológica, pues como bien sabemos una herida física puede ser tratada y curada, pero si el daño es psicológico la víctima está condenada a tener que revivir los hechos, produciendo con el pasar del tiempo una herida más profunda y hasta a veces imposible de curar.

La Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, el Departamento de Interacción y Extensión Social Universitaria y el Proyecto Sucre Ciudad Universitaria en calidad de auspiciante y en cumplimiento de uno de sus más grandes objetivos, cual es el de contribuir al desarrollo y concientización de la sociedad, se complace en presentar esta obra titulada *“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ABORDAJE INTEGRAL A VÍCTIMAS”*, que sin duda, constituirá por excelencia un libro de consulta para médicos, abogados, psicólogos, trabajadoras sociales y otros.

Ing. Walter Arízaga C.
RECTOR U.M.R.P.S.F.X.CH.

PRESENTACIÓN

El fenómeno de la violencia en nuestro país es un hecho significativo no sólo de la magnitud y del impacto social que tiene, sino fundamentalmente por el sufrimiento y dolor que causa a sus víctimas. Los reportes diarios de la prensa, la Policía Técnica Judicial y la Brigada de Protección a la Familia dan cuenta de la alarmante y creciente cifra de estos hechos.

La violencia deja en sus víctimas lesiones físicas y heridas psicológicas muchas veces difíciles de borrar, así por ejemplo, el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. En la violencia existen tres tipos de protagonistas, en el primer grupo se encuentran los represores, torturadores, abusadores, maltratadores, violadores, etc.; el segundo grupo, está conformado por las víctimas: mujeres, niños, ancianos, torturados, perseguidos, etc.; y un tercer grupo constituido por los <<otros>>, los instigadores, los ideólogos, los cómplices, también profesionales pasivos, indiferentes, los que no quieren saber o los que sabiendo, nada hacen para oponerse a estas situaciones y/o tratar de contribuir a crear las condiciones para un cambio.

Estas razones y el deber ético que este problema social implica, nos motiva a escribir este libro de abordaje integral de atención a la víctima de violencia dentro de la familia, dirigida a médicos, abogados, psicólogos, trabajadoras sociales, trabajadores de la salud y otros, con la única intención de una atención más humanizada y profesional, evitando así la “doble victimización”, en la impunidad y la falta de credibilidad en el sistema. Contribuyendo, con un granito de arena a erradicar todo tipo de violencia que atenta contra los derechos humanos y a promover estilos de vida saludables y una cultura de paz, donde los conflictos sean resueltos por métodos y formas distintas a las ejercidas en la actualidad.

Los autores.

*Dedicado a nuestros familiares más directos,
que nos han comprendido, soportado y cedido su tiempo,
para poder elaborar este libro.*

CAPÍTULO I

AGRESIÓN, VIOLENCIA Y MALTRATO

Fue Hans Selye, un eminente investigador canadiense, quien introdujo por primera vez la palabra ESTRÉS, no es algo negativo, sino al contrario, algo necesario, una fuente de vitalidad si se lo convierte en una energía positiva.

Aunque estemos acostumbrados a usar la palabra estrés con las connotaciones peyorativas de algo a lo que no se debe llegar o debe ser evitado, en realidad, en un nivel moderado puede ser positivo y hasta necesario.

Definir siempre resulta difícil, una vez alguien pidió dar la definición de pájaro y la contestación más simple fue: que no sabría cómo definir a un pájaro pero sí sabría reconocerlo en cuanto lo viese; de la misma forma podríamos expresarnos respecto al estrés, todos hemos conocido en nosotros mismos y en los demás los resultados de una situación estresante, lo que cualquier técnico de la salud mental denomina: ansiedad.

El estrés hace acto de presencia materializado en un estímulo, proveniente, generalmente del exterior del organismo quien se apresta a defenderse y aparece la reacción de ansiedad. Un “síndrome de adaptación general”, decía en 1936, Hans Selye.

El estrés consecuentemente sería la respuesta no específica del organismo ante cualquier exigencia, del estímulo que provoca el estrés. Un estado del organismo, en el que se produce una alertización con respecto a una amenaza, a su integridad (física o psicológica); con el objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía. Como el que se precisa para una respuesta agresiva o de huida. (Herrero y col.1983).

1.- LA ANSIEDAD

La Ansiedad, es la reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una defensa ante lo que se considera una amenaza de su equilibrio habitual, ya sea de forma positiva o negativa.

(Para algunos psicólogos conductistas, hay una gran diferencia del estrés, reacción biológica o fisiológica de la ansiedad, que tendría un componente psicológico o psicobiológico.)

Decimos de forma transitoria porque cuando hablamos de ansiedad, se habla de un aquí y un ahora, como forma de aparición. Y hablamos de amenaza de su equilibrio habitual a nivel positivo o negativo, porque el organismo percibe como amenaza cualquier suceso que le cause ansiedad, aunque sea agradable. Porque la ansiedad no sólo acompaña a las situaciones desagradables sino también a las agradables (Levi 1972). Por ejemplo en una conversación con una persona con la que está a punto de cristalizar una relación afectiva, el hablar en público, recibir un premio, recibir un premio de dinero de forma inesperada, esperando la llegada de algún familiar, etc., todas estas situaciones van a producir ansiedad.

1.1.- Energía positiva

Actualmente se atribuye a la ansiedad casi todas las dificultades de la vida moderna y la consideran como la enfermedad de los ejecutivos. Pero en no todos los ejecutivos, la mayoría de ejecutivos que son presa del estrés son los mandos intermedios, aquellos que no tienen acceso a la información, a la capacidad de decisión. La ansiedad disminuye cuando se conoce la forma de eliminarla o se tiene capacidad para búsqueda de otras soluciones que eliminen la ansiedad.

Pero entonces, cómo aceptar que el estrés es algo positivo para el ser humano? Se puede hablar de varios tipos de estrés: Martín Ramírez habla de estrés protector para denominar al estrés positivo o eustress (Selye) y estrés destructor cuando se refiere al negativo o distress.(Selye).

El estrés positivo, motivador de nuestro quehacer diario, sin el que difícilmente se puede rendir un examen con eficacia. Este estrés protector, para otros se denomina angustia cósmica, ansiedad motivadora, etc. sería la Energía Positiva.

Alonso Fernández, lo denomina angustia cósmica y dice que son: "grados de inquietud existencial, que son manifestaciones sanas de angustia, manifestaciones deseables, porque estimulan el desarrollo del ser humano, le dan mayor profundidad, le dan mayor altura". Es la angustia que está flotando en el cosmos, dice.

Esta ansiedad normal, angustia sana, estrés positivo, estrés protector, ha sido ya estudiada por varios autores con otros nombres.

2.- LA ANGUSTIA

La angustia es un sentimiento que nos revela el hecho de la facticidad humana. El miedo es un sentimiento que se produce ante una amenaza concreta, mientras que la angustia, es el temor que se experimenta a nada o a todo. La filosofía y la literatura existencial nos presenta la angustia como un radical básico de la existencia humana, como acicate de la autenticidad, pero hay cierto tipo de hombres y mujeres que viven sin plantearse esas cuestiones.

La ansiedad negativa estaría en relación a la presión excesiva, tanto en frecuencia como en intensidad, forzando al organismo a una respuesta de adaptación casi constante ante tan continuas y dramáticas demandas ambientales (Martín Ramírez 1985).

En resumen el estrés es una reacción fisiológica, cuando existe el componente psicológico, se torna en ansiedad y si a ello se añade el componente filosófico de la inquietud ante la vida, sería la angustia, hablando en un sentido de calidad positiva. Todo ello sería ansiedad o angustia o estrés positivo.

3.- NIVELES DE ANSIEDAD

Cierta cantidad de ansiedad es normal y deseable para la realización de una tarea con eficacia.

Los aumentos de ansiedad ante determinados problemas, por ejemplo el rendir un examen aumentan de forma deseable la ansiedad. De esa manera se está normalmente motivado, normalmente ansioso y se puede rendir más, se memoriza más.

Actualmente se acepta que hay dos clases de activación (drive); a nivel general, de forma inespecífica de la actividad nerviosa y otra específica, que activa determinadas situaciones o emociones, por ejemplo la sexual.

Diríamos entonces que para cualquier actividad necesitamos un determinado nivel de ansiedad.

Esas actividades pueden estar a distintos niveles:

- A nivel psicomotor: conducir un coche, un trabajo de precisión, tocar un instrumento musical,
- A nivel de rendimiento psicosocial: tareas domésticas, comunicarse con otras personas, expresar opiniones, hablar en público, etc.
- A nivel de decisiones: decidir entre opciones, organizarse, abordar eficazmente dificultades económicas, etc.

La eficacia de nuestra tarea estará en directa relación con la ansiedad, y el máximo rendimiento lo obtendremos con la ansiedad óptima.

A partir de la ansiedad óptima, los mínimos aumentos de ansiedad causarán una disminución rápida del rendimiento y la eficacia será menor o nula. Son los casos en los que se pronuncia frases como: tengo la mente en blanco, estoy bloqueado, etc.

3.1.- La motivación

- Es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta.
- La motivación para aprender, es la tendencia del estudiante a encontrar las actividades académicas significativas y valiosas y a tratar de derivar de éstas, a través de acciones concretas, beneficios académicos.

4.- ANSIEDAD PATOLÓGICA

La ansiedad patológica actúa siempre interfiriendo el rendimiento, puede ser por un exceso de ansiedad, que deja de ser motivadora o bien porque persiste a pesar de que el estímulo ha desaparecido, lo que hace que se convierta en el núcleo de un problema neurótico. El organismo está reaccionando ante un estímulo imaginario como si de una situación real se tratara.

La angustia neurótica o psicósomática, es el síntoma cardinal de las neurosis, en el que, el contacto con la nada, vivenciado, toma la forma de destrucción del ser mediante la irrupción del miedo a la locura, a la muerte, o la idea de entrar en coma. Denominada psicósomática porque se acompaña de sensaciones corporales, como opresiones precordiales o epigástricas, cefaleas, nudo en la garganta, etc.

Tendríamos que hacer la distinción entre lo que se dice qué es ansiedad y angustia. Cuando se habla de Angustia, generalmente se habla que tiene correlatos físicos, en cambio la ansiedad se producirá a nivel psíquico, principalmente.

5.- FASES DE EVOLUCIÓN DEL ESTRÉS

Una persona que está preparándose para dar un examen, dentro de unos días, alguien a quien de pronto le avisan que a un familiar le ha sucedido un accidente, la persona a la que le decimos que debemos extraerle sangre, la que debe enyesarse, o hasta simplemente tener una entrevista con el médico. La curación de una herida. La madre del niño que llora y no sabe qué le pasa, los pacientes que sufren molestias. La citación para ir a tránsito, hasta situaciones graves como el encontrarse con alguien que nos amenaza con un cuchillo para robarnos. Todas serán situaciones que crearán estrés o ansiedad, que pueden llegar a desencadenar en una crisis.

En cada uno de los aspectos anteriores se trata de personas que no tienen problemas de tipo neurótico, con equilibrio psicofísico y de pronto deben afrontar un problema de cierta magnitud.

En la vida diaria pueden existir factores estresantes que sean de tan poca magnitud que no les demos importancia, pero que a la larga pueden llegar a convertirse en una situación de ansiedad. Cualquiera que sea el factor estresante, el agente de cambio de la situación de equilibrio ecológico, entre el ser y su mundo interno y externo; causará una serie de modificaciones en el individuo, pero claro está, a velocidades impresionantes. No olvidemos que estamos hablando de neurotransmisores, sustancias que son las encargadas de llevar los mensajes en el cuerpo humano.

Evidentemente, el que cada uno de los individuos reaccione de una u otra manera, depende de su personalidad, de sus experiencias y factores socioculturales.

Con relación al factor que causa el estrés, el denominado estresor o factor estresante, causante de la ansiedad, de la crisis de estrés, pues esta crisis ya ha sido estudiada por su autor original y por muchos otros y se puede distinguir varias fases.

5.1.- Fases del Síndrome General de Adaptación

Comienza con la participación de los dos ejes neuroendocrinos:

- Alarma: respuesta inicial de defensa por parte del organismo ante un estímulo al que no está adaptado.
- Resistencia: adaptación del organismo al estresor. Desaparición de síntomas.
- Agotamiento: se produce cuando el estresor es prolongado y severo.
- Pérdida de adaptación. Síntomas característicos de fase de alarma. Enfermedad aparece por un fallo en la respuesta adaptativa al estrés (úlceras, enfermedades nerviosas, hipertensión).

Caplan (1964) la divide en:

- Fase de Impacto
- Fase de Inquietud
- Fase de movilización de recursos
- Fase de reconstrucción.

Quizá a nivel didáctico sea más fácil recordar estas cuatro fases con palabras que abarquen todo la trama:

- Fase de Agresión
- Fase de Resistencia
- Fase de Alteración
- Fase de Reequilibrio.

5.1.1.- FASE DE IMPACTO-AGRESIÓN - TENSIÓN

En el que aparece un Sentimiento subjetivo, una vivencia: de temor indefinido, de incomodidad, de inseguridad, de tensión. Por supuesto esta reacción tiene relación a la magnitud del estrés, buscando una solución urgente para resolver la situación estresante.

El impacto puede durar segundos o varios minutos, a veces, dura horas, estar en relación a la capacidad de reacción, para encontrar soluciones, tener mecanismos habituales para resolverlos, aprendizajes previos, o recuerdos de situaciones parecidas y a la magnitud del impacto.

Puede durar más tiempo, horas quizá en algunos casos, por ejemplo en el caso de una persona se le avisa de la muerte de un familiar y se queda en una fase de ofuscamiento o de una respuesta de aislamiento, desorientación o distraibilidad.

5.1.2.- FASE DE INQUIETUD-RESISTENCIA-ACTIVACIÓN

Cuando la solución del conflicto no es posible, no se puede convencer a nuestro asaltante; no sabemos cómo resolver el examen; no sabemos los resultados de un accidente de tránsito, de una persona querida, etc. Se percibe un fracaso inicial, aparece un desconcierto aumenta la tensión aún más y ya entramos en la segunda fase.

Fase en la que se produce una situación de activación neurofisiológica, es una activación de los mecanismos de control cortico-subcortical mediatizados por la formación reticular con un resultado de hipervigilancia.

Aparecen unos sentimientos de ambigüedad, incertidumbre, con eclosión de las emociones del estilo de la rabia, culpa, etc., cuando los medios de respuesta que se han puesto, resultan ineficaces, a nivel del córtex, es decir en las áreas cerebrales, se transmiten órdenes al sistema límbico para pasar a la siguiente fase.

5.1.3.- FASE DE ESTRÉS-CAMBIOS FISIOLÓGICOS-DESEQUILIBRIO

En la que continuando con lo anterior aparecen las respuestas en el organismo de cambio fisiológico periférico, mediatizados por el sistema neurovegetativo. Hay un aumento del tono simpático, activándose el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Se movilizan recursos internos y externos ante la dificultad de resolver el problema, en busca de nuevas oportunidades, se intenta restablecer el mundo propio con objetivos imposibles o se llega a la renuncia.

La capacidad de autodefensa ha sido desbordada y ahora el organismo es presa del estrés o la ansiedad.

Pero esta situación de estrés se mantendrá como habíamos dicho en la medida en que no se le ponga solución eficaz. No es posible mantenerse en situación de estrés mucho tiempo, el organismo no lo soporta; ya que en ese caso, el organismo utiliza otros mecanismos de defensa: normales o patológicos y pasa a la última fase.

5.1.4.- FASE DE RECONSTRUCCIÓN-REEQUILIBRIO

Fase a largo plazo con fenómenos que van hacia la mejoría en la adaptación y rendimiento.

Se puede dar varios tipos de respuesta en esta fase: manifestaciones de trastornos psicológicos, somáticos, interpersonales. De manera que la respuesta puede ser aguda con poca duración o crónica.

Pero ya entramos en lo que habíamos denominado la ansiedad patológica, con el uso de mecanismos neuróticos de defensa, que en la medida en que persistan crearán el núcleo de la enfermedad neurótica, con sus distintas denominaciones según el mecanismo seguido para resolver el conflicto.

Pero, no todos los que llegan a una ansiedad patológica van a tener una neurosis. Para la instauración de una neurosis se debe tomar en cuenta varios momentos:

El momento etiológico, la inhibición del desarrollo de la personalidad y del yo; con la intervención de factores psicológicos, sociales o endógenos.

Y por otra parte el momento patogénico de las neurosis, del desencadenamiento del síntoma o el establecimiento inconsciente de la neurosis.

Hablamos sobre las neurosis porque es frecuente escuchar, opinar de que casi todo el mundo está con neurosis, no es cierto, eso sería aceptar que todos los mecanismos de represión se consideran neurosis. Hay que diferenciar entre el uso de mecanismos neuróticos y la neurosis. Todos, en algún momento de nuestra vida hemos usado mecanismos neuróticos, como una forma de defender nuestro equilibrio psíquico. Los mecanismos neuróticos como formas de defensa, son universales.

Siguiendo esta lógica, es fácil reconocer que resulta totalmente «antieconómico» e «inadaptativo» que el dispositivo esté presente y funcionando de forma más o menos constante sin que pueda objetivarse ningún tipo de situación o estímulo que lo justifique de forma racional.

La creencia de que se requiere algún tipo de preparación sumamente complicada para abordar estos problemas, o que son terreno del especialista en psiquiatría, es otro tipo de error que

debe superar. La mayoría de las veces lo que se requiere es una actitud de buena predisposición para integrar estos aspectos y un buen conocimiento de las causas para la desencadenamiento de las fases de ansiedad y el apoyo en la búsqueda del equilibrio. Evidentemente la complejidad del cuadro, debería hacernos pensar en la búsqueda de un profesional especialista.

FORMAS DE RESOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD



6.- LAS EMOCIONES

Hay una explicación periférica de la emoción de James (1884), que dice que la emoción es el resultado de la percepción de cambios fisiológicos, fundamentalmente del Sistema Nervioso Autónomo y la explicación central de Cannon (1929), que dice que es el resultado de la acción de los centros superiores del Sistema Nervioso que se integran en un sistema conceptual socialmente compartido y culturalmente controlado: ya que aprendemos a expresar nuestras emociones teniendo presente el contexto en que estamos (un estadio de fútbol, una fiesta o la intimidad de la pareja). (Barriga León, 1996) Ajustando nuestros sentimientos y nuestras expresiones mimico-faciales a determinados códigos emocionales que integran el campo semántico afectivo o connotativo (Cosnier, 1994).

Pocos esfuerzos serios se han hecho por estudiar científicamente el campo de los afectos, los sentimientos y las emociones. Aunque se habla de dos formas de expresión: motor, verbal y fundamentalmente visceral.

En las conversaciones cotidianas, es frecuente hablar de los estados emotivos, de los sentimientos, de las pasiones, etc.

Aunque también es verdad, que las emociones, es un terreno de disputas entre quienes las ensalzan y quienes las condenan, a la vez que dan contenido y sentido a nuestras vivencias cotidianas, nos asustan por su sentido impositivo y descontrolado. Con Platón muchos consideraron que las emociones perturbaban el normal discurrir del pensamiento. Kant las consideraba enfermedades del alma. Para Darwin eran formas adaptativas y evolutivas y para Sartre «un mode d'existence de la conscience».

Pero muchas de las grandes obras y de las grandes tragedias de nuestra cultura se hicieron bajo el impulso de las emociones. Las emociones forman parte del mundo afectivo, dan forma y color a nuestros pensamientos y a nuestros actos. La vida afectiva desempeña un rol fundamental en nuestras vidas, necesariamente invadidas de amor, de atracción erótica, de agresividad, de ansiedad, de odio, de temor.

La emoción es, pues, una entidad psicosocial hecha de componentes psíquicos, psicofisiológicos y comportamentales individualizados (Ekman, 1992).

Por lo tanto hablamos de que las emociones, son formas de afecto más complejas y con una duración más precisa que una reacción afectiva o un estado de ánimo; las emociones se refieren generalmente a objetos muy determinados y conllevan un conjunto de evaluaciones y reacciones corporales características. (Fernández y cols, 1994, p. 326). Como pueden ser: el diámetro pupilar, sequedad de boca, cambios de color de la piel, lloros, risas; o no observables: modificación: endocrina, metabólica, inmunitaria, etc.

6.1.- Los sentimientos positivos

Entre los mayores sentimientos positivos están el amor y la amistad. Estos sentimientos se basan en la afiliación o necesidad de vincularse a otros de la misma especie en busca de protección y seguridad. La afiliación se da también en otras especies sociales, además de la humana. Esa necesidad de interdependencia supone la mutua influencia de dos o más personas que se comprometen mutuamente en distintas actividades durante un tiempo estable (Berscheid y otros, 1989).

En castellano distinguimos entre el amar, el querer y la amistad. Todos suponen un afecto y una intimidad en la interacción. La diferencia radica en que el amor y el querer están más sexualizados que la amistad. El amor y el querer se identifican en la práctica.

En la consolidación de la amistad inciden dos factores principales: la mayor o menor cercanía (vecindad) y la atracción interpersonal (afinidad). En situación de inseguridad la vecindad se erige en decisiva para estrechar lazos de amistad.

El amor se halla mediatizado por los condicionantes socioculturales. De tal modo que las formas de manifestarse están reguladas socialmente. El matrimonio en nuestra cultura no se explica sin la relación amorosa. Aunque se habla de un amor apasionado, que se desencadena ante alguien particular y específicamente atractivo para la persona, se caracteriza por una generación rápida, con cierta ansiedad ante la presencia de la otra persona, una implicación privilegiada, en ocasiones con exclusividad y una idealización de dicha persona. Pero incomprensible de forma razonada para otras personas.

7.- LA CRISIS MATRIMONIAL

Las crisis, o enfrentamientos en la pareja suelen ser en base a

a.- Va a cambiar.

Cuando empieza la pareja, en los primeros días de su relación de enamoramiento, es cuando se empiezan a delimitar los roles y los equilibrios de poder. Posteriormente aunque exista un desequilibrio, éste se mantiene en aras de la consolidación de la pareja, pero después del matrimonio, llega resultar antieconómico para el que había decidido sacrificarse o porque suponía que la pareja iba a cambiar o iba a ser obligada a cambiar.

b.- Sólo de amor se vive.

Los problemas económico-sociales, se agudizan y lo que era superable, llega a no ser superable y el día a día, causa un desgaste en la pareja y acaban recriminándose por la falta de resolución del conflicto económico o social.

c.- La mamitis

La incorporación de una de las familias originales en la pareja, (padre o madre) hace que dejen de funcionar como pareja pasando a ser unos hijos más en la familia parental, lo que desencadena una imposibilidad de funcionamiento autónomo, que llega cansar a la pareja que no está dependiendo de la familia original.

d.- No me comprende

Uno de los miembros de la pareja traía al matrimonio una serie de problemas familiares o de trabajo, que se agudizan y le hacen propender a usar más tiempo y energía en la resolución de esos problemas, que causan en su pareja la sensación de abandono y en la pareja con conflictos la sensación de que no le comprenden.

e.- No bebía

Uno de los miembros de la pareja tenía antes del matrimonio una dependencia al alcohol, drogas, juego patológico u otras dependencias, que se supone eran controlables. Pero que una vez pasado el tiempo de la luna miel, se hacen patentes y resultan conflictivas para la convivencia de la pareja. Otras veces uno de los miembros de la pareja se ha mentido acerca de la envergadura del problema.

f.- El uno para el otro.

En base a un supuesto enamoramiento que todo lo puede, la pareja quita importancia a la diferencia de caracteres, costumbres, niveles sociales o económicos, que se agudizan con la convivencia diaria.

Sobre la base de los datos expuestos, aparecen crisis más o menos agudas que causan episodios al principio de ansiedad muy intensa, que puede desencadenar emociones de rabia y culpa. Conformando un trastorno situacional, que necesita resolverse.

La falta de resolución de dichos trastornos, se puede volver frustrante en cuanto a la impotencia de uno de los dos, en resolverlo y hace que aparezca reacciones de agresividad, al principio de forma velada, en otras inconscientemente, para finalmente ser de una agresividad verbal que traducen de manera efectiva primeras crisis matrimoniales.

Estas situaciones de trastornos situacionales, en su resolución; están significativamente relacionadas con las circunstancias o características de la personalidad o bien la experiencia en la resolución de conflictos o de su exposición al stress. Todo parece indicar que no se requieren deficiencias en la estructura de la personalidad para que el trastorno emocional se desencadene.

Estas circunstancias incluyen «el grado de apoyo proporcionado al individuo por el grado de cohesión de pareja»; es decir, aquellas fuerzas afectivas, de madurez emocional y de capacidad de adaptación, que permiten el sobrellevar dicho trastorno.

8.- LA VIOLENCIA

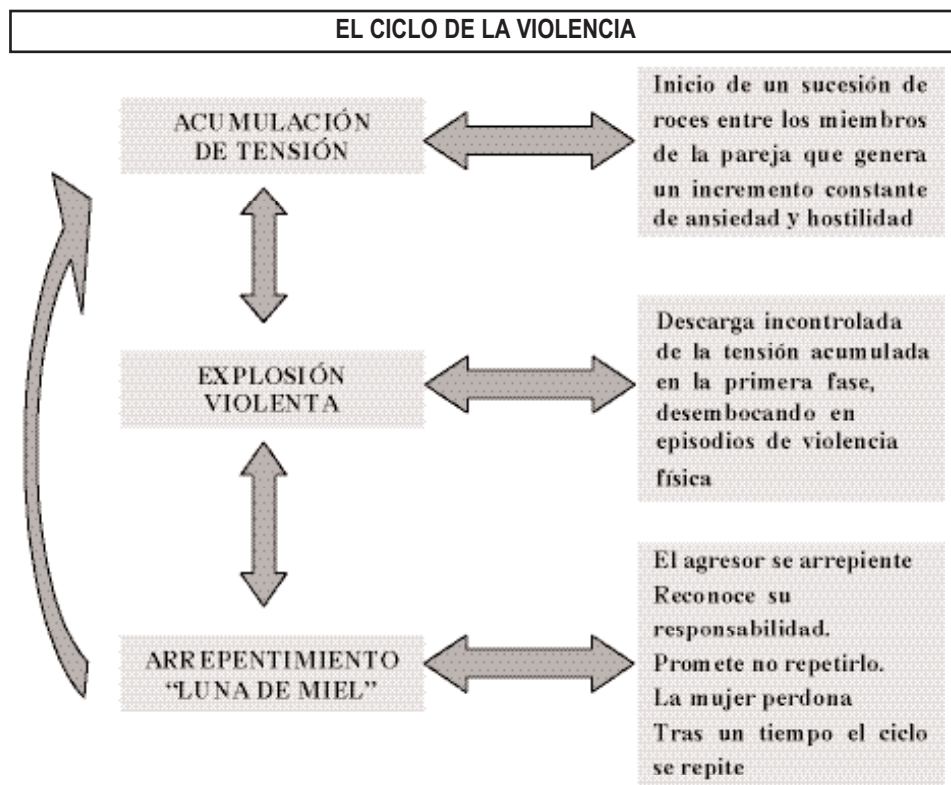
La violencia se establece progresivamente en la pareja. A menudo sólo con el paso del tiempo, la víctima constata que existe esta escalada. La escalada de la violencia empieza generalmente por agresiones psicológicas. El agresor reduce la confianza personal de la víctima al dirigirle mensajes negativos sobre su autoestima. Denigra lo que ella es, lo que dice y hace. Más adelante establece la violencia verbal. A menudo, representa la etapa anterior a la agresión física. No obstante, la escalada de la violencia puede llegar hasta el homicidio.

La escalada de agresiones se produce de la siguiente forma:



La evolución puede desarrollarse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo. Puede haber años de violencia psicológica y verbal antes de que se produzca la primera agresión física. Al principio la reincidencia puede producirse en función de un intervalo de tiempo más o menos largo, pero haciéndose cada vez más cortas en el tiempo, también más brutales en sus diferentes formas. Conocer el ciclo de la violencia es esencial, permite comprender por qué resulta tan difícil obtener una implicación de la mujer maltratada fuera del periodo asociado al impacto de la agresión.

Las distintas fases se constituyen:



8.1.- FASE DE ACUMULACIÓN DE TENSIÓN

La falta de resolución del conflicto, hace que se entre en una etapa de falta de comunicación, generalmente como consecuencia de la frustración ante las soluciones propuestas por parte de la pareja.

La situación de frustración, hace que uno de ellos, generalmente el que maneja el equilibrio de poder en la pareja, el hombre, busque soluciones y al no encontrarlas, echa la culpa a la pareja como la causante de la falta de resolución de los problemas, lo que hace que se produzcan comportamientos al principio de descalificación de la pareja, para posteriormente producir agresión verbal y psicológica.

El abuso físico es siempre precedido por el verbal.

La situación de estrés o ansiedad aparece de forma cotidiana, lo que produce una irritabilidad también cotidiana. En el caso de que la mujer pretende o intente resolver el problema buscando soluciones, le hace sentir que la situación no se resuelve por culpa suya, lo que es difícil de soportar por lo que aparecen las descalificaciones de forma continua.

Hay una negación de la irritabilidad, ya que eso implica que se acepta que hay un conflicto y se debe buscar la solución, lo que implica que alguien cambie.

No se acepta hablar del tema, se minimiza los problemas, o bien se le echa la culpa a la mujer, como causante de una discusión sin motivo.

Aparece una frustración, ahora en la mujer, hay una perplejidad ante la falta de solución del problema, se culpabiliza, acepta la verbalización de su incapacidad para sobrellevar la pareja.

Se ha roto la comunicación, no es posible el compartir los puntos de vista, más aún hay una imposición de los puntos de vista de la pareja en conflicto, para evitar el análisis del problema, que haría que se sintiera verdaderamente culpable. La pareja con la <Mamitis>, no lo acepta, echa la culpa a la pareja de su falta de comprensión. Y si la mujer intenta hacer un análisis del problema, es rechazado, ya que se descubriría el verdadero problema y la solución no es aceptable, por lo que es preferible encubrirlo con descalificaciones y creando sentimientos de culpa inexistentes.

La víctima del abuso vive en un estado de confusión, en público ella es una con el hombre pero en privado él se transforma. Todo empieza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmo, largos silencios, demandas irrazonables o manipuladoras. Ella nunca es capaz de decirle "¡cállate!" o "¡para!" pero él sí lo hace.

En sociedad, con la familia o con los amigos, él se comporta como la persona más agradable y socialmente acertiva, en ocasiones creando la imagen de la pareja sufridora, negando su hostilidad y la descalificación constante de la pareja.

Empieza una fase de anulación de la pareja, de forma sutil o no tan sutil, se le repite a la mujer el mensaje de que su percepción de la realidad es incorrecta y de que sus sentimientos son malos o patológicos. Ella acaba dudando de su propia experiencia y sintiéndose culpable por lo que pasa. Cree que su pareja no la acaba de entender porque ella se comunica mal. El abuso verbal es un problema de control, de lucha por adquirir y mantener el poder. Los primeros efectos del abuso verbal son confusión, angustia, culpabilidad.

La mujer empieza a aceptar su culpabilidad, pero eso hace que se produzca más enfado, ya que él siente que verdaderamente no es ella la culpable, pero sí le acepta su culpabilización, le está indicando subconscientemente que el verdaderamente culpable es él. Por eso, cuanto más se disculpa ella por sus “errores” más se enfada él. Cuanto más le manifiesta ella su amor, él la percibe más empalagosa, dependiente e incluso exasperante.

Esta situación hace que el hombre verdaderamente culpable, empiece a distanciarse emocionalmente. Ella siente pánico de que la abandone y cree que es por la falta de amor o dedicación, lo que hace que se disculpe y haga mayores manifestaciones de amor, con la idea de clarificar su postura de fe en la pareja, lo que en cambio se traduce en la sensación de mayor culpabilidad en el hombre, que al no poder soportarla, se traduce en agresividad no verbal, sino física.

8.2.- FASE DE EXPLOSIÓN VIOLENTA

La problemática de gran tensión, se ha ido acumulando y debe resolverse de alguna manera, hay un descontrol de la situación, y las formas de descarga de dicha tensión interna en el hombre son la agresividad física y en ocasiones muy violentas.

Las formas de descontrol son de diversas formas, dependen mucho de las experiencias anteriores en las formas de resolución del estrés o del aprendizaje en los progenitores.

Empieza una verdadera escalada de violencia:

Violencia verbal, insultos, palabras hirientes, magnifica los defectos.

Violencia contra los objetos, rompe cosas.

Violencia contra si mismo: se emborracha, busca peleas con otros, pierde trabajos, gasta innecesariamente.

Violencia añadida: busca romances conocidos por la pareja, compras caras, cambia de ropa, uso de adornos o perfumes rechazados por la pareja.

Violencia psicológica contra la pareja, la avergüenza en público, fuerza las relaciones sexuales, le impide desarrollar su trabajo o estudios o deja de hablarle, durante largos periodos de tiempo. Amenazas con declararla enajenada. Amenaza con quitarle a los hijos. Múltiples castigos en el ámbito emocional.

Violencia física contra la pareja, violencia física evidente: golpes, patadas en el rostro y las partes visibles.

Esta violencia física, empieza a ser cotidiana, pero la desigualdad en la balanza de poder hace que no hay forma de que la mujer busque alternativas, está paralizada por dicha desigualdad. Todo el poder lo tiene el hombre, es un aprendizaje de años y una aceptación de la situación de maltrato que la paraliza y le hace sentir una debilidad sin salida. Está ahora viviendo una indefensión aprendida.

8.3.- FASE DE “LUNA DE MIEL”¹

En realidad, no es adecuado llamar a este periodo de “luna de miel” ya que este “buen” periodo puede ser no tan bueno, “él” decide cuándo empieza y cuando acaba, hay mayor probabilidad de que la mujer sea violada, puede ser el tiempo más confuso y difícil para la mujer. Sería más adecuado llamarla fase de manipulación afectiva.

El agresor se siente sinceramente apenado después de cometer el abuso (por lo menos las primeras veces), pide perdón, llora, promete cambiar, ser amable, buen marido y buen padre. Admite que lo ocurrido estuvo mal. Esta actitud suele ser convincente porque en este momento se siente culpable de verdad. Él siente entonces como si ella tuviera el poder.

Si ella le ha abandonado él hará lo que sea para que le acepte de nuevo. Se muestra amable y bondadoso. Ayuda en las tareas del hogar como en los primeros tiempos. Simula un resurgimiento de sus creencias religiosas, abandona sus dependencias: drogas o alcohol. Aparecen las promesas de “nunca más”.

En los casos de dependencia de alcohol, la mujer asume que la causa es el alcohol, por lo que supone que si deja de beber, desaparecen las agresiones físicas, pero beber no es la causa de la agresión, si así fuera, él maltrataría también a otras personas. Pero curiosamente, suele ser encantador con el resto del mundo aunque esté borracho.

¹ Basado en el artículo del web “Blain Nelson’s Abuse Pages” (<http://www.az.com/~blainn/dv>)

Durante un tiempo él dice y hace todo lo que la compañera quiere. Ella está en éxtasis, tiene poder, siente a su pareja responsabilizándose y amándola. Él se relaja un poco en las restricciones que imponía, ella no se siente tan aislada. Están ahora en una nube de “luna de miel”.



8.4.- ESCALADA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA ²

Cuando ella intenta ejercer su recién ganado poder, él se siente de nuevo perdiendo control sobre ella. Ella ha intentado buscar soluciones al problema, él siente que no puede resolver el verdadero problema sin realizar cambios sustanciales, que no está dispuesto a hacer o que no tiene posibilidad de hacer. Se inicia una nueva discordia y con ella un nuevo ciclo en el que él intenta crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad.

Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo característico en cada caso, pero las etapas son cada vez más cortas y la violencia más intensa.

² Este artículo está inspirado en el web "Blain Nelson's Abuse Pages" (<http://www.az.com/~blainn/dv>), siendo algunos trozos traducción adaptada de sus páginas.

La pareja ha entrado en el círculo bipolar, hay ciclos de violencia y de luna de miel, aunque cada vez son más cortos los de la luna de miel. La mujer es cada vez más dependiente y tiene menos poder. Cada episodio les desgasta a ambos, pero ella siente que es un rehén de su dependencia.

Generalmente es necesaria una intervención exterior para romper el ciclo (familia, amigos, abuso de un hijo). Muchas mujeres aguantan una relación así años y años. Unas pocas intentan defenderse y acaban matando al verdugo. La triste verdad es que muchas más mujeres que hombres son asesinadas por su pareja, sobre todo cuando ellas intentan abandonar la relación ellos no pueden soportarlo. En USA el 73% de las mujeres maltratadas en violencia doméstica lo son también después de terminada la relación.

8.4.1.- La intensidad del abuso aumenta con el tiempo

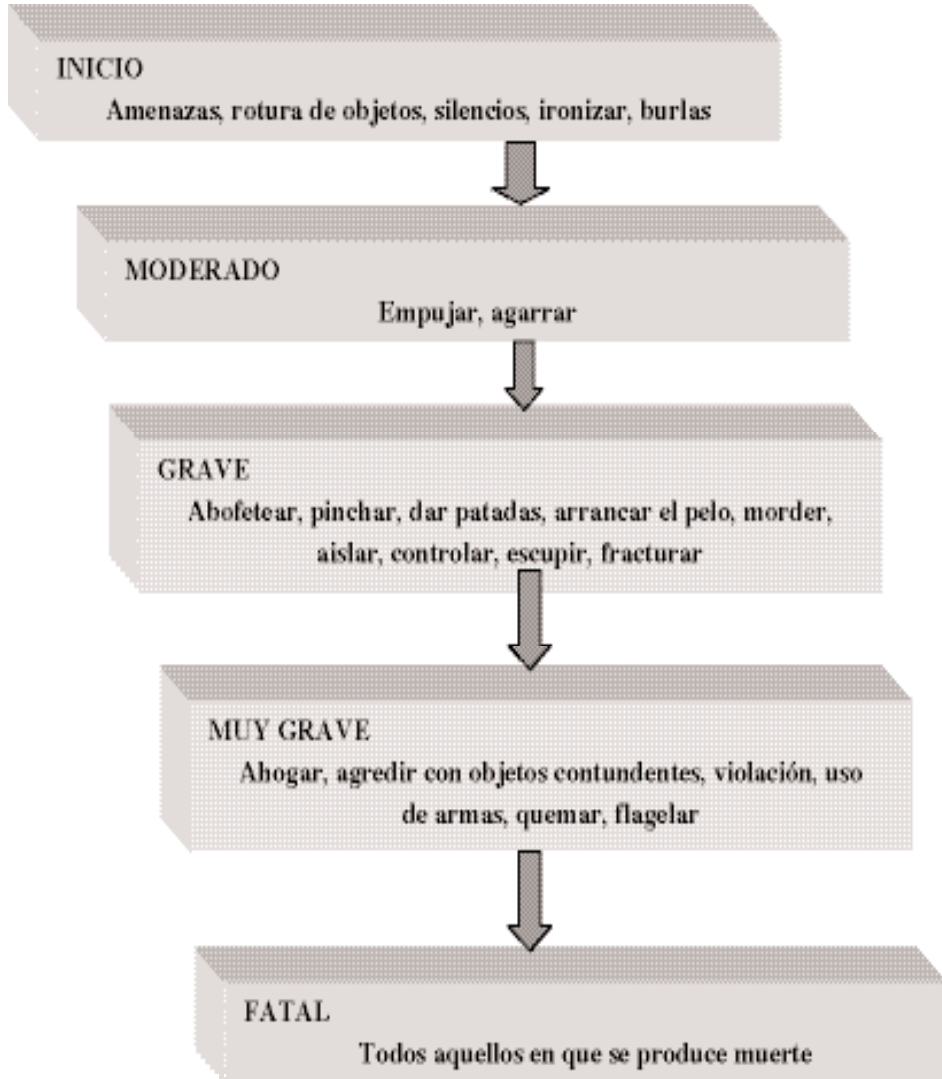
Empieza una verdadera escalada de violencia:

- Violencia verbal.
- Violencia contra los objetos.
- Violencia contra sí mismo.
- Violencia añadida.
- Violencia psicológica.
- Violencia física contra la pareja.

Desde la CONDUCTA AMENAZANTE de la violencia contra los objetos, hasta llegar a la violencia física contra la pareja.

La etapa final de la violencia tiene tres niveles de gravedad:

- Moderado: empujar, agarrar, impedir...
- Grave: abofetear, pinchar, dar patadas, arrancar mechones de cabello ...
- Muy grave: Ahogar, pegar con objetos, uso de armas, y violación (en este nivel de violencia, una de cada tres mujeres es violada, ya sea con la amenaza de un arma o provocando miedo ante la ira y el maltrato posterior).

ETAPAS DE LA VIOLENCIA

8.5.- NEGACIÓN ³

La negación es el centro de la violencia doméstica. Las promesas de cambio requieren una confrontación, con la negativa interna de la agresión que pugna por resurgir en cuanto se han calmado los ánimos. Negar el abuso es el argumento favorito del agresor, la mentira que le permite mirarse al espejo cada día después de haber maltratado a su compañera, y hasta que no reconoce este autoengaño no hay cambio alguno. El ciclo vuelve a empezar y cada vez la escalada de la violencia es más grave.

Sin ayuda exterior de expertos es virtualmente imposible salir del círculo vicioso del abuso doméstico. Si el arrepentimiento es real desaparece la negación del abuso y se acude a terapia durante el tiempo necesario.

Para los agresores la negación es el mecanismo que les permite continuar maltratando a otras personas y convivir consigo mismos. Rechazan aceptar que están haciendo algo incorrecto. Esta actitud es extraordinariamente enfermiza e insana y permite esconder la patología ante uno mismo y ante los demás durante mucho tiempo.

La semilla de la negación aparece de forma solapada. El camino hacia la violencia criminal viene asfaltado por miles de pequeños abusos racionalizados y negados. Pequeños malos tratos lanzan por un trampolín de fría crueldad y entrenan en el arte del cinismo y la mentira ante otros y ante uno mismo.

La táctica fundamental para mantener la negación es minimizar, racionalizar y justificar cada incidente. El efecto de esta táctica es redefinir lo que ocurre, lo que es aceptable y lo que es dañino cada vez, yendo siempre más allá de los límites anteriores, de manera que finalmente cualquier acción, no importa lo horrible que sea, puede ser realizada.

El agresor minimiza el daño causado, arguyendo que éste no era tan grave “yo no la pegué, sólo la empujé”. Minimizando el daño que se ha hecho se puede culpar a la víctima de exagerar la agresión, o de hacer una montaña de nada si no hay evidencias manifiestas. Si hay evidencias irrefutables que prueban que se ha hecho algo incorrecto, se puede buscar justificación diciendo que no se pretendía dañar así a la mujer. Si el abuso es verbal, mental o emocional es muy fácil de minimizar.

³ Basado en el web “Blain Nelson’s Abuse Pages” (<http://www.az.com/~blainn/dv>), siendo algunos trozos traducción adaptada de sus páginas.

Racionalizar es un proceso de mentirse uno mismo sobre lo que puede ser una conducta aceptable. Las mentiras racionales suenan más creíbles. “Ella es feliz conmigo. Ésta es la única vez que la he pegado”. “Ella es la que manda en casa. Yo soy un calzonazos”. Cuanto más se repite el hombre este tipo de mentiras, más se las cree.

Al final se puede convencer a sí mismo de cualquier cosa, especialmente, cuando afrontar la verdad de los hechos es duro y difícil de soportar.

Justificar es explicar porque estaba bien hacer lo que se hizo. “Tuve que amenazar con matarla porque se puso tan histérica que molestó a toda la vecindad y asustó a los niños, pero ella sabe que yo nunca podría hacerle ningún daño”, “ningún hombre hubiera aguantado lo que yo aguanté”.

Admitir que nuestra conducta es mala sería admitir que nosotros somos malos, pero no estamos acostumbrados a identificarnos con nuestra conducta, ni a asumirla.

A veces actuamos mal y a veces actuamos bien, nuestros sentimientos son cambiantes y la personalidad tiene muchas facetas. Si admitimos que el carácter se puede entrenar y construir, un acto malo no es una condena de por vida sino un aspecto a trabajar y corregir, pero el agresor no tiene la lucidez para darse cuenta de esto y como nadie quiere pensar en sí mismo como en alguien malo, se inventa una justificación de su acto.

La negación es un truco de supervivencia. Permite al agresor vivir con lo que ha hecho y no ser descubierto por la gente. Para poder afirmar de forma convincente que las vacas vuelan, antes hay que creérselo totalmente. De esta manera se puede engañar hasta al detector de mentiras. Los agresores gastan mucha energía en defender su negación, para que al mirarles a los ojos no aflore su violencia. La mente humana es capaz de los mayores engaños porque es capaz de mentirse a sí misma.

Partiel (1981): Primero hay tensión; el agresor está frustrado, tenso, insatisfecho... y la víctima tiene miedo, ansiedad, estado de hipervigilancia.... Se da la agresión; el agresor recurre a la violencia, la víctima se siente humillada, triste, impotente, desesperada. Hay una remisión; el agresor quiere hacerse perdonar y reforzar la relación, la víctima recobra la esperanza, piensa que el agresor tiene un arrepentimiento sincero, y que realmente va a cambiar, la víctima hace esfuerzos por minimizar el problema. Acaba por no haber remisión, siendo un ciclo de tensión-agresión únicamente.

Basándonos en todos los datos, el análisis del ciclo de la violencia puede resumirse así:

- 1.- Hay una insatisfacción marital en la pareja.
- 2.- Las violencias psicológicas y verbales están presentes en la pareja, lo que propicia la agresión.
- 3.- El hombre agresivo amenaza con agredir. La amenaza es el indicio de que puede pasar a la acción.
- 4.- Se produce un factor desencadenante (estrés por la pérdida de un trabajo, embarazo, etc.).
- 5.- El acto de agresión tiene varias fases (Partiel, 1981): Primero hay tensión; el agresor está frustrado, tenso, insatisfecho... y la víctima tiene miedo, ansiedad, estado de hipervigilancia.... Se da la agresión; el agresor recurre a la violencia, la víctima se siente humillada, triste, impotente, desesperada. Hay una remisión; el agresor quiere hacerse perdonar y reforzar la relación, la víctima recobra la esperanza, piensa que el agresor tiene un arrepentimiento sincero, y que realmente va a cambiar, la víctima hace esfuerzos por minimizar el problema. Acaba por no haber remisión, siendo un ciclo de tensión agresión únicamente (en esta etapa la mujer maltratada busca ayuda porque está en crisis).
- 6.- El arrepentimiento del agresor se expresa a través de comportamientos de reconciliación. Es la remisión o nueva luna de miel.
- 7.- Como los conflictos no se han solucionado y no hay consecuencias para el agresor, el clima violento se reproduce y vuelta a empezar.
- 8.- La violencia psicológica y verbal retoman la escalada hasta la próxima amenaza de agresión. El ciclo se ha completado.

Si la mujer no recibe ayuda en la etapa 5, es decir inmediatamente después de la agresión, la fase de remisión dará comienzo. Entonces será imposible movilizar a la víctima. La víctima centra todas sus esperanzas en este período de confort. Cree por lo tanto que su pareja cambiará.

La mujer maltratada muchas veces necesita tiempo para comprender este ciclo de la violencia cuando lo está viviendo. Así, pues, cuando hace una petición de ayuda, ya ha dado varias vueltas completas al ciclo de la violencia. Cada vez que cierra un ciclo pierde confianza en sí misma y sufre una disminución de su autoestima. Normalmente, la mujer maltratada, ha vivido varios

ciclos antes de recibir ayuda; por lo tanto llega con una importante falta de confianza en sí misma. Además, el entorno de la mujer a menudo, contribuye a culpabilizarla por ser maltratada y por quebrarse. Vive también numerosas ambivalencias dentro de ese clima.

CAPÍTULO II

NOVIAZGO, MATRIMONIO, DIVORCIO

1.- INTRODUCCIÓN

En todas las especies animales, hay una tendencia a buscar pareja, en algunos casos como en las palomas, puede ser de forma monógama y con tendencia a mantener la pareja. El ser humano se puede decir que además tiene una tendencia matrimonial. No sólo busca la pareja, como perpetuadora de la especie como consecuencia de las pulsiones instintivas o como una forma de trascender en el tiempo, sobrepasando al individuo a través de la descendencia. Sino que además busca generar un contrato, que le dé una seguridad en su persistencia de pareja. Tanto si el matrimonio se concibe como algo dependiente de condiciones innatas como si se atribuye a una respuesta condicionada a demandas psicológicas.

“El hombre es un animal social, que organiza la vida colectiva de un modo sexuado, en una estructura familiar.”⁽⁵⁾

A pesar de ello, hay una considerable ambivalencia en todas las personas, aceptando y rechazando a la vez su conveniencia y necesidad. Fundamentado en las implicaciones personales que conllevan la vida en pareja y las consecuencias, en cuanto que, puede proporcionar la felicidad y el éxito en el marco de la propia cultura.

El matrimonio es una entidad de dos personas, que presenta una serie de complejas demandas y variadas exigencias conductuales, que difieren según las estructuras de poder y que cam-

⁵ Jean Sutter y Ives Poinso, en *Psicología de la Pareja*. Volumen 5 de la Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía. Ed Sedmay Lidis Madrid, 1978, Pág. 280.

bian a lo largo de la vida. Por ello, es importante considerar no sólo los matrimonios que terminan en divorcio, sino los que se mantienen con el transcurso de los años.

Por una parte se trata de una experiencia vital muy compleja, ya que hay que conseguir una adaptación mutua, a las peculiaridades personales de su cónyuge (con lo que implica de superación del pasado y anticipación del futuro).

Y por otra, ambos poseen una personalidad, unas ilusiones y motivaciones, además de los comportamientos fisiológicos y químicos que mediatizara los patrones de respuesta de ambos.

No se puede creer en los Manuales sobre sexo y matrimonio, ya que desde 1830 hasta la actualidad indican que los parámetros para medir la felicidad conyugal acostumbran ser una copia de lo que reflejan las actitudes sexuales vigentes (Gordon, 1971).

Las opiniones sobre el matrimonio en las encuestas realizadas, generalmente de la parte de Norteamérica, (clase media norteamericana, motivada en responder a las encuestas), dependen de las experiencias anteriores, por lo que conviene tomar en cuenta que no se pueden extrapolar y mucho menos comparar, hay variables como las costumbres, la idiosincrasia y las clases sociales que pueden crear una gran diferencia a la hora de emitir respuestas. Por lo tanto hay poca información real sobre la conducta matrimonial, que pueda servir para nuestro país.

Sin embargo, todos los estudios; apuntan como objetivo a darnos respuestas simples a la forma de proceder en un matrimonio para conseguir el éxito, cuando se trata de un problema muy complejo. Proponiendo diferentes fórmulas para alcanzar la felicidad dentro del matrimonio.

Hay un componente básico en la pareja, la sexualidad y en ello hay una serie de actitudes emocionales que distorsionan los estudios, ya que al ser un tema muy íntimo, las respuestas obtenidas no suelen ser verídicas. Pero se acepta como algo tácito que el sexo es consustancial con la denominación de pareja o matrimonio. Y también es verdad que uno de los motivos que llevan al distanciamiento antes del divorcio es el alejamiento sexual.

Nadie es capaz de decir con seguridad que es lo que debe hacer un matrimonio para que la relación vaya bien y, a la larga, los resultados acaban siendo una cuestión de pura suerte.

Algunas personas sugieren que todo debe basarse en el amor. Otras, en la situación económica o en el matrimonio por dinero. Otras, en los matrimonios para conseguir el cambio de posición social. Otras, como una forma de autorrealización.

La necesidad de valoración social, la jerarquía social no es un fenómeno cultural, es algo inmerso en el pasado biológico de nuestra especie. Hay una tendencia a distinguirse de los demás, impresionándoles mediante la exhibición consciente o inconsciente de ciertas cualidades

unánimemente valoradas, para conseguir un status superior, con lo que se consigue una valoración social y una voluntad de poder.

Y ya finalmente aparte de la causa por la que se hay producido el matrimonio, está la persistencia de la pareja. Algunas causas por las que persiste a pesar de un distanciamiento son: por necesidades utilitarias, por las perturbaciones del divorcio y por los problemas en la educación de los hijos.

Para el caso que nos ocupa, la violencia intrafamiliar, necesitamos comprender la conducta conyugal para diagnosticar correctamente las causas de la violencia. Y para una intervención eficaz, saber cuándo aparecen los síntomas típicos de las crisis interpersonales que están enraizadas en una vida familiar desgraciada.

2.- FACTORES SOCIOLÓGICOS

A pesar de las divergencias de los antropólogos sobre el matrimonio, todos admiten que la primera razón para justificar su existencia sería la necesidad de que la sociedad sobreviva.

Habría 4 factores:

El primero, la necesidad de la sociedad, las sociedades son tan fuertes como lo sean los matrimonios, puesto que tal institución contribuirá crucialmente a su perpetuación. Pero esa misma necesidad, hace que exista una clara definición de lo que es el dominio sexual. Marido y mujer son capaces de identificarse el uno con el otro como compañeros sexuales, con poder para establecer una familia.

En segundo lugar, en relación al matrimonio se han establecido los sistemas económicos y sociales a través de la distribución de la propiedad.

En tercer lugar, el matrimonio con su componente sexual, en la reproducción y la socialización. Siempre se espera que los esposos se conviertan en padres y que transmitan a sus hijos los valores de su cultura.

Y un cuarto factor, la religión que es una proyección de las necesidades psicosociales de los individuos y de los grupos, y refuerzan las expectativas colectivas y las técnicas de la adaptación individual (Kardiner, 1945).

3.- FORMAS DE MATRIMONIO

La Historia nos dice que los cambios en la tradición matrimonial son un hecho indudable. Los sociólogos ven dos formas de matrimonio en el mundo occidental.

Uno de ellos es el matrimonio tradicional, que se mide según criterios de estabilidad. El éxito consiste en que el matrimonio sobreviva y el divorcio no aparezca.

El otro tipo sería el basado en relaciones de compañerismo y se valoraría según criterios cualitativos sobre la felicidad individual de cada cónyuge.

Hay por tanto dos modelos.

3.1.- Modelo de matrimonio clásico

Dentro del marco conceptual tradicional de un matrimonio clásico, actualmente están limitados los crecimientos personales de uno de los cónyuges. Los cambios en la sociedad actual permiten que no sólo el hombre pueda tener un éxito profesional o personal, lo que causa discrepancias y exige cambios en aras de una igualdad. Pero evidentemente el crecimiento personal o profesional, en aras de un éxito social, está en base a que uno de los dos cónyuges se ha sacrificado o más bien ha sacrificado su propio éxito en bien del otro. Fundamentalmente porque las tareas del hogar, el cuidado de los hijos, la educación y la alimentación de un hogar lo debe realizar alguien con mayor esmero del que demanda un actividad por completo fuera del hogar.

A pesar de que han desaparecido las rigideces del matrimonio patriarcal y monolítico (basado en un pasado agrario, con papeles conyugales consolidados en posiciones estratificadas) que no permitían en absoluto ni el crecimiento ni el cambio. Hay otros factores del mundo contemporáneo: el aumento en la duración de la vida, la mayor educación, la mayor movilidad gracias a las comunicaciones rápidas y las innovaciones tecnológicas, han modificado la posición de las mujeres y han creado nuevas necesidades de una mayor igualdad en el matrimonio y en las relaciones hombre-mujer.

El perfil de dicho modelo incluye:

- Las piedras angulares del matrimonio clásico son la exclusividad y la posesión.
- Los cónyuges son amantes románticos y posesivos y se pertenecen el uno al otro.
- Además, tienen el derecho a pedir y a establecer obligaciones el uno para con el otro.
- Puesto que se pertenecen, pueden controlarse entre sí.
- Hay una rígida dicotomía de papeles entre esposa y marido, reforzados por las creencias culturales acerca de la masculinidad y la feminidad. El hombre, se ha de ganar el pan y ella es el ama de casa. Ella cuida de los niños y lava los platos y él controla el talonario de cheques y cuida del coche. Él tiene opiniones y ella es prudente y callada. Él es agresivo y ella es pasiva.

Como contraparte de estas expectativas, ideales y suposiciones asociadas al matrimonio clásico son:

- Que el matrimonio ofrece seguridad, comodidad y felicidad.
- Los cónyuges siempre aparecerán en sociedad como pareja, deben tener los mismos amigos, tienen que emplear juntos sus ratos de ocio y divertirse con las mismas cosas.
- Cada uno tendrá una constante consideración, atención y admiración hacia el otro.
- Nunca se modificará esta idílica situación salvo cuando el tiempo madure gradualmente la relación.
- Ninguno de los dos estará solo nunca y jamás se sentirá atraído por ninguna persona del sexo opuesto.
- La fidelidad es la suma prueba de su amor y las relaciones sexuales irán mejorando con el tiempo o gracias al aprendizaje de técnicas, de forma que el sexo puede llegar a resolver todos los problemas del matrimonio.
- Los celos significan que ambos se vigilan y anuncian tácitamente que el sacrificio es la verdadera medida del amor.
- Cada uno debe ir adaptándose al otro gradualmente, sin conflictos ni discusiones.
- Ninguno es una persona completa sin la realización que supone ser padre. La última prueba de su amor será la paternidad.
- Y finalmente, aunque es lo más importante, cada uno debe ser capaz de satisfacer las necesidades del otro.

La rigidez de los papeles puede llevar incluso a que la maternidad exime a la esposa de los cuidados personales y que el trabajo o la carrera del esposo lo libere de la obligación de un papel paternal.

Estas estructuras de papel acaban intercambiando los derechos y los privilegios, en una atmósfera de continuo compromiso. Se supone que marido y mujer poseen una identidad única en el matrimonio y que, a la larga, <son como uno solo>. El hecho de estar siempre juntos, manteniendo una imagen pública de pareja, despoja a los cónyuges de su identidad individual como personas, eliminando cualquier intimidad personal o el tiempo para estar solo, con las consiguientes limitaciones en la evolución de cada cual. El empleo del tiempo libre en actividades o aficiones personales es entendido como un rechazo por el otro miembro de la pareja.

3.2.- Modelo de matrimonio moderno

El concepto de matrimonio moderno ofrece posibilidades para una relación conyugal tan flexible que no sólo permite sino que alienta el crecimiento de ambos cónyuges. Está dirigido y orientado hacia las personas de las que depende la relación matrimonial: el esposo y la esposa. La creencia de los autores de que la gente puede y debe esforzarse en el cambio es inherente a este modelo (O'Neill y O'Neill, 1973).

También algunos autores lo denominan matrimonio abierto, pero en absoluto, este modelo se refiere al hecho de la apertura a los límites de la pareja, es decir a otra tercera persona.

El matrimonio moderno es presentado como un modelo de dos facetas: por una parte se propone el análisis del matrimonio tradicional del pasado que, como sistema clásico, presenta pocas opciones de cambio y, por otra, intenta proporcionar una línea de orientación basada en modelos modernos. El matrimonio moderno se define como una relación en la que los elementos de la pareja se comprometen al propio crecimiento y al del cónyuge. Se trata de una honesta y abierta relación, para comprenderse y para incrementar el conocimiento de uno mismo. Haciéndose sensible a la comunicación no verbal, comprendiendo la oportunidad y el ambiente de los mensajes verbales y distinguiendo los elementos que los integran, la pareja establece un diálogo real e íntimo en el que se hacen patentes los sentimientos y las intenciones (Miller, Nunnally y Wackman, 1972).

El perfil de dicho modelo incluye:

- 1.- Un compañerismo moderno, que incluye la relación con otros, incluyendo a los del sexo opuesto, al margen de la unidad primaria de los esposos y como experiencia auxiliar que favorece el mutuo crecimiento.
- 2.- La igualdad supone relacionarse con la pareja como si se tratase de un camarada, en términos en los que se valoran las cualidades personales más que las propiedades implícitas en los papeles conyugales tradicionales. Las decisiones han de tomarse de mutuo acuerdo y con una participación de cada cual del 50 %.
3. La conservación de la propia identidad supone el desarrollo de cada cónyuge a través de la interacción con su pareja y con los demás, actualizando sus posibilidades y aspirando a la consecución de la autonomía y responsabilidad personales.
4. La confianza, que crece sobre los aspectos precedentes y se basa en el cariño y cuidado mutuos, creando el adecuado clima de crecimiento. El respeto y el deseo de que la integridad del otro se conserve subyace en cada uno de los apartados.
- 5.- El amor crece a partir de la satisfacción de uno mismo y de la capacidad de dar y recibir por igual y, a la larga, el sexo es una afirmación de ese amor.
- 6.- El sistema de funcionamiento del matrimonio moderno puede ser representado como una espiral que se inicia a partir del Yo y de la premisa de que la comunicación interna es necesaria para llegar a expresar los sentimientos más profundos de cada uno, permitiendo por tanto, la desinhibición de la pareja. Una vez establecida una comunicación sincera y abierta, en la que se incluye una retroacción que facilita la mutua desinhibición.
- 7.- El sistema opera a partir del principio del sinergismo, concepto tomado de la medicina y de la química y que fue usado por primera vez por Benedict (Mallow y Honingmann, 1970) en el medio cultural, y más tarde por Maslow (1964, 1965, 1968) en el marco interperso-

nal. En el matrimonio moderno, el concepto de sinergismo hace referencia al mutuo incremento del crecimiento personal. El sinergismo significa que los dos elementos del matrimonio pueden crecer más juntos que por separado, personal a interpersonalmente, sin pérdida de sus identidades individuales.

- 8.- Las parejas en régimen de matrimonio moderno disfrutan el uno del otro como, compañeros e íntimos amantes. Comparten sus intereses individuales y comunes, sus descubrimientos, sus problemas y sus placeres, aprendiendo el uno del otro a través del intercambio de opiniones, introspecciones y curiosidades.
- 9.- Cada uno se ocupa en una carrera, un trabajo o una actividad que requiere un esfuerzo personal, respeta las necesidades de intimidad del otro y su derecho a estar solo (incluso en lugares geográficos distintos) sin que ello sea vivido como un rechazo.
- 10.-No sienten la compulsiva necesidad de ir a todas partes como pareja, ni tienen la obligación de contraer amistades comunes. Por el contrario, pueden trabajar y relacionarse con distintas personas, aunque sean del sexo opuesto, sin que la pareja se sienta amenazada.
- 11.-Se relacionan el uno con el otro en términos de personas iguales con capacidad para intercambiar papeles y tareas, según las posibilidades, apetencias y acuerdos que establezcan, huyendo de una dicotomía de papeles. Dicha flexibilidad se hace extensible a las responsabilidades de la paternidad, pudiendo intercambiar (completamente, si es necesario) sus papeles, hasta llegar a actual como esposo-ama de casa y esposa-proveedora.
- 12.-Deben decidir bilateralmente si desean o no desean tener hijos. En caso afirmativo, los hijos serán una importante parte de su vida, tomando en consideración las responsabilidades que les serán exigibles en cada momento.
- 13.-Deben desarrollar una sensibilidad para con el otro y trabajar en la mejora de sus comunicaciones con el fin de mantener un diálogo auténtico e íntimo.
- 14.-Cada uno tiene la misma responsabilidad que el otro en cuanto a resolver problemas y tomar decisiones.
- 15.-Hay que tener muy presente que no todas las soluciones han de ser forzosamente satisfactorias para ambos, por lo que se debe evitar el daño que puede causar algunas soluciones que no redunden claramente en un mutuo beneficio hacia la autorrealización.

Es verdad que la madurez emocional y el desarrollo de la responsabilidad y la identidad no surgen de la noche a la mañana. El matrimonio moderno no es una panacea para los problemas conyugales pero, usado como modelo puede servir de orientación y enseñanza de como afrontar muchas de las dificultades que hoy día colocan a las parejas en un verdadero callejón sin salida.

4.- NOVIAZGO

A la mayor parte de los observadores les parece que los americanos se casan más en régimen de compañerismo que de un modo tradicional, y que colocan el amor y la felicidad en un plano de valoración superior al de la estabilidad familiar.

En nuestra sociedad, hay un sistema de pololeo, que consiste en una serie de presiones a través de las que el joven escala desde la cita casual a la relación íntima que, como colofón, puede culminar en matrimonio (Broderick, 1969).

Todo esto ocurre bajo el disfraz de un amor romántico que es continuamente aireado en la televisión, en el cine, en las novelas románticas y en la música moderna. En muchas familias, los padres son felices con las aventuras románticas de sus hijos, bajo el supuesto social de que el amor es la única razón de una boda. Por idénticas razones, el tema del amor se hace de difícil asimilación fuera del matrimonio, y cuando alguno de los esposos se enamora, debe tomar una increíble serie de complejas decisiones para dirigir correctamente la situación, sin perpetuar las relaciones con la esposa y los hijos.

Por otra parte, el joven emplea una considerable cantidad de energía en la siempre poco clara cuestión de si está o no está enamorado, intentando descifrar que puede haber bajo sus aparentes sentimientos.

Actualmente, la gente se casa realmente por amor o lo dicen porque no les queda otro remedio que decirlo? Los estudios al respecto indican que es imposible predecir quien se casara con quien en esta sociedad, salvo en lo que concierne a dos factores. El primero es geográfico-local, y el segundo se refiere al procedimiento inconsciente de elección de pareja.

La gente tiende a casarse con los vecinos de la infancia y con los que pertenecen a su mismo medio social. A través de citas y salidas sucesivas, se pone en marcha un sistema de presión social que conduce al matrimonio. La decisión de casarse responde mucho más a las presiones grupales y a las necesidades emocionales que a la satisfacción del amor en sí mismo (Ryder y cols., 1972).

El dicho familiar de que el hombre tiende a casarse con su madre y la mujer con su padre tiene su sentido y, en el fondo, se refiere a los complejos factores inconscientes que operan en la elección de pareja.

En el matrimonio tradicional, la valoración del papel es primordial en la respuesta de los cónyuges. Existen dos categorías generales: la instrumental y la expresiva. Se espera que el marido desempeñe el papel instrumental (que trabaje, que garantice seguridad y cuidados y que aporte

prestigio y éxito a la familia), puesto que en la presente sociedad este rendimiento instrumental constituye un aspecto crucial para la estabilidad del matrimonio.

4.1.- Crisis del ciclo vital

Las crisis propias de los ciclos vitales dentro del matrimonio tradicional responden en nuestra cultura a toda una serie de dichos populares:

1.- «Y se casaron y vivieron felices para siempre». Este colofón tan familiar para todos, subraya el énfasis que nuestra sociedad pone en el matrimonio como resultado final del amor romántico y refleja las expectativas depositadas en el matrimonio como fuente de felicidad personal y de éxito social. El cortejo requiere ser evaluado en referencia a lo que los jóvenes esperan cuando se casan «La luna de miel eterna». Poco después de la boda, el romance suele modificarse cuando se conforman las respectivas responsabilidades de papel.

2.- La especial vinculación sexual de la pareja empieza a encontrar en la vida diaria dificultades y demandas que despiertan nuevas preocupaciones, entre las que se incluyen la educación de los hijos en los primeros años del matrimonio. Muchas mujeres acaban atrapadas en la red de cuidados de sus hijos al responder a los requerimientos familiares, apartándose de un modo progresivo de sus esposos. Éstos se preocupan cada vez más de su trabajo y se apartan, a su vez, de la mujer. El primer hijo transforma la díada en un triángulo y puede alterar seriamente las necesidades de satisfacción emocional.

3.- «Se gana bien la vida». El papel instrumental de los esposos les exige obtener dinero y demostrar su grado de actividad. El miedo al fracaso es excesivamente alto en esta sociedad y llega hasta lo más recóndito de cada hogar. El matrimonio concede la oportunidad de hacer proyectos según los sistemas de valores que enjuician el éxito o el fracaso y proporciona modelos financieros para que sobreviva la familia.

4.- «El nido está vacío». Cuando los hijos dejan el hogar, las parejas que durante tanto tiempo han estado entregadas al cuidado y a la educación de la descendencia deben ahora apoyarse el uno en el otro y esforzarse en organizar una vida en común para el resto de los años que estarán juntos. Los problemas de comunicación y las distorsiones perceptivas que han estado enmascaradas hasta entonces, tienden a salir a la luz. Los conflictos no hacen sino poner en evidencia la incapacidad para hallar un compañero en el matrimonio.

5.- «No has encontrado a otra más joven». La experiencia de la edad es vivida dramáticamente en nuestra sociedad orientada hacia la juventud. Una constante fuente de preocupaciones durante las edades intermedias es la posibilidad de que la pareja encuentre a otra persona más joven y atractiva. El miedo comienza afectando la capacidad de respuesta sexual de ambos cón-

yuges. Los hombres sienten que la edad les marchita y las mujeres son conscientes de la proximidad de la menopausia, que quizá reduzca su potencial sexual.

5.- DIVORCIO

Cuando ya la crisis está establecida, se buscan formas de resolver el problema, lo que incluyen a más de dos personas en la relación básica, separación de domicilios, la aceptación de la sexualidad extramatrimonial o bien la inversión de los papeles tradicionales y ya finalmente el divorcio.

Pero además ya se ha hecho frecuente el divorcio seguido de nuevo matrimonio y, se ha dado un notable incremento de uniones no matrimoniales, en las que las parejas viven juntas sin estar legalmente casadas. Algunas de estas parejas son muy estables y tienen hijos; otras recurren a esta unión como prueba o periodo de aprendizaje para el subsiguiente matrimonio y otras permanecen unidas durante un breve tiempo, sin intenciones de llegar a casarse.

5.1.- Factores desestabilizadores

Las necesidades psicológicas de satisfacción y estabilidad social no siempre se correlacionan positivamente con el ajuste emocional. Como Cuber y Harroff (1966) indicaron en su estudio sobre parejas de clase media que estaban casadas desde hacía más de 10 años y que nunca habían pensado en el divorcio o en la separación, la estabilidad no es necesariamente satisfactoria.

En esta línea, escribieron: Una pareja “estable” puede estar profundamente satisfecha y plena de deseos de vivir o, en el otro extremo, puede sentirse atrapada, amargada y resentida, viviendo en una atmósfera de odio y desesperanza.

No obstante, es probable que haya con frecuencia una correlación general entre felicidad y estabilidad. Es posible que en la mayor parte de las relaciones exista alguna forma de éxito que haga factible unas determinadas satisfacciones emocionales. Por lo general, esto quiere decir que el esposo necesita triunfar en su papel antes de que haya una adecuada compenetración con su compañera.

Lidz (1968) desde un punto de vista psicoanalítico, establece que el éxito conyugal se basa en una combinación de estabilidad (la satisfactoria percepción del papel y de los rendimientos) y ajuste emocional (autorrealización).

El matrimonio obliga a una reorganización de la personalidad de ambos cónyuges. El Yo de cada esposo debe expandirse hasta obtener la visión de sí mismo, del otro y de la relación matrimonial. Y también señala, que cada cónyuge necesita realizar intercambios al nivel del Superyo para hacer frente al Ello del otro, teniendo lugar una aparente modificación del sistema de valores que tolera las demandas emocionales básicas de la pareja, sin necesidad de satisfacerlas.

Los impulsos de reconocimiento más obligado en una relación son los relacionados con la aserción y la autopreservación y ambos necesitan respetar las defensas del Yo. Lidz hace notar que con frecuencia se opera una transferencia de los rasgos parentales en cada uno de los esposos y este factor psicológico es un importante ingrediente de las necesidades de dependencia y del aprendizaje de los papeles sociales. Indica asimismo que en el matrimonio hay un intercambio de papeles parentales entre los esposos en cuanto se desencadena una crisis que sitúa a uno de los dos en un estado de dependencia. Finalmente, el matrimonio implica una fusión de las familias originarias de cada cónyuge, factor que desempeña un importante papel en la adopción de papeles retrospectivos o en la fractura que lleva al divorcio.

La separación entre los papeles de los varones y las hembras dentro del matrimonio tradicional se apoya en los procesos de reforzamiento, dicho reforzamiento es aplicado a lo largo de su educación, para reafirmar la identidad sexual, los roles y las conductas a adoptar en su papel, ya sea masculino o femenino.

El problema surge cuando un miembro de la pareja dice una cosa y hace otra. La clave para una adecuada comunicación matrimonial reside en esta selectiva cualidad (Udry, 1971).

5.2.- La satisfacción de las necesidades internas

La satisfacción de las necesidades internas puede malograrse en tres aspectos relacionados con los valores adaptativos:

intimidad,
dependencia y
dominancia.

Las necesidades de intimidad de la pareja exigen ser satisfechas en la vertiente sexual, afectiva, emocional y en lo que concierne al constante refuerzo de la propia identidad. La intimidad es un producto de la sexualidad y de las necesidades asertivas.

La satisfacción de las necesidades de dependencia implica la ruptura con los ideales parentales de la infancia, para que cada cónyuge se perciba como un igual y no como una autoridad o un subordinado. Una de las áreas más conflictivas en la esfera de la dependencia es la tendencia de las parejas a relacionarse a niveles de padre-hijo, en lugar de enfocar la relación en el plano del mundo adulto. (Harris, 1973).

La dominancia se refiere sobre todo a la diferenciación de papeles y se hace patente en la toma de decisiones. Incluye también la tolerancia de las debilidades y la capacidad para resolver los conflictos de un modo eficaz.

5.3.- La comunicación

En el asesoramiento matrimonial, las parejas acostumbran quejarse de que son incapaces de comunicarse, pero a menudo caen en la cuenta de que el matrimonio está perturbado no por una falta de comunicación sino por un mal uso de ella.

No saben manejar los mensajes que reciben o porque la recepción nada tiene que ver con el contenido emitido. En las relaciones conflictivas suele haber una profunda discrepancia entre la comunicación verbal y la no verbal. La mayor parte de los cónyuges están de acuerdo en que la conducta de cada momento es el mejor sustituto de la comunicación verbal.

Pero muchas veces se sustituye dicha comunicación por las adivinaciones mutuas. Uno de los patrones conflictivos es la «segunda adivinación», gracias a la cual uno sabe cómo es percibido su papel, sin molestarse en averiguarlo. Los problemas matrimoniales surgen de un modo típico cuando un cónyuge actúa sobre la base de una segunda adivinación, suponiendo que sabe lo que su esposa piensa o cree y anticipándose entonces a conducirse de acuerdo con esta percepción. A su vez, el esposo o esposa adivinada reacciona ante la conducta inferida del otro y puede ponerse tácitamente de acuerdo para responder como si la inferencia fuese realmente correcta. El juego de las adivinaciones, está incluido en el best-seller de Berne Games People Play (1964).

Los que hablan de que la comunicación es el factor principal de ruptura del equilibrio en el matrimonio, o su desaparición; preconizan que la sinceridad aumenta los canales de comunicación, todo lo cual contribuye a la felicidad. (Navran, 1967). Sin embargo, hay otros que aseguran que la comunicación puede perturbar las relaciones, sobre todo cuando se apoya sobre los intercambios verbales. La sinceridad total puede ser destructiva ya que, de hecho, existen secretas intolerancia de las debilidades del otro o incapacidad para evaluar con exactitud las implicaciones emocionales de lo que se transmite oralmente.

5.4.- Las alternativas

La posibilidad de alternativas lleva implícita la capacidad para disolver la relación por parte de los cónyuges pero están mediatizadas en relación a las posibilidades de integrarse con cierto éxito en el mercado matrimonial y elegir una mujer o un hombre más joven para organizar una nueva familia. Cuando no hay posibilidades de elegir otra pareja, los matrimonios mantienen su estabilidad por encima de todas las apariencias externas.

La posibilidad de alternativas incluye también el aspecto económico. Muchos matrimonios de clase baja no se rompen por simples razones financieras.

CAPÍTULO III

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. INTRODUCCIÓN

A su vez, dentro de la violencia interpersonal se inscriben la violencia en la comunidad y la violencia en la familia.

Esta última se concibe en una forma amplia, que abarca todo tipo de violencia que ejercida entre las personas en el contexto de una relación familiar, incluidos los vínculos por parentesco (por consanguinidad o afinidad) actuales o pasados, exista o no convivencia en el momento de la agresión.

Se lo ha identificado como uno de los principales problemas de la salud pública, siendo una causa prevalente de daño, incapacidad y muerte, según lo muestra el informe mundial sobre la violencia y la salud (OPS/OMS, 2003).

Como problema jurídico y social, constituye uno de los grandes centros de atención desde la perspectiva de los derechos humanos, y ha dado lugar a instrumentos jurídicos internacionales que se vienen reflejando en mayor o menor medida en el derecho interno de los países.

Desde el punto de vista de la Medicina Legal su importancia es obvia por constituir uno de los principales motivos de intervención del Médico Forense.

Dentro de la etiología médicolegal: los homicidios, a veces suicidios son las consecuencias más evidentes de la violencia; no es la única expresión de violencia, ésta puede producir lesiones, dejando secuelas tanto físicas como psicológicas. Las físicas causan lesiones de primer y segun-

do grado, y discapacidades transitorias o permanentes de las víctimas; o según los Art. 270 y 271 del Código Penal Boliviano, que las clasifica a las **lesiones en leves, graves y gravísimas**.^{6 7} Las secuelas psicológicas se presentan en víctimas directas de violencia o en personas que fueron testigos de la misma. En el caso de niños/as, estas secuelas psicológicas pueden afectar el desarrollo físico y emocional, puede haber una alteración profunda en sus relaciones futuras⁸.

En Bolivia, la violencia provoca una carga considerable en los servicios de salud, disminuyendo la posibilidad de responder eficazmente a otro tipo de problemas de salud. Según el análisis por el Banco Mundial: las violaciones y la violencia doméstica representan el 5% de los años saludables de vida perdidos para las mujeres en edad fecunda. De acuerdo a la OPS/OMS, la violencia se ha definido desde 1993 como un problema de Salud Pública.

2. CONCEPTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Una vez clarificados los conceptos de agresión, violencia y maltrato, pasamos a analizar la violencia dentro del contexto familiar, que ha recibido otros nombres como el de violencia doméstica, violencia familiar o violencia intrafamiliar. En el presente libro, desarrollaremos, la violencia dentro de la familia, sus formas, sus actores, sus causas y principales efectos. Para ello pasamos a definir la violencia intrafamiliar.

“Se llama violencia intrafamiliar o doméstica, a aquellos hechos o agresiones cometidas específicamente por cónyuges, ex cónyuges, ex convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido.” (Ministerio de Salud y Asuntos de Género; s/a: 14)

La violencia intrafamiliar, es una forma de violencia que transcurre dentro del hogar y que puede ser de tipo físico, sexual o psicológica. Aunque es la forma de violencia más común, varios estudios han demostrado que no existe una relación directa con el nivel de educación y la condición socioeconómica de las familias, por lo que se podría pensar, que se trata de un fenómeno en el que intervienen aspectos culturales, circunstanciales e históricos, propios a los sujetos implicados en la problemática.

Aunque en la actualidad continúe el debate sobre lo que debe y no debe considerarse violencia intrafamiliar, se han definido ciertas variables, que permitirán definir y detectar en los hogares este tipo de violencia. Los autores Burgess y Draper, 1989; Emery, 1989, definieron como variables dependientes las siguientes:

⁶ Colectivo Autores. "MEDICINA LEGAL". Ed. Ciencias Médicas y Editorial Pueblo y Educación. Habana - Cuba. 1999. p. 20 -60.

⁷ Código Penal de Bolivia, Vigente. Modificado por Ley Nro. 2033 del 29 de Octubre de 1999.

⁸ **Caballero D. y Arandia M.** "SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR". Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia, 1999, p. 13 - 58.

- La presencia de un acto físico y/o psicológico lesivo.
- La intención del agresor.
- El impacto percibido por la víctima.
- La desviación de la conducta de acuerdo con las normas aceptadas por la Comunidad.
- Alguna combinación de estos factores⁹.

Desde un punto de vista clínico, la violencia intrafamiliar desencadena habitualmente agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, de parte de un familiar (habitualmente el marido), hacia otra persona (habitualmente la esposa), causándole daño físico y/o psíquico y vulnerando su libertad. (Ministerio de Asuntos de Género, Generacional y Familia; s/a: 15).

Para la corriente sistémica, la violencia intrafamiliar, específicamente la conyugal, tiene un carácter bidireccional, quiere decir que se trata de una forma de interacción en la que participan dos personas, rompiendo así con la categorización de víctimas y victimadores y poniéndose énfasis en la noción de que con la violencia todos los involucrados resultan siendo a la larga víctimas. En palabras de Coddou:

“...el fenómeno de la violencia familiar desde esta perspectiva, representa a ambos esposos como víctimas. El énfasis se pone como entonces, en los patrones interaccionales recurrentes involucrados en los episodios de violencia...” (Coddou; Violencia Intrafamiliar;2000)

La violencia intrafamiliar / doméstica es una forma de violencia que transcurre en el hogar, es frecuentemente la más común y no siempre se encuentra en relación directa al nivel de educación y condición socioeconómica de las familias¹⁰.

...”La familia es la unidad fundamental sobre la cual está constituida la sociedad, y una de sus funciones es la creación de un ambiente armonioso de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Esa armonía, sin embargo, está amenazada por actos de agresión cometidos dentro de la familia por cualquiera de sus miembros y que afecta la integridad física o psicológica de otr@s miembro@s (s)”...

”Las víctimas principales de este tipo de violencia son las mujeres, niños /as, adolescentes y ancianos/ as. Salvo algunas excepciones, en una pareja, el hombre es el agresor más frecuente en casos de violencia.”

⁹ Extraído del documento **Salud y violencia Intrafamiliar**. (Ministerio de Asuntos de Género, Generacional y Familia; s/a: 15).

¹⁰ **Caballero D. y Arandía M.** . “SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia, 1999.

3.- TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia en la familia es un fenómeno sumamente polimorfo. Sus diferentes modalidades se pueden clasificar según la naturaleza de la violencia empleada, el tipo de víctima, o la relación entre la víctima y el victimario:

3.1.- SEGÚN LA NATURALEZA DE LA VIOLENCIA EMPLEADA

Como surge de la definición, su alcance no se limita a las distintas clases de violencia física.

La violencia psicológica es una forma frecuente y a menudo muy dañosa de la violencia familiar.

La violencia de tipo sexual es una forma característica de la que son objeto fundamentalmente las mujeres y los niños.

La violencia patrimonial es típica del abuso del anciano, aunque alguna de sus formas (la explotación laboral) se puede ejercer sobre personas de todas las edades.

Cualquiera de estas modalidades violentas puede ser ejercida tanto en forma activa o por omisión.

Desde el punto de vista legal, se reconocen los siguientes tipos de violencia intrafamiliar ¹¹:

3.1.1.- Violencia Física

...”Es la agresión en el cuerpo producida por: golpes, empujones, puñetazos, jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas, quemaduras, lesiones por estrangulamiento, lesiones por armas cortopunzantes, lesiones por arma de fuego y otras agresiones”...¹²

3.1.2.- Violencia Sexual

...” Es la afectación en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual y observaciones lesivas, agresión sexual y/o sexo forzado.”...¹³ Se detalla a continuación lo que contempla el SNIS, para vigilancia epidemiológica:

Sugilaciones.

Hemorragia.

Proctorragia.

¹¹ Ídem.

¹² Ídem.

¹³ Ídem.

Desfloración.

Desgarro.

Otros.

3.1.3.- Violencia Psicológica

“Es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación, control económico y financiero, acoso, acecho, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas de dañar a personas cercanas, amenazas de quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional...”¹⁴ Se detalla a continuación lo que contempla el SNIS, para vigilancia epidemiológica:

- 1.- Labilidad emocional.
- 2.- Miedo.
- 3.- Sentimientos de culpa.
- 4.- Desorientación.
- 5.- Depresión.
- 6.- Intento de suicidio.
- 7.- Insomnio.
- 8.- Ansiedad.
- 9.- Crisis de angustia.
- 10.-Otros.

3.2.- SEGÚN EL TIPO DE VÍCTIMA

Si bien la violencia familiar puede involucrar a cualquier miembro de la familia, independientemente de su sexo y su edad, no hay duda que las víctimas habituales son el **niño, la mujer y el anciano**.

Además, un individuo puede jugar los roles de maltratado y de maltratador en diferentes momentos de su vida, y aún en una misma época, según las relaciones de poder recíprocas establecidas entre los integrantes de núcleo familiar.

¹⁴ Caballero D. y Arandia M. .“SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia. 1999.

4.- ETIOPATOGENIA

Castellano Arroyo señala que:

“las relaciones familiares por su naturaleza deberían ser modelo de protección, solidaridad y generosidad, basado todo ello en el amor y el afecto entre los miembros que componen la familia. Sin embargo, son múltiples los factores individuales y ambientales que pueden anular los afectos y transformarlos en sentimientos negativos, capaces de conducir a unas relaciones familiares hostiles e, inclusive, violentas”.

Se han propuesto diversos modelos teóricos para explicar la violencia en la familia en sus variadas manifestaciones. Muchos de ellos muestran un enfoque unilateral, remarcando el rol del estado de salud mental del agresor, del perfil psicológico de la víctima, de las pautas culturales dominantes en una comunidad o de los estresores sociales.

Desde finales de la década del 70, se ha desarrollado un *“modelo ecológico que busca tomar en cuenta todos los factores presentes en la compleja interacción que desemboca en el fenómeno de la violencia en la familia (Garbarino y col, 1978; Bronfenbrenner, 1979; Belsky, 1980)”*.

Esta construcción teórica ubica cuatro niveles que interdependientes que actúan en círculos concéntricos, desde lo estrictamente individual hasta la macroambiental:

Nivel individual (desarrollo ontogénico)

Incluye tanto los factores de tipo psicobiológico (agresividad, estado mental, abuso de sustancias, dificultades vinculares) como los elementos que aporta la historia de la persona (antecedentes de maltrato, frustraciones y realizaciones, aspectos educacionales). Se trata de características personales que favorecen o frenan la agresividad individual.

Nivel relacional (microsistema)

Comprende el grupo de relaciones humanas de mayor proximidad (amigos, pareja, familia). Este nivel de vínculos tiene cierto potencial para determinar el carácter del individuo. La falta de cohesión familiar contribuye a las conductas violentas, al tiempo que la mayor proximidad, contacto tiempo incrementa los niveles de riesgo.

Nivel comunitario (exosistema)

Refiere al entramado de las relaciones sociales que se establecen a nivel comunitario, a través de la escuela, el centro de salud, el vecindario, etc.

La incidencia de este nivel encuentra su importancia en cuanto se ha demostrado que el aislamiento y la mala cohesión social, el desarraigo que determina los cambios de domicilio frecuentes y factores demográficos, como la alta densidad de población y la heterogeneidad poblacional, favorecen la violencia.

4.4.- Nivel social (macrosistema)

Constituye el nivel más general, donde actúan los valores culturales y los sistemas de creencias hegemónicos.

Se trata de factores que legitiman o inhiben la violencia, y contribuyen o no a las tensiones sociales a la segmentación y exclusión sociales.

Dentro de este sistema de valores juegan un papel relevante las concepciones respecto a las relaciones de poder entre los géneros, así como entre los adultos y los niños.

5.- CAUSAS Y FRECUENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia es un fenómeno histórico que está directamente relacionada con la estructuración de las sociedades, que definen y articulan los ámbitos de los <<Masculino>> y <<Femenino>> generando relaciones de poder, discriminación y subordinación. Las causas que ocasionan violencia intrafamiliar son complejas, y es producto de una organización social basada en la desigualdad y ejercida por los que tienen más poder y derecho a intimidar y controlar. Al interior de la familia, las desigualdades producidas son por aspectos de género y la diferencia de edad son las causas principales de las relaciones violentas que se construyen¹⁵.

En Bolivia a través de registros de denuncias espontáneas a instituciones públicas y privadas en 1995 en cuatro ciudades importantes del país: se evidenció entre el 70 al 80% de las denuncias es por violencia intrafamiliar, y de éstas el 88 y 90% de los casos la mujer es víctima de agresión por parte de su compañero íntimo (cónyuge o conviviente). Por este mismo estudio se estima que 54 mujeres de cada 100 denuncian violencia física, unas 40 por violencia psicológica y 6 de cada 100, lo hace por violencia sexual.

La prevalencia de violencia intrafamiliar en América, indica que la forma más endémica de este problema social de violencia, está dirigido hacia la mujer y la/ el niña/o adolescente; según el proyecto Violencia contra la Mujer y la/ el Niña/o, una Propuesta para Establecer Intervenciones Coordinadas en tres países Andinos – OPS/OMS.

¹⁵ Caballero D. y Arandia M. "SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR". Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia. 1999.

6.- FACTORES CONDICIONANTES Y ENFOQUES DE RIESGO

Los factores criminógeno se clasifican en tres grandes grupos: los sociales, los psicológicos y los biológicos¹⁶.

6.1.- Factores Sociales

La sociología criminal es la ciencia que estudia los factores sociales, donde la criminalidad se incrementan sobre todo en aquellos lugares donde se tiene afectación de la calidad de vida ^{17 18}.

6.2.- Factores Históricos

Éstos son comunes a los países latinoamericanos, como la violencia homicida y aun genocida de los conquistadores o descubridores contra grupo social donde el homicidio era de carácter bélico o por sacrificios humanos como es el caso de los incas, aztecas, mayas, etc. Posteriormente se pasa a la violencia de los colonizadores y de ahí a la esclavitud, después a las luchas por la independencia, no respetando a la vida ajena y a la propia.

Después de la independencia los eventos y revoluciones de la república, golpes de estado en gobierno de facto e intervenciones foráneas (pérdidas territoriales) siguen el camino de la cultura de la muerte, en que las emociones negativas se transforman en agresiones, con pérdida de los valores y por canalización de los impulsos por esta vía¹⁹.

6.3.- Factores Macrosociales

Influyen en el incremento de la agresividad física contra la integridad del otro, tenemos los siguientes ^{20 21}:

1. La desordenada urbanización de las ciudades y la migración campesina a la ciudad, provocando engrosamiento de los cinturones de pobreza y miseria, este último representa la necesidad de espacio donde no hay otros y quiebra los sistemas de atención social como el de salud. En las ciudades se ve a los campesinos recién llegados buscando trabajo (algunos se ubican en la construcción o como cargadores en los mercados), otros se inician en rústicas actividades comerciales como la venta de productos de bajo precio (chicles, flores, frutas, fósforos, etc. en las calles).

¹⁶ López V. J. CRIMINOLOGÍA, INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA ANTISOCIAL. (Primera edición). Ed. Textos Iteso. México. 2000. p 131 – 148.

¹⁷ Caballero D. y Arandia M. "SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR". Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia. 1999.

¹⁸ Pérez. E. Y Pons M. HOMICIDIO, ASESINATO Y LESIONES. Habana. 1995. p. 7 – 23.

¹⁹ Ídem López V.

²⁰ Ídem Caballero D y Arandia M.

²¹ López V. J. CRIMINOLOGÍA, INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA ANTISOCIAL. (Primera edición). Ed. Textos Iteso. México. 2000. p 131 – 148

2. La falta de planificación urbana provoca diversos asentamientos irregulares, carentes de los servicios básicos (energía eléctrica, agua potable, centros de salud, escuela y policía). Las viviendas de estos lugares construidas con materiales precarios, sin ningún servicio higiénico, provocando diversas enfermedades. Estas viviendas improvisadas, en que sus moradores no invierten materiales adecuados por el peligro de ser desalojados y perdiendo lo invertido, hacen del núcleo familiar una situación emocional inestable, sufriendo diversas privaciones, lo que se traducirá en actitudes violentas hacia los demás moradores.
3. El desempleo y el subempleo, encontrándose a personas vendiendo variados productos en las aceras de las calles o en las esquinas, siendo un detonador de conducta ilícita y violenta.
4. El narcotráfico, al margen del efecto de las drogas y también expresión del crimen organizado.
5. El incremento de la pobreza.
6. El enfrentamiento político.
7. Inclusión y exclusión de grupos humanos y marginalismo.
8. Impunidad, así como la corrupción, delincuencia y violencia dentro del sistema judicial y la policía.
9. El consumismo que socialmente genera frustración.
10. Falta de educación.
11. El alcoholismo, provocando en el ser humano una desinhibición de su conducta que se manifiesta en impulsivismo, mientras mayor haya sido el consumo, mayor la disminución de la capacidad crítica y de juicio. El medioambiente influye, por los medios de comunicación hacen una apología del consumo de bebidas embriagantes.
12. Es más dañino que el problema económico, el impacto psicológico, ya que debido a las alteraciones del juicio y conducta, la familia vive siempre en estados de angustia, teme sus reacciones violentas y no se encuentra en condiciones de enfrentarlas.
13. Los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión se invoca el riesgo de la difusión habitual de agresiones contra otros repetidamente, como esquema de conducta practicada por personajes con lo que el espectador se identifica, formando patrones violentos sobre todo en etapa preescolar.
14. La prensa roja o sensacionalista, ejerce también un efecto sugestivo, los espectáculos violentos (boxeo, toreo, lucha libre, etc.) también tienen un efecto inductor de violencia.
15. El Internet, los juegos electrónicos y los juguetes como armas de fuego, y hasta la literatura infantil reflejan la crueldad y la conducta violenta.

6.4.- Subculturas Violentas

En esta subcultura violenta a los factores macrosociales (ya descritos) hacen resonancia aspectos como el machismo acentuado, aumento de la conducta agresiva por imitación vivencial, facilidad de la experiencia criminal. Las altas tasas de violencia para un grupo identificable especialmente en los jóvenes, cuyos integrantes de estos subgrupos son tan propensos a ser victimizados como a delinquir.

Los campesinos vienen de poblados rurales con la esperanza de encontrar mejor nivel de vida en las ciudades, pero al no adaptarse les invade la frustración que está íntimamente relacionada con el alcoholismo y con conductas violentas e ilícitas. Las marginaciones internas, que suelen ir acompañadas por trastornos en la vida familiar y ejercen una influencia destructora sobre los controles sociales, hay ausencia de políticas de asistencia pública, de protección social, desintegración familiar y las malas condiciones de la vivienda y el desempleo, despiertan en los individuos tendencias a la desesperación y de conductas violentas^{22 23}.

6.5.- Factores Familiares

Sabemos que la familia es la célula básica de toda sociedad, como grupo humano tiene gran importancia en la formación de la personalidad de los individuos que la forman. Las peculiaridades de la conducta violenta en el medio familiar son los siguientes^{24 25}:

1. La desorganización familiar implica una serie de cambios en la vida de los que la padecen, perturbando el proceso de socialización, e influirá en la conducta posterior del niño en la conducta desviada y violenta.
2. Violencia física presenciada por el futuro agresor en su familia, es una de las más invocada.
3. Maltrato físico o psicológico, incluso sexual contra el futuro agresor en el seno de su familia.
4. Formación de tradición violenta desde la familia, por el empleo del tiempo, tipo de preferencia cultural, consumo de sustancias controladas, identificar trastornos psicopatológicos que facilitan la conducta violenta.

²² Lopez V. J. CRIMINOLOGÍA, INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA ANTISOCIAL. (Primera edición). Ed. Textos Iteso. México. 2000. p 131 – 148

²³ Idem Caballero D y Arandia M

²⁴ Idem Caballero D y Arandia M

²⁵ Idem Lopez V.

6.6.- Factores Psicológicos:

Según Needler, escribió sobre: Los habitantes de Latinoamérica no tienen una opinión elevada de su propio carácter, compensando con su autoafirmación “yo” con una insistencia en la masculinidad, que en sus relaciones interpersonales se evidencia una persistente voluntad de dominio, combinando el fatalismo indio y la orgullosa autoafirmación del español. Esta exagerada autoafirmación de su persona es lo que comúnmente se conoce como machismo.

Según S. Ramírez: que habla sobre el machismo del mexicano no es en el fondo sino la inseguridad de su propia masculinidad. Los grupo de amigos siempre son masculinos, los anfitriones y juegos serán “*machos*”; en el mundo social y emocional se excluye generalmente a la mujer, la vida social es predominantemente masculina, los contactos con la mujer se dirigen siempre afirmar la superioridad del hombre.

Por un lado el machismo, que hace que el hombre busque los métodos violentos, el uso de la fuerza (puños, patadas, etc.) para resolver sus controversias y por otro lado su inmadurez, que al no tener conciencia de su ser y no estar preparado, maduro en su carácter, hacen que se provoque una conducta violenta. Esta inmadurez psicológica les impide resolver sus problemas mediante la razón y mantener una actitud de continua imprevisión al futuro.

El mexicano y en general el latinoamericano es común que gaste más de lo que percibe o esté siempre al día porque gasta todo lo que gana, teniendo a su familia en una situación económica familiar inestable. Tiene la violencia a flor de piel, porque no se prepara para llevar una vida equilibrada, serena, madura y estable.

E. Pérez y M. Pons, manifiestan que no toda anormalidad psicológica es enfermedad y de que las irregularidades del medio familiar o social pueden determinar la conducta agresiva, citan como rasgos psicopatológicos que son proclives a la agresión en sujetos no psicóticos²⁶:

1. Alcoholismo y drogadicción, que en el caso del consumidor habitual u ocasional, puede tener una conducta agresiva estimulándola o desinhibiéndola.
2. Propensión a la frustración o sensación de abandono o rechazo.
3. Propensión a la culpa con la siguiente propensión al castigo.
4. Impulsividad de origen neurótico o psicoorgánico.
5. Pobreza o falta de patrones morales.

26 Ídem López V.

6. Aprendizaje por modelación de conductas violentas.
7. Propensión a estados pasionales y emociones intensas con afectación de la regulación conductual.
8. Perversión sexual.
9. Pobre identidad propia y participación disocial en grupos.
10. Pobres capacidades para la relación y sensibilidad interpersonal.

6.7.- Factores Biológicos

Desde Lombroso con su enfoque de los delitos causados en forma neta y vinculados a anomalías morfológicas, hasta la fecha que pueden tener alguna orientación de la criminogénesis, se invocan los siguientes²⁷.

1. Efectos a la agresión por el consumo de tóxicos como el alcohol y las drogas.
2. Daño cerebral difuso, puede estar asociado a maltrato infantil o en etapas pre o perinatales.
3. Daño cerebral localizado.
4. Trastornos en la lateralidad hemisférica, con mayor porcentaje de hemisferio dominante derecho.
5. Disturbios en la serotonina, su disminución lleva a un bajo control conductual y parece favorecer a las adicciones al alcohol y trastornos de la glicemia.
6. La hipoglucemia puede determinar irritabilidad y favorecer conductas violentas y agresivas.
7. En bajos niveles de colesterol sérico en hombres, parece estar asociado a conductas violentas.
8. El hipertiroidismo cursan con alteraciones psíquicas y favorecer la impulsividad agresiva.
9. Se plantea que las hormonas masculinas incrementan la tendencia a la agresión en tanto que los estrógenos las disminuyen. Hay reportes de que ocurren casos de violencia, donde la víctima es la mujer durante los días previos a la menstruación, momento en que se produce una disminución fisiológica en los niveles de estrógenos.
10. En cuanto a la genética de conducta delictiva, se ha informado el hallazgo de la anomalía cromosómica XYY en mayor proporción en agresores violentos, en comparación de los que no lo son.

²⁷ Ídem López V.

6.8.- Factores Victimales

Las víctimas son personas que individual o colectivamente han sufrido daños inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los estados miembros incluida la que proscribiera el abuso de poder.

La víctima se siente maltratada por el sistema legal, percibe el formalismo jurídico, sus decisiones como una inmerecida agresión (*victimización secundaria*) producto de la insensibilidad, el desinterés y el espíritu burocrático del sistema legal. Tiene la impresión de ser objeto y no como sujeto.

También se comenzó a estudiar actitud y propensión de los sujetos para convertirse en víctimas del delito (*riesgo de victimización*), tipo de víctimas, daños que padece la víctima como consecuencia del delito (*victimización primaria*) y de la posterior intervención del sistema legal (*victimización secundaria*), actitudes de la víctima respecto al sistema legal y sus agentes (*victimología procesal*), programas de prevención del delito a través de grupos con elevado riesgo de victimización.²⁸

6.9.- Tipos Victimales²⁹

1. Agresiva: La víctima inicia la agresión con lo que determina en el que resultara homicida igual tipo de conducta en respuesta proporcional o no. Es la variante más activa de víctima en cuanto a provocar la agresión.
2. Provocadora: (Más Culpable Que El Infractor) La víctima consciente de las consecuencias inmediatas que traerá su acción, provoca, reta, invita o insta al que resultara homicida para que ejecute la agresión.
3. Imprudencial: La víctima es consciente de que adopta conductas o posturas que atraerán de inmediato la agresión, pero calcula que ésta no se producirá o cree que de producirse, la evitará con éxito y controlará la situación por dominio o no será realmente grave.

Propiciatoria: (Víctima Por Ignorancia O De Culpabilidad Menor). La víctima tiene conductas o comunicaciones que favorecen que se produzcan de inmediato la agresión pero no es consciente de que está produciendo tal efecto.

²⁸ Liéo G. "APUNTES DEL MÓDULO DE CRIMINOLOGÍA DE LA MAESTRÍA DE MEDICINA FORENSE- UMSA". La Paz. 2001.

²⁹ Newman Elias, Victimología. Ed. Universal. Buenos Aires, 1999, p. 47-51.

Inocente: La víctima no tiene conductas inmediatas que favorezcan la agresión.

6.10.- La Prevención Victimal ³⁰

Una intervención no penal de los poderes públicos.

Disminuye el elevado costo social que la prevención criminal implica.

Corresponsabiliza a la comunidad, a la víctima potencial en la defensa de los bienes o intereses más valiosos evitando la puesta en marcha del sistema legal y su tardía intervención.

Propicia diseño de programas de prevención de alto contenido social.

6.11.- Víctima y Política Social ³¹

La víctima no reclama una compasión sino respeto a sus derechos. La efectiva resocialización de la víctima exige una intervención positiva de los particulares y de los poderes políticos dirigida a satisfacer solidariamente las necesidades y expectativas reales de aquélas.

La víctima sufre a menudo un severo impacto psicológico aparte del daño material o físico.

La sociedad por otra parte estigmatiza a la víctima. La victimización produce aislamiento social y marginación.

La actuación de las instancias del control penal formal multiplica y agrava el mal que ocasiona el delito, la víctima se siente maltratada y despreciada por ellas.

6.12.- Víctima y Sistema Legal ³²

Todos conocemos que los delitos denunciados son los únicos que se persiguen por tanto la víctima es importante en la marcha del sistema legal.

La víctima es un testigo de excepción cuyas vivencias y percepciones sobre la actuación de los diversos agentes del sistema en sus diversas fases aportan una información valiosa para el mejor funcionamiento del control social penal.

Factores que contribuyen a que la víctima no denuncie el delito:

³⁰ Newman Elias, *Victimología*. Ed. Universal. Buenos Aires, 1999, p. 47-51.

³¹ Ídem.

³² Ídem.

1. Impacto psicológico que el propio delito causa a la víctima, temor, abatimiento.
2. Sentimientos de impotencia o indefensión personal que experimentan la víctima unido al de desconfianza hacia terceros, la víctima cree en la inutilidad y en la ineficacia del sistema legal.
3. Propósito justificado de evitar los posteriores perjuicios adicionales para el denunciante (victimización secundaria), porque la investigación y el proceso judicial deparan molestias tanto en el ámbito material como anímico.

Para conseguir niveles más satisfactorios de colaboración de la víctima con el sistema legal hay que incidir o neutralizar los factores relevantes en su proceso de motivación y paralelo a ello es necesario mejorar también los recursos o infraestructura del sistema.

Existen dos vertientes fundamentales de investigaciones criminológicas con relación a la víctima en su paso por las distintas fases del proceso:

1. La víctima suele estimar satisfactorio su encuentro inicial con la policía exhibiendo una actitud positiva pero después, cuando esta etapa finaliza, la actitud hacia la policía se deteriora porque no hay una buena comunicación y se frustran las expectativas de la víctima.
2. La víctima se siente maltratada por el sistema legal, considera que no recibe el mismo trato, no se le informa adecuadamente.
3. Las características y actitudes de la víctima influyen en las decisiones del sistema jurídico penal de modo o directo o indirecto ya que existe proceso de interacción juez-víctima.

7.- FACTORES CONDICIONANTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR³³

Los factores culturales, económicos y sociales, las condiciones de pobreza y hacinamiento tienen relación directa con la resolución violenta de los conflictos, reforzando la cultura de violencia en la convivencia colectiva y ámbito familiar. A estos factores se suman la vergüenza y el miedo a las represalias impiden que muchas víctimas de violencia, especialmente mujeres denuncien estos hechos de violencia.

³³ Caballero D. y Aranda M. SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. MSPS – VAGGF – OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p. 13- 58.

El temor impide que muchas víctimas afectadas abandona una relación violenta, ya que el riesgo de ataque contra ellas es mayor cuando ésta abandona o amenaza con abandonar la relación. La creencia y aceptar que es derecho del hombre agredir a las mujeres, perpetúan las relaciones de violencia. La violencia intrafamiliar y doméstica ejemplifican las relaciones de poder, donde se usa la violencia como forma de control de una persona sobre otra.

Las familias donde se presenta el hecho violento, tienen estructuras jerárquicas de organización con funciones regidamente definidas, donde la mujer está subordinada económicamente a la pareja. Aceptando esta relación de violencia desde la niñez, como legítima esta forma de solución de conflictos familiares y sociales, perpetuando así el círculo vicioso de violencia.

El conocer estos factores de violencia (sociales, psicológicos, biológicos y de victimización) y la intervención preventiva para evitar daño, rompe esta cadena de violencia, formando parte del enfoque de riesgo del problema. La violencia intrafamiliar afecta a toda la población, sin distinguir niveles socioeconómicos y culturales.

8.- CRISIS, VIOLENCIA Y FAMILIA

La palabra crisis, es un término utilizado en la actualidad con mucha frecuencia para designar un estado de malestar sobranter³⁴, una situación de carencia, violencia, inestabilidad y descreimiento en las instituciones que sostienen a la sociedad y hoy, parecen caerse a pedazos.

Existen otras significaciones o lecturas de la crisis, que nos remiten a una situación de movilización, inestabilidad, y un cambio radical de las estructuras y sistemas, ya sea familiar, social o cultural. Sin embargo, la crisis puede desencadenar reacciones diversas, desde el aislamiento, el descreimiento, hasta la violencia contra el otro, contra la naturaleza, la sociedad o contra uno mismo o en el mejor de los casos generar un cambio radical y un equilibrio profundo y estable.

En este acápite, desarrollamos el término crisis, desde diferentes vertientes, retomando las propuestas de varios autores, con el fin de relacionarlo con la problemática de la violencia que se desarrolla dentro del seno familiar, específicamente hacia la mujer – esposa.

³⁴ El término malestar sobranter hace referencia al término acuñado por Silvia Bleichmar (1997), basado en el pensamiento de Marcuse, que definió como "represión sobranter" (o "sobrerepresión") a los modos con los cuales la cultura coartaba las posibilidades de libertad, no sólo como condición del ingreso de un sujeto a la cultura, sino como cuota extra, innecesaria y efecto de modos injustos de dominación. "Malestar sobranter" alude al sentir generalizado que existe en los medios urbanos, de no sólo tener dificultad para acceder a bienes de consumo, sino a dificultades materiales básicas, a la imposibilidad de garantizar la seguridad futura, al incremento del anonimato y muchas otras incertidumbres de que aqueja nuestra sociedad actual.

8.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CRISIS

Para comprender lo que una crisis significa para el ser humano, es importante reconocer a todo individuo como una estructura, con una forma de funcionamiento y de interacción con el mundo externo, con los demás y consigo mismo. Sin embargo este individuo no se encuentra aislado, sino que forma parte de sistemas mayores como la familia o la misma estructura social que, a través de leyes y normas, marca límites al individuo para poder vivir en comunidad. El renunciamiento a los deseos, impulsos e intereses individuales que la sociedad exige al sujeto, implica para éste un esfuerzo y sacrificio³⁵ que deben ser recompensados por la cultura. Más cuando la sociedad y cultura no compensan al individuo, se genera en él un estado de tensión y de malestar, que desencadenan una crisis.

En este contexto, las exigencias y prohibiciones provenientes de la sociedad y los requerimientos individuales, como las necesidades y deseos de cada sujeto, chocan y entran en conflicto³⁶, poniendo en peligro el equilibrio psíquico y emocional. Este choque de fuerzas contrarias, generan un conflicto ante el cual el individuo recurre a una serie de mecanismos, que en situaciones previas similares resultaron efectivos y coherentes, para poder restablecer el equilibrio amenazado. Caplan lo plantea de la siguiente manera.

“El equilibrio se altera cuando el individuo o el sistema enfrenta una fuerza o situación que modifica su funcionamiento previo, llamamos a eso un “problema”. Problema que provoca el despliegue de una variedad de mecanismos habituales de resolución, uno de los cuales permite superar la situación en un lapso y de una manera similar a los que caracterizaron el caso en ocasiones previas. (Caplan; 1966: 56)

Cuando el estado de *tensión*, previo al periodo de resolución del problema tiene una duración normal o media, el individuo o grupo enfrenta el problema con métodos y mecanismos de descarga y resolución, similares a los ya utilizados en situaciones parecidas³⁷. Pero si el periodo de este estado se prolonga, e intensifica el choque de las fuerzas contrarias, se desencadena una ruptura de la estructura previa y se produce la consolidación de una estructura nueva, completamente diferente, pero más firme y estable.

³⁵ Caplan lo plantea de la siguiente manera: “En su funcionamiento emocional individual y en su desempeño como unidad de la estructura social, una persona actúa dentro de ciertos esquemas coherentes con un mínimo de autoconciencia y sentimiento de esfuerzo.” (Caplan; 1966: 55).

³⁶ “El individuo enfrenta siempre situaciones que requieren la resolución activa de problemas, pero con una demora muy pequeña puede superarlas por medio de reacciones y mecanismos habituales” (Caplan; 1966: 55).

³⁷ “Si el periodo anterior a la solución tiene una duración normal, el estado de tensión del organismo no resulta excesivo porque el individuo o el grupo, enfrentar el problema con métodos análogos en experiencias previas, desarrollo la expectativa de un resultado exitoso y una capacidad de soportar ese grado de tensión, así como una serie de técnicas para mantenerla dentro de ciertos límites por medio de mecanismos de descarga.” (Caplan; 1966:56).

“El periodo de incongruencia de las estructuras de conducta es más prolongado que el de costumbre y, cuando se logra eventualmente un equilibrio, la nueva estructura puede diferir significativamente de la previa, pero ser estable y constituir a su vez un equilibrio sostenido por fuerzas homeostáticas como en el pasado” (Caplan; 1966: 56).

En otras palabras, el ser humano está sujeto a exigencias cada vez más estrictas, provenientes de la cultura y sociedad, que entran en conflicto con los impulsos y requerimientos personales. Este choque de fuerzas contrarias genera lo que se denomina *conflicto*, que a su vez desencadena una *crisis*. Conflicto, por lo tanto, se referirá a:

“... factores que se oponen entre si. Los conflictos interpersonales surgen de la interacción social como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella. El conflicto se encuentra en cualquier interacción humana”. (www.eldiván.com.ar. 2000)

En este sentido la crisis se caracteriza por estados de confusión, desorganización y caos. Es un momento de movilización de toda la estructura y de un inminente cambio significativo, que trae nuevas oportunidades. El peligro está en la adopción de actitudes o soluciones que lleven la pérdida, vale decir a la ruptura, a la muerte o a la desintegración. La oportunidad está en la posibilidad de encontrar alternativas que conduzcan al crecimiento, aun en medio del dolor.³⁸

Una vez perdonado por la compañera el celo decrece y empieza de nuevo la irritabilidad, la tensión aumenta y acaba la etapa relativamente agradable. Cuando ella intenta ejercer su recién ganado poder, él se siente de nuevo perdiendo control sobre ella. Se inicia una nueva discordia y con ella un nuevo ciclo en el que él intenta crear miedo y obediencia más que respeto e igualdad.

Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo característico en cada caso, pero las etapas son cada vez más cortas y la violencia más intensa.

Cada vez la mujer es más dependiente de su esposo, cada vez tiene menos poder. Cada episodio le roba algo de energía hasta que se siente como si no pudiera existir sin su compañero. Ella es un rehén de su dependencia. Generalmente es necesaria una intervención exterior para romper el ciclo (familia, amigos, abuso de un hijo). Muchas mujeres aguantan una relación así años y años. Unas pocas intentan defenderse y acaban matando al verdugo. La triste verdad es que muchas más mujeres que hombre son asesinadas por su pareja, sobre todo cuando ellas intentan abandonar la relación ellos no pueden soportarlo. En USA el 73% de las mujeres maltratadas en violencia doméstica lo son también después de terminada la relación.

8.2.- LA CRISIS ECONÓMICA, SOCIAL Y CULTURAL ACTUAL

Toda crisis se constituye en un momento de transición, en la que entran en conflicto o contradicción las fuerzas o elementos de una estructura. En este sentido, se trata de un momento en que toda la estructura se moviliza y desorganiza, pero sin embargo, abre la posibilidad de generar un cambio radical.

En el caso de la crisis económica, social y/o cultural que actualmente vive nuestra sociedad, el mecanismo funciona de la misma manera. Han entrado en conflicto intereses de clases, de sectores, de grupos culturalmente distintos, de razas o religiones diferentes. Las reglas y normas que regulaban la convivencia entre los miembros de la sociedad ya no soportan la presión y son rebasadas por actos individuales o grupales.

Sin embargo la crisis económica, la crisis cultural y la social, no son sino expresión de una misma profunda crisis estructural, que afecta al sistema socioeconómico capitalista en el que nos encontramos inmersos. En otras palabras, el modo de producción y el sistema socioeconómico imperante, se constituye en la base de la sociedad, y de todo lo que en ella se construye: la educación, las leyes, la ciencia, la tecnología, etc., etc. Así, si la base de una estructura se resquebraja, en este caso el sistema socioeconómico capitalista, todo lo que se construyó sobre ella se derrumba, es decir todas las instituciones sociales.

Lo planteado anteriormente, se basa en la concepción marxista de la sociedad, como una unidad compuesta por fuerzas internas, diferentes, opuestas y en constante contradicción o conflicto. Para el Marxismo, la sociedad está asentada sobre la base del modo de producción, ya sea éste esclavista, feudal o capitalista, que determina las relaciones o lazos sociales entre los individuos de una sociedad, en tanto los divide en clases sociales opuestas e irreconciliables: amo y esclavo, en el esclavismo; señor feudal y siervos, en el feudalismo; y en burguesía y proletariado en el sistema capitalista actual.

Por lo tanto la crisis estructural del sistema capitalista, determina las crisis económica, social y cultural, en tanto la economía, cultura, leyes, normas, etc., de una sociedad forman parte de la superestructura asentada sobre el modo de producción prevaleciente en la misma. La *crisis económica* es causada por la apropiación de los medios de producción por un reducido grupo (burguesía), que explota a la clase desposeída, pero que además detenta el poder. Esta crisis se traduce en la falta de empleo, el cierre de las fábricas, el aumento del subempleo y explotación, la miseria, la falta de salud, educación, etc. La *crisis social* es producto del malestar, y descreimiento de la mayoría de la población en los gobernantes o representantes del estado y de la ley, esta crisis adquiere el semblante de la pobreza, la drogadicción, delincuencia, prostitución, abandono infantil, violencia familiar, violencia social, convulsión social, etc.

Finalmente la *crisis cultural*, tiene muchas causas, sin embargo uno de los factores más importantes es la migración de grandes grupos culturales, a otras zonas del país, o hacia el exterior, para mejorar su calidad de vida o en muchos casos sobrevivir. La discriminación, segregación, regionalismo, por un lado y la pérdida de valores culturales, del idioma y tradiciones, por otro, son expresiones de la crisis cultural que los países pluriculturales como Bolivia, viven actualmente.

Podemos concluir, diciendo que Bolivia, al igual que todos los países capitalistas atrasados de Latinoamérica, sufre con mayor fuerza las consecuencias de la crisis estructural del sistema capitalista, traducidos en una profunda crisis económica, en una crisis social, que se ve expresada en el creciente malestar social, en las movilizaciones sectoriales y los últimos sangrientos enfrentamientos entre las fuerzas del orden y la población radicalizada. Y finalmente una crisis cultural que divide a los grupos racial y culturalmente distintos y estimula la negación del otro, la segregación y discriminación. (Jáuregui, et al., 2002).

8.3.- CRISIS Y VIOLENCIA FAMILIAR

“El ciclo vital de una familia pasa por momentos de adaptación, ya sea por cambios a nivel intrafamiliar: matrimonio, nacimiento, adolescencia, muerte de uno de sus miembros, etc., o en el entorno: cambio de domicilio, trabajo, emigración, pérdida del empleo, etc. Estos periodos corresponden al “estado de un sistema en el momento en que un cambio es inminente” (Hangsley, en Barudy, 1983).

Estos momentos de adaptación y readaptación por los que atraviesa, en sus distintas etapas y momentos, la estructura familiar, se constituyen en generadores de crisis, pero también de cambios profundos a nivel del sistema en su conjunto, así como a nivel de cada uno de sus miembros. En este sentido, los momentos de crisis son posibilidades de crecimiento, fuentes de tensión y de estrés intrafamiliar. (Barudy; 2001: 73).

Como toda crisis, la crisis familiar se caracteriza por la desorganización de sus miembros, la pérdida de objetivos y metas comunes, la falta o errores en la comunicación y fundamentalmente la pérdida de equilibrio en todos sus aspectos. De allí que cada miembro, según los recursos cognitivos, comunicacionales y afectivos de que disponga, buscará restablecer el equilibrio³⁹ de la estructura tambaleante.

Es en estos momentos cuando se empieza a desdibujar la identidad de la familia. Sus miembros actúan de modo descoordinado, hay una distorsión de la comunicación, los valores y creencias son cuestionados. La familia empieza a actuar con predominio de desorden, y comienza a haber situaciones que exceden su límite de tolerancia. Los integrantes de la familia han entrado en lo que comúnmente se denomina una crisis.” (www.eldiván.com.ar. 2000).

³⁹ “En los momentos de crisis, toda la familia busca un nuevo equilibrio, necesitando de la energía y la información disponible en su entorno inmediato para recuperar su estabilidad. La sucesión de momentos de equilibrio y de crisis en el ciclo de una familia constituye un proceso histórico. (Maturana y Varela; 1986).

Estos procesos de crisis no son permanentes, a éstos les suceden momentos de equilibrio, a estos últimos nuevos momentos de crisis. La familia, al tratarse de un sistema vivo, está en constante movimiento y transformación, atravesando por momentos de equilibrio y estabilidad y por momentos de tensión conflicto y crisis, es decir que sigue un ciclo histórico⁴⁰, que le permite cambiar, transformarse y desarrollarse.

“Cada vez que dentro de un sistema, un estado surge como modificación de un estado previo tenemos un fenómeno histórico” (Maturana y Varela; 1986).

Sin embargo, cuando los momentos de crisis y equilibrio dentro de la familia son demasiado fluctuantes, la tensión puede alcanzar niveles que constituyen un peligro para la estabilidad psíquica y emocional de los miembros que la componen, especialmente la de aquellos miembros más pequeños, dependientes y vulnerables: los niños. En muchas ocasiones, cuando el entramado del sistema familiar falla, el tejido social puede operar como un elemento equilibrador y sostener a la estructura en conflicto, pero si en lugar de operar como sustento, el medio social presiona, abandona, segrega, etc. la familia entra en un profundo estado de crisis que puede desencadenar en reacciones violentas, o en la desintegración de la estructura.

“Cuando la intensidad de las fluctuaciones familiares es demasiado grande, y faltan en el tejido social los recursos materiales y/o psicosociales que permitan el manejo de la crisis, aumenta la tensión familiar, con el peligro de que los niños, los elementos más débiles del sistema, sean usados como chivos expiatorios” (Barudy; 2001: 74).

9.- CONSECUENCIAS DEL MALTRATO: LAS CICATRICES

“La violencia debe ser comprendida no sólo como un problema social, sino como de crecimiento humano”. (Defensor del Pueblo; 2002:9)

Esta cita del Defensor del Pueblo, nos brinda un panorama de la magnitud de los efectos de la violencia. No se trata únicamente de las heridas producidas por un golpe o el sentimiento de abandono o autoreproche después de una agresión verbal, se trata de un fenómeno social que afecta al individuo - mujer en su desarrollo como ser humano, es decir que trasciende de lo físico, para socavar la dignidad, la autopercepción y la propia condición de ser humano libre y soberano.

Sin embargo los efectos más notorios, y los que implican un mayor nivel de agresión hacia la mujer son los físicos, de allí que las denuncias se produzcan cuando las lesiones físicas son graves y ponen en riesgo la vida de las mujeres. Derechos humanos comprende a la violencia intrafamiliar dirigida hacia la mujer-esposa como:

⁴⁰ Histórico, porque forman parte de la historia de la estructura familiar, pero también de cada uno de los sujetos que la componen. Es importante reconocer que cada miembro de una familia significa o da un significado diferente a los momentos, procesos o crisis que suceden en el sistema familiar. Para unos una crisis es un momento de cambio y crecimiento.

“... un síndrome cuyos efectos incluyen tanto las lesiones físicas que pudieran ser consecuencia de agresiones que van desde moretones hasta las que provocan la muerte, como la disminución de la autoestima de la víctima, y por lo tanto, la reducción de su capacidad de respuesta a las responsabilidades que la sociedad le reclama” (Defensor del Pueblo; 2002:9).

En este sentido las cicatrices, legado de las agresiones, afectan a la mujer en todos los aspectos de su vida e integridad. Desde su autopercepción, su seguridad, su capacidad de interrelacionarse con otras personas, su libertad, en el ámbito laboral, en el mismo ámbito familiar, anula la capacidad de decidir, de producir, de amar, de respetar. En otras palabras la violencia son formas de interrelación dirigidas a dañar, anular y destruir a la mujer como madre, esposa, ciudadana, en fin, como ser humana.

9.1.- CONSECUENCIAS FÍSICAS

Los efectos físicos de la agresión hacia la mujer son muy amplios y de diferentes niveles. Van desde moretones, rasguños, huesos rotos, heridas cortopunzantes, desnutrición, dolores crónicos de origen psicossomático, etc., etc. hasta la muerte de la víctima. Sin embargo de manera general se puede señalar que las mujeres víctimas de violencia y agresiones continuas, ven afectadas sus defensas físicas y psicológicas, presentan una disminución de las capacidades cognitivas, y un retraso o interrupciones en su desarrollo físico y psicosexual. Al respecto el Parlamento Interamericano en 1997, informa en el Módulo legislativo sobre violencia contra la mujer que:

“Investigaciones en el campo de la salud, [...] informan que personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan un debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en enfermedades psicossomática, depresión, etc. Estas personas también muestran una marcada disminución en el rendimiento intelectual, que afecta a sus actividades laborales y educativas...” (Defensor del Pueblo; 2002:9).

9.2.- CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Si bien los moretones, heridas y huesos sanan, las cicatrices en el recuerdo de las víctimas, perduran por mucho tiempo, cuando no, toda la vida. En este sentido, los efectos más devastadores para las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, son los que se enraízan en la mente, autoestima y personalidad de las mismas. No obstante son pocos los estudios que se han realizado con el fin de relacionar la incidencia de trastornos psicológicos, con la violencia practicada hacia la mujer dentro del hogar. “A pesar de la frecuencia del maltrato doméstico en la mujer existen pocos datos que identifiquen los trastornos psicológicos específicos resultantes de esta relación violenta. Hasta el momento son dos los diagnósticos que aparecen con mayor frecuencia en este grupo de víctimas: la *depresión mayor* y el *trastorno de estrés postraumático...*”. (APA, 1994).

9.2.1.- La Depresión

La depresión, es considerada como un trastorno asociado con una alta mortalidad. Según el DSM IV los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %, mientras que los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años, aumentan hasta cuadruplicarse.

La característica esencial de la *depresión* o *trastorno depresivo mayor* es un curso clínico caracterizado por uno o más *episodios depresivos mayores*, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. El *episodio depresivo mayor* es un período de al menos 2 semanas, en el que se evidencia en el sujeto un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades⁴¹. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (DSM-IV; 1999).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico en el caso de la violencia intrafamiliar, ésta se constituye, en muchas ocasiones, en la causa del trastorno depresivo mayor o depresión, en tanto la mujer tiende a aislarse, a perder energía e interés por las actividades cotidianas, o las que antes le causaban satisfacción, alimenta un sentimiento de rabia, impotencia y de autoreproche, culpándose por la situación violenta que vive. En casos más severos, la mujer empieza a pensar y planificar su muerte y la de su agresor, hasta llegar al intento de suicidio, o en el peor de los casos, a la autoeliminación.

9.2.2.- Trastorno por Estrés Postraumático

Según el DSM IV, la característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un *acontecimiento estresante y extremadamente traumático*, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para su vida o la de otras personas; o bien el individuo conoce a través de terceras personas acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta a dichos acontecimientos incluye:

⁴¹ En los casos de depresión en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. (DSM IV).

“...temor, desesperanza y horrores intensos. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo.”⁴² (DSM IV).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos, agresión sexual y física, secuestros, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, accidentes graves, o diagnóstico de enfermedades mortales⁴³. Mientras que la probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de recuerdos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico. Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados, cuando el individuo hace esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él.

La disminución del contacto con el mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o «anestesia emocional», suele aparecer poco después del acontecimiento traumático. El individuo pierde el interés por actividades que antes le resultaban gratificantes, y experimenta una sensación de alejamiento o enajenación de los demás y una disminución de la capacidad para sentir emociones.

Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, con trastorno por estrés postraumático suelen sentirse amargamente culpables por las situaciones de violencia ocurridas dentro de su hogar. Tienen conflictos en el ámbito de sus relaciones interpersonales, lo que puede generar pérdida de amigos, disgusto con su familia primaria o la pérdida del empleo.

Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal, es decir otra persona, en este caso el cónyuge, novio o pareja, puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pér-

⁴² Todos estos síntomas, para poder realizar el diagnóstico de un Trastorno por estrés postraumático, deben persistir por más de 1 mes, generar malestar en el individuo y deterioro social, en los ámbitos donde se desarrolla la persona.

⁴³ En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales.

dida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

9.3.- Consecuencias Sociales

La violencia intrafamiliar hacia mujeres, ha dejado de ser un problema doméstico, privado y aislado, para ser una problemática social, que interesa al estado y sus instituciones educativas, jurídicas, de salud y económicas, pues sus efectos trascienden las barreras del núcleo familiar, y se constituyen en la causa o determinante de otras problemáticas, tales como el abandono infantil, la desestructuración familiar, el suicidio, la transmisión generacional de la violencia, la violación a los derechos humanos, etc. Al respecto, el Defensor del Pueblo señala:

“...las agresiones tienen efectos sociales y hasta económicos tanto para servicios legales de salud y sociales. La violencia provoca una carga considerable en los servicios de salud disminuyendo la posibilidad de responder eficazmente a otros tipos de problemas.” (Dora Caballero en Defensor del Pueblo; 2002:9-10).

Para la sociedad, las consecuencias no solo se sienten en la carga económica⁴⁴ que significa la atención a víctimas, sino la carga informacional que este delito implica a los demás miembros de la sociedad, especial ente aquellos que tienden a asimilar a la violencia contra la mujer como un forma de interacción lícita y eficaz.

⁴⁴ No sólo en Bolivia, sino a nivel Mundial, esta carga proveniente de la violencia intrafamiliar es equivalente a la que plantean otras enfermedades, incluida la infección por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), la tuberculosis, la septicemia durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares” (Dora Caballero en Defensor del Pueblo; 2002:9-10)

CAPÍTULO IV

FUNDAMENTO JURÍDICO - LEGAL

ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

1948. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. La fundación de la universalidad de los derechos humanos que comprometió legalmente a todos los pueblos y de todas las naciones.

1966. Convenio Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles. Entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

1966. Convenio Internacional sobre Derechos Culturales, Sociales y Económicos. Entró en vigor el 3 de enero de 1976.

1975. I Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, en Ciudad de México.

1980. II Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, en Copenhague.

1981. Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), entra en vigor. La Convención reafirma los principios de la DUDH y hace énfasis en la erradicación de todas las formas de discriminación contra las mujeres.

1985. III Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, en Nairobi.

1990. La Comisión de la Mujer (CIM) publica las “Conclusiones y Recomendaciones de la Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia”.

1992. El Comité de la ONU para Erradicar la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adopta la “Recomendación N° 19 sobre la Violencia contra la Mujer”. Esta recomendación declara que la violencia contra la mujer es una forma de discriminación contra ella que refleja y perpetúa su subordinación, y solicita que los Estados eliminen la violencia de todas las esferas. Exige que todos los países que ratificaron la CEDAW preparen informes para el Comité de la ONU cada cuatro años y que incluyan información acerca de las leyes y la incidencia de la violencia de género, así como las medidas tomadas para detenerla y eliminarla.

La primera y única región en el mundo en la que todos los países han ratificado la CEDAW es Latinoamérica y el Caribe. Sin embargo, muchos países todavía no han traducido la CEDAW y las Recomendaciones generales en legislaciones o implementado políticas, adoptado acciones positivas para eliminar de facto la discriminación o cumplido sus obligaciones.

1993. Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena, reconoce históricamente que la violencia contra las mujeres y las niñas constituye una grave violación de los derechos humanos.

1993. La Asamblea General de las Naciones Unidas, aprueba la “Declaración de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer”, la cual compromete a todos los miembros de la ONU y debe ser reforzada internacionalmente por medio de los comités de tratados relevantes, incluyendo a la CEDAW

La Comisión de Derechos Humanos de la ONU nombra a la primera Informadora Especial sobre violencia contra la mujer por un período de tres años lo cual le permite recibir denuncias e iniciar investigaciones sobre violencia contra las mujeres en todos los países miembros de la ONU. Su primer informe es sobre la situación general sobre violencia de género, mientras que el segundo se centra en violencia doméstica y esclavitud sexual.

El 9 de junio de 1994, la Organización de los Estados Americanos (OEA) adopta en el ámbito regional la Convención Interamericana para Prevenir, Penalizar y Erradicar la Violencia Hacia las Mujeres (llamada también Convención de Belem do Para), este nuevo instrumento internacional reconoce que toda violencia de género es un abuso de los derechos humanos; por ello es la pieza central de la legislación sobre violencia de género en América Latina y el Caribe, ya que provee el derecho individual de petición y el derecho a las organizaciones no gubernamentales de presentar reclamos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Además, la declaración de la Eliminación de la Violencia hacia las Mujeres adoptada por todos los Estados representados en la Asamblea General de la ONU estipula en el artículo 4 que “Los Estados deberán ejercer debida diligencia para prevenir, investigar y, de acuerdo con la legislación nacional, penalizar los actos de violencia hacia las mujeres, sea que estos actos hayan sido perpetrados por el Estado o por personas privadas”.

Bajo la Convención, la CIM tiene la responsabilidad de tomar medidas positivas para el avance de la implementación de Belem do Para, mientras que la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (IACHR) tiene el poder de dar audiencia a las denuncias contra los Estados que la han ratificado.

1994. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, reconoce que los derechos reproductivos son derechos humanos y que la violencia de género es un obstáculo para la salud reproductiva y sexual de las mujeres, la educación y la participación en el desarrollo, y hace un llamado a los Estados para implementar la Declaración de la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres.

1994. Se aprueba el Programa Regional de Acción de las Mujeres para América Latina y el Caribe.

1995-2001. Durante la Conferencia Preparatoria de Mar del Plata, (25-29 septiembre 1994). En la sección V Derechos Humanos, Paz y Violencia, se determinan tres objetivos:

- 1.- Consolidar el pleno respeto a los derechos humanos de todas las mujeres de la región con prioridad en la eliminación de la violencia basada en sexo, y los derechos de las mujeres más pobres y mujeres refugiadas, tomando en cuenta raza y etnia.
- 2.- Promover acciones que revelen toda forma de violencia hacia las mujeres, así como acciones que conduzcan a la eliminación de la violencia.
- 3.- Instruir a los medios de comunicación sobre el impacto que tiene la divulgación de una cultura de violencia con el fin de cambiar las imágenes negativas de las mujeres.

1995. La IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, dedica una sección entera de la Plataforma de Acción:

Capítulo IV. Objetivos Estratégicos y Acciones, D. Par. 112 y afirma que la “violencia hacia las mujeres es un obstáculo para alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, la violencia hacia las mujeres viola y anula la libertad fundamental y la de disfrutar sus derechos humanos básicos. El constante fracaso de los Estados en proteger y promover estos derechos y libertades

tratándose de violencia hacia las mujeres, éste es un tema que les concierne y debe ser discutido”. La creciente responsabilidad de los Estados por la violencia de la sociedad delineada en la Plataforma de Beijing obliga a los Estados a condenar y adoptar políticas para eliminar la violencia hacia las mujeres.

Pero este tema no se ha abordado adecuadamente en la implementación de la Plataforma de Acción en términos de violencia hacia las mujeres en muchos países en la región de América Latina y el Caribe.

1996. La Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW) considera la propuesta de crear un protocolo opcional (PO) para la Convención de la Mujer.

El PO —una enmienda a la Convención que solicita una ratificación por parte de los Estados— es necesaria para crear un procedimiento de denuncias individuales que permita a las mujeres desafiar las políticas y prácticas discriminatorias.

1998. La Comisión de la ONU sobre el Estado de la Mujer, revisa cuatro secciones claves de los derechos humanos de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing: los Derechos Humanos de la Mujer, la Violencia contra la Mujer, la Mujer y los Conflictos Armados y la Niña.

1998. La Comisión de Derechos Humanos de la ONU revisa en junio la implementación de la Declaración de Viena y el programa de Acción. Además, marca el quinto aniversario de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos.

1998. Conmemoración del Cincuentenario de la Declaración Universal (10 de diciembre de 1988)

2.- LEY 1674: CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA

Se transcribe en su totalidad el capítulo II de la Ley 1674 “contra la Violencia en la Familia o Domestica”, porque define lo que es: violencia en la familia, violencia doméstica y las formas de violencia ⁴⁵:

Artículo 4 (Violencia en la Familia):

Se entiende por violencia en la familia o doméstica la agresión física, psicológica o sexual, cometida por:

⁴⁵ Ley 1674/95. “ CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA”. Promulgada el 15 de diciembre de 1995.

- 1.- El cónyuge o conviviente;
- 2.- Los ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral.

Artículo 5 (Violencia Doméstica):

Se consideran hechos de violencia doméstica, las agresiones cometidas entre ex cónyuges, ex convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido.

Artículo 6 (Formas de Violencia):

- a.- **Violencia física**, las conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas;
- b.- **Violencia Psicológica**, las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo; y
- c.- **Violencia sexual**, las conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.
- d.- Asimismo, se consideran hechos de violencia en la familia cuando los progenitores, tutores o encargados de la custodia pongan en peligro la integridad física o psicológica de los menores, por abuso de medios correctivos o disciplinarios o por imposición de trabajo excesivo e inadecuado para la edad o condición física del menor.

Igualmente, se consideran actos de violencia en la familia los realizados contra los mayores incapacitados.

2.1.- Brigadas de Protección a la Familia

ORIGEN:

La Brigada de Protección a la Familia es una unidad especializada de la Policía Nacional, integrada exclusivamente por personal femenino que brindan servicios de auxilio, protección y prevención a las víctimas de violencia familiar. Este servicio policial permanente a las víctimas de violencia doméstica, la misma que tiene carácter gratuito y funciona las 24 horas del día y todos los días de la semana.

Se ha creado mediante la Resolución del Comando General de la Policía Nacional N° 024/95 de fecha 8 de marzo de 1995, se crea la Brigada de Protección a la Familia en Capitales de Departamento, como Unidad eminentemente social y de auxilio en casos de Violencia Intrafamiliar para proteger a la familia. La Ley Nro. 1674/95 “Contra la Violencia en la Familia o Doméstica” especifica que es la obligación de la Institución Policial, intervenir en hechos flagrantes de Violencia Intrafamiliar o Doméstica, aplicando los procedimientos establecidos para el efecto.⁴⁶

DE LA COMPETENCIA:

La Policía Nacional, en observancia de la Constitución Política del Estado en su Art. 215, tiene por misión específica “la defensa de la sociedad, la conservación del orden público y el cumplimiento de la leyes en todo el territorio nacional...” la cual se encuentra en concordancia con la Ley Orgánica de la misma. La Policía Nacional tiene competencia para el conocimiento de hechos de violencia familiar o doméstica, tipificados en la Ley 1674 en observancia del Art. 215 de la Carta Magna y de los Art. 6to y 7mo de su Ley Orgánica.

De conformidad al Art. 25, la Institución tiene competencia para el conocimiento de los hechos de la Ley 1674, siendo esta actividad cumplida en forma exclusiva por las Brigadas de Protección a la Familia, prestar auxilio inmediato a la víctima. Y, donde no existan Brigadas de Protección a la Familia, esta labor será cumplida por las autoridades policiales existentes.

FUNCIONES:

El Comando General de la Policía Nacional, mediante Resolución Nro. 024/95 de fecha 8 de marzo de 1995, crea las Brigadas de Protección a la Familia en las capitales de Departamento, como unidad eminentemente social y de auxilio en casos de violencia intrafamiliar, para prestar ayuda y protección a las mujeres víctimas de violencia que acuden a ellas. Son atendidas por policías mujeres, debidamente capacitadas y sensibilizadas.

De acuerdo al Decreto Supremo Nro. 25087 ⁴⁷, que Reglamenta la Ley 1674, del 6 de julio de 1998, en su Artículo 8.- (Brigadas de Protección a la Mujer y la Familia).

I. Las Brigadas podrán:

- a. Socorrer a las personas agredidas aún cuando se encuentren dentro de un domicilio, sin necesidad de mandamiento ni limitación de hora y día, con la única finalidad de proteger a la víctima y evitar mayores agresiones.

⁴⁶ **Policía Nacional.** “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS POLICIALES CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DOMÉSTICA”. MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia. 1999. p. 9 - 23.

⁴⁷ Decreto Supremo Nro. 25087, por el Presidente de la República Hugo Banzer Suárez, en fecha 6 de julio de 1998, para reglamentar la Ley 1674/95.

- b. Aprender a los agresores/as y ponerlos/as a disposición de la autoridad judicial.
 - c. Levantar un acta sobre los hechos ocurridos para lo cual deberán recoger información de familiares, vecinos u otras personas presentes, reunir y asegurar todo elemento de prueba.
 - d. Orientar a las víctimas sobre los recursos que la ley les acuerda y los servicios que tiene a su disposición del Estado.
 - d. Conducir a la persona agredida a los servicios de salud.
 - f. Levantar inventario e informar al juez o Ministerio Público.
 - g. Acompañar a la víctima asistiéndola, mientras retira sus pertenencias personales de su domicilio u otro lugar.
- II. La investigación policial se seguirá de oficio, independientemente del impulso de la denunciante.
- III. Cuando exista peligro inminente para la integridad física de las personas protegidas por la ley, el cumplimiento de las formalidades no se convertirá en impedimento para la intervención oportuna de la policía.

2.2.- Unidades de Policía Rural y Fronteriza

De conformidad al Art. 47 de la Ley Orgánica de Policías, las Unidades de Policía Rural y Fronteriza, cumplen la función integral de Policía, en sus respectivas jurisdicciones, que por analogía y por no existir a la fecha en las provincias Brigadas de Protección a la Familia, son los Comandos de Policía Provincial, Cantonal y Fronteriza los responsables de la atención de hechos de violencia contra la familia o doméstica, de acuerdo a las normas legales e instituciones vigentes.

2.3.- Participación del Personal de Salud:

La Ley 1674/95 establece la participación del personal de salud, de la siguiente forma:

- **El Artículo 24 (Obligatoriedad de Denunciar) de la Ley 1674/95**, indica: Los trabajadores en salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, están obligados a denunciar estos hechos para su respectivo procesamiento.

- **El Artículo 37 (Certificados Médicos) de la Ley 1674/95**, que dice: Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.

De acuerdo al **Decreto Supremo Nro. 25087**, que reglamenta la Ley 1674/95, se decretó el 6 de julio de 1998, indica:

Artículo 13.- (Obligaciones de denunciar de los proveedores de salud):

- I. Conforme lo establece **el artículo 24 de la Ley 1674**, los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados (hospitales, clínicas, postas sanitarias, etc.) que reciban o presen atención a las víctimas de violencia, registrarán los hechos en la ficha de utilización nacional y remitirán obligatoriamente una copia firmada a la Brigada de Protección a la Mujer y la Familia, y donde no exista, a la Policía, Fiscalía, Juez de Instrucción de Familia o Servicios Legales Integrales (SLIs), dentro de las 48 horas de producidos los hechos.
- II. Los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada en el párrafo anterior, serán sancionados con una multa equivalente al 10% del salario mínimo nacional, independientemente de la amonestación que causará en sus antecedentes laborales.
- III. Esta denuncia no implica constituirse en parte, ni ocurrir necesariamente como testigo en el juicio.

Artículo 16.- (Certificados Médicos):

Los certificados médicos, a que se refiere el artículo 37 de la Ley 1674, serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos). Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que consten los daños sufridos por las víctimas que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales.

Artículo 17.- (Gratuidad):

En ningún caso el trámite ocasionará gastos a la demandante, la **expedición del certificado médico o informes de los auxiliares, serán gratuitos**, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional.

Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbre.

CAPÍTULO V

VIOLENCIA FÍSICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA

1.- DEFINICIÓN

El término lesión es muy expresivo, muy globalizador, tanto en su vertiente clínica, como en el alcance jurídico que se le pretenda dar, se entiende por **lesión** al daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad; y en una segunda acepción cualquier daño, perjuicio o detrimento. Como **lesión se define el “daño o alteración morbosa, orgánica o funcional de los tejidos”**.

1.1.- Concepto de lesión

Proviene del latín “*laseo*”, derivado al mismo tiempo de “*laédere*”, dañar. Lo que significa:

“Cualquier alteración dañosa producida en el cuerpo, particularmente en los tejidos, por una causa externa o una enfermedad”.

Desde el punto de vista de la experiencia biológica, lesión es cualquier alteración somática o psíquica, que de una u otra forma, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o, simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya sea en lo orgánico o funcional.

Una lesión es toda alteración anatómica o funcional originada por un agente traumático, esto desde el punto de vista de la Medicina Legal.

Desde el punto de vista médico, se trata de toda alteración anatómica o funcional por un agente exógeno o endógeno que puede actuar sobre el individuo vivo (lesión vital) o sobre el individuo muerto (lesión post *morten*).

La Organización Mundial de la Salud, define la lesión como **“toda alteración del equilibrio biopsicosocial”**.

Clínicamente se define como:

“la alteración funcional orgánica o psíquica consecutiva a factores internos o externos”

Para la Ley, según el Código Penal Boliviano, Capítulo III, Delitos contra la Integridad Corporal y la Salud:

“Lesión es cualquier daño causado en el cuerpo, salud corporal o psicológica de las personas”

Lesión Psíquica

Se puede definir “como la consecuencia traumática de un acontecimiento que es vivenciado como un ataque que desborda la tolerancia del sujeto, que se instaura en el inconsciente por su grado de intensidad y la incapacidad del sujeto de responder a ella, por la desorganización de sus mecanismos defensivos, derivando en trastornos de características patológicas, que se mantienen por tiempo indeterminado, que pueden o no ser remisibles. El daño psíquico se da a nivel inconsciente, la desestructuración de la personalidad conduce a trastornos mentales o de conducta”.

Desde una perspectiva homeostática, el daño psíquico se entiende como una excitación que sobrepasa los límites de la tolerancia

Traumatología Forense

Para Vargas Alvarado la Traumatología Forense es el estudio de los aspectos médico legales de los traumatismos en el ser humano, el refiere que lesión, desde el punto de vista jurídico, es toda alteración anatómica o funcional que una persona cause a otra, sin ánimo de matarla, mediante el empleo de una fuerza exterior. Para el Código Penal Mexicano el concepto de lesión incluye no solamente a las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras. sino también a toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Las lesiones en Traumatología Forense tienen varias. La siguiente clasificación es importante para el médico forense y para la impartición de Justicia porque orienta sobre el mecanismo de producción de las lesiones.

2.- CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

2.1.- Por la causa de la lesión:

- a) Lesiones terapéuticas.
- b) Lesiones por accidente de circulación.
- c) Lesiones por accidente laboral.
- d) Lesiones por accidente en general.
- e) Lesiones por agresión, defensa o malos tratos.
- f) Lesiones por tóxicos, venenos, álcalis y ácidos.

2.2.- Por el agente agresor:

- a) Lesiones por arma de fuego:
 - Arma corta.
 - Arma larga rayada.
 - Escopeta de caza.
- b) Lesiones por arma blanca:
 - navajas
 - tijeras
 - herramientas
 - hachas.
- c) Lesiones por palos, porras y agentes contundentes en general.
- d) Lesiones por puñetazos, patadas, mordiscos, arañazos, etc.

- e) Lesiones por explosiones:
 - Metralleta.
 - Quemaduras.
 - Onda expansiva.

- e) Lesiones por asfixia:
 - Ahorcamiento.
 - Sumersión.
 - Estrangulación (por manos o lazo).
 - Enterramientos.
 - Sofocación.

2.3.- Por la vitalidad de las lesiones:

- a) Lesiones en el vivo.
- b) Lesiones en el cadáver.

2.4.- Por la evolución:

- a) Lesiones agudas o inmediatas.
- b) Lesiones crónicas o tardías.
- c) Lesiones residuales o secuelas.

2.5.- Por la intencionalidad:

- a) Dolosas.
- b) Culposas.

2.6.- Por la repercusión penal:

- a) Lesiones que requieren tratamiento médico o quirúrgico.
- b) Lesiones que incapaciten para el trabajo habitual parcial o totalmente, temporal o permanentemente.
- c) Lesiones que dejan secuelas.

2.- DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA

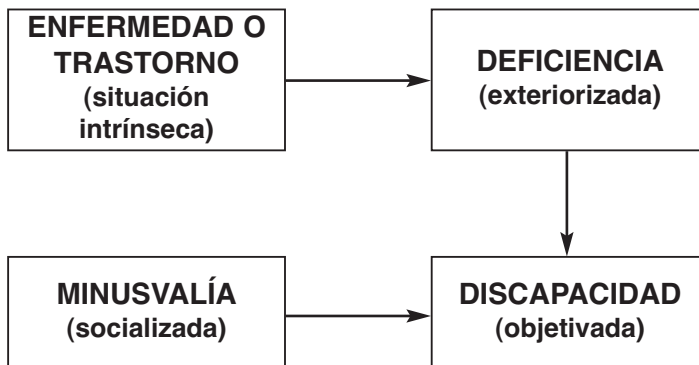
Se las define de la siguiente manera:

Partiendo de que en la enfermedad hay que tener en cuenta:

DEFICIENCIA (Impairment)	DISCAPACIDAD (Disability)	MINUSVALÍA (Handicap)
Menoscabo Limitación Impedimento Lesión	Discapacidad Incapacidad Inhabilidad Impedimento	Invalidez Minusvalidez



La OMS, bajo la concepción de las “consecuencias de la enfermedad”, considera, en un esquema práctico y operativo, las siguientes situaciones:



En resumen: “*detrimento en la estructura, discapacidad en la función, deficiencia en la acción y minusvalía en la ley*”.

2.- PRONÓSTICO MÉDICO-LEGAL DE LAS LESIONES

Es el juicio más o menos hipotético que hace el médico forense al asistir a un lesionado, y el juicio que se emita debe atender a la naturaleza e importancia de las lesiones, la repercusión sobre el estado general, las complicaciones y las secuelas posibles. Es así que las lesiones son evaluadas desde el triple enfoque jurídico que es la sanidad, la gravedad y las consecuencias.

La gravedad de las lesiones está relacionada a los siguientes factores:

- Peligro inminente de la vida de la víctima.
- Deformidad.
- Incapacidad.
- Secuela anatómica.
- Secuela fisiológica.
- Secuela psíquica.
- Ceguera, castración e inutilización para la procreación.

2.1.- Peligro inminente de la vida de la víctima

Es el riesgo de muerte inmediata debido a la naturaleza de la lesión y a las circunstancias que condicionan la prestación del auxilio o asistencia del lesionado.

2.2.- Deformidad

La deformidad de una lesión debe reunir tres condiciones:

1. Que produzca fealdad o desfiguramiento.
2. Que se encuentre en alguna región del cuerpo que la haga fácil y notoriamente visible.
3. Que sea permanente, que no desaparezca con el tiempo.

2.3.- Incapacidad

Se debe tener en cuenta en una parte de sanidad es el tiempo que la persona ha quedado incapacitada total o parcialmente para su trabajo habitual y, en su caso, para las tareas elementales de la vida cotidiana, como pueden ser la alimentación, el aseo, etc.

Existe el **error de considerar el tiempo de curación igual al tiempo de incapacitación**. Si bien es cierto que muchas veces ambos periodos son iguales, no puede considerarse esto una regla. Una persona puede no estar curada pero sí útil para su actividad laboral cotidiana o habitual. Los criterios para considerar que una persona está ya capacitada para el trabajo deben ser que física y psíquicamente pueda desarrollar su actividad laboral, con su rendimiento medio habitual, y en segundo lugar que pueda realizar su actividad y no produzca efectos nocivos a la salud, en relación con sus lesiones o retarde la curación de éstas.

El concepto de incapacidad debe esclarecer si es parcial o total. Hay que determinar los días que ha estado totalmente impedido y aquellos en que ha estado parcialmente.

No debemos guiarnos por los partes laborales de baja de la seguridad social o equivalentes. En la medicina actual de funcionamiento de la seguridad social, los partes de baja y alta, no siempre siguen criterios objetivos y no miran más de la repercusión laboral y económica. En el caso del tiempo de baja o incapacidad en el aspecto médico legal, puede derivar consecuencias civiles y penales de un mayor alcance.

El tiempo de incapacidad, el tipo de lesión, la constitución física del individuo, sus antecedentes, la edad y el tipo de trabajo, permitirá que sea valorado en conjunto, orientar el tiempo muy aproximado de incapacitación.

A veces se produce una gran incapacidad de tipo temporal que impide a la persona dedicarse a sus ocupaciones habituales e incluso a las básicas de alimentación y aseo. En estos casos debe mencionarse que el lesionado requiere Asistencia de terceras personas.

2.4.- Causa y Concausas

La existencia de una lesión demanda casi de inmediato, tanto desde el punto de vista médico que puede llegar a tener un alcance jurídico, la búsqueda de los elementos que la propiciaron, los factores causales y concausales, que pueden ser susceptibles de dañar, así poder establecer una relación entre la **lesión y el hecho de daño**.

La **causa** es el origen, principio o fundamento de algo; todo lo que explica de alguna manera la existencia o el cambio de otra cosa, la causa es correlativa al efecto; por lo tanto se llama **causalidad** a la relación entre el efecto y la causa, y ante todo fenómeno que tiene causa se dice que existe **principio de causalidad**.

Desde el punto de vista jurídico, la *Teoría de la Equivalencia* (Von Buri), según la cual se consideran integrantes de la causa todas las condiciones que cooperan a la producción del resultado, no llegándose al mismo sin su intervención, quien causa de la causa, es causa del mal cau-

sado. En contraposición está la *Teoría de la Adecuación* (Von Buri y Von Kries) para esta causa hay que buscarla tan sólo en aquello que venga apropiado para producir un resultado, esta Teoría nos da otros elementos llamados **concausas** capaces de tener influencia en la determinación del hecho.

De esta forma, si la **causa** es un factor necesario y suficiente para determinación del hecho, la **concausa** concurre como necesaria pero carece de suficiencia. Una vez producida la lesión dentro de la dinámica de daño definitivo, existen otros factores que pueden influir y participar como consecuencia de la lesión por sí misma, que puede ser agravado por un estado anormal preexistente, simultáneo o sobrevenido; pero, que de cualquier modo unos en unión con los otros, son capaces de formar causa “con” aquellos que en principio desencadenaron la lesión.

La clasificación de Hernández Márquez, distingue las concausas según el momento de su aparición, que se expone a continuación:

- a) **Concausas anteriores:** Son las que existen al tiempo de ocurrir la lesión, que han contribuido a su desarrollo y a las consecuencias de la misma. Éstas son llamadas también **preexistentes**, Simonin las define “un factor mórbido preexistente, representado por antecedentes patológicos, por las predisposiciones individuales, por las taras constitucionales o adquiridas, por el trastorno de naturaleza estética o de carácter evolutivo” o “todo individuo con un estado anterior, ya sea lisiadura, fragilidad en relación a la constitución, edad, las condiciones de vida y predisposición”.
- b) **Concausas simultáneas:** Las que se precipitan junto a las que de por sí dan lugar al hecho traumático.
- c) **Concausas posteriores:** También conocidas como **sobrevinientes**, que tienen lugar a presentarse después del hecho traumático.

Según otros autores, clasifican a las concausas en emergentes y convergentes, de la manera siguiente:

- a) **Concausa emergente:** Son las que tienen responsabilidad jurídica, que se identifican con efecto, mientras las convergentes no la tienen.
- b) **Concausa convergente:** No es posible cargar al agente causal, los estados morbosos del estado anterior o posterior del hecho traumático, y porque no cuenta con los postulados de causa efecto.

2.5.- Consolidación y Secuela

Toda lesión sigue su curso natural de evolución, aun bajo la influencia de los mismos y de los más adecuados cuidados y medidas terapéuticas, en este curso tiene importancia la capacidad de respuesta individual, condicionada también por múltiples factores, tanto exógenos, como endógenos, pero finalmente se produce un desenlace ya sea por curación (recobrando la salud) o sea la víctima vuelve a alcanzar el mismo estado que tenía antes de sufrir el hecho traumático; o cuando la lesión primitiva deja en su evolución, un estado residual y definitivo, marcado por la permanencia, a ésta la llamamos **Secuela**.

La secuela supone un estado último que en su ciclo evolutivo logra alcanzar una lesión, a partir de ese momento es previsible que ya no experimente más cambios en el estado anatómico y funcional observado, siendo ya inútil cualquier terapéutica que pretenda su mejoría; cuando la lesión en su evolución ya no presenta más cambios, ni modificaciones, se ha producido la consolidación o fase de estabilización, que sólo será equivalente a curación, cuando la víctima se vea reintegrada a su estado anterior a la lesión. La consolidación viene delimitada por dos factores:

- Estabilización de trastornos, o detenimiento de la evolución aguda.
- Fin de la terapéutica activa curativa.

Los términos de consolidación y secuela enlazan el criterio de **menoscabo permanente** dado por el AMA (Asociación Médica Americana) que la define: "una anomalía anatómica o disminución funcional que permanece después de la rehabilitación llevada al máximo y cuya anomalía o disminución funcional considerada por el médico como estable o no progresiva, en el momento de hacer la evaluación".

Cuando se habla de **fecha de consolidación**, en muchos casos la estabilización del proceso no se produce por crisis aguda, sino se hace lentamente tanto que <<la mejoría de un estado de secuelas se extiende no sólo a lo largo de meses, sino de años, además la víctima tiene necesidad de cuidados para su tratamiento de secuelas, por lo que es más adecuado hablar de **período de consolidación**, en lugar de fecha>>.

La consolidación depende de muchos factores (externos o internos, anteriores o sobrevenidos), de ahí la dificultad de fijar, aun para la misma lesión o semejante, una fecha estándar de aceptación general para aplicar a casos particulares, el acto médico reclama su individualización.

2.6.- Secuela

Secuelas anatómicas, fisiológicas y psíquicas: Secuela es la consecuencia de una cosa, por lo tanto, una secuela anatómica se refiere a la consecuencia de una lesión que afecta o altera anatómicamente el cuerpo de la víctima. La secuela fisiológica sería la consecuencia de una lesión que afecta o altera el buen funcionamiento de una parte corporal o de un órgano de la víctima. En cuanto a las secuelas psíquicas merecen un mejor estudio dentro de Psicopatología Forense. Pero hay que tomar en cuenta que los traumas craneoencefálicos pueden dejar síndromes cerebrales orgánicos agudos.

2.7.- Ceguera, castración e inutilización para la procreación

Según el Código Penal Cubano éstas son consecuencias de lesión grave y las razones son obvias.

2.8.- Clasificación de las Secuelas

Se las puede clasificar en: secuelas temporales o permanentes, estables o progresivas, anatómicas, funcionales, estéticas, psíquicas y morales, detallamos a continuación:

- a) **Secuelas temporales:** Son aquellas que previsiblemente tras un factor terapéutico o simplemente de tiempo pueden llegar a desaparecer. Un caso frecuente es cuando tras la fractura de un hueso se aplica un clavo de osteosíntesis. Una vez recuperada la funcionalidad procedemos a la sanidad e indicamos que queda como secuela dicho clavo de osteosíntesis, que según la evolución, tolerancia, se extrae pasado un tiempo. Si este clavo llega a extraerse ha desaparecido la secuela, y por lo tanto habría que catalogarla de temporal.
- b) **Secuelas permanentes:** Son aquellas que de certeza no pueden regresar. La extirpación de vísceras, las amputaciones, los acortamientos de miembros, las pérdidas de sustancia, etc. Aunque se recurriese a prótesis, la secuela anatómica persistiría.
- c) **Secuelas estables:** Son aquellas que previsiblemente no se van a modificar a lo largo del tiempo.
- d) **Secuelas progresivas:** Son las que previsiblemente y con criterios clínicos probados, la secuela puede ir en aumento con el paso del tiempo, por ejemplo el caso de un anciano que a consecuencia de una fractura de cabeza femoral queda incapacitado para la ambulación. La secuela en el momento de la evaluación médicolegal es de incapacidad para la marcha, debido a su edad y al mayor reposo obligado, pudiera presentar trastornos vasculares periféricos. En este caso, la secuela es progresiva por el reposo, y éstos van a influenciar sobre las secuelas primitivas, agravándolas con el paso del tiempo.

- e) **Secuelas anatómicas:** Son aquellas que afectan anatómicamente al individuo ya sea por pérdida de sustancia, deformación, amputación, extirpación, acortamiento, etc. La secuela anatómica rara vez está aislada, se asocia a secuelas funcionales y estéticas. Así por ejemplo, si una fractura de fémur consolida mal y produce un callo óseo patológico con acortamiento, esta secuela es de tipo anatómico, lo que llevaría a una cojera que habría que considerarla secuela funcional, y la dicha cojera podría motivar una alteración estética valorable.
- f) **Secuelas funcionales:** Son aquellas que con o sin manifestación orgánica, producen alteraciones de la función de un determinado órgano o aparato corporal, las más frecuentes, vamos a tratar las secuelas funcionales del aparato locomotor. Ante una secuela funcional, debemos establecer la incapacidad o limitación que origina en el mundo laboral, social, familiar y de relaciones en general.
- g) **Secuelas estéticas:** Son las cicatrices, acortamientos de miembros, pérdidas de sustancia, alopecias, pueden motivar un defecto o trastorno estético, es decir, con incidencia sobre la armonía biológica, la belleza y el concepto del yo físico y su autoestima, que cada individuo tiene en más o menos grado.

Son lesiones de difícil valoración, toda vez que los criterios podrían ser muy subjetivos. En toda repercusión estética, hay unas bases objetivas y unas interpretaciones o sentimientos subjetivos capaces de interpretar la realidad, de modos muy diversos.

Es función del médico forense dar al juzgador los máximos elementos posibles para que éste pueda establecer los criterios más objetivos. Es aconsejable que también el juzgador conozca los criterios, para solicitarlos si no se han expuesto debidamente en el informe.

- h) **Secuelas psíquicas:** Las secuelas psíquicas suelen ser temporales, pero hay casos donde se originan secuelas permanentes, tras accidentes, agresiones y otras causas que determinen lesión, y ya sea por las características de esta, sus efectos, los tratamientos aplicados o las internaciones hospitalarias, pueden producirse cambios de tipo psíquico en la persona. Las alteraciones psíquicas más frecuentes, son las fobias, las depresiones y las neurosis. A veces, la lesión puede ser la causa desencadenante de un estado psicótico, generalmente esquizofreniforme o paranoico, latente en el individuo, o exacerbado tras un periodo de compensación.
- i) **Secuelas morales:** Son de difícil valoración y rara vez se maneja este concepto durante un proceso.

2.9.- Daño Corporal y Perjuicio

Una lesión lleva consigo perturbaciones objetivas y subjetivas de diversa naturaleza, que conducen a un daño y a un perjuicio, sea con carácter transitorio o definitivo, por lo que la lesión en sus consecuencias es proyectada como **daño** y como **perjuicio**.

El término **daño** se refiere a todo tipo de mal material o moral, al detrimento o menoscabo que por la acción de otro se recibe en la persona o en los bienes, dentro del cual está el <<daño corporal>>. Mientras que el **perjuicio** es la ganancia que se deja de obtener por una causa cualquiera, el perjuicio, es uno de los efectos o consecuencias que el daño acarrea.

Todo daño provoca un perjuicio, y todo perjuicio proviene de un daño. Desde el punto de vista jurídico se considera daño al mal que se causa a una persona o cosa, y por perjuicio es la pérdida de utilidad o de ganancia, cierta y positiva que ha dejado de obtenerse o <<la ganancia lícita que deja de obtenerse, o gastos que se ocasionan por acto u omisión de otro, y que se debe indemnizar>>.

En lesionología y en la peritología forense, daño se entiende como los efectos de la lesión en su acción de dañar. Con la expresión de "**hecho dañoso**" engloba todo hecho que es causa del daño corporal sufrido. El daño corporal, es el que afecta a la integridad física y psíquica, el perjuicio que ocasiona un daño, se puede clasificar en dos grandes grupos:

- a) **Perjuicio Patrimonial:** Se puede elaborar una estimación objetiva en cuanto es posible materializarlo, se puede considerar gastos médicos y paramédicos, repercusión profesional sobre las ganancias que se han dejado de obtener y en las rentas derivadas del trabajo (incapacidad temporal o incapacidad permanente).
- b) **Perjuicio Extrapatrimonial:** Alcanza las consecuencias del hecho que produjo el daño, como son los perjuicios de tipo estético, perjuicios por el dolor y sufrimientos soportados, y todos que se puedan postular de acuerdo al caso.

Según otros autores, clasifican al perjuicio según la respuesta cronológica en:

- a) **Perjuicios Temporales:** Incapacidad temporal, dolor, etc.
- b) **Perjuicios Permanentes:** Incapacidad permanente, perjuicio estético, y otros.
- c) **Perjuicios Complementarios:** Durante el periodo temporal, o durante el periodo que sigue a la fecha o periodo de consolidación.

Según Alarcón, siguiendo el criterio cronológico, y refiriéndose a los accidentes de circulación, da los siguientes conceptos:

- a) **Fase preexistente:** al accidente.
- b) **Fase posaccidente:** gastos médicos y paramédicos, incapacidad temporal y daño moral.
- c) **Fase posconsolidación:** gastos médicos, gastos futuros, incapacidad permanente y daño moral.

3.- PROBLEMAS MÉDICO LEGALES QUE IMPLICAN LAS LESIONES

Los problemas médico legales que se suscitan giran en torno al establecimiento de una serie de diagnósticos tanto en la persona viva como en el cadáver que, sin duda, requieren una gran meticulosidad por parte del perito médico, puesto que sobre ellas hay que pronunciarse no sólo en la descripción del tipo de contusión, localización, forma, dimensiones, número y en general su aspecto macroscópico, sino en otros elementos derivados del acto lesivo, tales como:

- Establecer la etiología médico legal de las contusiones.
- Determinar cuál pudo ser el agente o agentes productores de las lesiones.
- Establecer la relación de causalidad entre el agente lesivo y la lesión o grupo de lesiones derivadas de su acción.
- Determinar el posible mecanismo de acción del agente contusivo.
- Determinar si las lesiones son o no compatibles con los hechos denunciados.
- Determinar data y antigüedad de las mismas.
- Establecer si las contusiones pueden deberse a otras patologías distintas a las de naturaleza traumática.
- Determinar si para su curación precisaron tratamiento médico o quirúrgico.
- Determinar si para su curación precisaron más de una asistencia médica.
- Determinar los días que tardaron en curar hasta la sanidad con o sin secuelas y cuántos de ellos impidieron la realización de las tareas habituales de la víctima.
- Determinar si las mismas, en el caso de encontrarlas en el cadáver, se produjeron en vida o tras ésta.

- Determinar, cuestiones en relación a la agonía, premoriencia y conmoriencia.
- Determinar si las contusiones sufridas fueron causa de la muerte o ésta se debió a una concausa preexistente o sobrevenida.
- Determinar si las contusiones derivan de mecanismos de lucha o de defensa.

4.- LAS LESIONES EN EL CÓDIGO PENAL BOLIVIANO

Las lesiones merecen la atención desde distintos campos, penalmente, lesión es “**cualquier daño inferido en el cuerpo o en la salud de una persona, que no le cause la muerte ni que haya sido dirigido a causarla**”. El delito de lesiones constituye un atentado contra la integridad personal, motiva por una *animus laedendi*, pero sin que la conducta antijurídica persiga el propósito de matar, *animus necandi*, pues así fuera se tipificaría como homicidio. Las lesiones, penalmente pueden ser calificadas como delitos o faltas.

El término sanidad en medicina forense se refiere al tiempo que transcurre en el paciente entre la producción de su lesión hasta la cura total de la misma.

Legislaciones como la Boliviana sancionan **los delitos de lesiones por la consecuencia o resultado**. Así, se las clasifica en graves y leves (Art. 271) y gravísimas (Art. 270).

Las lesiones leves tienen como base el criterio cronológico. Son las que incapacitan para el trabajo por un periodo de hasta 29 días. Dentro de ellas, algunas legislaciones como la penal de Costa Rica distingue las lesiones levisimas que incapacitan menos de 10 días.

Para las lesiones graves también predomina el criterio cronológico. Son las que ocasionan un daño en el cuerpo o en la salud (no comprendido en los casos del las lesiones gravísimas) y derivan una incapacidad para el trabajo de 30 a 180 días.

DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD CORPORAL Y LA SALUD

Artículo 270.- (Lesiones Gravísimas). MAS DE 180 DÍAS DE IMPEDIMENTO.

“Incurrirá el autor en la pena de privación de libertad de dos a ocho años, cuando de la lesión resultare:

1. Una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable.
2. La debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función.
3. La incapacidad permanente para el trabajo o la que sobrepase de ciento ochenta días.
4. La marca indeleble o la deformación permanente del rostro.
5. El peligro inminente de perder la vida”.

**Artículo 271. (Lesiones Graves y Leves).
Graves, DE MÁS DE 30 DÍAS A 180 DÍAS DE IMPEDIMENTO.**

“El que de cualquier modo ocasionare a otro un daño en el cuerpo o en la salud, no comprendido en los casos del artículo anterior, del cual derivare incapacidad para el trabajo de treinta a ciento ochenta días, será sancionado con reclusión de uno a cinco años.”

Leves, MENOS DE 30 DÍAS DE IMPEDIMENTO.

“Si la incapacidad fuere hasta veintinueve días, se impondrá al autor reclusión de seis meses a dos años o prestación de trabajo hasta el máximo.”

Artículo 273. (LESIÓN SEGUIDA DE MUERTE).

“El que con el fin de causar daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiere sido querida por el autor, pero que pudo haber sido previsto, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años”...

Artículo 274. (LESIONES CULPOSAS).

“El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta días o prestación de trabajo hasta un año”.

Artículo 275. (AUTOLESION)

“Incurrirá en reclusión de tres meses a tres años:

1. El que causare una lesión o agravare voluntariamente las consecuencias de la misma, para no cumplir un deber, servicio u otra prestación impuesta por ley, o para obtener un beneficio ilícito.
2. El que permitiere que otro le cause una lesión, para los mismos fines.
3. El que lesionare a otro con su consentimiento”.

Artículo 277. (CONTAGIO VENÉREO).

“El que a sabiendas de hallarse atacado de una enfermedad venérea, pusiere en peligro de contagio a otra persona mediante relaciones sexual, extrasexual o nutricia, será sancionado con privación de libertad de un mes a un año.

Si el contagio se produjere, la pena será de privación de libertad de uno a tres años”,

Artículo 277 bis. (ALTERACIÓN GENÉTICA).

“Será sancionado con privación de libertad de dos a cuatro años e inhabilitación especial quien con finalidad distinta a la terapéutica, manipule genes humanos de manera que se altere el genotipo.

Si la alteración del genotipo fuera realizada por imprudencia, la pena será de inhabilitación especial de uno a dos años”.

4.- EXAMEN FÍSICO DEL LESIONADO

El examen del lesionado se debe hacer, tomando los siguientes aspectos:

- DATOS GENERALES, SIEMPRE CON CARNET DE IDENTIDAD, obligatorio si es posible.
- DESCRIPCIÓN MINUCIOSA DE TODAS LAS LESIONES, naturaleza, localización, dimensiones, pronóstico y calificación de lesiones de acuerdo al nuestro Código Penal, para tipificación del delito por parte de autoridad competente.
- Redacción del CERTIFICADO MÉDICO FORENSE DE LESIONES.

5.- CLASIFICACIÓN DE LESIONES

Dependiendo del agente con el que se produjo la lesión las podemos clasificar por agentes mecánicos, físicos, químicos o biológicos. Y a su vez éstos se dividen en:

LESIONES POR AGENTES BIOLÓGICOS

Infecciones de transmisión sexual:

- Sífilis.
- Blenorragia o gonorrea.
- Linfogranuloma venéreo.
- Tricomonas
- Candidiasis.
- Condiloma acuminado.
- Herpes genital.
- VIH/SIDA
- Amibiasis

Reacciones anafilácticas:

- Antibióticos
- Vitamina B12
- Soluciones salina o glucosada.
- Sangre.

LESIONES POR AGENTES MECÁNICOS

Por agente contundente:

Excoriaciones.
Equimosis.
Hematomas.
Contusiones profundas.
Grandes machacamientos.
Avulsión.
Traumatismo craneoencefálico

Por arma blanca:

Heridas punzantes.
Heridas cortantes.
Heridas punzocortantes.
Heridas cortocontundentes.
Heridas punzocontundentes.

Por arma de fuego:

Herida por proyectil de arma de fuego con la variedad de proyectil único o proyectiles múltiples.

LESIONES POR AGENTES FÍSICOS

Quemaduras:

Por calor húmedo:
Vapor y líquido en ebullición

Por calor seco:

Radiaciones solares,
Cuerpos sobrecalentados
Flama directa, electricidad.

Por sustancias químicas:

Ácidos y bases.

LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS

Envenenamientos:

Venenos en estado sólido:
barbitúricos, arsenicales, cianuro de potasio y estricnina

Venenos en Estado Líquido:

Vía oral, vía parenteral o intravenosa.

Gases:

Por inhalación o inspiración; monóxido de carbono. cocaína, marihuana, cemento industrial o pegamentos.

Del grupo de lesiones sobre las que mayor número de pericias médico legales recae son las denominadas “Contusiones”. Pues, por sus diversos mecanismos lesivos, por sus distintas etiologías y demás circunstancias médico legales, poseen interés judicial a los efectos de depurar las posibles responsabilidades, tanto penales como civiles, que pudieran derivar de su producción⁴⁸.

6.- CONCEPTO DE CONTUSIÓN

La palabra contusión deriva etimológicamente del latín *contusio-onis* y define:

“El daño o la lesión producida por un instrumento más o menos grande o pesado que se caracteriza por poseer sus bordes romos, que actúa sobre cualquier parte de la superficie corporal, empujando por una energía mecánica, que golpea los tejidos por medio de un mecanismo aislado de fricción, presión, percusión o tracción; o bien por todos ellos en combinación”.

Los conceptos sobre lesiones varían de un autor a otro:

Gisbert Calabuig define las contusiones como aquellas:

“lesiones producidas por la acción de cuerpos duros, de superficie roma, que actúan sobre el organismo por medio de una fuerza viva más o menos considerable”.

⁴⁸ JAVIER GRANDINI GONZALES.: Medicina Forense; Texto, Preguntas, Respuestas y Atlas. Distribuidora y Editora Mexicana, S.A. de C.V., México, 1995.

Simonin dice:

“la colisión entre un cuerpo romo llamado (la potencia) y el cuerpo humano (la resistencia)”.

Bonnet dice:

“el resultado del choque de un cuerpo de superficie regular o irregular contra el cuerpo humano, determinando aplastamientos, rupturas o estallidos tegumentarios o esqueléticos”.

Vargas Alvarado:

“las contusiones son traumatismos producidos por cuerpos romos, es decir cuerpos que no tienen bordes cortantes”.

7.- CLASIFICACIÓN DE CONTUSIONES

Las contusiones las podemos clasificar:

7.1.- SEGÚN EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS AGENTES CONTUNDENTES

7.1.1.- Mecanismo Directo:

1. **Por percusión:** Se produce cuando un instrumento dotado de cierta fuerza dinámica, cesa su acción en el momento de encontrar cualquier parte de la superficie corporal (puñetazo, latigazo, pedrada, bastonazo).
2. **Por presión:** La lesión es producida por el peso o la acción continuada de la fuerza del instrumento sobre la zona corporal (presión de la mano sobre un miembro o sobre el cuello, presión de una rueda sobre alguna parte corporal).
3. **Por fricción:** Se produce cuando una parte corporal pasa tangencialmente y con cierta fuerza sobre un plano duro (alguna parte del cuerpo sobre el asfalto).
4. **Por tracción:** Cuando cualquier parte corporal es arrastrada o tirada por un instrumento (arrancamiento).
5. **Por todos ellos combinados:** Tal como puede darse en las caídas complicadas, atropellos, precipitaciones, etc.

7.1.2.- Mecanismo indirecto

La lesión aparece en zonas distantes al lugar de aplicación de la fuerza del instrumento. Este mecanismo se da:

1. En las lesiones por contragolpe (lesiones contusas de masa encefálica).
2. En las producidas por una hipertensión vascular (mascarilla equimótica de Morestin en el síndrome de aplastamiento con compresión a nivel torácico).

7.2.- SEGÚN LA TIPOLOGÍA LESIVA

7.2.1.- Contusiones Simples

CONTUSIONES SIMPLES CON INTEGRIDAD DE LA PIEL	SUPERFICIALES	PETEQUIAS SUGILACIÓN EQUIMOSIS	
	Profundas	Derrames	Hematoma Bolsa sanguínea Derrames cavitarios
CONTUSIONES SIMPLES SIN INTEGRIDAD DE LA PIEL	Erosión		
	Excoriación		
	Herida contusa	Superficial	
		Profunda	

7.2. 2. Contusiones Complejas:

APLASTAMIENTO: ATROPELLO POR MULTITUDES Y DERRUMBAMIENTOS		
Arrancamientos	Localizados	Avulsión o arrancamiento propiamente Amputación Decapitación
	Generalizados	Atrición Descuartizamiento
Mordeduras	Humana	Eróticas Lucha y defensa Autoproducida
	Animales	
CAÍDA Y PRECIPITACIÓN Accidentes de Tránsito		

8.- ESTUDIO MÉDICO LEGAL DE LAS CONTUSIONES

8.1.- CONTUSIONES SIMPLES

Son las producidas por un solo mecanismo de acción contusivo, siempre en la misma dirección.

8.1.1.- Contusiones Simples y Superficiales con Piel íntegra

Se deben a la extravasación por lo general de sangre a nivel intraepidérmico o subcutáneo:

- ***Petequias***: son manchas de color rojo púrpura, del tamaño de la punta de un alfiler, perfectamente redondeada, producida por una hemorragia intraepidérmica o subcutánea.

- **Sugilación**: igual que la lesión equimótica, pero producida por un mecanismo de succión. Esta lesión posee unas peculiaridades centradas especialmente en su aspecto morfológico y localización. En cuanto a su forma ésta suele ser más o menos ovalada, pues reproduce el orificio bucal y en cuanto a su localización se suele encontrar en cuello, mamas, cara interna de los muslos, brazos, vientre y espalda. Suele observarse en delitos contra la libertad sexual, a veces se acompaña de marcas de dientes.
- **Equimosis**: extravasación de sangre hacia los tejidos con disposición laminar, a menudo en la capa adiposa, que se transparenta como una mancha que colorea la piel, más o menos extensas y morfología diversa según el agente y mecanismo productor.

EQUIMOSIS

El estudio de las “**equimosis**” merece una mención especial dentro de las que conforman esta tipología lesiva, pues las mismas tal como refiere *Simonin*, aportan gran número de datos de interés médico legal que permiten resolver muchos problemas judiciales, tales como: data de la lesión, lugar de producción de la violencia, tipo de agente contusivo, mecanismo de producción, si fue una lesión vital o postvital.

Su importancia es que aunque la morfología de las equimosis a veces es poco significativa, pues diversos instrumentos pueden dar la misma forma en muchas ocasiones, reproduce total o parcialmente la forma del agente contundente (dibuja el agente productor). Estas lesiones se denominan en medicina legal “equimosis figuradas”. Así cinturones o correas pueden reproducir la trama o material del que están hechas, el uso se la parte ancha de un martillo da lugar a equimosis cuadrangulares, la presión ejercida con los dedos da lugar a equimosis “digitadas”, etc. Látigos y bastones dan lugar a equimosis alargadas. Un ejemplo lo constituyen la marca de llantas en algunas víctimas de atropellamiento por automóvil.

El número de las equimosis halladas puede revelar el número de traumatismos habidos, pero hay que tener en cuenta para evitar los errores que:

1. Un objeto dotado de varias superficies puede determinar múltiples equimosis dependientes todas ellas de un mismo traumatismo.
2. La reiteración de varios golpes sobre la misma región anatómica puede dar lugar, por el contrario, a la aparición de una sola equimosis.

Otro de los problemas médico legales que generan las equimosis está en relación al establecimiento de la data o antigüedad de las mismas. Este diagnóstico, aún sigue apoyándose hoy en día en los cambios de color que experimentan estas lesiones a medida que pasan los días, cam-

bios que se originan desde su periferia hacia el centro. Como se debe a sangre extravasada, los cambios que la hemoglobina va a experimentar en los tejidos le comunica una sucesión de tonos.

Se sabe que la *hemoglobina* durante los tres primeros días se desprende de los glóbulos rojos y pasa a los tejidos vecinos a los cuales tiñe de color azul negruzco. A partir del tercer día la hemoglobina comienza a degradarse; uno de los primeros derivados es la *hemosiderina* que contiene hierro en estado libre, de ahí que la equimosis adquiera una coloración negro-azulada. Sobre el séptimo día, se transforma en *hematoidina* que no contiene hierro (prácticamente idéntica a la bilirrubina) y es responsable del color verdoso de la equimosis.

Sobre el decimotercer día empieza a aparecer la *hematina*, responsable del tinte amarillento lo que indica el final evolutivo de la contusión el cual se produce sobre el vigésimo segundo días tras el traumatismo.

Rojo, el primer día.

Negro, el segundo y tercer días, por desprendimiento de hemoglobina.

Azul, del cuarto al sexto días, por hemosiderina.

Verde, del séptimo al duodécimo días, por hematoidina.

Amarillo, del decimotercero al vigésimo primero, por hematina.

	Rojo oscuro	Negrusco	Azulada	Verdoso	Amarillento	Desaparición
Simonin	Reciente	2- 3 días	3- 6 días	7- 12 días	12- 17 días	A los 25 días
Bonnet	Pocas horas	0- 3 días	4- 6 días	7- 12 días	13- 21 días	A los 22 días
Tourdes	Pocas horas	2- 3 días	3- 6 días	12- 17 días	+ 17 días	-
Ascarell	Pocas horas	-	5- 6 días	7- 12 días	15- 20 días	-
Divergie	Pocas horas	-	2- 3 días	5- 7 días	7- 8 días	-

En términos generales, la equimosis desaparece a las tres semanas, no suele causar incapacidad temporal (excepto de tipo estético), ni secuelas.



8.1.2.- Contusiones Simples y Profundas con Piel Íntegra

DERRAMES

Consisten en extravasación de sangre (en mayor cantidad que en la equimosis) o de linfa, y según Vargas Alvarado pueden ser:

- **Derrames sanguíneos.** En relación con serosa o aponeurosis muscular, pueden ser superficiales si están encima y profundos si se hallan por debajo. Los superficiales, a su vez, pueden ser *hematomas* o *bolsa sanguínea* (más grande) y crepitan a la palpación.
- **Derrames linfáticos o cavitarios.** Se forman en la cara externa de muslos, espalda o en región lumbar. No crepitan y no tienen coloración especial al examinar.

8.1.3.- Contusiones Simples sin Integridad de la Piel

EROSIÓN

Es la lesión de las capas más superficiales de la piel por lo general producida por un rascado o fricción de la superficie de la piel, sangra poco, tiene poca profundidad.

EXCORIACIÓN

Se debe al desprendimiento de los estratos superficiales de la epidermis con indemnidad de la capa germinativa, a causa de fricción tangencial o lateral del agente contundente. Cuando el agente actúa verticalmente respecto a la piel, la epidermis es aplastada y se estampa la impresión del objeto traumatizante. Si este impacto es considerable y se ejerce sobre una superficie pequeña el resultado será una herida contusa.

La excoriación se observa en partes expuestas que están sobre planos óseos. Puede estar cubierta por costra serosa, serohemática y hemática. Un buen ejemplo son las excoriaciones lineales de la fase de arrastre de las víctimas de atropellamiento por vehículo automotor. Los arañazos o estigmas ungueales son excoriaciones producidas por las uñas.

Al igual que las equimosis, las erosiones y excoriaciones merecen, por su frecuencia, hacer una mención especial dado su interés médico legal. Por un lado, en algunos casos, el agente lesivo se establece por su morfología y distribución y, por otro, son lesiones que, salvo complicaciones, evolucionan hacia la formación de una costra lo que constituye el elemento primordial de vitalidad, pues en caso contrario se produce una deshidratación con el consiguiente apergaminamiento.

La curación casi siempre es "ad integrum" suele producirse en el plazo de unos seis a siete días, tiempo que tarda en desprenderse de forma total la formación costrosa.

Gisbert Calabuig, recomienda el estudio de esta tipología lesiva bajo tres criterios: El topográfico, el morfológico y el cualitativo.

- *Criterio topográfico*: Son lesiones que por lo general se encuentran en las partes descubiertas de la superficie corporal y especialmente en las más prominentes. Estas localizaciones aportan datos valiosos en cuanto al posible mecanismo de producción.

En los atropellos, la localización de las erosiones y excoriaciones indica la posición de la persona en el momento de ser atropellada y la posible dirección del vehículo.

En las maniobras de sofocación y estrangulación a mano, se presentan lesiones producidas por las uñas que tienden a ubicarse alrededor de la nariz y boca, las primeras y en el cuello las segundas.

En los delitos contra la libertad sexual, esta variedad lesiva suele presentarse, dependiendo de la violencia, en las regiones genitales, perianales, peribucal, miembros superiores e inferiores, todo ellos con la intención por parte del agresor de vencer la resistencia de la víctima y evitar sus posibles gritos.

En las riñas las erosiones y excoriaciones pueden presentarse por toda la superficie corporal, tanto del agresor como de la víctima.

- *Criterio morfológico*: Su interés radica en que puede reproducir parcial o totalmente el agente productor de la contusión. Así:

Una erosión o excoriación cuadrangular puede reproducir la parte plana de un instrumento como el martillo.

Erosiones lineales o acintadas pueden reproducir la acción de un látigo o un cinturón o bastón.

Erosiones en forma de herradura pueden corresponderse a la acción de un tacón de zapato.

Múltiples erosiones lineales, finas y paralelas entre sí pueden hacer pensar en arañazos por parte de personas o garras de animales.

- *Criterio cualitativo*: el número y tamaño de las mismas pueden hacernos pensar en la participación de más de una persona. Además de que también pueden ayudarnos a identificar el objeto u objetos productores de las contusiones.



HERIDA CONTUSA

Es una solución de continuidad de la piel que puede extenderse a otros tejidos subyacentes (huesos y vísceras).

Se debe a la acción de un instrumento contundente de gran peso que actúa produciendo una sobredistensión de la piel que supera su “índice de elasticidad”. Esta sobredistensión puede producirse por, los mecanismos de presión, percusión y tracción ya descritos en párrafos anteriores.

En tejidos superficiales o contusiones externas: los bordes de la herida están equimóticos, infiltrados, deshilachados y retraídos.

En los tejidos profundos o contusiones viscerales, articulares y óseas, vemos que la gravedad de las heridas contusas a nivel visceral se encuentra directamente relacionada no sólo con la intensidad del traumatismo sino directamente relacionada con las características histológicas de las vísceras. Las que con mayor frecuencia se afectan son el hígado, bazo, riñones y el cerebro.

La existencia de contusiones internas profundas, en ausencia de lesiones externas, es una situación que se da con mucha frecuencia en la práctica diaria del médico legista.

Si el traumatismo es mayor, se afectan todos los componentes del hueso y se desplazan los fragmentos, produciéndose una fractura simple o cerrada.

Si la agresión que recibe el hueso es aún mayor, puede llegar a no romperse sólo el hueso, sino también las partes blandas que lo rodean, esto es músculos, vasos, nervios e incluso la piel. Hablamos entonces de una fractura abierta o complicada.

Desde el punto de vista médico legal, vemos que la morfología de las heridas contusas va a depender de tres elementos:

- Características del instrumento.
- Dirección del golpe.
- Resistencia del plano orgánico que recibe el golpe.

8.2.- CONTUSIONES COMPLEJAS

MORDEDURA

Ésta es una lesión causada por dientes que presan y traccionan. Se observan pequeñas equimosis, excoriaciones y hasta heridas contusas, en dos líneas curvas opuestas por su concavidad. Las mordeduras se distinguen del siguiente modo:

A. Humanas:

1. **Eróticos.** En cuello, hombros, mamas, vulva y muslos. Existe una zona central de sugilación.
2. **De agresión o defensa.** En mejillas, orejas, tronco y miembros superiores. A veces se acompañan de herida contusa, como se observan en los delitos de violencia sexual y física.
3. **Por autolesionismo.** La característica fundamental es su localización topográfica siempre accesible a la persona que se las autoprovoca. Se les puede hallar en antebrazos y manos.

B. Animales:

Podemos destacar las mordeduras por canes prácticamente recaen en miembros inferiores, manos y cara.

HERIDAS POR ARMA BLANCA

Concepto.

Se consideran armas blancas todos aquellos instrumentos de variada hechura y estructura y que poseen formas diversas, dotadas de uno o más bordes cortantes y de una extremidad terminada, por lo general, en punta, por lo que atacan la superficie corporal por un filo, una punta, o ambos a la vez.

Según el instrumento y el mecanismo de actuación utilizado ya sea con fines ofensivos o defensivos se clasifican en:

a.- Instrumentos Cortantes

Actúan por la **acción del filo** produciendo lesiones superficiales y extensas. Dan lugar a las *heridas incisas*. Dejan algunas veces deformidades en zonas expuestas. Ejemplo: Cuchillos, navajas, hojas de afeitar etc. accidentalmente cristales, latas etc.

b.- Instrumentos Perforantes

Actúan **con la punta**, producen lesiones profundas (perforación) y peligrosas, puede ser pequeña e imperceptible al examinar. Dan lugar a las *heridas punzantes o perforantes*. Ejemplo: agujas, punzones.

c.- Instrumentos Perforocortantes

Su mecanismo de acción **es mixto, actúan tanto el filo y la punta (perforando)**, son heridas perforo cortantes. Las lesiones externas presentan heridas incisas que pueden penetrar a cavidad, originado lesiones graves para la vida. Estas son las heridas perforo-cortantes o corto punzantes.

d.- Instrumentos Cortocontundentes

Actúa **tanto el peso del arma, como el filo** de la misma produciendo lesiones profundas con daño en partes óseas, pueden llegar hasta la mutilación. Produce las heridas cortocontundentes. Ejemplo: hachas, sables, azadones, etc.

Problemas Médico Legales de las Lesiones por Arma Blanca

La reconstrucción de los hechos acontecidos cuando ha mediado una agresión con arma blanca necesariamente pasa por dar respuestas a las siguientes interrogantes:

1. Identificación del arma.
2. Origen vital o postmortal de la herida.
3. Orden en que fueron inflingidas las heridas.
4. Etiología Médico Legal.
5. Posición de víctima y agresor.
6. Violencia de los golpes.

7. Posible supervivencia de la víctima.
8. Interpretación de las modificaciones “iatrogénicas” de las heridas.

Y la información necesaria para la resolución de todas estas cuestiones, de tanta importancia para facilitar la investigación policial y judicial, se obtendrá del cuidadoso examen de las heridas.

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO

Las lesiones por arma de fuego se definen como el conjunto de alteraciones producidas en el organismo por el efecto de los elementos que integran el disparo en las armas de fuego.

Por su parte, las armas de fuego se definen como aquellos instrumentos destinados a lanzar violentamente ciertos proyectiles aprovechando la fuerza expansiva de los gases que se producen en su interior, normalmente por deflagración. Estos proyectiles poseen una gran energía cinética o fuerza remanente por lo que alcanzan largas distancias con gran capacidad de penetración.

CLASIFICACIÓN DE LAS ARMAS DE FUEGO:

Se pueden clasificar según diferentes criterios:

a.- Según la longitud del cañón:

Armas cortas

- revolver
- pistola
- pistola ametralladora

Armas largas

- carabina
- escopeta
- fusil

La longitud del cañón tiene una gran importancia para determinar el alcance del arma.

b.- Según la carga que proyectan en cada disparo:

Armas de proyectil único o bala.

Armas de proyectil múltiple: metralleta, postas, perdigones...

c.- Según la construcción del arma:

Armas típicas: son las construidas como tales por los distintos fabricantes para los diferentes usos.

Armas atípicas: son las modificadas o fabricadas de forma casera; tuberías, de imitación modificadas, etc.

MORFOLOGÍA DE LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. HERIDAS DE BALA:**Herida de entrada****– Orificio**

- Puede ser único (lo más habitual) o múltiple.
- Puede ser redondeado u oval
- Puede seguir las fibras elásticas.
- En disparos a corta a corta distancia y más en los a boca de jarro, forma estrellada, por el efecto de los gases.
- Diámetro variable. Mayor o menor que el proyectil. Influye la forma del proyectil, la velocidad de llegada y la elasticidad de la piel.

– Tatuaje

- Son los elementos que se sitúan alrededor del orificio.
- Esta formado por la *cintilla de contusión* y el *tatuaje* propiamente dicho.

Cintilla de contusión

Se forma por la quemadura de la llama, el depósito del negro del humo y la incrustación de los granos de pólvora.

– Trayecto

Es el recorrido del proyectil en el interior del cuerpo. Puede ser rectilíneo o desviado. Las desviaciones pueden deberse a choques con huesos, que si se fragmentan, dan lugar a trayectos múltiples.

– Orificio de Salida

Puede existir o no. Muy variable en forma y tamaño. Por el mecanismo de producción suele tener los bordes evertidos. Si ha habido fragmentación, puede haber más de uno. Carecen de cintilla de contusión y tatuaje.

ORIFICIO DE ENTRADA	ORIFICIO DE SALIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Los bordes son invertidos. • La zona de contusión indica en qué dirección entró el proyectil. • Generalmente es menor que el orificio de salida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los bordes son evertidos. • No hay zona de contusión, a excepción que el cuerpo se apoye en una superficie dura. • El orificio de salida es generalmente más grande que el de entrada.

Se tiene que examinar principalmente el lugar del hecho, y se debe diferenciar el orificio de entrada y el de salida.

El orificio de entrada y de salida son similares, cuando el proyectil entra al cuerpo y sale en forma perpendicular.

El orificio de entrada es mayor que el de salida cuando hay un plano óseo adyacente, sobre todo en los disparos en el cráneo.

En la cabeza ocurre un efecto explosivo del proyectil, y al salir hay estallido de la cavidad craneana.

También se puede determinar la distancia del disparo aproximadamente, desde la boca del arma hasta el sitio donde penetró en el cuerpo, de acuerdo a las siguientes características:

A BOCA TOCANTE: (La separación entre el orificio de entrada y la boca del arma es menor o igual a 1 cm.)

- Hay orificio de entrada
- Existe zona de contusión
- También existe el tatuaje de pólvora
- Se describe la zona de humo
- Se describe la huella arqueada **“todo por dentro y nada por fuera”**

A CORTA DISTANCIA: (Menos de 50 ó 60 cm)

- Presenta el orificio de entrada
- Hay la zona de contusión
- Se describe el tatuaje de pólvora
- No hay zona de humo

A LARGA DISTANCIA: (Más de los 50 ó 60 cm)

- Existe el orificio de entrada
- No hay zona de contusión, ni tatuaje de pólvora, ni zona de humo

QUEMADURAS

- Las quemaduras son las lesiones resultantes de la acción de agentes físicos, químicos o biológicos:

Agentes Físicos	Térmicos	Sólidos Líquidos Gases Vapores Llama o fuego directo
	Eléctricos	Electricidad industrial Electricidad Médica Electricidad Atmosférica
Agentes químicos	Radiantes	Sol Radium Rayos X Energía Atómica
	Cáusticos	Ácidos Álcalis
Agentes biológicos	Seres vivos	Insectos Medusas Peces Eléctricos Batracios

Que actúan sobre los tejidos dan lugar a reacciones locales o generales cuya gravedad está en relación con su extensión y profundidad. Las quemaduras son lesiones que producen alteraciones orgánicas de intensidad variable. Van desde alteraciones a nivel general o sistémico que generan muerte y disfunción celular, hasta alteraciones locales que están determinadas por el tipo de herida que provocan y la forma en que el proceso de cicatrización responde a la injuria.

La clasificación de las quemaduras más usada es por grados:

- Primer grado: **Eritema**
- Segundo grado: **Flictena o ampollas** (vital, tiene líquido rico en albúmina)
- Tercer grado: **Escama**
- Cuarto grado: **Carbonización**, tiene las siguientes características:
 - La piel es negra y acartonada.
 - Existe solución de continuidad de la piel.
 - Fracturas espontáneas.
 - Posición de boxeador, es debido a la coagulación de la miosina de los músculos.
- Se evidencia la exposición de los órganos.
- Respeto las zonas ceñidas de la vestimenta.

Es importante determinar el origen vital de las quemaduras, y así descartar que en el momento de quemarse la persona ya se encontraba muerta, se debe observar los siguientes signos de vitalidad:

- La quemadura es de color rozado o rojo.
- Existe presencia de albúmina en las flictenas.
- Evidenciar la presencia de “negro de humo” en las vías respiratorias, esto significa que respiró.

Las complicaciones de las quemaduras son:

- El golpe de calor.
- Shock anafiláctico e hipovolémico.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Sepsis.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Neumonía.
- Hiperglicemia.
- Tromboembolismo pulmonar.

9.- LESIONES POR DEFENSA Y LESIONES POR LUCHA

Ambas se pueden definir como el conjunto de lesiones de diversa índole que sugieren el enfrentamiento entre dos o más personas, esto último en el caso de riñas tumultuarias en las que se produce una lucha recíproca y confusa con violencia entre varias personas, lo que impide determinar con exactitud los actos y responsabilidades de cada uno.

9.1.- LESIONES POR DEFENSA

El hombre ante cualquier tipo de agresión que suponga un peligro para su integridad física, psíquica e incluso social pone en marcha de forma instintiva (instinto de conservación) una serie de mecanismos de defensa destinados a autoprotegerse.

Las lesiones de defensa desde el punto de vista Médico Legal pueden definirse como:

“El conjunto de lesiones con características propias en cuanto a numero, tipo y localización anatómica, que presentan las víctimas de agresiones físicas por parte de terceros, indicativas de maniobras de defensivas destinadas a evitar o amortiguar daños corporales graves e incluso la muerte”.

Así cuando la violencia deriva de la aplicación de objetos contundentes (puño, patada, porra, bastón, látigo, correa, martillo, planchas, uñas, garras, dientes) nos encontramos con lesiones del

tipo de las equimosis figuradas o no, del tipo de las erosiones, excoriaciones, heridas contusas, e incluso fracturas de huesos. Cuya localización, como característica principal de las maniobras de defensa, va a ser en el lado externo del antebrazo, dorso de las manos y regiones corporales donde exista una mayor prominencia ósea o cartilaginosa.

Estas lesiones en la cara externa o cubital del antebrazo y dorso de las manos derivan del intento de la víctima de protegerse la cara.

En ataques por arma blanca las lesiones suelen presentar las mismas localizaciones topográficas. Pero, además es posible encontrar lesiones en la cara palmar de la mano dominante, ante intento protectores derivados de empuñar la hoja del cuchillo, en la que se aprecian heridas cortantes o cortopunzantes a lo largo de la superficie flexora de los dedos, que casi siempre llegan a las articulaciones.

Cuando el agresor utiliza los pies para golpear (patadas) las lesiones suelen estar localizadas en el lado externo del muslo, pues es un acto reflejo que la víctima cruce las piernas para proteger su región genital.

9.2.- LESIONES POR LUCHA

Al contrario de lo que ocurre en las lesiones por defensa, y como elemento diferenciador de ellas tenemos que el cuadro lesivo además de ser diverso es disperso, es decir que se puede encontrar en cualquier región anatómica tanto externa como interna. Si bien, las regiones más frecuentes son la cara, cuello, ambos lados del tórax, abdomen y periné.

Las lesiones por puñetazos, como la propia palabra lo indica, se producen con el puño cerrado, casi siempre se localizan en las partes superiores del cuerpo de la víctima y dan lugar a equimosis, abrasiones e incluso alguna herida contusa sobre todo en zonas prominentes óseas como la región ciliar, cigomática y mentoniana.

Sobre la boca, los golpes pueden producir heridas en los labios al impactar su porción mucosa contra los dientes, se puede fracturar incluso los huesos propios de la nariz, la mandíbula o el maxilar superior e incluso desprender varios dientes.

Los puñetazos en el abdomen pueden causar lesiones profundas en órganos abdominales, sobre todo hígado y bazo, además de fracturar el esternón y casi siempre algún arco costal cuando la acción lesiva se dirige al tórax.

Cuando la víctima es pateada generalmente se encuentra en el suelo y las patadas pueden acompañarse de mecanismos de compresión o trituración por el efecto del tacón o el talón. Cuando esto ocurre las lesiones que se producen son más graves que la de los golpes (patada solamente) debido al impulso pesado de una pierna en movimiento y frecuentemente a la dureza de la punta de una bota o zapato. En cualquier patada y en especial al pisotear, se puede imprimir la huella del calzado incluso la del pie descalzo en la piel o en alguna parte de las ropas, se presentan especialmente en tórax, abdomen, glúteos y muslos. Cuando encontremos estas huellas, siempre deben registrarse y fotografiarse para cotejarlas en el caso de tener disponible el objeto contundente presumiblemente productor de la impresión.

CAPÍTULO VI

ESTUDIO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL FÍSICA EN LA PAZ

1.- INTRODUCCIÓN

En el año 1995 se promulgó en nuestro país la Ley 1674, ley que protege a la mujer del maltrato y la violencia ejercidos dentro y fuera de la familia. Sin embargo la creación e Implementación de esta ley, no es casual, sino que obedece al gran número de casos de violencia, entre leves, graves y aquellos que lamentablemente terminaron en el homicidio de la mujer por manos del esposo, conviviente o pareja.

Si bien en Bolivia los móviles para la implementación de una ley contra la violencia hacia la mujer, fueron la incidencia y gravedad de los casos registrados, en otros países de Europa, la situación no es la misma. Según la introducción de esta misma ley⁴⁹, la ley contra el maltrato en estos otros países, se promulgó, no precisamente para anular la violencia o la discriminación hacia las mujeres, sino para reducir los costos de cuidado, atención y rehabilitación de las víctimas del maltrato intrafamiliar.

Así, la violencia intrafamiliar, especialmente hacia la mujer, no es un problema únicamente de los países pobres, ni de las clases bajas, ni de la “gente ignorante”, es un problema mundial, que toca a mujeres de todo estrato social, nivel cultural, raza y religión. Es una problemática que se presenta bajo muchos semblantes, la agresión psicológica, la agresión sexual, y la que ha cobrado y aún cobra muchas víctimas: la agresión física. La violencia intrafamiliar o doméstica es un

⁴⁹ Ley 1674; Contra la violencia doméstica, promulgada el año 1994. La Paz, Bolivia.

fenómeno universal, de gran magnitud y relevancia, por lo que Estudios estadísticos y teóricos lo ubican como uno de los principales problemas de la familia contemporánea, que trasciende barreras culturales, socioeconómicas, políticas, educacionales y religiosas⁵⁰.

Las investigaciones realizadas en la época de los 60 enfatizaron los factores psicopatológicos y las características de la personalidad para explicar esta problemática. Se lo consideraba un fenómeno poco común, asociado a personas mentalmente perturbadas o de escaso nivel socioeconómico. Straus (1979), fue el primero en decir que el fenómeno de la violencia debiese ser considerado como un problema social y familiar. Sin embargo, el fenómeno de la violencia hacia la mujer dentro de la familia, es una problemática que requiere ser leída desde diferentes vertientes (de manera multidisciplinaria e integral) y ser abordada desde varios enfoques. En este sentido, rescatamos un enfoque, que nos permite comprender de manera más completa y profunda, esta problemática: el enfoque ecosistémico, que considera a la familia como un sistema, que a su vez está inmerso en un ambiente que estimula, provoca y determina conductas, reacciones y relaciones, entre los diferentes elementos del sistema familiar. Este enfoque, retoma las características del ambiente cultural, socioeconómico y el aspecto histórico-personal de los sujetos implicados en la problemática.

La violencia intrafamiliar está directamente relacionada con la crisis familiar. La crisis familiar tiene diversos factores desencadenantes, de los cuales uno de ellos bastaría para ocasionar una ruptura familiar⁵¹. Por crisis entendemos un estado, una situación conflictiva que pone a prueba la fortaleza de la estructura familiar, es un momento de cambio o transición⁵². En este sentido la actual situación económica del país se constituye en un elemento determinante en la situación de crisis de muchas familias de nuestra sociedad⁵³. La falta de empleo, de educación, salud, seguridad ciudadana, genera en la familia nuclear un estado de tensión, de malestar que se manifiesta como maltrato ya sea físico y/o psicológico hacia los miembros más “débiles y dependientes” del núcleo familiar: mujeres y niños⁵⁴.

1.1.- Violencia Conyugal o de Pareja

La agresión a la mujer no es un tipo de violencia nuevo en esta sociedad globalizada, deshumanizada y agresiva de este nuevo siglo. Los diferentes estudios históricos demuestran que ha

⁵⁰ Taller de Sensibilización y atención de las víctimas de violencia sexual. IPAS. Marzo de 2003, Santa Cruz, Bolivia.

⁵¹ Humberto Maturana. Ministerio de Educación de Chile, 1998 - 2002. Alameda 1371. Santiago, Chile.

⁵² El concepto de crisis, dentro de la familia nuclear, es desarrollado por Jorge Barudi en su libro “el dolor Invisible de la infancia”. 1998. Ed. Paidós.

⁵³ “Las familias que atraviesan por situaciones conflictivas, de carencia, cambios abruptos, son propensas a desarrollar violencia al interior de su estructura o sistémica. En Bolivia, alrededor de un 76% de los casos de violencia intrafamiliar, se presentaron en situaciones de estrés, cambio o carencia” (Ivonne Arteaga. Revista Memoria. Centro de Ayuda Psicológica).

⁵⁴ La mayoría (69%) de los casos de violencia hacia la mujer dentro de la familia, atendidos por la Casa de la Mujer, muestran que la situación de crisis por la que atraviesa la sociedad en general, afecta a los hogares y a sus miembros de manera contundente. Muchos de los conflictos que terminan en agresiones, han sido desencadenados por problemas de índole económico (45%), por celos (30%), por infidelidad (20%) y otros 5%. (Casa de la Mujer. Documento la violencia en Bolivia y Santa Cruz).

existido siempre, y ahora sabemos que ha sido como consecuencia del diferente papel que han asignado al género masculino, y al femenino, colocando a éste en una situación de subordinación al femenino con posibilidad de utilizar diferentes argumentos por parte del masculino para mantener esta posición, incluso la violencia.

El debate social que existe en la actualidad ha tenido que producirse sobre una realidad ignorada e invisibilizada hasta ese momento. De nuevo han sido las formas (los últimos homicidios cometidos sobre mujeres que habían estado sometidas a maltrato) las que nos han llevado al fondo de la cuestión: La agresión a la mujer.

En esta polémica han sido más los que han buscado responsables que los que han aportado soluciones. La medicina en general y la medicina forense en particular han sido una parte más de ese contexto sociocultural que ha permitido que se produjera la agresión a la mujer de muy diversas formas por el hecho de ser mujer, sin que haya habido una respuesta científica similar a la que ha aparecido en otro tipo de hechos de violencia interpersonal.

Ejemplo: "El ejemplo más claro lo tenemos en el maltrato infantil (GISBERT, 1998); en 1626; Paolo ZACCHIA realizó las primeras descripciones, TARDIEU en 1879 hizo importantes trabajos sobre esta manifestación, iniciativas que hicieron concentrar la atención de múltiples autores sobre el tema. Ya en la década de los cuarenta se empezó a relacionar los hallazgos en estos niños con el maltrato ocasionado por los adultos, pero no fue hasta 1962 cuando KEMPE, SILVERMAN, STEELE y DROEGENMUELER describieron como tal el síndrome del niño maltratado concienciando a los diferentes profesionales sobre su existencia y mostrando sus características para que pudieran llegar a su diagnóstico".

La agresión a la mujer no es un problema de números aunque los números de este tipo de violencia sí son un problema.

Se expone a continuación los siguientes datos⁵⁵:

Información recolectada a través de cuestionario pre elaborado de 67 instituciones que trabajan la problemática de violencia de género en el país. El 76.1% representa instancias estatales y el resto a ONG. Se recibieron respuestas de instituciones de La Paz (9%), Oruro (13.4%), Potosí (16.4%), Pando Cobija (9%), Sucre (7.5%), Santa Cruz (7.5%), Trinidad Beni (13.4%), Cochabamba (13.4%) y Tarija (10.4%), sin que los porcentajes signifiquen necesariamente la presencia de un mayor número de instituciones por región.

⁵⁵ Aliaga A. y Caballero D. "ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD". MSPS-UMSA-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz-Bolivia. 1999. p. 17 - 36.

Datos de los Servicios Legales Integrales, entre noviembre de 1994 y julio de 1997, indican la recepción de un total de 25.875 casos en los 9 departamentos del país. Entre ellos el mayor número se registró en San Cruz, departamento oriental (40.8%).

Desglosados estos datos arrojan la siguiente información:

En Bolivia en el ámbito urbano y rural entre 1997 y el 2000 se vio casos de violencia intrafamiliar,⁵⁶ según el INE:

En 1997 se dieron 2406 casos (1324 casos en área urbana y 1082 en área rural). Fueron 1715 casos de violencia intrafamiliar femenina y 691 casos de violencia intrafamiliar masculina.

En 1998 se dieron 2222 casos (660 casos en área urbana y 1562 en área rural). Fueron 1641 casos de violencia intrafamiliar femenina y 581 casos de violencia intrafamiliar masculina.

En 1999 se dieron 3913 casos (1011 casos en área urbana y 2902 en área rural). Fueron 2774 casos de violencia intrafamiliar femenina y 1139 casos de violencia intrafamiliar masculina.

En 2000 se dieron 2648 casos (937 casos en área urbana y 1711 en área rural). Fueron 1884 casos de violencia intrafamiliar femenina y 764 casos de violencia intrafamiliar masculina.

Estas cifras en nuestro país, son más que la simple manifestación de conductas de hombres con problemas en el trabajo o con el alcohol, o conductas de hombres con un instinto sexual muy pronunciado o con una agresividad difícil de controlar. La realidad social esconde a la verdadera sociedad nos demuestra que el significado es totalmente distinto, aunque resulta difícil entender y aceptar como algo generalizado en nuestra sociedad la utilización de la violencia sobre la mujer en general y, sobre todo, en el contexto de una relación afectiva-sentimental.

En los casos de agresión a la mujer raramente la situación es analizada bajo una perspectiva realista, normalmente y como consecuencia de la carga sociocultural y afectiva del observador se suele ver a través de lentes convexas o cóncavas que maximizan o minimizan el hecho en sí y, que en cualquier caso, deforman la realidad.

El análisis derivado de dicha situación será en consecuencia reduccionista o magnificador, complicando cuando no impidiendo la comprensión del hecho.

La explicación más lógica en lo aparente, pero también la más superficial, es creer que se trata de una serie de casos aislados, más relacionados con algunas circunstancias particulares de tipo

⁵⁶ "BOLIVIA: CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FEMENINA Y MASCULINA ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR AÑO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y DEPARTAMENTO, 1991 – 2000. www.ine.gov.bo/ggi-bin/wd/ie.exe/despliegue/anuario98/c311403.xls. 2001.

socioeconómico (desempleo, bajo nivel cultural, ambientes marginales, hacinamiento, etc.) con determinados tipos de hombres (alcohólicos, drogadictos, impulsivos, celosos, agresivos y violentos) o con determinados tipos de mujeres (provocadoras, que no cumplen con sus obligaciones como madres o esposas, masoquistas, imprudentes, etc.) o como mucho combinando algunas circunstancias de estos tres tipos de elementos.

Ya hemos explicado como la realidad es mucho más compleja y nunca se puede tratar de comprender basándose sólo y exclusivamente en el episodio puntual de la agresión, a pesar de que éste se repita y sea el elemento más significativo y fundamental del síndrome de maltrato a la mujer.

Se trata de una situación prolongada en la que la **interacción víctima-victimador y ambiente (social familiar)** condiciona y matiza por completo lo que en apariencia no tiene una justificación razonable.

Evidentemente esto no significa que toda situación en la que la mujer sea víctima de un delito tenga el mismo significado. La consideración de la mujer como víctima no es igual a la de víctima mujer. En este último caso (víctima mujer) la mujer puede ser víctima de cualquier delito de violencia interpersonal como miembro de la sociedad, pero a diferencia de lo que ocurre en el hombre, la mujer aparece como víctima de determinados delitos por su condición de mujer y por el rol que ocupa en la sociedad (mujer como víctima). Las características de estas conductas con relación a otras manifestaciones de violencia interpersonal son totalmente distintas, tanto en el componente instrumental como en el emocional.

Es en este contexto donde queremos centrar, tanto por su frecuencia como por su trascendencia y consecuencias, el análisis de la agresión a la mujer.

Es por ello, que el presente trabajo de investigación pretende brindar una lectura del fenómeno de la violencia intrafamiliar hacia la mujer, desde una perspectiva sistémica, como consecuencia o efecto de un estado de crisis o tensión en la familia nuclear, causado a su vez por una crisis a nivel social, cultural y económico.

Se realizó una investigación de casos denunciados por víctimas de violencia intrafamiliar en la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional en la Ciudad de La Paz, remitidas para evaluación médica durante los años 2001 y 2002, bajo la siguiente formulación del problema:

¿Cuáles son las características de la violencia intrafamiliar en víctimas denunciadas en la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional, de la ciudad de La Paz, en el último bimestre de 2001 y el primer bimestre de 2002?

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General

Caracterizar la violencia intrafamiliar en víctim@/victimari@ denunciados en la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional, en la Ciudad de La Paz, en el último bimestre 2001 y primer bimestre de 2002.

2.2.- Objetivos Específicos

1. Determinar las variables sociodemográficas de las víctimas y victimarios de violencia intrafamiliar y doméstica denunciadas y con examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia.
2. Precisar el tipo de violencia que sufrió la víctima denunciante y con examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia.
3. Determinar la naturaleza, agente vulnerante, ubicación de las lesiones, gravedad de las lesiones y secuelas en víctimas de violencia denunciadas, con examen médico - en la Brigada de Protección a la Familia, en la Ciudad de La Paz.
4. Establecer el día de la semana, horario y el lugar de ocurrencia donde se llevó a cabo el hecho de violencia intrafamiliar.
5. Precisar la relación existente entre la víctima y el victimario de violencia doméstica y familiar de denuncias y con examen médico – forense en la Brigada de Protección a la Familia, en la Ciudad de La Paz.
6. Establecer la influencia de bebidas alcohólicas y otras sustancias en la víctima y victimario de violencia intrafamiliar.

3.- DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.- Contexto y Clasificación de la Investigación

Se realizó un estudio piloto durante el segundo bimestre de 2001 (marzo y abril) en el consultorio de la Brigada de Protección a la Familia.

Las fuentes de información fueron las siguientes:

- Consultorio Médico de la Brigada de Protección a la Familia, perteneciente a la Policía Nacional, la misma que tiene una cobertura de casi toda la ciudad de La Paz que (ver Anexo I y II de la distribución administrativa de la Ciudad de La Paz).
- Consultorio de Ayuda Social de Radio “Carlos Palenque”, ubicado en la Avenida Illimani N° 1938 (Zona Miraflores).

DISTRIBUCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CIUDAD DE LA PAZ	
DISTRITO	POBLACIÓN
Distrito Sur (1)	90,388
Distrito Norte	28,375
Distrito Este	104,581
Distrito Oeste	190,062
Distrito Central	44,846
Distrito Sopocachi-San Jorge	48,021
Distrito Miraflores-Villa Fátima	102,256
TOTAL	608,529

Fuente. Cárdenas U. y Mamani A. DISTRITACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO.
Trab. de planificación Urbana III (docente Arq. René Contreras). La Paz. 2001

(1) El Distrito Sur es cubierto por la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional, de la zona sur.

Este estudio se clasificó como descriptivo, prospectivo transversal.

3.2.- Universo y Muestra

Las unidades de análisis fueron víctimas con examen médico – forense de la Brigada de Protección a la Familia en la Ciudad de La Paz, fue durante los meses marzo y abril (estudio piloto), y el último bimestre de 2001 y primer bimestre de 2002. Se realizó la caracterización de los victimarios.

El tamaño de la muestra queda delimitado después de la recolección de datos. El universo estuvo conformado por el total de denuncias emitidas en la Brigada de Protección a la Familia.

La muestra estuvo conformada por todas las víctimas mayores de 15 años que denunciaron y con requerimiento de examen médico forense, que solicitó la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional”, y fueron remitidas al Consultorio de Ayuda Social de Radio “Carlos Palenque”. Finalmente los que acudieron directamente por ayuda a Radio “Carlos Palenque”.

Dentro de la investigación realizada de casos denunciados por víctimas de violencia intrafamiliar en la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional en la Ciudad de La Paz, remitidas para evaluación medica durante los años 2001 y 2002.

Para las víctimas que denunciaron a la Brigada de Protección a la Familia, se siguió los siguientes pasos:

1. La víctima de violencia intrafamiliar acudió al consultorio médico de Radio “Carlos Palenque”, con el formulario de solicitud de examen médico, calificación de lesiones y tiempo de curación otorgado por las oficiales de la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional.
2. Se realizó el examen médico de la víctima, y se calificó el grado de lesiones y tiempo de impedimento de acuerdo al Código Penal Boliviano.
3. Se procedió al llenado del formulario de recolección de datos (previa explicación de los objetivos del estudio y consentimiento de la persona). Se emitió el certificado médico, y fue totalmente “gratuito” para la víctima de violencia intrafamiliar de acuerdo al Artículo 37 de la Ley 1674. (VER APÉNDICE A).
4. El certificado fue entregado a la víctima y remitido a la Brigada de Protección a la Familia. (VER APÉNDICE B).

RUTA QUE SIGUEN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ ⁵⁷.

⁵⁷ Fuente: Modificado del cuadro de: Shrader E. y Sargot M. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. OPS/OMS. Washington D.C. 1998.

4.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES sociodemográficas de las víctimas y victimario de violencia intrafamiliar, y doméstica que denuncian y con examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia.

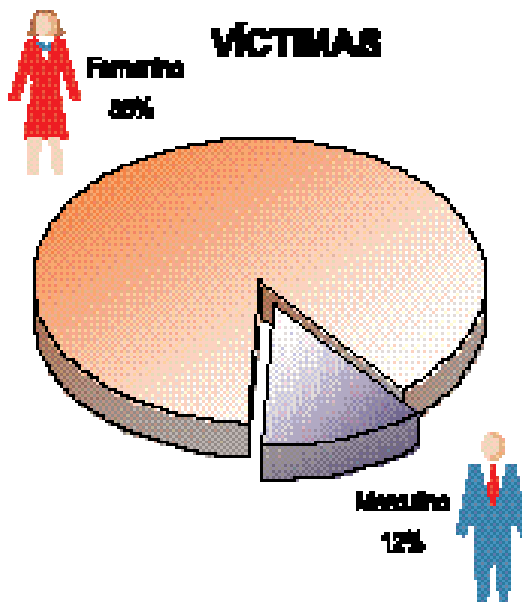
VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Edad	Cualitativa ordinal	15 – 24 años 25 – 34 años 35 – 44 años 45 o más	Desde el nacimiento hasta el momento de producido el hecho.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico pertenencia
Estado Civil	Cualitativa	Soltera Casada Concubinato Viuda Separada No consta	Según la relación o estado civil de la víctima/victimario
Escolaridad	Cualitativa	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitario Ninguno	Según último grado vencido
Ocupación	Cualitativa	Profesional Técnicos Obreros Comerciantes Labores de casa Desocupado Estudiante Otros	Según actividad que desarrolla en el momento del hecho, tanto la víctima y el victimario.
Residencia	Cualitativa	Distrito Norte Distrito Este Distrito Oeste Distrito Central Distrito Sopocachi – San Jorge. Distrito Miraflores – Villa Fátima.	Según distribución administrativa de la ciudad.

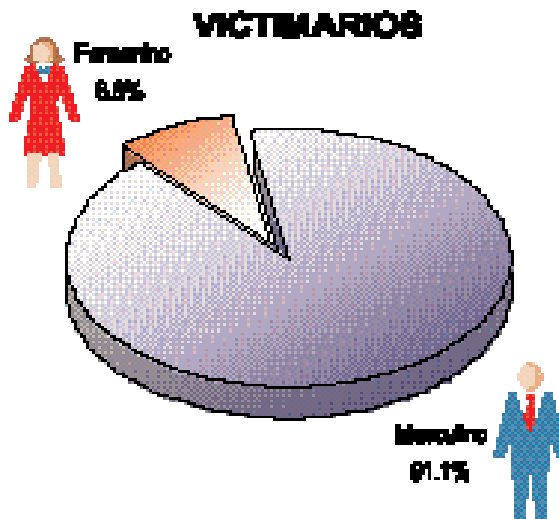
4.1.- Resultados y Discusión

Durante el tiempo estudiado se examinaron 383 casos de víctimas de VIF que denunciaron el hecho. Llama la atención **que el 88% fueron del femenino y sólo el 12% fueron del sexo masculino**. Mientras que **el 91.1% los victimarios fueron varones y sólo 8.8% las victimarias fueron mujeres**.

CUADRO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS SEGÚN SEXO Y PARTICIPACIÓN EN EL HECHO				
SEXO	VÍCTIMAS		SEXO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Masculino	47	12%	350	91.1%
Femenino	336	88.0%	34	8.8%
Total	383	100%	384	100%

DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS SEGÚN SEXO Y PARTICIPACIÓN EN EL HECHO



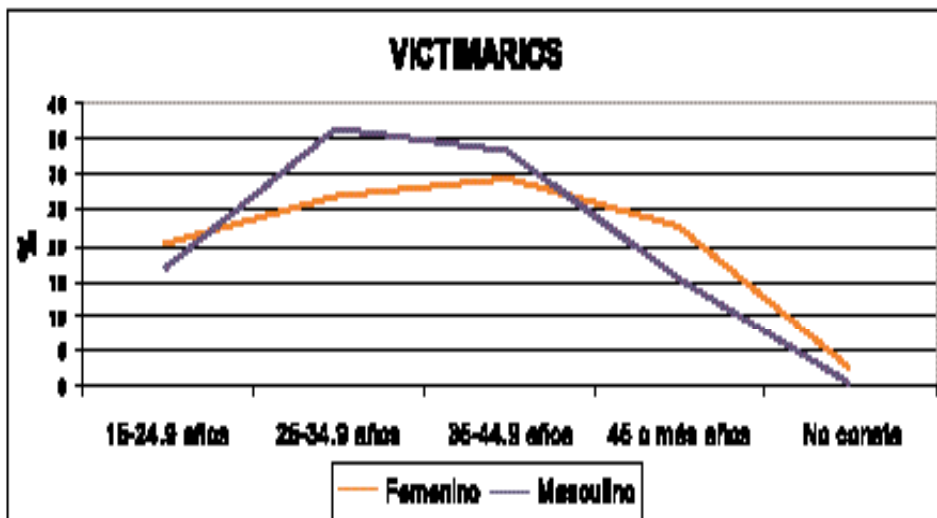
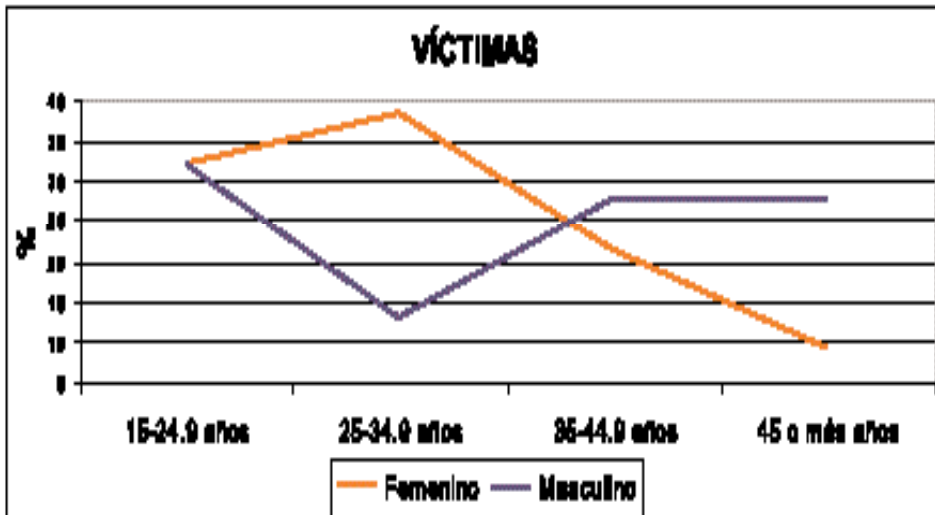


En cuanto a la edad de la víctima mujer de 25 a 35 años en un 38% y su victimario fue de 35 a 45 años en un 32.8% y de la misma edad en un 36.0%. Mientras que la víctima varón fue de 35 a 45 años o más en un 27.6 % y su victimario de la misma edad.

CUADRO N° 2: EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

EDAD	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24.9 años	107	31.8	15	31.9	9	20.0	52	16.4
25-34.9 años	128	38.0	6	12.8	12	26.7	114	36.0
35-44.9 años	71	21.1	13	27.6	13	28.9	104	32.8
45 o más años	30	8.9	13	27.6	10	22.2	47	14.8
No consta					1	2.2		
Total	336	100	47	100	45	100	317	100

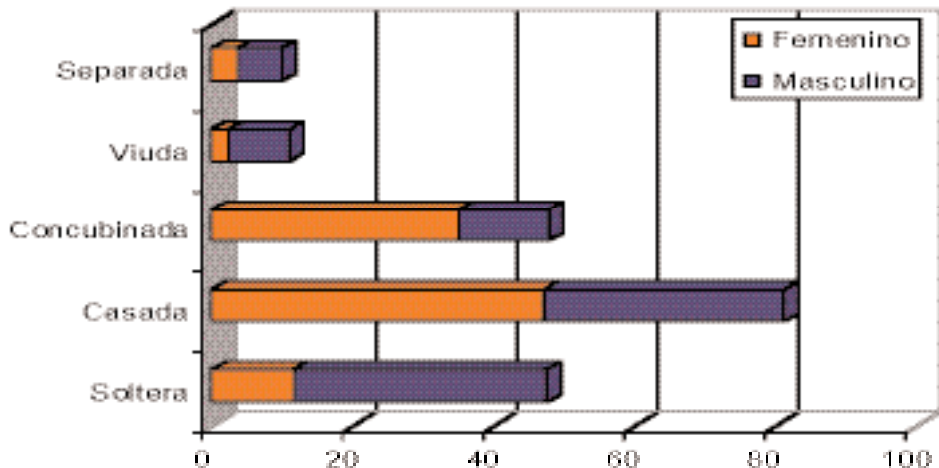
EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

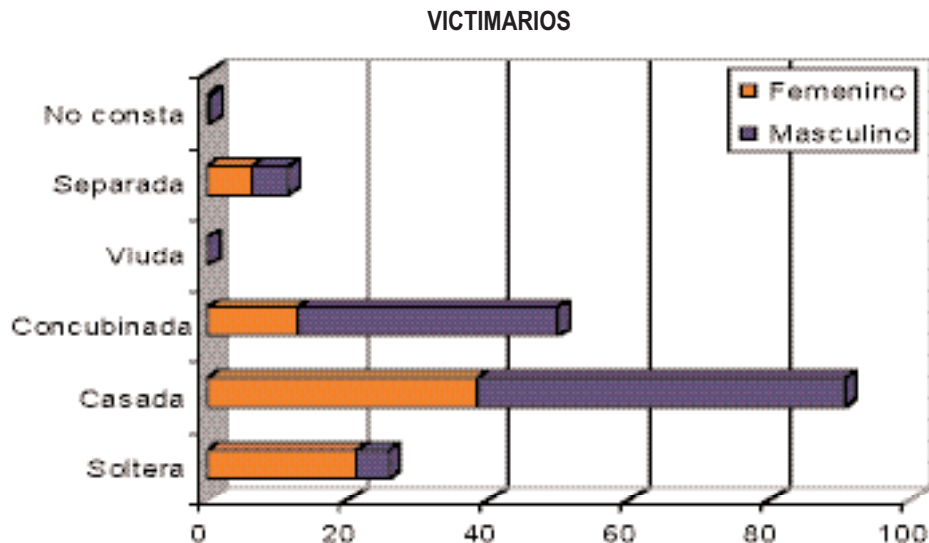


El estado civil de la mujer agredida fue casada en **47.3%** y en **concubinato en 35.1%**, o sea, mantenía relación íntima con su victimario (52.4% casado y 36.9% concubinato). El estado civil del **varón víctima de VIF estuvo soltero en un 36.2%** y **casado en un 34%** y su victimario casado en 52.4% varón y la mujer casada en un 38.

CUADRO N° 3: ESTADO CIVIL, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES								
ESTADO CIVIL	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Solter@	38	11.5	17	36.2	10	21.3	15	4.6
Casad@	156	47.3	16	34.0	18	38.3	172	52.4
Concubin@	116	35.1	6	12.8	6	12.8	121	36.9
Viud@	8	2.4	4	8.5			1	0.3
Separad@	12	3.6	3	6.4	3	6.4	17	5.2
No consta	6				8		2	0.6
Total	336	100	47	100	47	100	328	100

ESTADO CIVIL, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES
VÍCTIMAS



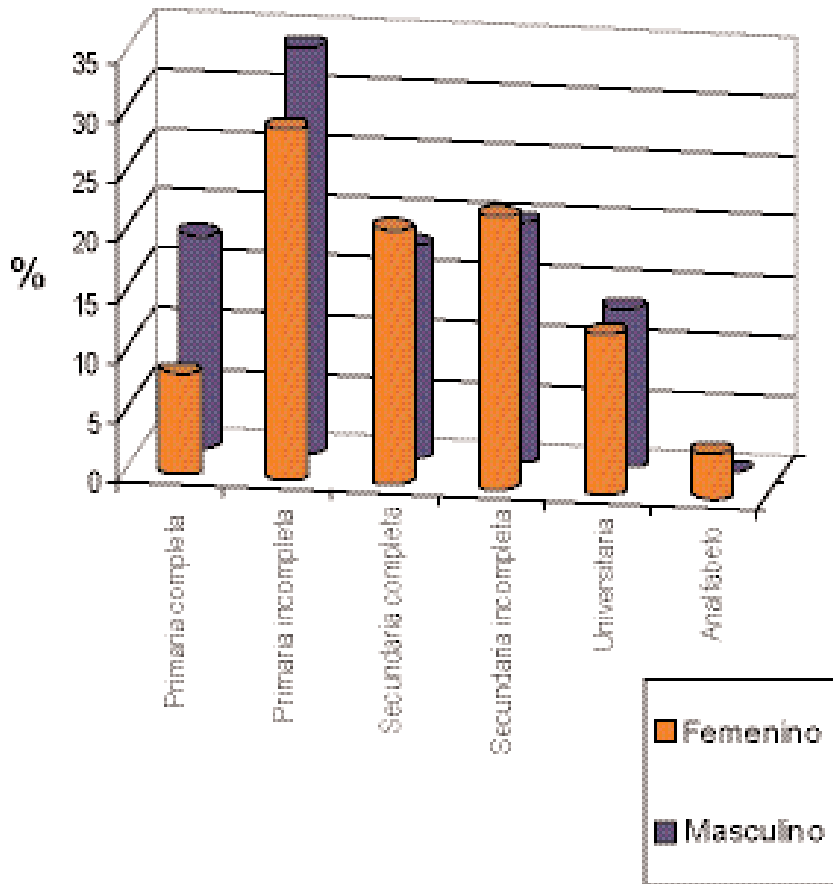


El grado de escolaridad en mujeres víctima de VIF, llega hasta primaria incompleta en un 29.8% y secundaria incompleta en un 22.9%, al igual que su victimario. El varón víctima de VIF alcanzó la primaria incompleta en un 34.0%, al igual que sus victimarios.

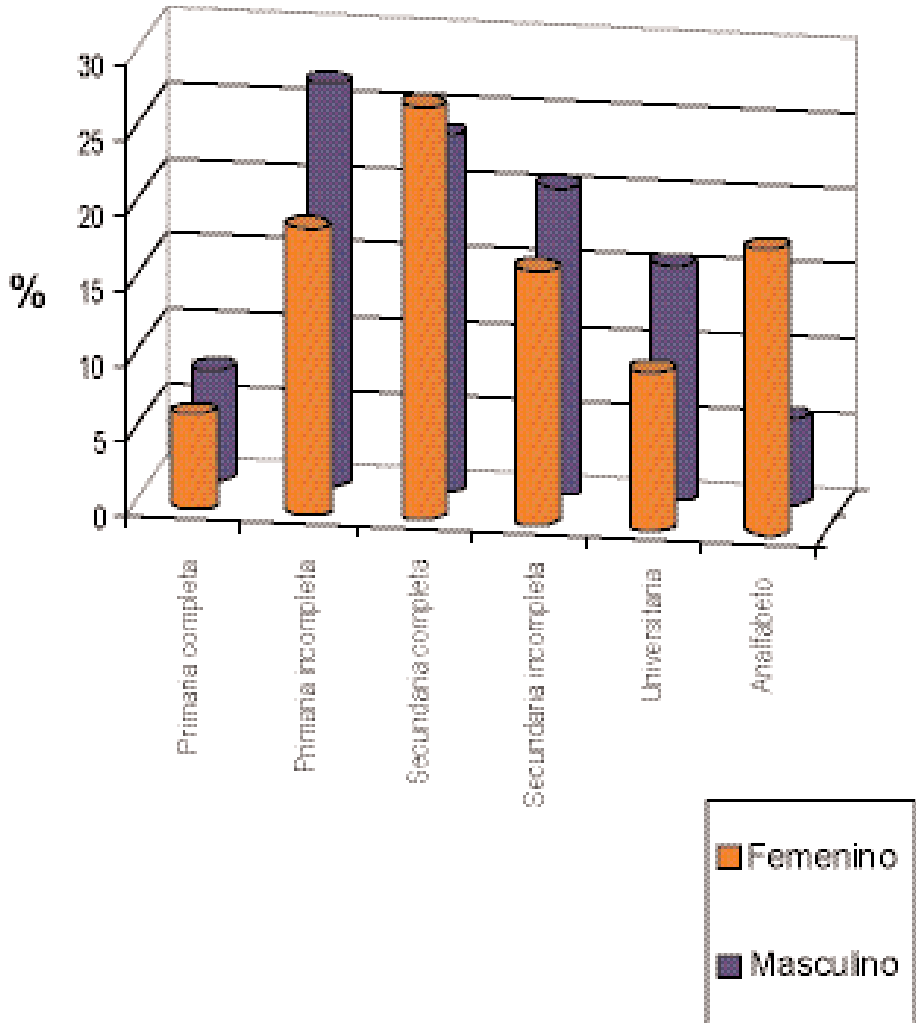
CUADRO N° 4: ESCOLARIDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES								
ESCOLARIDAD	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria completa	29	8.6	8	17.8	3	6.4	24	7.4
Primaria incompleta	100	29.8	16	34.0	9	19.1	87	26.8
Secundaria completa	72	35.1	8	17.8	13	27.6	77	23.7
Secundaria incompleta	77	2.4	9	20.0	8	17.0	67	20.6
Universitaria	45	3.6	6	13.3	5	10.6	51	15.7
Analfabeto	13				9	19.1	19	5.8
Total	336	100	47	100	47	100	325	100

ESCOLARIDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

VÍCTIMAS



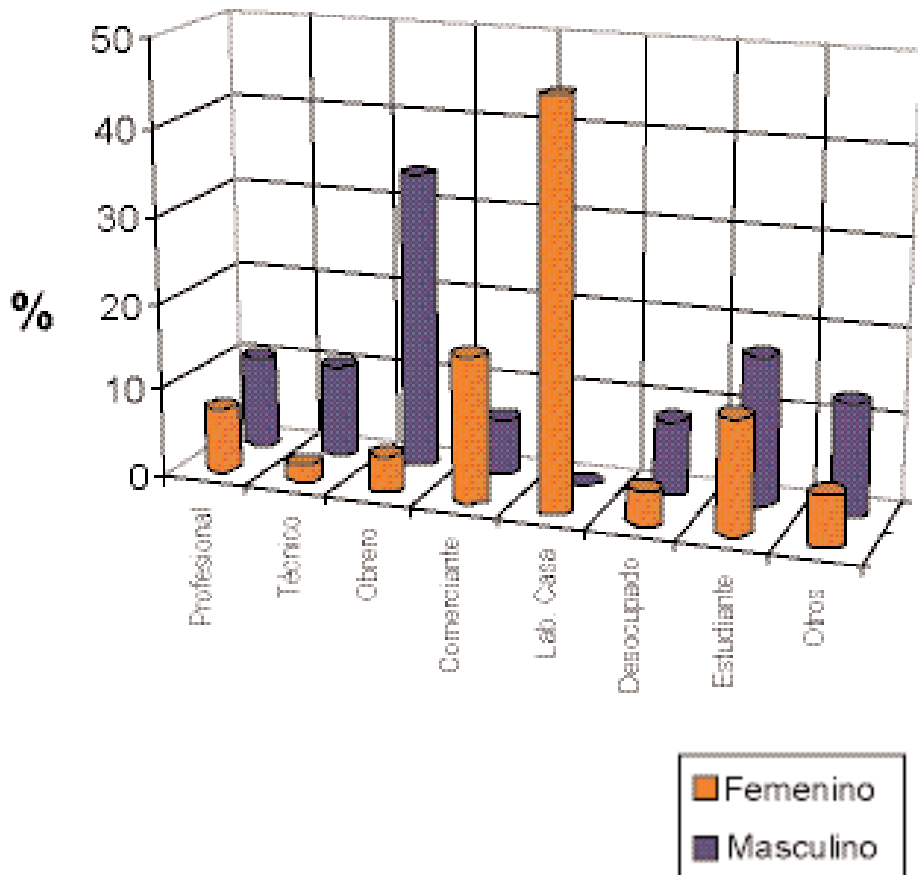
VICTIMARIOS



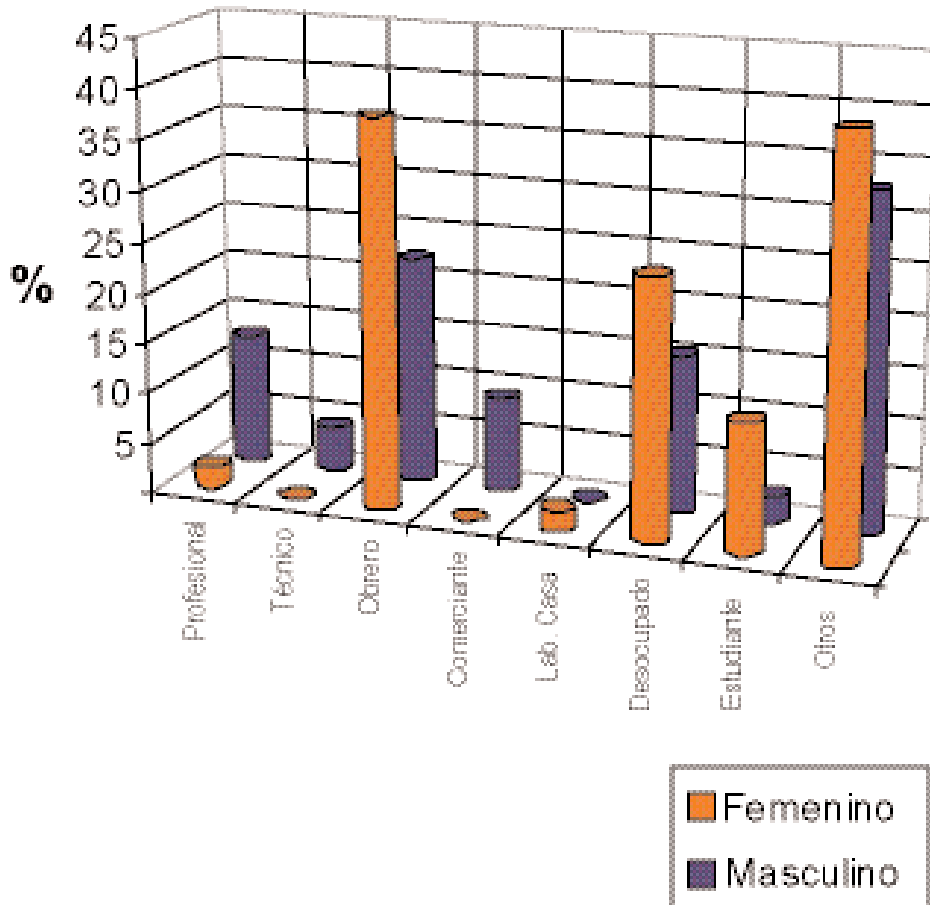
La mujer agredida por VIF tenía la ocupación de **labores de casa en un 43.9%**, y su victimario era obrero u otras ocupaciones. El varón agredido por VIF fue en **un 34% obrero y en un 38.3% a otras ocupaciones** y sus victimarios tenían ocupaciones similares.

OCUPACIÓN, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

VÍCTIMAS



VICTIMARIOS



Los datos sociodemográficos nos han permitido obtener un perfil de la víctima agredida que fue a denunciar a la BPF (Brigada de Protección a la Familia): siendo mujeres jóvenes, casadas, con instrucción escolar media, labores de casa, residentes en el distrito oeste de la ciudad; y el victimario guarda características semejantes. Las víctimas masculinas tienen igual perfil sociodemográfico, al igual que a sus agresores.

De acuerdo a Beatriz Ascarrunz y Marcela Revoleo, que indican los siguientes datos⁵⁸:

La mujer tiene más riesgo de sufrir agresiones y violencia en la casa que en la calle. Un 95% de los agresores es hombre en La Paz. Las mujeres de 16 a 46 años son con mayor frecuencia víctimas de violencia, las casadas y profesionales en La Paz tienen más riesgo de ser agredidas.

Respecto al total de denuncias de violencia en un año, 79% de las agresiones físicas, un 75% de los intentos de asesinatos, 79% de los asesinatos y 91% de los suicidios fueron provocados por maridos, novios o parientes. Más riesgos enfrentan una mujer en la casa que en las calles de La Paz.

Quien ejerce la violencia es precisamente, aquel que la mujer ha elegido como su compañero.

Pensamos a que se debe a que la condición de la mujer con bajo nivel educativo, a las construcciones sociales que refuerzan su subordinación, tal vez la dependencia económica y el desconocimiento sus derechos.

En la ciudad de El Alto de La Paz, de cada 10 mujeres alteñas víctimas de VIF (violencia intrafamiliar), 9 son agredidas por familiares varones, de cada 10 mujeres casadas o convivientes, 7 corren el riesgo de ser agredidas y de cada diez denuncias presentadas por mujeres agredidas, sólo 3 siguen algún curso legal. En cuanto lesiones físicas (esguinces, equimosis y heridas leves) no conmueven a las autoridades.⁵⁹

En su estudio de VIF en tres municipios de Bolivia⁶⁰, se determina que las mujeres en mayor proporción son las más afectadas, al igual que la violencia física I o sin amenaza para la vida y física II o con amenaza para la vida, la violencia en el área sexual, se encuentra una prevalencia del 4.2 x 100 exclusiva para la población femenina. Tanto hombres como mujeres en situación de

⁵⁸ Ascarrunz B. y Revollo M. "LAS CIFRAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, REGISTRADAS EN LA PAZ". Subsecretaría de Género. La Paz. 1994, p. 1-82.

⁵⁹ Ascarrunz B. y Revollo M. "LAS CIFRAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA REGISTRADAS EN LA CIUDAD DE EL ALTO". Subsecretaría de Asuntos de Género. La Paz. 1994, p. 64.

⁶⁰ Sharader E. y Monserrat S. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: LA RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Washington D.C. 1998, p. 12 - 14.

violencia Psicológica muestran mayor proporción de está en el estado civil “casad@”, en tanto que el estado de “convivencia o concubinato” se observa en menor proporción.

Tanto nuestros resultados y el estudio de prevalencia de los tres municipios, evidencian la realidad de la sociedad en nuestro continente y en particular en el país, mientras educa a mujeres dependientes y sumisas, alienta al hombre en sus características violentas y agresivas. De esta forma se crean pautas de socialización y comportamiento que tienden a perpetuar situaciones de violencia y la solución violenta de conflictos. Las familias donde se presentan este fenómeno tienen habitualmente estructuras de organización jerárquicas con funciones definidas rígidamente y donde la mujer está subordinada económicamente al hombre.⁶¹ El factor principal de riesgo para la VIF contra la mujer es, precisamente el hecho de ser mujer, es un problema que afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos.⁶²

En relación con la ocupación, la mujer que realiza tareas de “agricultura” y que son “amas de casa” presentan mayor proporción de violencia psicológica. En el caso de hombres domina la ocupación de “agricultor”, siendo el de mayor riesgo para este tipo de violencia. La ocupación laboral de tipo “eventual” se acompaña con mayor proporción de violencia psicológica en la mujer; en cambio el hombre, el trabajo “permanente” parece condicionar en mayor proporción este tipo de violencia.⁶³

En cuanto a los casos de violencia con Amenaza para la vida, las mujeres con ocupación laboral “permanente” muestran mayor proporción de violencia (21.7%) con riesgo de muerte. La relación horaria en que son víctimas de violencia Con Amenaza para la Vida, la mayoría de los hombres asegura ser víctima a “cualquier hora”, mientras que la mayoría de las mujeres dice ser víctima en la “noche” y a “cualquier hora”. Tanto para las mujeres como para hombres la violencia, en este caso Física Sin Amenaza para la Vida, se produce con mayor frecuencia “cualquier día de la semana y especialmente “fin de semana”. En relación con el lugar más frecuente para la ocurrencia de violencia física, al igual que en las tres formas, es la “casa” tanto en hombres y mujeres. Las personas que actualmente sufren violencia en cualquiera de sus formas, refieren haber sido “testigos” de hechos violentos en la familia en dos tercios de los casos.⁶⁴

61 OPS- OMS. “LA VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, LA PANDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XX” (Comunicación para salud No 10). 1996, p. 32.

62 García C. “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD”. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publication ocasional Nro.6). 2000, p. 38.

63 Sharader E. y Monserrat S. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: LA RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Washington D.C. 1998, p. 14 – 16.

64 Ídem, p. 16- 20.

El Ministerio de Salud y Previsión Social, cuenta con el Sistema Nacional de información SNIS^{65 66}, desde 1996 incorpora en este sistema la variable VIF, desagregada por sexo y edad. El registro promedio de casos de cuatro años (1996 al 2000) muestra predominio de VIF en las mujeres del grupo etáreo de 15 a 49 años. Por cada hombre que refiere ser víctima de VIF, 4 mujeres presentan en la consulta signos de agresión, esto en el grupo etáreo de 15 a 49 años. La tendencia de VIF está presente en un 59% en mujeres y en 20% de los hombres del mismo grupo etáreo; Todos estos datos exponen claramente que la mujer, en todos los grupos etáreos, levemente en los primeros años y más evidente entre el grupo de 15 a 49 años, es la mayor víctima de agresiones físicas, psicológicas y sexuales en el ámbito familiar, lo que confirma que la violencia en razón de género es de mayor incidencia.

Según reportes del SNIS en La Paz⁶⁷, se atiende casos VIF en mujeres de 15 a 49 años por el personal de salud, un 55% de 936 casos en 1997, 71% de 681 casos en 1998, 82% de 801 casos en 1999, 75 de 619 casos en el 2000. El reporte global de VIF femenino es de 63.5% de 1323 casos en el 2001. En varones de 15 a 49 años, 46% de 386 casos en 1997, 36% de 231 casos en 1998, 60% de 207 casos en 1999, 46% de 278 casos en el 2000. También el reporte global de VIF masculino es de 15% de 1363 casos en el 2001.

Según datos del Servicio Legal Integral Municipal de la Paz (SLIM)⁶⁸, muestra que en el periodo de julio a diciembre de 2001, se estudió a mujeres víctima de VIF por edad: 36% son mujeres de 18 a 28 años, 40% de 29 a 39 años, 21% de 40 a 50 años y el 4% son mujeres de más de 50 años.

El Departamento Social y Jurídico-Casa de la Mujer de Santa Cruz⁶⁹, en el 2000, atendió 1570 casos de violencia física, 2829 casos de violencia psicológica y 347 casos de violencia sexual en mujeres mayores de 16 años.

En un estudio realizado en ciudad de La Habana: con víctimas de lesiones graves el 70% son víctimas masculinas y el 30% víctimas femeninas de violencia física. Los victimarios en un 88% son varones y 12% son mujeres. El sexo masculino un 56% son victimarios y un 44% son víctimas. En mujeres el 72% son víctimas y el 28% son victimarios. Tanto las víctimas varones y mujeres son de 25 a 34 años al igual que sus victimarios.⁷⁰

65 Datos obtenidos del SNIS- MSPS, en nota de prensa "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR REGISTRADA EN LOS SERVICIOS DEL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD". La Paz. 2002.

66 SNIS- MSPS. "INFORME DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA". La Paz. <http://www.snsn.gov.bo/bolsnsn/epi/epi.asp>. 2002.

67 Datos obtenidos del REPORTE EPIDEMIOLÓGICO DEL SEDES- LA PAZ. MSPS-SNIS. La Paz. 2002.

68 Datos obtenidos del Servicio Legal Integral del Municipio de La Paz, oficina de Atención a la Mujer. 2002.

69 VAGGF – Casa de la Mujer. ATENCIÓN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Santa Cruz. 2001.

70 Basanta M. "AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998" (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.

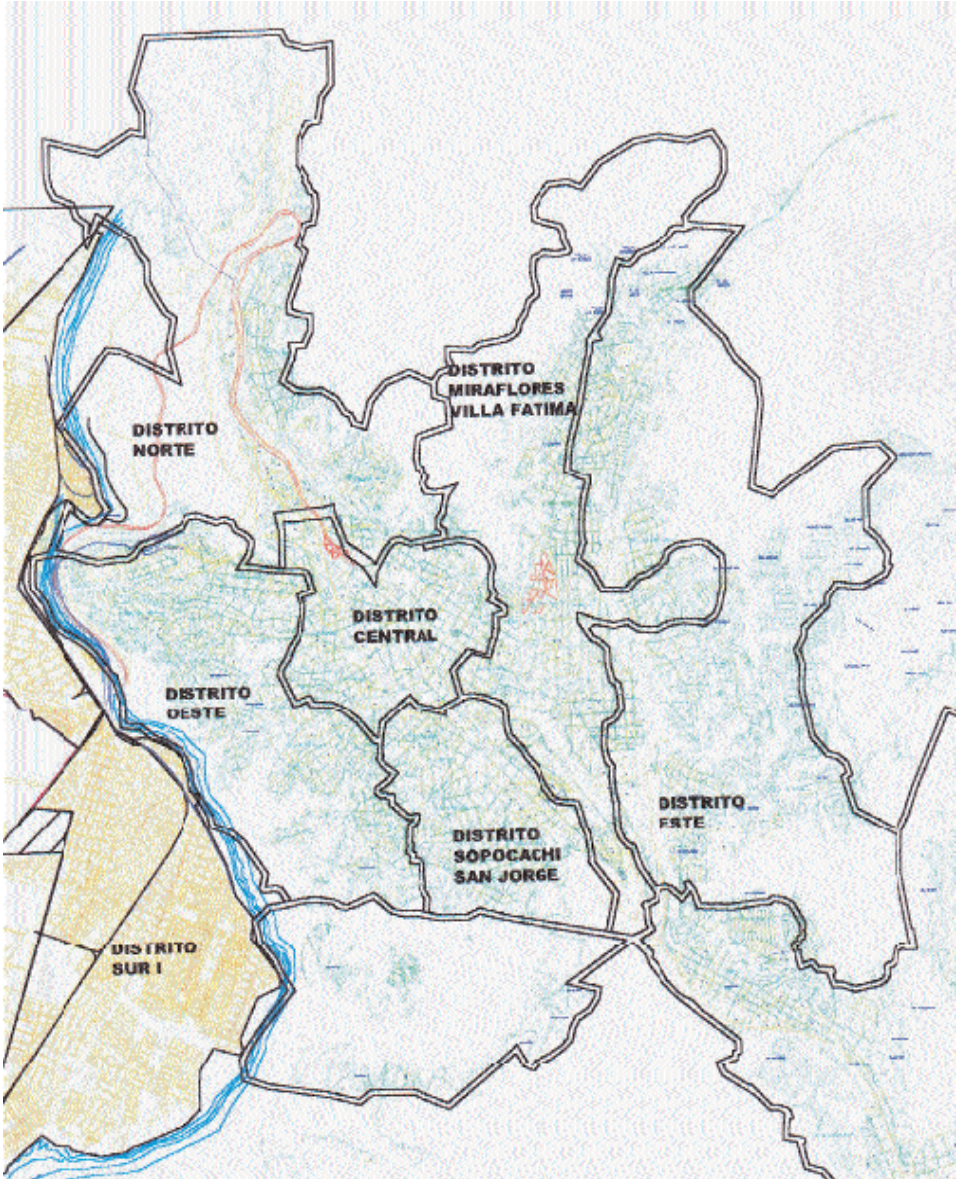
En ciudad de La Habana, las mujeres de raza negra son víctimas en un 36.25% y los varones de raza negra es víctima en un 24.33%; el victimario era de raza negra en un 48.39% en mujeres y 37.88% en varones. La víctima cursa el ciclo medio (38.75% mujeres y 32.44% varones), al igual que el victimario (54.84% mujeres y 54.04% varones); tanto las mujeres y varones víctimas son solteros predominantemente, el victimario varón soltero y la mujer es casada. La mujer víctima de agresión física es ama de casa en un 48.76% y el varón es obrero en un 42.1%; los victimarios masculinos son obreros en un 46.38% y las mujeres amas de casa en un 41.93%.⁷¹

Tanto la mujer víctima en un **23.1% en el Distrito Oeste, en 19.1% el Distrito Norte**; al igual que el varón víctima residía más en el **Distrito Oeste en 21.3% y en 19.1% en el Distrito Norte**. Sus victimarios residían en su mayoría en el Distrito Oeste en un 21.3% femenino y 23.2% el masculino.

CUADRO N° 6: LUGAR DE RESIDENCIA, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES								
LUGAR DE RESIDENCIA	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Distrito Norte	47	14.0	9	19.1	9	19.1	44	13.0
Distrito Este	38	11.3	5	10.6	3	6.4	37	11.0
Distrito Oeste	80	23.8	10	21.3	10	21.3	78	23.2
Distrito Central	18	5.3	4	8.5	1	2.1	19	5.6
Distrito Sopocachi-San Jorge	6	1.8	1	2.1	2	4.2	11	3.3
Distrito Miraflores-Villa Fátima	60	17.8	8	17.0	4	8.5	50	14.9
Zona Sur	23	6.8	2	4.2	2	2.1	14	4.2
Ciudad de El Alto	32	12.1	1	2.1	5	10.6	35	10.4
Otros	32	12.1	7	14.9	11	23.4	48	12.3
Total	336	100	47	100	47	100	336	100

⁷¹ Basanta M. "AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998" (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.

**DISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ
PARA ATENCIÓN DE LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA**



En la Ciudad de La Paz, las víctimas son mujeres jóvenes, casadas, con educación media, amas de casa; que denunciaron a la Brigada de Protección a la Familia. Sus victimarios son varones con las mismas características sociodemográficas, relacionada con la condición de subordinación, dependencia económica por parte de la mujer.

5.- DATOS DEL HECHO VIOLENTO

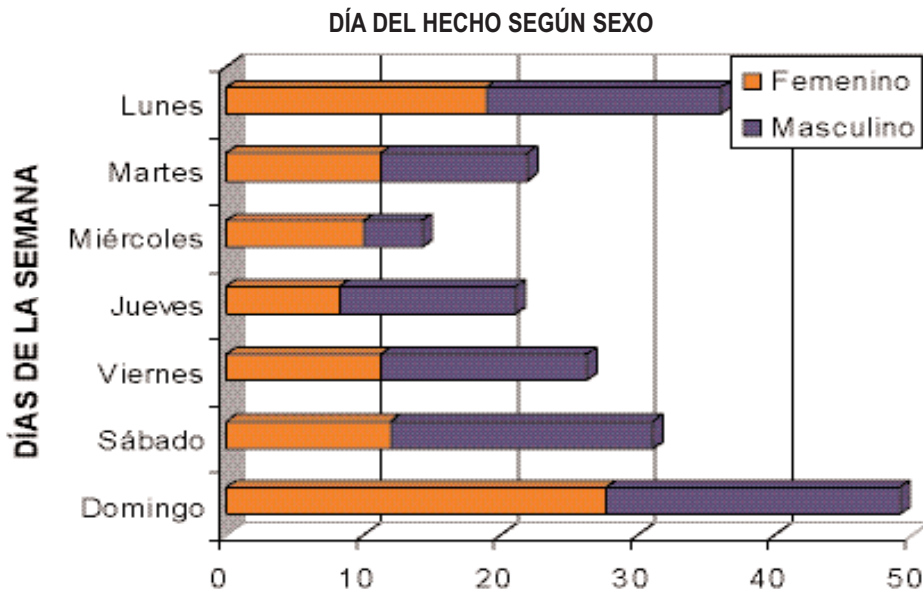
Día de la semana, horario y el lugar de ocurrencia donde se llevó a cabo el hecho de violencia intrafamiliar.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Día del hecho	Cualitativa	Lunes (L) Martes (M) Miércoles (Mié) Jueves (J) Viernes (V) Sábado (S) Domingo (D)	El día de la semana en que ocurrió el hecho.
Horario	Cualitativa	Madrugada (0:01-6:00) Mañana (6:01-12:00) Tarde (12:01-18:00) Noche (18:01-0:00)	Horario en que ocurrió el hecho de violencia.
Lugar del hecho	Cualitativa	Domicilio Vía pública Centro de Trabajo Centro de Estudio Otros	Lugar donde se desarrolló el hecho de violencia.

Resultados y Discusión

Los días que se produjeron los hechos violentos fue en **domingo**, en un **25% de víctimas mujeres** y **21.3% de víctimas varones**. Seguida del día sábado en un 21.3% en el sexo masculino.

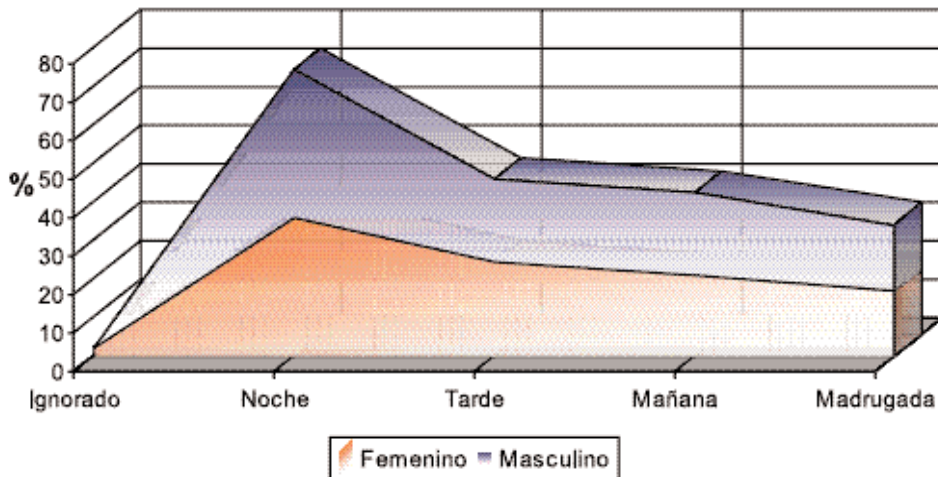
CUADRO N° 7: DÍA DEL HECHO SEGÚN SEXO				
DÍA DE LA SEMANA	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Lunes	64	19.0	8	17.0
Martes	38	11.3	5	10.6
Miércoles	34	10.1	2	4.2
Jueves	28	8.3	6	12.8
Viernes	38	11.3	7	14.9
Sábado	41	12.2	9	19.1
Domingo	93	27.7	10	21.3
Total	336	100%	47	100%



El horario que se produjo el hecho VIF, fue **36% de la noche**, al igual **38.3% tanto en la mujer y el varón** agredidos físicamente; seguido de un 24.4 % en mujeres y 21.3% de varones fue en la tarde.

CUADRO N° 8: HORARIO DEL HECHO SEGÚN SEXO				
HORARIO	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Madrugada	57	17.0	8	17.0
Mañana	70	20.8	10	21.3
Tarde	82	24.4	10	21.3
Noche	121	36.0	18	38.3
Ignorado	6	1.8		
Total	336	100	47	100

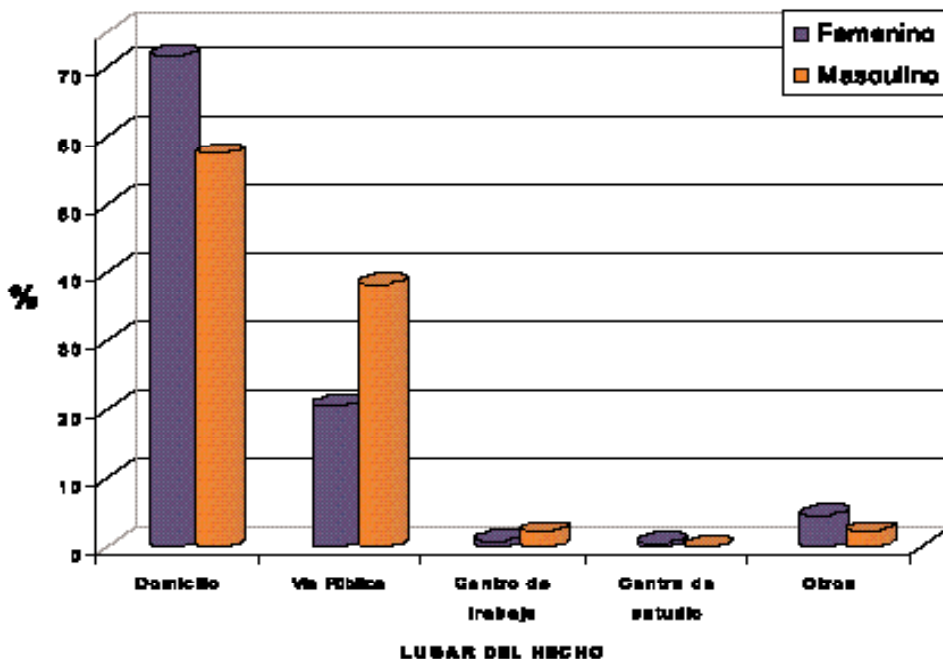
HORARIO DEL HECHO SEGÚN SEXO



Tanto el hombre y la mujer víctimas de VIF, el **hecho violento se ha producido más en el domicilio (en el hogar) en un 71.7% contra la mujer y 57.4% contra el varón**; le sigue la vía pública en un 38.3% la víctima fue masculina y 20.5% fue víctima femenina.

CUADRO N° 9: LUGAR DEL HECHO SEGÚN SEXO				
LUGAR DEL HECHO	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Domicilio	241	71.7	27	57.4
Vía Pública	69	20.5	18	38.3
Centro de trabajo	9	2.7	1	2.1
Centro de estudio	2	0.6		
Otros	15	4.5	1	2.1
Total	336	100	47	100

LUGAR DEL HECHO SEGÚN SEXO



Tanto en mujeres y varones los hechos de VIF fue el fin de semana, por la noche y la tarde en el domicilio, aunque en los varones en fin de semana, por la tarde y noche, en domicilio y en vía pública.

Según Basanta M, en la Ciudad de La Habana⁷² el horario de la agresión contra la mujer es por la tarde y noche, al igual que en el varón. El lugar de ocurrencia de la agresión contra la mujer es en el domicilio en 63.75%; en contra del varón en la vía pública en un 41.63%.

Nuestros resultados y del estudio en La Habana demuestran que los hechos de VIF se dan más en los días del fin de semana, ya que la pareja se tolera durante la semana, cada uno está ocupado en su trabajo, pero el domingo que permanecen juntos hay discrepancias y estalla la violencia, ésta es la teoría del “Riesgo del Tiempo Compartido”.⁷³

En el contexto de la VIF, tanto en hombres y mujeres los momentos de mayor riesgo son: la noche y el fin de semana, el lugar: la casa y los testigos los hijos/as. Con la vieja creencia de que el “hogar” representa el lugar más seguro y armonioso para los/as integrantes de la familia. El hecho de considerarse privado ha condicionado un espacio de la violencia y para la impunidad.⁷⁴ El hecho violento, es semejante a otros autores, se da en el “núcleo familiar”, y en la tarde y noche horario de reunión de sus integrantes.

Se concluyó:

Los hechos de violencia se dieron más en fines de semana, por la noche, en el domicilio familiar, ya que la mujer enfrenta más riesgos en su casa que en las calles de la Ciudad de La Paz.

6.- RELACIÓN VÍCTIMA – VICTIMARIO

Precisando la relación existente entre la víctima y el victimario de violencia doméstica y familiar que denuncien y con examen médico – forense en la Brigada de Protección a la Familia, en la ciudad de La Paz.

⁷² Basanta M. “AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998” (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.

⁷³ García C. “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD”. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p. 310 – 316.

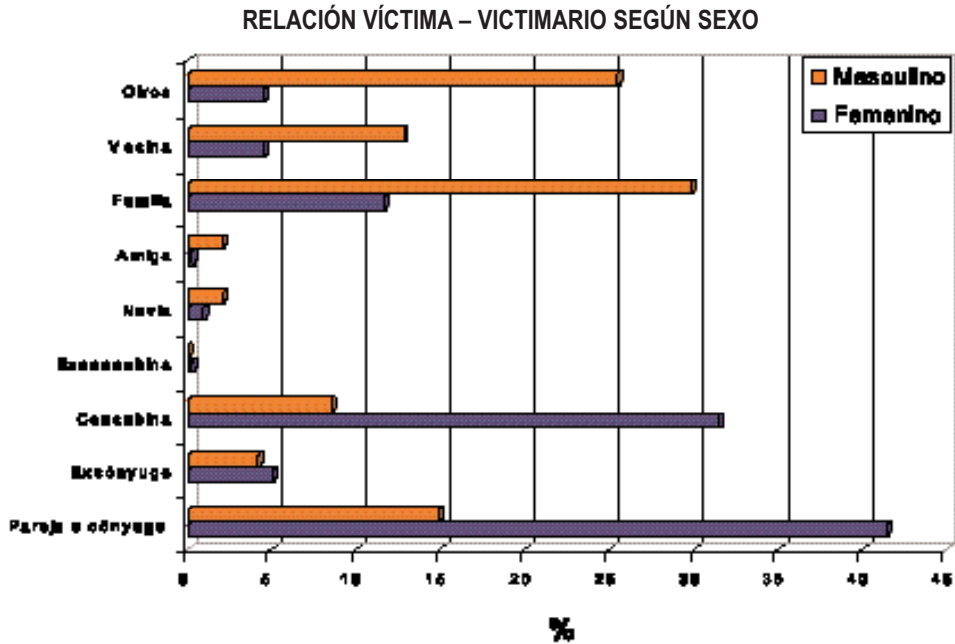
⁷⁴ Sharader E. y Monserrat S. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: LA RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Washington D.C. 1998, p. 23 – 24.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Relación víctima/victimario	Cualitativa	Pareja o cónyuge Ex pareja Concubino Ex concubino Novio Amigo Familiar Vecino Otros	Relación sentimental o emocional que tenía la víctima con el victimario, protagonistas del hecho.

Resultados y Discusión

La mujer víctima de VIF su agresor era su cónyuge en el 41.4% y concubino en un 31.5%, siendo éste el que mantenía relaciones íntimas con la víctima. En cuanto al varón como víctima de VIF su agresor fue más familiar (hij@, sobrín@, ti@, padre, etc.) en un 29.8%, otro tipo de relación (vecin@, cuñad@, amig@, etc.) en un 25.% y sólo un 14.9% era su esposa o cónyuge, no era siempre la pareja íntima la agresora.

CUADRO N° 10: RELACIÓN VÍCTIMA - VICTIMARIO SEGÚN SEXO				
RELACIÓN VÍCTIMA - VICTIMARIO	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Pareja o cónyuge	139	41.4	7	14.9
Ex cónyuge	17	5.0	2	4.2
Concubin@	106	31.5	4	8.5
	1	0.3		
Ex concubin@				
Novi@	3	0.9	1	2.1
Amig@	1	0.3	1	2.1
Familia	39	11.6	14	29.8
Vecin@	15	4.5	6	12.8
Otros	15	4.5	12	25.5
Total	336	100	47	100



Al igual que otros autores coincidieron que el victimario en su mayoría es el cónyuge o concubino, y en alguno varones también pueden ser otro familiar o vecino. Coincidiendo con el estudio de Basanta M.⁷⁵ que indica que la relación de la víctima mujer con su victimario es la pareja íntima en un 47.5%, en el varón la relación con su agresor es un conocido en un 60.54% en la ciudad de La Habana.

Estudios llevados a cabo en los Estados Unidos revelan que durante un periodo de un año, aproximadamente 2, 000, 000 de mujeres son atacadas violentamente por sus maridos o parejas, cifra que otros estudios estiman alrededor 4, 000, 000.⁷⁶

Las mujeres víctimas de VIF tenían una relación íntima y los conocían muy bien a sus agresores (casada o en concubinato).

⁷⁵ Basanta M. "AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998" (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.

⁷⁶ García C. "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD". OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p. 15.

7.- TIPO DE VIOLENCIA

En el tipo de violencia que sufrió la víctima que denuncia y mediante examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia, se planteó la siguiente variable:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Tipo de violencia	Cualitativa ordinal	Violencia Física Violencia Sexual Violencia Psicológica Otras	Violencia física, las conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas.
			Violencia sexual, las conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.
			Violencia Psicológica, las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo; e
			Igualmente, se consideran actos de violencia en la familia los realizados contra los mayores incapacitados.

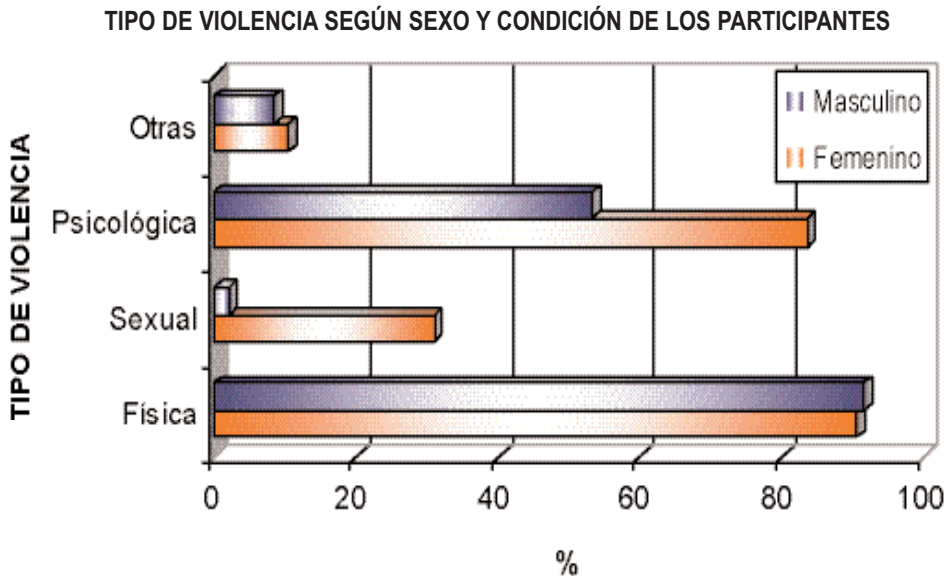
Resultados y Discusión

Tanto en víctimas femeninas y masculinas de VIF, **la violencia física predomina en un 90.5% y 91.5% respectivamente**, y la violencia psicológica en 83.6% y 53.2% en mujeres y varones; es de inferir que ambas venían juntas y no separadas. La violencia sexual en un 30.6% la víctima es mujer y sólo 2.1% en el varón.

CUADRO NRO. 11: TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

CUADRO N° 11: RELACIÓN VÍCTIMA - VICTIMARIO SEGÚN SEXO				
TIPO DE VIOLENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Física*	304	90.5	43	91.5
Sexual*	103	30.6	1	2.1
Psicológica*	281	83.6	25	53.2
Otras*	35	10.4	4	8.5
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.



Nuestros resultados coinciden con otros estudios, donde los hombres suelen experimentar la violencia física ejercida por hombres (conocidos o extraños) y fuera del contexto familiar, las lesiones físicas o la muerte son los resultados más frecuentes. Por el contrario la mayor parte de VIF sufrida por mujeres procede de hombres a los que conocen y a menudo ejercida en la familia y el hogar. Esta violencia puede tener dimensiones físicas, sexuales o psicológicas, se prolongan durante los años y aumenta de intensidad con el tiempo.⁷⁷

La aplicabilidad transcultural de las definiciones surge en los estudios internacionales, ya que los conceptos de lo que constituye violencia contra la mujer son muy variables de unas culturas a otras, ya que hay sociedades donde formas de violencia son toleradas o incluso estimuladas por normas y costumbres sociales.⁷⁸ En Canadá el 29% de las mujeres casadas o en unión consensual informan haber sido agredida físicamente por su compañero; Nueva Zelanda el 20% informan ser golpeadas o maltratadas físicamente por su compañero; en el Reino Unido el 25% de las mujeres reciben puñetazos o bofetadas por su compañero; en Estados Unidos el 28% de las mujeres notifican al menos un episodio de violencia física por su compañero; Camboya el 16% de las mujeres son maltratadas físicamente y 8% son lesionadas; en la India del 18 a 45% de hombres casados reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas; en Corea el 38% de las esposas han sido maltratadas físicamente por su cónyuge durante el año pasado; en Tailandia el 20% de los esposos reconocen su maltrato físico hacia sus esposas; en Egipto el 35% de las mujeres han sido golpeadas por sus esposos en algún momento del matrimonio; en Israel el 32% de las mujeres notifican al menos un episodio de maltrato físico de su compañero y el 30% sufren coerción sexual de sus esposos, ambos en los últimos 12 meses.⁷⁹

En Kenia el 42% de las mujeres son golpeadas o lesionadas físicamente por su compañero y 41% de los hombres informan haber pegado a su compañera; Uganda el 41% de las mujeres son golpeadas o lesionadas físicamente por su compañero y 41% de los hombres informan haber pegado a su compañera; en Zimbabwe el 32% son objeto de maltrato físico de un familiar o persona que vive en la misma casa a partir de los 16 años; en Suiza el 20% de mujeres de 20 a 60 años sufren agresión física. En Chile el 26% notifican al menos un episodio violento de su compañero, el 11% un episodio de violencia y 15% de las mujeres un episodio de violencia menos grave; en Colombia el 19% de las mujeres son agredidas por su compañero en algún momento de su vida; en México el 30% notifican un episodio de violencia física de un compañero, 16% informan violencia física en el año y el 16% de mujeres separadas o acompañadas son objeto de mal-

77 "BOLIVIA: CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FEMENINA Y MASCULINA ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR AÑO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y DEPARTAMENTO, 1991 - 2000. www.ine.go.ggi-bin/iwdie.exe/despliegue/anuario98/c311403xls. 2001, p. 29.

78 Ídem, p. 31.

79 OMS. "VIOLENCE AND INJURY PREVENTION". World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/violencia.htm. 2001.

80 Id www.ine.go.ggi-bin/iwdie.exe/despliegue/anuario98/c311403xls, p 8.

trato físico desde sus 15 años; y en Nicaragua el 52% de mujeres son maltratadas físicamente por su compañero al menos una vez y 27% son objeto de maltrato físico durante el año pasado.^{81 82} En Colombia, alrededor del 20% de las mujeres declaran haber sido golpeadas alguna vez por su cónyuge; en cuanto América Latina en general, los estudios registran que la violencia conyugal afectan a entre 20 y 60% de las mujeres en edad reproductiva.⁸³

La BPF (Brigada de Protección a la Familia) durante el estudio, se atendió 2 220 casos de denuncias de VIF de víctimas femeninas, de las cuales la violencia física estuvo en un 28% en primer lugar del tipo de denuncia y en segundo estuvo la violencia psicológica en un 21%. Mientras que se atendió 541 casos denunciados de VIF en víctimas masculinas, de los cuales un 24 % fue la violencia psicológica en primer lugar del tipo de denuncia y la violencia física en un 11% en segundo lugar.⁸⁴

Nuestro estudio coincidió con los reportados por otros autores, que la mujer sufren tanto violencia física como psicológica dentro del hogar y por sus compañeros.

Vemos que tanto en BPF (Brigada de Protección a la Familia) y RCP (Radio “Carlos Palenque”), la mujer fue víctima de violencia sexual en cifras que llaman la atención, este tipo de violencia puede producir otros efectos deletéreos sobre la salud y el bienestar de las mujeres. La violencia sexual aumenta el riesgo de las mujeres de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, puede deberse a relaciones sexuales forzadas o porque difícilmente puedan obligar al hombre a usar el condón. Se describe que el sexo forzado es más frecuente en mujeres que viven con hombres violentos y/o alcohólicos. En Bolivia y Puerto Rico se encuentra que el 58% de las mujeres golpeadas son sexualmente asaltadas por sus compañeros, mientras que en Colombia es proporción es del 46%.⁸⁵

De los casos registrados y atendidos por la Brigada de Protección a la Familia⁸⁶ en 1999, se atiende en La Paz 19, 697 casos, un 15% de agresión física, 15% de agresión psicológica, 1% de agresión sexual y 17% agresión física/psicológica/sexual. A nivel nacional se atienden 44,521 casos: 25% agresión física, 24% agresión psicológica, 2% agresión sexual y 18% agresión física/psicológica/sexual. En el año 2000, se atiende en La Paz 46,217 casos, un 7% de agresión físi-

⁸¹ OMS. “VIOLENCE AND INJURY PREVENTION”. World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/violencia.htm. 2001.

⁸² OPS- OMS. “LA VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, LA PANDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XX” (Comunicación para salud No 10). 1996, p. 32, p. 8.

⁸³ Klevens J. “VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER EN SANTA FE DE BOGOTÁ: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS”. Rev. Panamericana Salud Pública/ pan Am/ Public Health 9(2). 2001, p. 78 – 83.

⁸⁴ Datos obtenidos del Archivo General de la Brigada de Protección a la Familia, de la ciudad de la Paz (calle Sucre). 2002.

⁸⁵ García C. “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD”. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p. 38, p. 24.

⁸⁶ Datos obtenidos del Departamento Nacional de Estadística del Comando General de la Policía Nacional. La Paz, 2002.

ca, 6% de agresión psicológica, 1% de agresión sexual y 87% agresión física/psicológica/sexual. En Bolivia se atienden 73,166 casos: 17% agresión física, 16% agresión psicológica, 2% agresión sexual y 13% agresión física/psicológica/sexual.

Se expone a continuación los siguientes datos⁸⁷: Información recolectada a través de cuestionario preelaborado de 67 instituciones que trabajan la problemática de violencia de género en el país. El 76.1% representa instancias estatales y el resto a ONG. Se recibieron respuestas de instituciones de La Paz (9%), Oruro (13.4%), Potosí (16.4%), Pando-Cobija (9%), Sucre (7.5%), Santa Cruz (7.5%), Trinidad-Beni (13.4%), Cochabamba (13.4%) y Tarija (10.4%), sin que los porcentajes signifiquen necesariamente la presencia de un mayor número de instituciones por región.

Datos de los Servicios Legales Integrales, entre noviembre de 1994 y julio de 1997, indican la recepción de un total de 25.875 casos en los 9 departamentos del país. Entre ellos el mayor número se registró en Santa Cruz, departamento oriental (40.8%).

En el 2001, se atiende en La Paz 11,411 casos, un 15% de agresión física, 18% de agresión psicológica, 0.07% de agresión sexual y 16% agresión física/psicológica/sexual. A nivel nacional se atienden 38,702 casos: 21% agresión física, 30% agresión psicológica, 0.2% agresión sexual y 19% agresión física/psicológica/sexual⁸⁸.

Según el SLIM⁸⁹ del Municipio de la Ciudad de La Paz, en enero y febrero de 2002 se atienden de 287 denuncias, de las cuales el 35% es de VIF: 8 % de violencia física, 13% de violencia psicológica y 5% de violencia sexual. En agosto 2001 se atendió 93 casos, de los cuales la mujer es víctima en un 25% de agresión física, 19% de agresión psicológica y 2% de agresión sexual; en octubre 2001 de 82 casos, la mujer es víctima de violencia física en un 17%, de violencia psicológica en un 13% y violencia sexual en un 5%. En noviembre 2001, de 87 casos la mujer en un 17% fue víctima de violencia física, 18% de violencia psicológica y 2% de violencia sexual.

Los casos atendidos de VIF contra la mujer por la Unidad de Promoción y Asistencia Psico/Socio/Legal de la Fundación La Paz⁹⁰, en octubre 2001 en la ciudad de La Paz, indica: 23% es violencia física, 18% violencia sexual y 47% violencia psicológica.

Casos atendidos de VIF contra la mujer por el Servicio Legal-Psicológico del CIDEM ⁹¹ en la ciudad de El Alto, en octubre 2001 reporta: 62% es agresión física, 15% agresión física / psicológica

⁸⁷ BOLIVIA: CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FEMENINA Y MASCULINA ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR AÑO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y DEPARTAMENTO, 1991 - 2000. www.ine.go.gob/bin/iwdie.exe/despliegue/anuario98/c311403.xls. 2001, p. 29.

⁸⁸ Datos obtenidos del Archivo General de la Brigada de Protección a la Familia, de la ciudad de La Paz (calle Sucre). 2002.

⁸⁹ Datos obtenidos del Servicio Legal Integral del Municipio de La Paz, oficina de Atención a la Mujer. 2002

⁹⁰ VAGGF - Fundación La Paz. ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER- CIUDAD DE LA PAZ. 2001.

⁹¹ VAGGF - CIDEM. ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER- CIUDAD DE EL ALTO DE LA PAZ. 2001.

gica, 10% es agresión física/ psicológica/ sexual, 4% agresión física/ sexual, 6% agresión psicológica y 3% de agresión sexual.

En los casos de VIF contra la mujer atendidos por el Departamento Social y Jurídico-Casa de la Mujer de Santa Cruz⁹², indica: 32% de violencia física, 54% de violencia psicológica, 6% de violencia sexual, 2% violación, 4% amenaza de muerte y 2% de intento de homicidio.

De acuerdo a los casos atendidos por los 27 SLIM de todo el país, desde noviembre de 1994 a julio de 1997 alcanza a 25,875 casos de los cuales se observa: un 37.63% violencia física, 26.18% violencia psicológica, 2% violencia sexual y 23.48% los tres tipos de violencia.⁹³

Tanto nuestros resultados, como en la de otros autores, la violencia doméstica se manifiesta no sólo en la agresión física y sexual, si no en todas aquellas acciones de abuso emocional tales como la humillación verbal, la amenaza a la agresión física o de abandono, el chantaje económico y la reclusión obligada en el hogar. Expertos indican que muchas mujeres consideran el abuso psicológico y la humillación aún más devastadoras que la violencia física.⁹⁴

La mujer paceña sufre agresión física y psicológica por su compañero, precisamente por quien la mujer ha elegido como compañero para formar su familia.

8.- CUADRO LESIVO

Determinando la naturaleza, agente vulnerante, ubicación de las lesiones, gravedad de las lesiones y secuelas en víctimas de violencia denunciadas, con examen médico - en la Brigada de Protección a la Familia, en la Ciudad de La Paz.

⁹² VAGGF – Casa de la Mujer. ATENCIÓN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Santa Cruz. 2001.

⁹³ Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. "VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN RAZÓN DE GÉNERO". La Paz. 2002, p. 34.

⁹⁴ García C. "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD". OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p. 38, p. 16.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Naturaleza de la lesión	Cualitativa ordinal	Excoriación Equimosis Hematomas Heridas contusas Mordeduras Quemaduras Heridas Fracturas Lesiones de órganos internos Otros	Tipo de lesión que produce el victimario a la víctima en el hecho.
Agente vulnerante	Cualitativa	Manos Pies Dientes Arma blanca Líquidos hirvientes Material inflamable Electricidad Otros	Objeto o instrumento con que se produjo la lesión en el momento del hecho.
Ubicación de la lesión	Cualitativa	Cabeza Cara Cuello Brazo Antebrazo Manos Tórax Abdomen Pelvis Miembros inferiores Órganos internos Otros	Localización de la lesión en los diferentes segmentos del cuerpo.
Calificación de lesiones	Cualitativa	Gravísimas (Más 180 días) Graves (180-30 días) Leves (Menos de 30 días) No presentó	Calificación de la incapacidad de la lesión como consecuencia del hecho de violencia.
Secuelas	Cualitativa	Anatómica Psicológica Funcional	Complicación o secuela producto de las lesiones del hecho.
Agravantes	Cualitativa	Embarazo Tercera edad Incapacidad Violencias anteriores	Según las agravantes del Art. 10 de la Ley 1674.

NATURALEZA DE LA LESIÓN

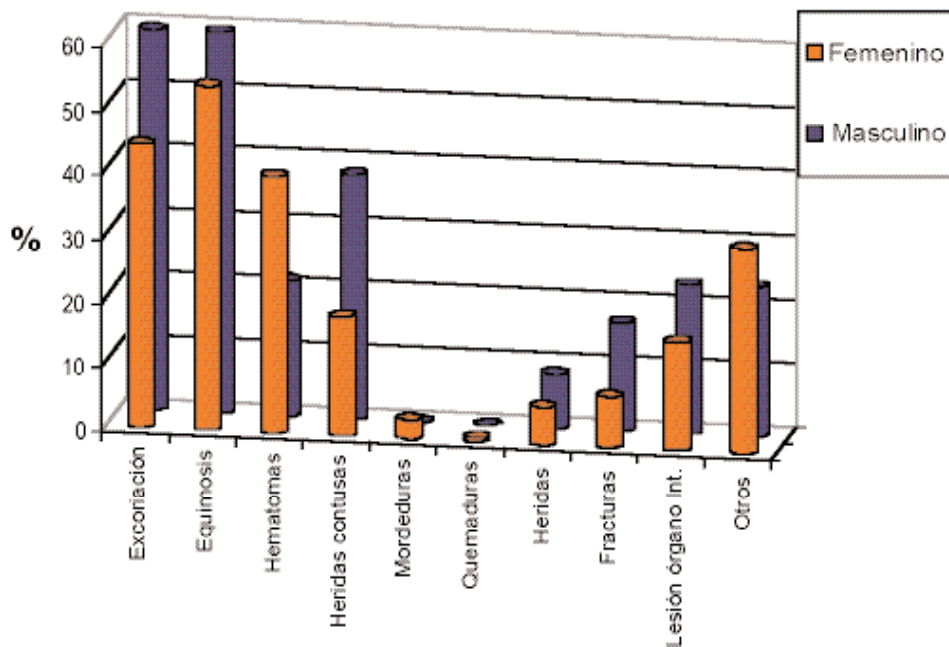
Resultados y Discusión

La naturaleza de la lesión o tipo de lesión fue **de equimosis en un 53.9% en la mujer y 59.6% en el varón**; la **excoriación en un 44.3% en la mujer y 59.6% en el varón**; y sólo en la mujer víctima de violencia física los hematomas 40.2% en la consulta médica.

CUADRO N° 12: NATURALEZA DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO				
NATURALEZA DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Excoriación*	149	44.3	28	59.6
Equimosis*	208	53.9	28	59.6
Hematomas*	135	40.2	10	21.3
Heridas contusas*	63	18.7	18	38.3
Mordeduras*	10	3.0		
Quemaduras*	2	0.6		
Heridas*	20	5.9	4	8.5
Fracturas*	27	8.0	8	17.0
Lesiones de				
órganos internos*	57	17.0	11	23.4
Otros*	108	32.1	11	23.4
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.

NATURALEZA DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

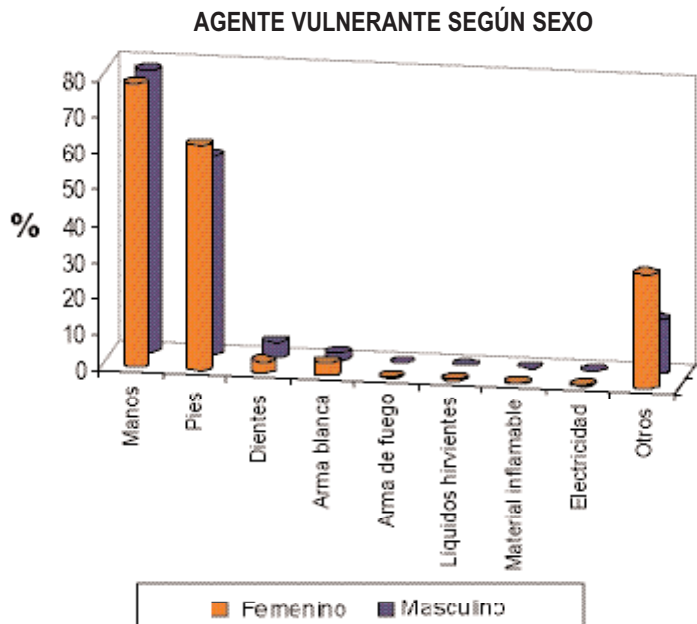


AGENTE VULNERANTE

El agente vulnerante mas usado por los victimarios durante el hecho violento fue **las manos en un 78.6% en víctimas mujeres y 78.2% en víctimas varones**; el siguiente fue los pies en 62.5% en mujeres y 55.3% en varones en VIF. El siguiente fue otros agentes vulnerantes como piedras, látigos, palos, etc.

CUADRO N° 13: AGENTE VULNERANTE SEGÚN SEXO				
AGENTE VULNERANTE	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Manos*	264	78.6	37	78.2
Pies*	210	62.5	26	55.3
Dientes*	10	3.0	2	4.2
Arma blanca*	12	3.6	1	2.1
Arma de fuego*	1	0.3		
Líquidos hirvientes*	2	0.6		
Material inflamable*	1	0.3		
Electricidad*	1	0.3		
Otros*	107	31.8	7	14.9
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.



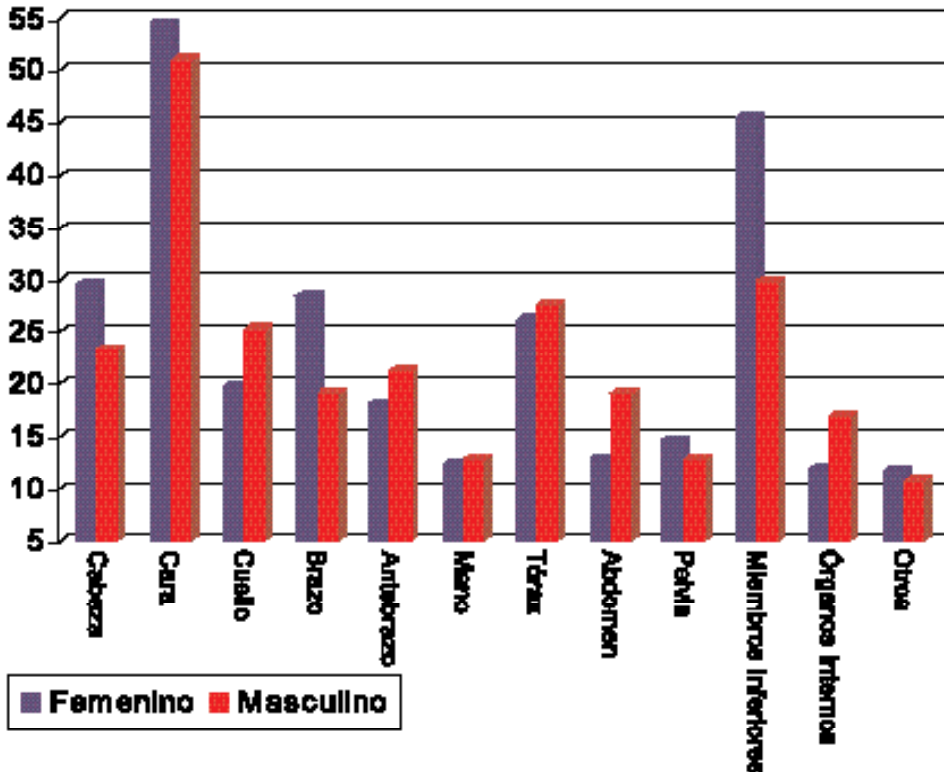
UBICACIÓN ANATÓMICA

La ubicación anatómica de las lesiones en el cuerpo de las **víctimas mujeres, fue en la cara en 54.5%**, seguido de los miembros inferiores en 45.5% y cabeza en un 29.5%. Mientras que en el **varón se ubicaron en la cara 51%**, miembros inferiores en 29.8% y en el tórax 27.6%.

CUADRO N° 14: UBICACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO				
UBICACIÓN DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Cabeza*	99	29.5	11	23.4
Cara*	183	54.5	24	51.0
Cuello*	66	19.6	12	25.3
Brazo*	95	28.3	9	19.1
Antebrazo*	61	18.1	10	21.3
Mano*	41	12.2	6	12.8
Tórax*	88	26.2	13	27.6
Abdomen*	43	12.8	9	19.1
Pelvis	49	14.6	6	12.8
Miembros inferiores*	153	45.5	14	29.8
Órganos internos	40	11.9	8	17.0
Otros	39	11.6	5	10.6
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.

UBICACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

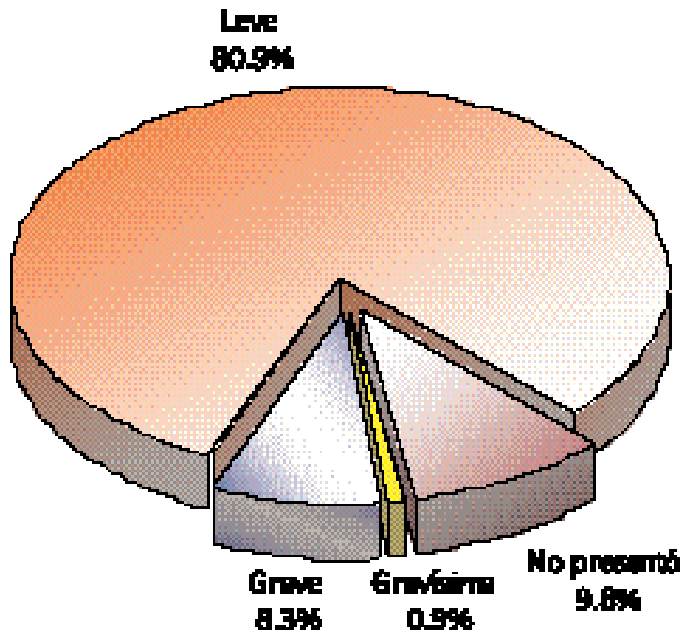


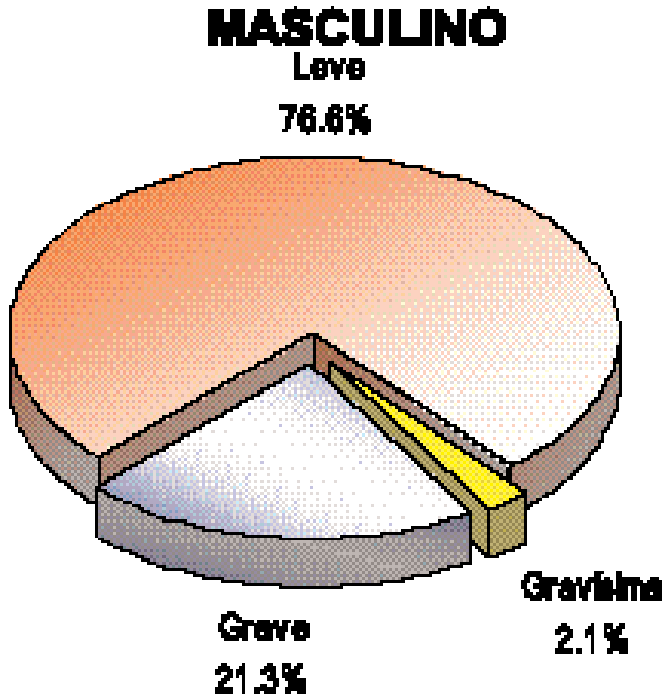
La calificación de lesiones de acuerdo al Código Penal Boliviano, fue tanto en casos de víctimas mujeres y varones de LEVE (menos de 29 días de impedimento), en un 80.9 % en mujeres agredidas físicamente y 76.6% en varones víctimas de violencia física. Seguidas en el varón de GRAVE en un 25.5% y de 8.3% en la víctima mujer.

CUADRO N° 15: CALIFICACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO				
CALIFICACIÓN DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Gravísima	3	0.9	1	2.1
Grave	28	8.3	10	21.3
Leve	272	80.9	36	76.6
No presentó	33	9.8		
Total	336	100	47	21.3

CALIFICACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

FEMENINO



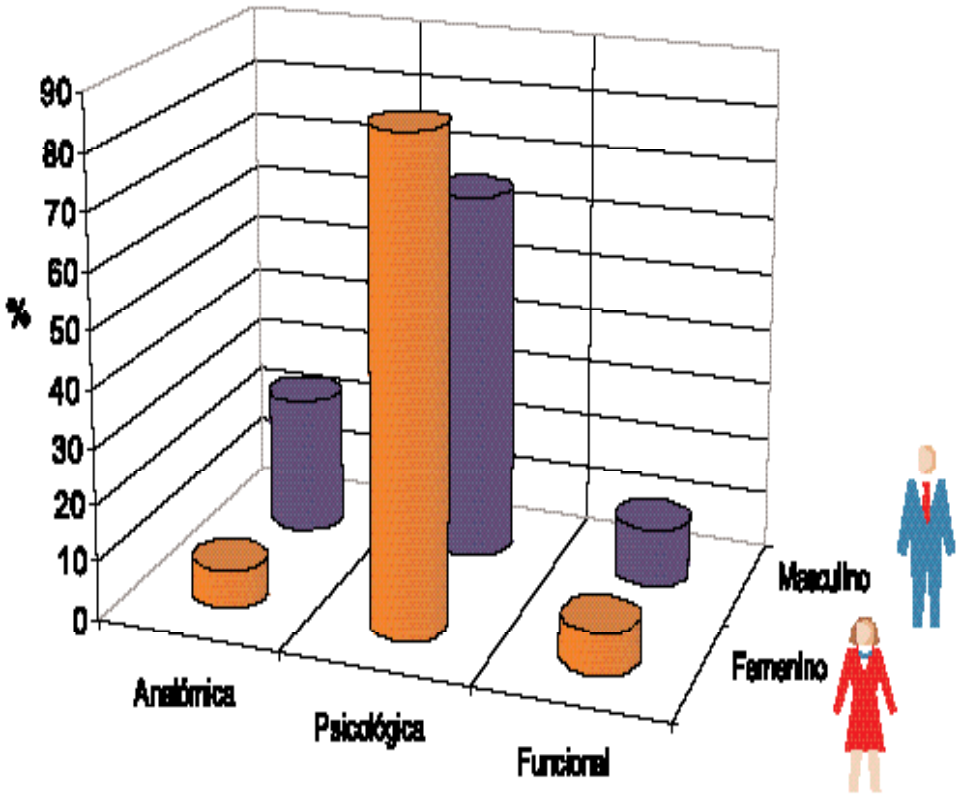


SECUELAS

Tanto en mujeres y varones víctimas de VIF la principal secuela fue la psicológica en un **85.7%** y **65.5%** respectivamente, después del hecho violento dentro de la familia.

CUADRO N° 16: SECUELAS SEGÚN SEXO				
SECUELAS	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Anatómica	23	6.8	7	24.1
Psicológica	288	85.7	19	65.5
Funcional	25	7.4	3	10.3
Total	336	100	39	100

SECUELAS SEGÚN SEXO



AGRAVANTES SEGÚN LA LEY 1674

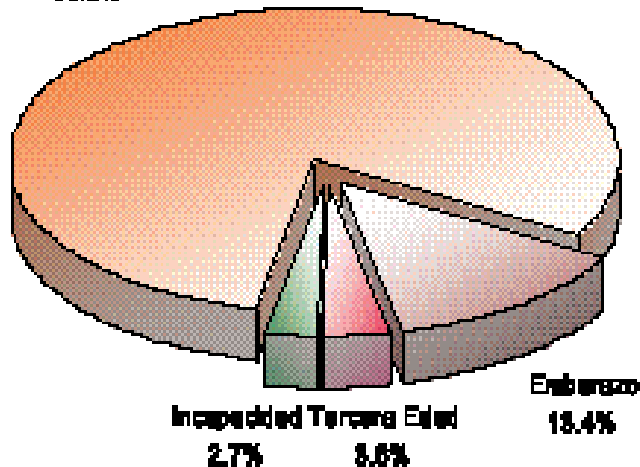
Dentro de las agravantes contempladas en la Ley 1674 fue tanto en víctimas mujeres y varones, la **violencia anterior** (antecedentes de actos violentos anteriores) en **un 80.3% y 82.7% respectivamente**; y en **13.4% agresión física a mujeres embarazadas**.

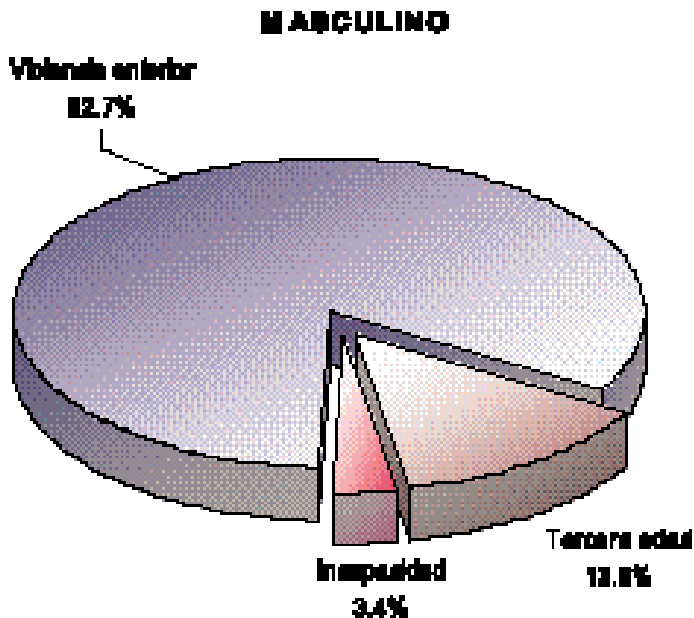
CUADRO N° 17: AGRAVANTES SEGÚN SEXO				
AGRAVANTES	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Embarazo	45	13.4		
Tercera edad	12	3.6	4	13.8
Incapacidad	9	2.7	1	3.4
Violencia anterior	270	80.3	24	82.7
Total	336	100	29	100

AGRAVANTES SEGÚN SEXO

FEMENINO

Violencia anterior
80.3%





Las lesiones causadas tanto en víctimas femeninas como masculinas fueron contusiones de primer grado (equimosis, hematomas, excoriaciones y heridas contusas) provocada por las manos y los pies del agresor, como agente vulnerante. Localizadas principalmente en la mujer en la cara y miembros inferiores; en el varón fue cara, tórax y miembros inferiores. La calificación de las lesiones de acuerdo al Código Penal Boliviano, la mayoría fueron LEVES, aunque existieron algunas graves y en algunas mujeres fue Gravísima.

En la ciudad de La Habana⁹⁵ los casos de violencia física presenta: la naturaleza de la lesión tanto en mujeres y varones fueron agredidas por arma blanca. La región más dañada en víctimas mujeres es la cara en su mayoría, en víctimas varones es la cara y tronco anterior. La calificación de las lesiones en mujeres fue con secuela y en los varones con secuela y con peligro, de acuerdo a la legislación Cubana, el móvil más frecuente es la riña en los varones, mientras que en la mujer es la riña y pasional son las más frecuentes.

Nuestros resultados en la Ciudad de La Paz y los de ciudad de La Habana, evidencian que las lesiones en la mujer se localizan en lugares de exposición que la pareja íntima agrede para evitar

⁹⁵ Basanta M. "AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998" (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.

que salga del domicilio, baja autoestima y genera miedo a la denuncia. Mientras que las zonas de agresión en el varón es por otro varón y se localizan en zonas que van poner en peligro la vida, las causadas por la mujer (estigma ungueal en la cara) pueden tener motivación parecida a la de la víctima mujer.

La VIF (violencia física y sexual) contra la mujer se encuentra lesiones (que oscilan desde cortes y hematomas a lesiones graves que causen incapacidad permanente), enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, dolor pélvico crónico asociado a veces a enfermedad inflamatoria pélvica, hipertensión, depresión, trastornos por ansiedad, trastornos de estrés post-traumático, cefalea, síndrome de colon irritable y manifestaciones psicósomáticas.⁹⁶

De acuerdo a los estudios de Klevens J. y Ellsberg M. et. al.^{97 98}, el primero en 3157 mujeres entrevistadas, encuentra el 27.3% víctimas con algún tipo de agresión por parte de su compañero actual, de ellas 67.4% fue agresión física: 26.5% agresión moderada (abofeteada o empujada) y el 13.3% agresión grave (golpes a puño limpio, con objeto contundente, con arma blanca y con arma de fuego) y 46.76% ambos tipos de agresión. Asociado 26.25 de las mujeres revelan que su compañero les prohibía ciertas actividades: 14% prohibido trabajar, estudiar o visitar a sus amigas; 10% recibir visitas en la casa; 8% visitar a sus familiares y 3% planificar embarazos; éstas triplicaron en riesgo de agresión. En Nicaragua, se entrevistó 10,687 mujeres de 15 a 49 años, de las cuales entre el 20 a 50% han experimentado violencia física por su compañero íntimo: 27% dentro los primeros 12 meses, el 70% violencia anterior o actual, el 20% violencia física severa más 6 veces en un año, según Ellsberg M. et. al. Los resultados del cuadro lesivo en las víctimas (varones y mujeres) de BPF fueron agresión física severa.

De acuerdo al cuadro lesivo encontrado y otros estudios refieren que las lesiones físicas pueden servir como indicador adecuado para medir la VIF, no proporcionan un marco lo bastante amplio para conocer otras muchas formas de violencia. Se debe reconocer que la violencia es una causa de lesiones, pero su valoración exclusiva limita el conocimiento de las muchas formas de violencia y sus múltiples consecuencias para la salud. Una forma de conceptualizar la VIF contra la mujer es como factor de riesgo para la mala salud y sus consecuencias se traducen en la salud y la vida de la mujer. Se ignoran las profundas consecuencias de la violencia en la salud mental de la mujer; la fuerte asociación entre la historia de VIF y el desarrollo de problemas psiquiátricos está bien documentada. En América Latina, la consideración penal del acto de violencia como delito y su persecución por la justicia dependen del tipo y de la gravedad de la lesión física. En

⁹⁶ OPS-OMS. "LA VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, LA PANDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XX" (Comunicación para salud Nro 10). 1996, p. 11.

⁹⁷ Klevens J. "VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER EN SANTA FE DE BOGOTÁ: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS". Rev. Panam Salud Pública/ pan Am/ Public Health 9(2). 2001, p. 78 – 83.

⁹⁸ Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Lijestrand J. y Winkvist A. "WIFE ABUSE AMONG WOMAN OF CHILDBEARING AGE IN NICARAGUA". Rev. American Journal of Public Health 89(2), february 1999, p. 241 - 243.

Nicaragua se demuestra que los hombres aprenden a modificar su comportamiento con el fin de adaptarlo a la ley (golpear un lugares normalmente no expuestos).⁹⁹

En todas las víctimas de VIF (mujeres y hombres) denunciadas en BPF y detectadas en RCP, la secuela principal fue la PSICOLÓGICA, hubo también algunos casos donde la secuela fue la anatómica, y sobre todo en víctimas del sexo femenino de la BPF, la segunda en importancia fue la secuela funcional. Son importantes los efectos de la VIF sobre la salud mental de víctimas que viven estas situaciones, siendo la mujer la que sufre mayores problemas especialmente en la violencia física. Los efectos se traducen en alteraciones psíquicas y del sistema nervioso neurovegetativo que afecta su salud y las relaciones sociales pudiendo alterar su conducta.¹⁰⁰

En las mujeres, las consecuencias de la violencia se manifiesta en la disminución de la autoestima, el temor, la neurosis, los intentos de suicidio, la depresión, la tendencia al abuso de alcohol y las drogas, problemas ginecológicos, partos prematuros y discapacidades pasajeras o permanentes desde el punto de vista clínico.¹⁰¹ Desde el punto de vista médico-legal la “secuela psicológica”, es la permanencia de un cuadro lesivo, una alteración estructural o anatómica definitiva, lo anterior son secuelas clínicamente tratables y temporales.

⁹⁹ Klevens J. “VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER EN SANTA FE DE BOGOTÁ: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS”. Rev. Panam Salud Pública/ pan Am/ Public Health 9(2). 2001, p. 29 –30.

¹⁰⁰ Sharader E. y Monserrat S. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: LA RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Washington D.C. 1998, p 24 – 25.

¹⁰¹ García C. “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD”. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p. 38, p. 16.

En la mayoría de los casos de víctimas de VIF (mujeres y hombres) denunciadas en BPF, la principal agravante según la Ley 1674. Ley Contra La Violencia Intrafamiliar y Doméstica, fue la de violencia anterior. En las víctimas mujeres fue la agresión física durante el embarazo. Algunos casos en la tercera edad e incapacidad.

Se concluye:

- **El compañero agrede físicamente a su mujer con puños y patadas, provocando equimosis, excoiaciones y hematomas localizadas en el rostro y miembros inferiores, posiblemente con la intención del agresor de provocar afectación de la belleza, provocando reclusión en el domicilio, bajan la autoestima y temor hacia el victimario.**
- **La mujer denuncia el hecho violento, después de varios episodios anteriores, debido al miedo que tiene la víctima al agresor por represalias pueda tomar, miedo al abandono del hogar, la dependencia económica de la víctima con su victimario y por idiosincrasia cultural.**
- **El cuadro lesivo era leve de acuerdo a Nuestro Código Penal, en la mayoría de los certificados médicos emitidos.**

9.- INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y SUSTANCIAS CONTROLADAS

Influencia de bebidas alcohólicas y otras sustancias en el hecho de violencia intrafamiliar.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Alcohol	Cualitativa	Si ha bebido Embriaguez No ha bebido	Victimario/víctima que ha consumido bebidas alcohólicas.
otras	Cualitativa	Si ha consumido Cuál fue la sustancia	Victimario/víctima que ha consumido o está bajo los efectos de sustancias controladas.
		No ha consumido	

Resultados y Discusión

En la VIF contra la mujer, si tuvo influencia las ingestión de alcohol en un 47.9%, el estado de embriaguez en un 40.5%. En la VIF contra el varón no tuvo influencia la ingestión de alcohol en un 61.7%, siendo otros los móviles (riñas, intereses económicos o conflictos por herencia en la familia, etc.)

CUADRO Nº 18: INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN SEXO				
INGESTIÓN DE ALCOHOL	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Si ha ingerido*	161	47.9	17	36.2
Embriaguez*	136	40.5	18	38.3
No ha ingerido	149	44.3	29	61.7
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.

Tanto la mujer y el varón víctimas de VIF, la ingestión de sustancias controladas, **en un 76.2% y 87.2% respectivamente no fue predominante la influencia en el hecho violento.**

CUADRO N° 18: INFLUENCIA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN SEXO				
DROGA INGERIDA	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Si ha ingerido	24	7.1	3	6.4
Marihuana	12	3.6	2	4.2
Cocaína	11	3.3	2	4.2
Diazepan	1	0.3		
Alprazolam	1	0.3		
Anfetaminas			1	2.1
No ha ingerido	287	85.4	39	83.0
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.

Según Caballero et al, indican que el “estado de ebriedad” se percibe como uno de los principales factores que precipitan hechos de VIF en un 56.4% en los hombres y 16.8% en las mujeres.¹⁰² En estudios de la OPS/OMS indican que en algunas sociedades y subcultura la violencia contra la mujer está asociada con el abuso de alcohol y las drogas y por eso éstos también pueden ser considerados como factores de riesgo para VIF. En Estados Unidos se llevó a cabo investigaciones que muestran que hombres violentos que tienen serios problemas de alcoholismo abusan de sus compañeras o esposas tanto en condiciones de ebriedad como cuando están sobrios.¹⁰³ Una relación exacta entre el alcohol y la violencia sigue siendo oscura. No obstante, existen varones violentos que abusan del alcohol tienen accesos de violencia con mayor frecuencia y que infligen lesiones más graves a sus compañeras, en comparación con los que no tienen problemas con el alcohol.¹⁰⁴

¹⁰² Sharader E. y Monserrat S. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: LA RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Washington D.C. 1998, p. 15.

¹⁰³ Ídem, p. 16.

¹⁰⁴ OPS- OMS. “LA VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, LA PANDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XX” (Comunicación para salud Nro 10). 1996, p. 22.

Nuestro resultados y todos los estudios nos indican que este problema se tiene que enfocar como un problema de salud pública, para establecer un programa de detección precoz con entrenamiento especial a los trabajadores de salud que aprendan a reconocer el problema, lo manejen con sensibilidad de acción, también los servicios de apoyo y protección de las víctimas tienen que extenderse y fortalecerse para orientación, asistencia legal y capacitación laboral y educativa; por otra parte desarrollarse servicios alternativos efectivos para los victimarios.

La ingestión de alcohol no influyó significativamente en los hechos de VIF femenina y masculina, debiéndose los mismos a otros móviles (problemas económicos, celos, riñas, etc.).

9.1. Intoxicación por Alcohol Etílico

El alcohol es un líquido volátil y diáfano, incoloro, de sabor urente, olor fuerte, agradable y miscible en el agua. Generalmente es obtenido por procesos de fermentación de productos vegetales de distinta naturaleza.

El alcohol es un tóxico de gran difusión y las intoxicaciones agudas, consecutivas a su consumo son de muy frecuente observación en nuestro medio, por lo que su estudio merece un especial interés.

Sabemos que la determinación del etanol (alcohol etílico) en el cuerpo humano es la prueba que con mayor frecuencia se solicita a los laboratorios forenses.

Su entrada al organismo, ocasiona un desequilibrio metabólico, que en grandes concentraciones es tóxico, especialmente a partir de su metabolito "acetaldehído", por su alta reactividad química.

Su excesivo consumo nos puede llevar a una intoxicación común accidental o voluntaria, hay también las intoxicaciones profesionales, esta última de gran interés médico-legal.

La importancia médico-legal del alcohol, está dada por constituir un factor criminógeno, presente casi siempre en actos violentos accidentales y no accidentales (delitos de lesiones, homicidios, suicidios, etc.). Es motivo también de varias actuaciones periciales médico-legales. Se señala que "el consumo de alcohol es directamente proporcional al índice de criminalidad".

ABSORCIÓN

El alcohol se puede absorber por varias vías, siendo su vía de ingreso al organismo generalmente por vía oral, excepcionalmente por inhalación, o a través de la piel.

Por vía digestiva se absorbe a partir de los 5 a 10 minutos de haber sido ingerido, mediante un mecanismo es de difusión pasiva, a través de la mucosa gástrica e intestinal, pasando al torrente sanguíneo.

El proceso de absorción digestiva se completa en 2 a 6 horas o aún más.

Existen diversos factores que intervienen en el proceso de absorción:

- a) Concentración.- La velocidad aumenta en función de la concentración. Una concentración muy elevada altera la motilidad gástrica y además produce piloto espasmo con lo cual el pasaje al intestino se retarda y con ello la absorción se hace más lenta.
- b) Presencia de alimentos.- La mayoría de los alimentos tienden a dificultar la absorción del alcohol en el estómago. Además, demoran la evacuación gástrica y por lo tanto postergan la iniciación del tiempo de absorción intestinal el que, por su importancia, incide fundamentalmente en el proceso. Como es sabido, las grasas en primer término y luego las proteínas y carbohidratos en ese orden, retardan el pasaje del contenido gástrico al duodeno y consecuentemente la velocidad de absorción del alcohol.

Variables individuales

La velocidad de absorción del alcohol administrado por vía digestiva varía significativamente de un sujeto a otro. En ello juegan un rol preponderante, las diferencias personales del tiempo de evacuación gástrica, así como algunas patologías preexistentes u operaciones efectuadas sobre el estómago e intestinos.

En ayunas, la absorción es más rápida en duodeno y yeyuno. Con el estómago lleno, la absorción se retarda.

DISTRIBUCIÓN

El alcohol puede ser detectado en sangre a los 5 minutos de su ingestión y *alcanza* su máxima concentración al cabo de media a una hora y media dependiendo ello de los diversos factores

que modifican el tiempo de absorción digestiva entre los cuales debe destacarse como el más importante, a la vacuidad o no del estómago. Por medio de la sangre el alcohol es vehiculizado a todos los tejidos y líquidos orgánicos en los que, en función de su gran hidrosolubilidad, se distribuye proporcionalmente al contenido acuoso intra y extracelular y en forma inversamente proporcional al contenido de lípidos.

Es de especial interés destacar la importancia de los efectos tóxicos del alcohol sobre el Sistema Nervioso Central en el que, muy rápidamente alcanza altas concentraciones como resultado del gran flujo circulatorio cerebral.

METABOLISMO

El alcohol en el organismo sufre un proceso oxidativo, que se desarrolla exclusivamente en el hígado, transformándose el etanol en acetaldehído y posteriormente en acetato por medio de la cadena enzimática.

A continuación se considerará lo relativo a las etapas y cinética de la biotransformación del alcohol.

Etapas:

Entre el 90 y el 98% del alcohol que ingresa al organismo es completamente oxidado mediante un proceso que se desarrolla fundamentalmente en hígado, el cual se cumple en 3 etapas.

- La primera consiste en la oxidación del alcohol a aldehído acético o Acetaldehído, reacción catalizada por la alcoholdehidrogenasa, enzima que contiene Zn, se encuentra en el citosol (fracción soluble del citoplasma hepático) utiliza la NAO (nicotinamidadeninaducleótico) como aceptador de H y cuyo peso molecular es de alrededor de 80.000.
- En la etapa siguiente, se produce la oxidación del acetaldehído a ácido acético por acción de la aldehidodeshidrogenasa en presencia de NAD. El ácido así formado (ácido acético) acetila a la coenzima A (CO.A) dando lugar a la formación de la acetil CO.A. o acetato activo, proceso éste que también tiene lugar casi exclusivamente en el citosol hepático.
- La última etapa se inicia con el ingreso de la acetil CO.A al ciclo de los ácidos tricarbónicos o ciclo de Krebs y su ulterior transformación en anhídrido carbónico y agua. Este último proceso, como es sabido, se cumple tanto en el hígado como en los demás tejidos del organismo.

La acetil coenzima A también puede ser utilizada en las varias reacciones anabólicas relacionadas con la síntesis del colesterol, ácidos grasos y otros constituyentes tisulares.

El alcohol también puede ser metabolizado a acetaldehído por otro sistema enzimático llamado Microsomal Ethanol Oxidizing System (MEOS) existente en el retículo endoplasmático liso del hígado, para lo cual emplea la NADPH (nicotinamidadeninucleótido fosfato reducida) H y O.

El rol que le cabe a esta vía metabólica del etanol, en el hombre parece ser poco significativa. Sin embargo, el conocimiento de su existencia permite conocer la interacción entre el alcohol y otras drogas.

CINÉTICA

El metabolismo del alcohol difiere del de la mayoría de las otras sustancias, en que su velocidad de oxidación es constante en el tiempo y que sólo se incrementa muy ligeramente por el aumento de su concentración sanguínea.

La cantidad de alcohol oxidada por unidad de tiempo guarda relación con el peso del individuo y probablemente, de modo más específico, con el peso de su hígado.

La velocidad con que se desarrolla este proceso puede medirse mediante evaluación del descenso de la alcoholemia o bien en función de la cantidad de alcohol que es necesario administrar para mantener su concentración hemática, en un nivel dado. Según Goodman y Gilman por medio de determinaciones directas se ha podido establecer que la capacidad máxima de metabolización de alcohol en el hombre es de aproximadamente 450 ml por día. Si bien existen variables individuales y otros factores tales como la inducción enzimática, la modificación en la distribución del agua corporal y las alteraciones de flujo sanguíneo visceral y periférico que pueden incidir en forma significativa en el descenso de la alcoholemia, en general se acepta que, un adulto normal, de 70 kilos de peso, metaboliza 10 ml de alcohol por hora.

EXCRECIÓN

Normalmente sólo el 2% del alcohol absorbido no se oxida. Esta cifra puede elevarse hasta el 10% en circunstancias especiales como podría ser ante la administración de grandes dosis de alcohol.

La principal vía de excreción es la renal.

Por el aire espirado también se elimina parte del alcohol no oxidado.

La concentración en el aire alveolar guarda relación directa con la hemática, siendo sólo del 0,05% de esta última por lo cual su incidencia en el proceso de excreción es insignificante.

Además de las vías de eliminación antes señaladas el alcohol se excreta, aunque en muy reducida proporción, con el sudor, lágrimas, bilis, jugo gástrico, saliva, leche y otras secreciones.

CLÍNICA DE LA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

La impregnación del organismo por alcohol da lugar a una serie de Alteraciones funcionales, que se van acentuando, a medida que la concentración en sangre se eleva, relacionadas invariablemente con su efecto depresor del S.N.C. que inhibe en forma descendente todas las funciones a partir de la corteza, para seguir con los núcleos subcorticales, cerebelo, médula espinal y bulbo raquídeo, donde deprime el centro cardiorrespiratorio y vasomotor llevando al coma y muerte.

La clasificación en periodos o etapas del grado de intoxicación alcohólica, no sigue una nomenclatura estrictamente matemática, siendo orientativos estos periodos con relación al grado de alcoholemia, según los diferentes autores y países

Primer periodo (subclínico)

Alcoholemia mayor a 100 y menor a 500 mg%

Es difícil de detectar clínicamente, puesto que las manifestaciones pueden transcurrir inaparentes en la mayoría de las personas, sin embargo la respuesta individual como siempre es particular para cada caso, y si bien no existe una sintomatología clínica específica, se puede comprometer aunque levemente la aptitud del individuo tanto para conducir vehículos, como en su actividad laboral, particularmente si implica cierto riesgo y/o requiere determinada destreza.

Segundo período (ebriedad ligera o intoxicación leve)

Alcoholemia mayor de 500 y menor de 1.500 mg%.
--

Durante este período se produce una progresiva disminución de las inhibiciones, lo que condiciona la pérdida de la autocritica y del respeto por lo convencional con sensación de euforia, verborrea, falta de temor, mayor seguridad y una confianza en sí mismo que excede lo habitual, todo

lo cual es debido a la acción pseudoestimulante del alcohol producida por depresión de la corteza cerebral.

También se comprueba una mayor labilidad del humor que, de acuerdo con el individuo y las influencias del medio en que se encuentra, puede traducirse en estados de tristeza o alegría.

Presenta trastornos en la atención que se demuestran mediante tests psico-técnicos tales como el de tachar vocales en un texto dado. Aquellos que realizan el test bajo los efectos de estas concentraciones de alcohol en sangre tarda más tiempo que el previsto para la prueba o bien, si lo cumplen en término, cometen un mayor número de errores. De igual modo se produce un aumento del tiempo de reacción a estímulos auditivos y visuales y alteraciones en la escritura. El nistagmo postural comienza a estar presente en individuos con alcoholemias de 600 mg/l.

Cuando se alcanzan concentraciones que superan el gramo de alcohol por litro de sangre puede aparecer ligera incoordinación neuromuscular con leve dificultad en la marcha o en la articulación de la palabra, las que se hacen más marcadas en la etapa siguiente.

Se produce vasodilatación periférica con inyección conjuntival y ligera rubicundez del rostro. En este período es frecuente que el paciente sufra cefalea y ligeros mareos. Por la excreción pulmonar del alcohol, el aliento alcohólico es un signo a tener en cuenta para su investigación clínica.

En lo que respecta a la función sexual se comprueba un aumento de la libido que también responde a la inhibición de la corteza con la consecuente pérdida del autocontrol que lleva a excesos sexuales.

En cuanto al estado de conciencia se puede afirmar que con concentraciones de alcohol en sangre de hasta 1.000 mg% el paciente está lúcido y mantiene todas sus posibilidades psíquicas. Por encima de esta cifra en algunas personas comienza un estado crepuscular que se acentúa en relación con el aumento de la cantidad de alcohol en sangre. Existe una ligera obnubilación con relativa lucidez lo cual **“no exime al intoxicado de su responsabilidad penal, conservando su capacidad para delinquir.”**

Tercer periodo (ebriedad completa o intoxicación moderada)

Alcoholemia mayor de 1.500, y menor de 3.000 mg%
--

“A este periodo también se lo designa con el nombre de periodo médico-legal”, debido a que durante su transcurso ocurren notables alteraciones de la conciencia que van desde el estado crepuscular hasta el de inconsciencia.

Su importancia radica fundamentalmente, en la dificultad que existe para determinar, en cada individuo, cuál es la concentración de alcohol en sangre causante del estado de inconsciencia que convierte en inimputable a quien, en ese estado, comete un delito.

Las manifestaciones objetivas de la intoxicación presentes en el segundo periodo, se van haciendo demás en más frecuentes y evidentes hasta que, al alcanzar los 3.000 mg/l, prácticamente el 100% de los intoxicados presentan un cuadro de embriaguez bien definido.

Debido a la depresión cerebelo-laberíntica y de los centros posturales, existe marcada incoordinación neuromuscular. El signo de Romberg está presente ya con alcoholemias de 2.500 mg/%.

Las alteraciones posturales obligan ampliar la base de sustentación; la marcha se hace titubeante, imprecisa, zigzagueante con proclividad a la pérdida del equilibrio y a las caídas, lo que expone a serios traumatismos que complican el cuadro tóxico o pueden ser mortales, lo cual es importante desde el punto de vista médico legal, para descartar posibilidades de TEC por otros mecanismos, relacionados generalmente con agresiones o accidentes de tránsito.

El lenguaje se torna confuso, exagerado, procaz. Existe marcada dificultad en la articulación de la palabra que llega a la anartria con alcoholemias de 3.000 mg/%.

Los trastornos visuales también se acentúan con franca disminución de la agudeza visual. Cuando la incoordinación neuromuscular compromete a los músculos oculares, se produce diplopía que si bien no es constante, es un síntoma muy característico de esta intoxicación. El nistagmo se observa con mayor frecuencia que en el periodo anterior.

Cuarto periodo (intoxicación severa o grave)

Alcoholemias superiores a 3.000 mg/l.

A medida que la alcoholemia se acerca a los 4.000 mg/%, el estado de somnolencia progresa hacia el de sueño profundo. Superados los 4.000 m/%, se establece un estado estuporoso premonitorio del coma al que se llega, en general, con alcoholemias que oscilan entre 4.000 y 5.000 mg/%.

Todos los reflejos están abolidos. La respiración es bradipneica, superficial y estertorosa, se produce midriasis con pupilas que no responden a la luz. Con cierta frecuencia también se produce relajación de esfínteres. El pulso está taquicárdico, hay marcada hipotensión arterial que lleva al colapso y shock con piel fría y sudorosa. La temperatura corporal está descendida.

Varias son las complicaciones que pueden agravar el coma producido por alcohol, entre las más comunes deben recordarse las siguientes:

- Regurgitación alimentaria: que puede causar la muerte por asfixia o neumonitis por aspiración.
- Enfriamiento: particularmente peligroso en el intoxicado en estado de vasodilatación cutánea y que se halle expuesto a bajas temperaturas en cuyo caso la muerte es consecutiva a complicaciones broncopulmonares.
- Infecciones pulmonares: que llevan al óbito por neumonía o edema agudo de pulmón.
- Traumatismos craneoencefálicos: con hemorragias cerebromeningeas graves y aun mortales.

Cuando el intoxicado despierta, está completamente amnésico de su ebriedad pudiendo presentar intensos vómitos y cefaleas como manifestación del edema cerebral que habitualmente acompaña a intoxicaciones de esta gravedad.

De no producirse la recuperación, la muerte ocurre por depresión de los centros respiratorio y vasomotor entre la hora y las 12 horas que siguen a la ingesta y ello se observa, en general, con alcoholemias de 4.000 o más mg/%.

EL LABORATORIO EN LA INTOXICACIÓN ALCOHOLICA

Se debe solicitar la determinación de alcohol en sangre y orina con objeto de confirmar el diagnóstico de intoxicación, puesto que los niveles de alcoholemia y alcoholuria, guardan estrecha relación. Se recomienda tomar la muestra para alcoholemia en envase de frasco de vidrio, con jeringa estéril, anticoagulante y almacenar refrigerado, tomando todas las precauciones para garantizar la cadena de custodia de la muestra.

En las autopsias, igualmente es recomendable, tomar una muestra de humor vítreo, para efectuar esta determinación.

La detección de alcohol en el aire espirado, de contarse con medios adecuados, es un procedimiento práctico, que se lo debe hacer a la brevedad posible de cometido un hecho, y permite detectar en forma indirecta la ingestión de alcohol, así como su cuantificación. De resultar negativa, no es necesario efectuar una alcoholemia, caso contrario, se la debe efectuar para contar con un resultado, indubitable y bien cuantificado del nivel de alcohol en el cuerpo.

CAPÍTULO VII

VIOLENCIA FÍSICA AL MENOR

1.- INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Niño Maltratado tiene diferentes denominaciones; abuso infantil, maltrato al menor, pero el más adecuado y el que se está utilizando actualmente es el de Trauma no accidental al menor.

El derecho a la vida no siempre ha sido reconocido a los niños y recién nacidos, así por ejemplo; en la antigua Roma un hombre tenía la libertad de vender, abandonar o matar a su hijo. El poder de la "patria potestad" es descrito por Pellison (1897 en Gracia & Musitu, 1999).

En algunas culturas, ritos relacionados con los alimentos eran, aparentemente la llave que podía proporcionar el acceso a la vida. Se colocaba en los labios del recién nacido (agua, leche o miel).

En Nueva Guinea si un niño aceptaba el agua que se le ponía a su boca podía vivir caso contrario se lo dejaba morir.

En Alemania, los niños eran lanzados a un río helado y únicamente eran rescatados si lloraban.

Los indios americanos, arrojaban a los niños dentro de un estanque de agua, salvando únicamente a aquellos que subían a la superficie y lloraban.

Los niños mentalmente retrasados, con defectos físicos, prematuros, gemelos, concebidos fuera de matrimonio o nacidos en una familia pobre su supervivencia era amenazada. (Eran con-

siderados como endemoniados, poseídos, carga económica, como resultado del pecado y tratados con crueldad).

En la cultura Griega, Romana, China e India, los niños retrasados mentalmente eran declarados no aptos para vivir.

En consecuencia, el maltrato infantil y el infanticidio ha sido desde tiempos inmemoriales, un procedimiento aceptado para deshacerse no sólo de niños deformados o enfermizos, sino también de todos los recién nacidos que podían suponer una amenaza a los recursos de la familia.

En la Biblia se describe la exigencia de Dios a Abraham de que sacrifique a su hijo Isaac.

El rey Ahay sacrifica a su hijo en el fuego y Herodes realiza la matanza de niños para perseguir a Jesús.

El infanticidio fue rutinariamente aplicado en Egipto, Grecia, Roma, Arabia, China e India, siendo frecuente en estas culturas asfixiar o ahogar a los niños en letrinas.

En India, China y Alemania se enterraban niños vivos en los cimientos de los edificios y diques para asegurar la duración de la estructura.

En China, Perú y México se arrojaban niños al río para asegurar la cosecha.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, (2003), se indica que la información sobre el número de niños que mueren cada año como resultado del maltrato proviene principalmente de los registros de defunciones o los datos de mortalidad, en el año 2000 hubo más de 57 000 defunciones atribuidas a homicidios de menores de 15 años. Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y niños muy pequeños corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observaciones en los niños de 5 a 14 años.

El riesgo de maltrato mortal de los niños varía según el nivel de ingreso del país y la región mundial. Así por ejemplo, las tasas más altas de homicidios de niños menores de 5 años se encuentra en África: 17.9 por 100 000 para los varones y 12.7 por 100 000 para las niñas.

2.- CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL

En 1999, la reunión de consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición:

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

UNICEF entiende a los menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

Los malos tratos a menores constituyen un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, jurídicas y médicas. El interés va más allá del alcance social y se convierte en demanda asistencial, ya que muchos de los menores que sufren malos tratos por parte de sus padres, tutores u otras personas, acuden a centros sanitarios en busca de ayuda y apoyo. El personal sanitario tiene un papel destacado en relación con su cometido profesional con especial responsabilidad en la detección y prevención de los casos.

La Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en el año 1989 comprende todas las formas de violación de los derechos del niño, entiende por niño:

“todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad” (Art. 1).

Así entendido, se divide el maltrato infantil en las siguientes formas:

- Maltrato infantil familiar:

Es parte del fenómeno más general de la violencia en la familia. En este caso, el niño es la víctima de la violencia ejercido por otros integrantes del núcleo familiar, que le infliere un daño desde una posición de poder.

Esta asimetría agresor-agredido no se sustenta únicamente en la desigualdad de fuerza física, sino en la dependencia afectiva y material de los niños frente a sus cuidadores.

- Maltrato institucional:

Existe una forma de maltrato infantil en que la violación de los derechos del niño y el ejercicio de distintas formas de violencia en su perjuicio se establece desde ámbitos institucionales.

La justicia, la escuela, el hospital y los hogares sustitutos, son ejemplos donde –paradójicamente- pueden vulnerarse los derechos del niño, con producción de daño, a través de prácticas abusivas.

Estas formas de violencia pueden variar desde los castigos corporales hasta formas más sutiles de agresión, como la discriminación y variadas formas de humillación.

- **Maltrato Social:**

No es infrecuente que lo estipulado en la Convención de los Derechos del Niño resulte vulnerado por las propias condiciones de existencia de los niños, cuando tienen cuestionada la alimentación, la inmunización, la asistencia médica, la educación o el juego.

Ejemplos conocidos del maltrato social son los niños de la calle (carecen de vivienda), los niños en la calle (viven en situación de calle para ejercer la mendicidad), la explotación infantil y la prostitución infantil.

De acuerdo a estas definiciones, los malos tratos en la infancia podrán ser:

- a.- Por Acción.
- b.- Por Omisión.

Y en cuanto a la naturaleza de la agresión:

- a.- Física
- b.- Psicológica o emocional.
- c.- Sexual.

3.- TIPOS DE MALTRATO

3.1.- Por omisión

- **Negligencia en el cuidado físico, o en el cuidado psicoafectivo o en ambos, en cuyo caso se denomina abandono:**
 - Se produce cuando por parte de su familia y/o grupo conviviente no se asegura la satisfacción de las siguientes necesidades a que todo niño o niña tiene derecho.

- **Necesidades fisiológicas:**
 - Estar bien alimentado.
 - Vivir en condiciones de temperatura e higiene adecuadas.
 - Estar protegido de los peligros reales que puedan atentar contra su salud y su integridad física.
 - Disponer de asistencia social y sanitaria. Vivir en un ambiente que le permita la actividad física rica y variada.
- **Necesidades cognitivas:**
 - Vivir en un ambiente físico y social que le ofrezca condiciones de interacción que le permitan desarrollar adecuadamente capacidades mentales; sus sentidos, la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje emocional, gestual y verbal, sus capacidades lógico-matemáticas y de razonamiento en general.
 - Disponer de la ayuda de los adultos que le permita comprender el significado de las cosas y de la realidad, sin adoctrinamientos fundamentalistas, sectarios o racistas, sino transmitiendo los valores más universales y la tolerancia hacia las diferencias culturales, religiosas, étnicas y personales. En todo caso, transmitiéndole un sentido positivo de las posibilidades del hombre y de los grupos sociales.
- **Necesidades emocionales, sociales y de autoestima:**
 - Derecho a sentirse emocionalmente seguro, disponiendo para ello de vínculos afectivos con personas incondicionales que, estando disponibles y siendo accesibles y capaces de ofrecer ayuda, le acepten, expresen su afecto y ayuden tal y como es.
 - Derecho a disponer de una amplia red de relaciones de amistad con los iguales, formar parte de asociaciones sociales y sentirse en comunidad.
 - Derecho a que sean reconocidos los intereses y las manifestaciones de la conducta sexual propias de su edad; así como ser respetado por los adultos de forma que éstos no los conviertan en objeto sexual, abusando de una u otra forma de su condición de menor.
 - Derecho a sentirse protegido de los peligros imaginarios siendo escuchado, comprendido y adecuadamente apoyado.

- Derecho a ser participante activo de acuerdo a su edad, en la familia, la escuela y la sociedad en general.

3.2.- Por acción

Son los actos cometidos por los padres u otras personas a cargo que dan como resultado el daño al niño.

3.2.1.- De acuerdo a la naturaleza de la acción o agresión

- **Maltrato físico:** cualquier acción, no accidental, por parte de los adultos que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el menor.
- **Maltrato emocional:** acto de naturaleza intencionada o cualquier esfuerzo que trata de socavar la valoración que tiene el menor de sí mismo. Se produce por la imposibilidad de aceptar al niño/a tal y como es, y se manifiesta a través de insultos verbales, rechazo activo, aislamiento, culpabilizaciones, críticas, aterrorizar, ignorar al menor y su corrupción.
- **Abusos sexuales:** es cualquier clase de gratificación sexual, con un menor realizado por un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre él. Pueden ser intra (incesto) o extrafamiliares, siendo más frecuentes los primeros. Se incluye el tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas (pechos, área genital, parte interna de los muslos y nalgas, o las ropas que cubren estas partes) por parte del adulto hacia el menor. Éstos pueden ser ocasionales o permanentes a lo largo de la vida infantil.

3.3.- Otros tipos de maltrato

- **Maltrato prenatal:** son todas aquellas condiciones de vida de la madre gestante que pudiéndolas evitar, se mantienen y tienen consecuencias negativas para el feto. Los hijos de madres drogodependientes representan una variante muy especial y bastante frecuente.
- **Mendicidad:** el menor es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien, el niño ejerce la mendicidad por iniciativa propia.
- **Corrupción:** aquellas conductas en los adultos que promueven en el menor pautas de conductas antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o consumo de drogas.
- **Explotación laboral:** el menor es obligado a realizar trabajos (sean domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual y deberían ser realizados por adultos, interfiriendo de manera clara en las actividades y necesidades escolares del niño.

4.- EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

En 1962 Kempe publicó un trabajo de gran trascendencia “El síndrome del niño maltratado” (SNM) en el que caracterizó las manifestaciones clínicas del maltrato físico grave en los niños pequeños, generalmente por parte de los padres o padrastros, y que causa frecuentemente secuelas importantes o la muerte.

Clásicamente el cuadro se ha caracterizado por la presencia de múltiples lesiones, de diferente data, causada por diferentes objetos lesivos. Considerando a el SNM como una entidad pediátrica y médico-legal definida por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo, que le son inferidas por uno o mas adultos a cargo.

Así entendiendo, el SNM está definido por una tríada característica:

- *La víctima.* Es un niño en cualquier etapa de desarrollo. Por definición la víctima del maltrato es un menor de edad, lo que desde el punto de vista jurídico para muchos países corresponde a toda persona que no ha cumplido 18 años de edad.
- *El agresor.* Es una o más personas adultas, que tienen vinculación generalmente parental o de carácter afectivo con el niño. En la gran mayoría de los casos, los maltratadores son los padres (padre y/o madre) o padrastros. Con menos frecuencia se trata de hermanos mayores, abuelos o tíos.
- *La agresión.* Es crónica y constituye una forma de relacionamiento patológica entre la víctima y el victimario. Es inferida en forma intencional, excediendo los niveles culturalmente permitidos.

El acto agresivo reconoce diferentes formas:

- **Descarga impulsiva.** Se trata del resultado de episodios de impulsividad y descontrol por parte del adulto. Este estímulo puede ser desencadenado por el niño (llanto incoercible, enuresis, etc.) o no (desavenencia conyugal, estrés laboral). No hay duda que el consumo de alcohol y otras drogas tienen un rol favorecedor en estos episodios.
- **Gesto “Educativo”.** Se impone como una forma de educar e imponer valores “positivos” en el niño.
- **Tortura doméstica.** La agresión suele ser grave y “sofisticada” (inmersión de la cabeza, choques eléctricos, quemaduras) y generalmente existen otras víctimas del ámbito familiar.
- **Delirante.** En pocos casos, el agresor es víctima de una patología delirante.

La agresión suele tener lugar con armas naturales (manos, puños, pies, dientes) u objetos contundentes (cinturón, vara).

5.- DEFINICIONES LEGALES

El Código Niño, Niña y adolescente de la Legislación Boliviana en el Título IV; Derecho a la Libertad, al Respeto y a la Dignidad; capítulo Único Derechos dice:

Artículo 100° (Derechos)

El niño, niña o adolescente tiene derecho a la libertad, al respeto y a la dignidad como persona en desarrollo.

Mellar estos tres derechos significa atentar contra los derechos del niño, niña y adolescente e incurrir en maltrato el que nuestra legislación reconoce como:

Artículo 108° (Maltrato)

Constituye maltrato todo acto de violencia ejercido por los padres, responsables, terceros y/o instituciones, mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional, que atente contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por este Código y otras leyes; violencia que ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional.

Los casos que constituyan delito; pasarán a conocimiento de la justicia ordinaria conforme a Ley.

Artículo 109° (Circunstancias)

Se considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando:

1. Se le cause daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas.
2. La disciplina escolar no respete su dignidad ni su integridad.
3. No se le provea en forma adecuada y oportuna alimentos, vestimenta, vivienda, educación o cuidado de su salud, teniendo los medios económicos necesarios.
4. Se lo emplee en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o su salud.

5. El desempeño de trabajo en régimen familiar no cumpla con las condiciones establecidas en este código;
6. Se lo utilice como objeto de presión, chantaje, hostigamiento o retención arbitraria, en los conflictos familiares y por causas políticas o posición ideológica de sus padres o familiares;
7. Sea víctima de la indiferencia en el trato cotidiano o prolongada incomunicación de sus padres, tutores o guardadores;
8. Sea obligado a prestar su servicio militar antes de haber cumplido la edad fijada por la Ley;
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualquier tipo de medidas de hecho como huelgas de hambre, actos violentos y otras que atenten contra su seguridad, integridad física o psicológica;
10. Existan otras circunstancias que impliquen maltrato.

La intención de este trabajo es educar a los funcionarios de salud, en primer lugar por ser el personal más cercano a los niños en las consultas médicas, para que aprendan a reconocer a una probable víctima de maltrato y segundo saber qué podemos y qué debemos hacer cuando se nos presente un caso, y tener en mente que nuestra prioridad son los niños y que en la mayoría de las ocasiones somos los que podemos prevenir futuras secuelas o peor aún desenlaces fatales.

Nosotros como médicos o personal de salud al incurrir en la omisión o la negligencia de no denunciar estos actos estamos cometiendo un delito como lo dice la Ley:

Artículo 110° (Obligación de Denunciar)

Los casos de malos tratos serán obligatoriamente denunciados ante las Defensorías de la niñez y Adolescencia, Fiscal de Materia u otra autoridad competente de la niñez y la familia, quienes deberán tomar las medidas pertinentes, debiendo presentar la denuncia en el término de veinticuatro horas ante el Juez de la Niñez y Adolescencia.

Están obligados a denunciar:

1. Los familiares, convivientes, cónyuges o parientes,
2. Toda persona que, en el desempeño de sus actividades, funciones o en su vida cotidiana, tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de maltrato; y,
3. Todo profesional o funcionario que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de maltrato, no pudiendo alegar secreto profesional ni ampararse en órdenes superiores o dependencia funcionaria de cualquier naturaleza.

Los informantes y demandantes a que se refiere este Artículo, están exentos de responsabilidad penal y civil con respecto a la información que proporcionen, salvo mala fe.

Artículo 111º (Obligación de Instituciones y profesionales)

Los médicos forenses, cualquier profesional médico que trabaje en instituciones públicas de salud y profesional psicólogo de servicio social acreditado y sin fines de lucro, tendrán la obligación de evaluar cada caso, tomando en cuenta la edad del niño, niña o adolescente afectado y la gravedad del daño físico y psicológico, estableciendo el tiempo del impedimento propio de sus actividades, extendiendo el certificado correspondiente en forma gratuita.

6.- FACTORES PREDISPONENTES EN EL MALTRATO INFANTIL

Hay ciertas características del niño maltratado y de la persona maltratante que hace que ese tipo de relación se dé y se mantenga, a veces por largo tiempo.

El abuso físico es una situación que puede presentarse en todas las clases sociales, aunque es más común entre los pobres debido a que viven bajo un gran estrés y carecen de control sobre las circunstancias estresantes.

Diversos factores de carácter emocional, social y económico se han relacionado con el maltrato infantil, El abuso usualmente se presenta en situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño, como las relaciones familiares conflictivas, antecedentes de maltrato en los padres, el desempleo, los escasos recursos económicos de la familia, problemas y trastornos emocionales de los adultos encargados del cuidado de los niños, el bajo nivel educativo de los padres, ausencia de uno de los padres, la drogadicción, jornadas extenuantes de trabajo de los padres que limitan el diálogo en la familia, la migración del campo a la ciudad. Sin embargo como afirman Ruth y Henry Kempe no existe un estereotipo de los padres que maltratan.

También se han encontrado ciertos problemas físicos y psicológicos más frecuentes en niños maltratados, como defectos neurológicos, trastornos psiquiátricos, enfermedades congénitas, separación temprana y prolongada de los padres, hijos concebidos mediante violación sexual, incesto, hijos no deseados o engendrados con la creencia de que solucionarían los problemas de la pareja y todas las situaciones en general que no permiten establecer un vínculo afectivo entre el niño y los adultos que los cuidan.

Característicamente el niño más predispuesto a la agresión es el menor de tres años, de bajo peso y con retraso psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o recurrente.

Los niños que han sido maltratados pueden exhibir; una pobre autoimagen; incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros; conducta agresiva, problemas de disciplina y a veces comportamientos que salen de las normas comunes; pasividad y comportamiento retraído, miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas; fracaso escolar o abuso serio de drogas o de alcohol cuando sea adolescente.

Muchos de quienes cometen abuso tienen antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia y no tienen conciencia de que el abuso no es la forma apropiada de disciplina. Los abusadores, a menudo, también tienen muy poca capacidad de controlar sus impulsos, lo cual evita que piensen en las consecuencias de sus actos.

Obviamente, debido a las diferencias relativas de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos suelen sufrir graves lesiones que pueden incluso causarles la muerte.

La presencia de varios factores de riesgo (social, familiar, psíquico) hace que exista un riesgo elevado en la aparición del maltrato. No obstante, hay muchas familias que a pesar de coexistir con varios factores de riesgo mantienen una buena relación con sus hijos.

7.- INDICADORES DEL MALTRATO

La mayoría de las situaciones de maltrato infantil tienen lugar en un entorno familiar privado, y en el ámbito del domicilio; por lo que generalmente no es posible observarlas directamente. Aunque hay excepciones, como la mendicidad y la explotación laboral, que suelen tener lugar en público.

Los indicadores son aquellos que se derivan de la anamnesis (historia clínica), de las exploraciones (síntomas, lesiones en el/la niño/a) y de la historia social que señalan la posible presencia de maltrato, abandono y/o abuso sexual.

La constatación de un único indicador no prueba que exista maltrato. Sin embargo, la presencia reiterada de uno de ellos, la de diversos indicadores combinados, o la aparición de lesiones serias, han de alertar a cualquier profesional ante una situación de maltrato.

Los siguientes factores pueden ayudar con el diagnóstico del abuso físico cuando el niño se presenta en la **sala de emergencias** o en la **consulta médica**:

- Tardanza en acudir para la atención médica de la lesión.
- La historia de lo sucedido es discordante o ausente.
- La historia es incompatible con la lesión.
- La lesión no es reciente.

- El patrón de las lesiones es sugestivo de abuso.
- Las lesiones son repetitivas.
- Comportamiento de los padres es raro.
- La conducta del niño o su interacción con los padres es rara.
- Revelación del maltrato por el niño o un testigo.

El hallazgo del siguiente patrón de lesiones físicas durante el **examen físico** también sugiere la existencia de abuso físico:

- Presencia de equimosis en regiones del cuerpo que no son un sitio habitual de lesiones.
- Lesiones que por su forma se puede reconocer al agente causal.
- Presencia de marcas de la mano o marcas de mordedura humana.
- Presencia de múltiples lesiones de diferente tipo y/o de distinta data.
- Lesión interna como sangrado o ruptura de algún órgano, debido al trauma contundente.
- Quemaduras por inmersión de forma circunferencial.
- Quemaduras en las manos o glúteos de los niños, provenientes de estufas eléctricas, radiadores, calentadores u otros objetos calientes.
- Quemaduras hechas por cigarrillos en áreas expuestas o áreas genitales.
- Evidencia de descuido: desnutrición, desaseo, dermatitis crónica, etc.
- Hemorragia retinal.
- Pérdida inexplicable de la conciencia de un niño.
- Separación de las suturas del cráneo.
- Abultamiento de las fontanelas.
- Hematoma subdural (acumulación de sangre en el cerebro) sin explicación lógica.
- Cualquier tipo de fractura observada en niños que aún no caminan ni gatean.
- Evidencia de fracturas epifisiarias (regularmente múltiple) de los huesos largos o fracturas de tipo espiral causadas porque las extremidades del niño son sometidas a contorsiones.
- Fracturas costales.
- Evidencias que señalan la existencia de fracturas craneanas (ocasionalmente es posible encontrar fracturas múltiples ocasionadas en diferentes momentos o edades).

8.- CLASIFICACIÓN DE MALOS TRATOS

Las manifestaciones clínicas de lesiones no accidentales son variables, pueden afectar a cualquier órgano pero con mayor frecuencia involucran a la piel, al esqueleto y al sistema nervioso central (SNC), y hay que tomar en cuenta que dichas lesiones pueden imitar lesiones accidentales u otros procesos patológicos.

8.1.- LESIONES MÁS FRECUENTES ¹⁰⁶

Cutáneo-mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Equimosis • Petequias • Hematomas • Quemaduras: líquido hirviendo, objeto incandescente, cigarrillos... • Mordeduras • Alopecias • Heridas: contusa, incisa, punzante.
Óseas	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura: fragmentación epifisaria, fractura única o múltiple, diversos grados evolutivos, localización de la fractura... • Luxación • Engrosamiento - hematoma perióstico • Reacción perióstica
Neurológicas centrales	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura craneal simple o hematoma subdural • Obnubilación + coma + hemorragias retinianas (sacudida de la cabeza) • Hematoma subdural + fracturas múltiples
Ópticas	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Hematomas
Oculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias
Genitales (Varón - Mujer)	<ul style="list-style-type: none"> • Erosiones • Equimosis • Desgarros • Hemorragias
Lesiones generales	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación provocada: sedantes, otros... • Hipoglucemia: hipoglucémicos orales, insulina. • Enfermedades simuladas (Síndrome de Munchausen).
Diagnóstico diferencial	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones cutáneas: enfermedad hemorrágica, eritema múltiple, alergias, prácticas rituales. • Lesiones óseas: escorbuto, osteogénesis imperfecta, enfermedad de Caffé. • Trastornos metabólicos.

Sospechas	
<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas en distinto grado evolutivo. • Fracturas múltiples solas o con hematoma subdural. • Malnutrición inexplicable. • Fractura costal o femoral. • Retraso en solicitar asistencia médica. 	<p>Ingresos hospitalarios repetidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en el hospital y recidivas al volver al domicilio. • Discrepancias entre la explicación de los padres y las lesiones. • Actitud temerosa o silenciosa del niño. • Fracturas contralaterales y/o inexplicables por un solo traumatismo.

8.2.- INDICADORES DE MALTRATO EN EL NIÑO ¹⁰⁷

Categorías	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conductas del cuidador
Maltrato y abandono emocional	<ul style="list-style-type: none"> • El maltrato emocional es menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño o cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. • Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. • Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" (ej.: hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ej.: mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis). • Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual. • Intento de suicidios. • Trastornos psicósomáticos. • Fingimiento de síntomas. • Agravamiento de enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa o desprecia al niño. • Es frío o rechazante. • Niega amor. • Trata de manera desigual a los hermanos. • Parece no preocupado por los problemas del niño. • Exige al niño muy por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas. • Tolerancia absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

¹⁰⁷ Edita: [Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias](#).

Categorías	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conductas del cuidador
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> • Magulladuras o moretones. • Quemaduras por cigarrillos o puros; quemaduras que cubren toda la superficie de la mano como un guante o de los pies como un calcetín, en forma de burbujas en nalgas, genitales. Las indicativas de inmersión en líquidos calientes; las provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas y con objetos que dejan señal claramente definidas (planchas, parrillas...) • Fracturas. En forma espiral de los huesos largos, en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples y cualquier fractura en un niño menor de dos años. • Heridas o raspaduras. • Lesiones abdominales. • Señales de mordeduras humanas. • Lesiones con localización o morfología que no encaja con el mecanismo de producción relatado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. • Se muestra aprehensivo cuando otros niños lloran. • Muestra conductas extremas (ej.: agresividad o rechazo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido objeto de maltrato en su infancia. • Utiliza una disciplina severa inapropiada para la edad, falta comedia y condición del niño. • No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias. • Percibe al niño de manera significativamente negativa (ej.: le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.) • Psicótico o psicópata. • Abusa del alcohol o de otras drogas. • Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

Categorías	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conductas del cuidador
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e "inapropiadamente" vestido. • Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo. • Cansancio o apatía permanentes. • Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej.: heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios. • Es explotado, se le hace trabajar en exceso, o no va a la escuela. • Ha sido abandonado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en acciones delictivas (ej.: vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.). • Pide o roba comida. • Absentismo escolar. • Dice que no hay nadie que lo cuide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de drogas o alcohol. • La vida en el hogar es caótica. • Muestra evidencias de apatía o inutilidad. • Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. • Tiene una enfermedad crónica. • Fue objeto de negligencia en su infancia.

9.- LESIONOLOGIA DEL NIÑO MALTRATADO

Las lesiones en el niño maltratado suelen ser múltiples y en distintas edades. El diagnóstico oportuno puede detectar la etiología médico legal.

9.1.- LESIONES CUTÁNEO MUCOSAS

Son las más frecuentes en el SNM, son lesiones superficiales, siendo la piel fiel testigo de las agresiones recibidas por el niño. Se presentan lesiones cutáneas múltiples, en fases de evolución diferentes y afectando zonas protegidas. Las lesiones que generalmente se observan son equimosis, hematomas, lesiones contusas abiertas, excoriaciones, erosiones, quemaduras y alopecia.

Las equimosis y hematomas se pueden encontrar en todo el cuerpo, pero las zonas de elección para la agresión son la cabeza, tronco y nalgas. También se pueden encontrar otras localizaciones en zonas no habituales y no prominentes: áreas periorcular y peribucal, zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, mucosa oral, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital. Ocupando zonas extensas, afectando a varias áreas diferentes y adoptando disposición simétrica.

Aunque por sí solas no presentan gravedad, son de gran importancia para la peritación médico-legal, por la información que pueden entregar:

Data: Generalmente se trata de lesiones contusas y su evolución permite estimar aproximadamente la data. (la transformación del color de la sangre infiltrada en el TCS, formación de la cicatriz).

Topografía: La topografía de la lesión nos informa o sugiere el lugar de la agresión. Es un dato relevante a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con los traumatismos accidentales.

Forma: Normalmente, la forma de la lesión de piel hará posible determinar el objeto agresor.

9.1.1.- EQUIMOSIS

La equimosis es la extravasación de sangre hacia la piel, tejido subcutáneo, o ambos por la ruptura de vasos sanguíneos causado por un impacto contundente.

La localización de las equimosis puede ayudar a diferenciar si fueron causadas por trauma accidental o no accidental. La presencia de lesiones que no cuentan con una explicación apropiada y localizadas en partes del cuerpo protegidas, como por ejemplo nalgas, muslos, espalda, frenillo lingual, laceración de los labios (por un golpe directo a la boca). Lesión de la pared interna de los labios o de las mejillas (por un golpe sobre la cara causando el impacto de los tejidos contra los dientes), pabellones auriculares y cuello, son sugestivas de abuso físico.

Las posibilidades de presentar equimosis accidentales está en función al comportamiento del niño y al grado de su desarrollo sensitivo - motor. Por ejemplo las equimosis son raras en infantes que aún no deambulan.

Las equimosis que presentan la forma con la que se puede reconocer al agente causal por ejemplo la hebilla de cinturón, círculos de cuerdas, marca de manos representan abuso físico del niño y, en estos casos el patrón de la equimosis puede reflejar el instrumento que fue utilizado. La apariencia de la equimosis depende de la cantidad de sangre extravasada, del tamaño de la lesión y de su localización.

En forma general el color de una equimosis progresa por una serie de colores que inicialmente es un rojo oscuro, azul o morado, luego cambia a un azul oscuro, luego es verdoso y, finalmente, se resuelve con color café amarillento. El color de la equimosis cambia a causa de la degradación de la hemoglobina extracelular a sus varios pigmentos.



Factores que afectan la apariencia de una equimosis

- La severidad con la que se aplicó la fuerza contundente.
- La existencia o no de apoyo para el tejido blando en el sitio de la lesión. Hay mayor extravasación de sangre en tejidos laxos como por ejemplo en el ojo.
- Color de la piel. Las equimosis son más visibles en la piel clara.
- Enfermedades que afectan a la coagulación sanguínea, a los vasos sanguíneos, o al tejido conectivo.
- Drogas, por ejemplo los esteroides y los salicilatos.
- Las equimosis pueden aparecer más obvias o volverse más prominentes unas horas o incluso días después del trauma, debido a la continuación de la extravasación sanguínea, a la filtración de sangre libre a través de los planos tisulares, o a que la equimosis se ha trasladado de su lugar de origen a otro diferente.

9.1.2.- MORDEDURA HUMANA

La mordedura humana deja una marca hecha por solamente los dientes o una combinación con otras partes de la boca, y puede ser considerada como una imagen de espejo del arreglo y características de la dentición. Las marcas de mordedura humana raramente ocurren accidentalmente y son buenas indicadoras de lesión infligida. Los niños pueden sufrir mordeduras durante un castigo, como parte de maltrato físico, o en asociación con abuso sexual. Pero hay que tomar en cuenta que los niños también pueden ser mordidos por otros niños.

Las marcas de mordedura humana tienen la forma de un arco amplio en U, con muescas anchas, poco profundas en la piel, que contrastan con las mordeduras hechas por animales que tienen la forma de un arco más delgado y las muescas más pequeñas pero más profundas, debido a que los dientes son más afilados.

Factores que influyen en la apariencia de una marca de mordedura:

- El estado de la piel (ante o post-mortem) y su condición.
- El lapso de tiempo transcurrido entre la mordedura y el examen.
- La claridad de las marcas y la reacción del tejido circundante.

- La fuerza de presión en la mordedura (las presiones más fuertes causan marcas más profundas).
- La fuerza de presión en la succión (cuanto más fuerte es la presión de succión las marcas de los incisivos serán más leves).

Acción Médico-Legal

- Cuando se encuentren marcas de mordedura humana, es necesaria la asistencia de un odontólogo forense. Pueden realizarse impresiones y moldes dentales de sospechosos para poder establecer la identidad del perpetrador.
- Marcas de mordedura humana pueden encontrarse en cualquier sitio de la anatomía humana, y cuando existe una sola de estas marcas, se debe tener especial cuidado en buscar otras. Vale et al encontró que el 40% de las víctimas estudiadas tenían más de una mordedura y el 22% tenían marcas en más de una región anatómica.
- La documentación de la marca de mordedura debe incluir el lugar, el contorno de la superficie cutánea, el tamaño y número de marcas dentales, el diámetro de las marcas y la distancia entre los caninos.
- Una distancia intercanina de 3 cm o más indica que la mordedura fue infligida por una persona con una dentición permanente (un adulto o un niño mayor de 8 años).
- Para la investigación forense se puede usar hisopos estériles (humedecidos si fuera necesario) para obtener saliva residual del área de la mordedura. Los hisopos deben ser secados al aire y ser embalados según los procedimientos vigentes para la colección de la evidencia forense.
- Se debe tomar fotografías de buena calidad, blanco y negro y a colores. Éstas deben incluir una escala (una regla de medir rígida en forma de "L"). Para poder apreciar la evolución y la óptima definición de la marca de mordedura es útil tomar fotografías en forma diaria.

9.1.3.- QUEMADURAS

En los niños las quemaduras y escaldaduras pueden ocurrir accidentalmente, infligirse intencionalmente, o pueden ser a consecuencia de abandono. Las quemaduras se las clasifica en tres tipos dependiendo de la temperatura del objeto y duración de la exposición.

- Las de primer grado, son superficiales donde se lesiona la parte superior de la epidermis, son áreas rojizas y dolorosas. Se espera una curación completa sin dejar cicatriz.
- Las quemaduras más profundas que lesionan toda la epidermis y parte superior de la dermis se denominan quemaduras de segundo grado y se presentan como áreas con ampollas y muy dolorosas. Su curación puede presentar grados variables de cicatrización dependiendo de la profundidad del daño.
- Las de tercer grado son quemaduras que lesionan todo el espesor de la piel, es decir, la epidermis, la dermis, extendiéndose hasta el tejido subcutáneo. Se presentan como áreas blanquecinas e insensitivas. Este tipo de quemaduras resultan en cicatrices desfigurantes.

Lesiones por quemadura

Escaldaduras: Se producen por derramar o lanzar un líquido caliente sobre el niño o sumergirlo en un líquido caliente. La piel afectada se encuentra empapada, pálida, y con ampollas. La lesión es contorneada y de profundidad variable. Las escaldaduras en manos, pies o nalgas con la apariencia de guante, media o circular, casi siempre fueron causadas por sumersión deliberada.

Puede que sea difícil distinguir una quemadura por arrojado de un líquido caliente en forma deliberada contra el niño del causado cuando el niño accidentalmente voltea una olla con el líquido caliente. La presencia de una excesiva cantidad de quemaduras por derrame o de escaldaduras en áreas del cuerpo que no se mojarían cuando el niño accidentalmente voltea la olla con el líquido caliente, sugiere una lesión no accidental.

Quemaduras de contacto: Se producen por el contacto directo de un objeto caliente sobre el niño. Característicamente, la quemadura tiene la forma del objeto caliente, con bordes bien definidos y generalmente de profundidad uniforme. Puede haber ampollas.

Quemaduras por llamas de fuego: Se producen por el contacto cercano o directo con la piel con llamas de fuego de fósforos o de encendedores causando carbonización y pérdida cutánea con chamuscadura de vellos.

Quemaduras de cigarrillo: El contacto directo del cigarrillo encendido con la piel deja característicamente una marca circular u oval bien definida con bordes enrollados y un centro tipo cráter que puede ampollarse y tiende a cicatrizar. El contacto accidental con un cigarrillo tiende a dejar un área de eritema más superficial, irregular con una cola.

Quemaduras eléctricas: Son quemaduras pequeñas, profundas que pueden presentar una herida con orificio de entrada y de salida, con posible necrosis de los tejidos subyacentes.

Excoriaciones o las denominadas “quemaduras” por fricción: Normalmente se producen en las prominencias óseas por acción de arrastre o frotamiento que causa la pérdida superficial de piel, con ampollas rotas.

Quemaduras químicas: El químico en la forma líquida puede ser tomado, vertido, o salpicado sobre la piel, o en su forma sólida es frotado sobre la piel. La piel puede mancharse, puede presentar la apariencia de una escaldadura, y puede cicatrizarse.

Al observar este tipo de lesiones debemos pensar que ciertas quemaduras son incompatibles con la edad del niño y que su etiología no sería accidental. Su localización puede ser múltiple y con frecuencia en periné, genitales, glúteos, palma de mano y planta de pie. Podemos encontrarlas en distintos estadios evolutivos (presencia de quemaduras recientes y antiguas).

Las características de lesiones por quemadura sugestivas de lesión no accidental serían las mismas características que para lesiones no accidentales.

La administración de los primeros auxilios antes de recibir ayuda médica profesional puede disminuir la severidad de la quemadura, y la atención médica oportuna, en los casos de quemaduras graves, puede ayudar a evitar la cicatrización, incapacidad y deformaciones. Las quemaduras en la cara, manos, pies y genitales pueden ser particularmente graves. Las víctimas menores de 4 años tendrán una mayor probabilidad de complicaciones y muerte a causa de quemaduras graves. Por estos motivos es que la no asistencia oportuna también se considera maltrato infantil.

9.1.4.- ALOPECIA TRAUMÁTICA

Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada. Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente. Localización occipital u occipito-parietal.

9.2.- LESIONES ÓSEAS

Históricamente, las lesiones óseas han jugado un papel importante en el reconocimiento del abuso infantil. En 1946, Caffey describió seis pacientes con hematoma subdural crónico y de ellos 23 también presentaron inexplicables fracturas de los huesos largos. Caffey concluyó que las fracturas eran de origen traumático e introdujo el concepto de lesión infligida.

La mayoría de las lesiones esqueléticas en niños víctimas de maltrato infantil ocurren en menores de 2 años de edad, y algunas lesiones pueden estar ocultas, particularmente en niños menores de un año de edad quienes, además, presentan otros signos de violencia física. En un estudio (Merten et al) en el 47% de los niños menores de 1 año abusados físicamente en quienes

se realizó una valoración esquelética, se encuentro fracturas y en el 67% estaban ocultas y en el 60% eran múltiples.

En infantes y niños las fracturas por caídas de alturas menores de 3 pies son relativamente raras. Las diferentes investigaciones sugieren que el 1% de niños que caen distancias menores de 3 pies pueden sufrir una fractura craneal lineal simple.

En infantes y niños pequeños normalmente las fracturas accidentales ocurren por caídas de cierta altura, pero ocasionalmente también los huesos largos de niños que deambulan se fracturan a causa de actos como correr, torceduras y caídas. Normalmente estas lesiones se acompañan de un antecedente y de la obtención oportuna de atención médica.

El esqueleto inmaduro del niño se caracteriza en que contiene una mayor cantidad de hueso poroso en comparación al hueso del adulto. Gracias a esta característica este hueso poroso de menor densidad tiene mayor riesgo de sufrir lesiones por compresión.

Otras diferencias entre el esqueleto de los niños y el del adulto son que en los niños el periostio (la membrana fibrosa que cubre los huesos) es más grueso y es más fácilmente despegable. La cápsula y los ligamentos articulares son estructuras fuertes y relativamente más resistentes a las fuerzas estresantes que el hueso y el cartílago. Por último, el proceso de curación es más rápido en los niños.

Las fracturas de los huesos largos dan algunos de los signos más característicos de abuso físico. En la mayoría de los casos el mecanismo de lesión es indirecto, es decir, están causadas por fuerzas traumáticas que producen una angulación anormal, torsión o tracción, en vez de un impacto directo contra el hueso.

Los mecanismos más comunes son el de sujetar al niño por las muñecas o los tobillos para girarlo, arrastrarlo por el brazo o la pierna, y sacudirlo violentamente usando los miembros como "agarradores".

Las lesiones óseas tienen mucha importancia práctica médico forense puesto que:

1. Aunque estas lesiones asientan en niños que no se pueden expresar verbalmente determinan lesiones objetivables (clínica e imagenológicamente).
2. La imagen radiológica permite una estimación de la/s data de la/s lesión/es.
3. Los estudios radiológicos permiten una buena documentación de la prueba.

No existe una lesión totalmente patognomónica del SNM pero las lesiones osteoarticulares son quizás las más características de esta entidad. Pero así como algunas lesiones son bastante típicas del SNM otras pueden resultar indistinguibles de lesiones accidentales. Daremos a continuación un esquema sobre la especificidad de las lesiones óseas en el SNM:

1.- Lesiones de Alta especificidad:

- Lesiones metafisarias.
- Lesiones diafisarias.
 - Fracturas femorales (en niños que no caminan)
 - Fracturas humerales (excepto las supracondíleas)
- Lesiones torácicas.
 - Esternales
 - Costales (arcos posteriores)
- Fracturas de la cintura escapular.
 - Omóplato
 - Clavícula (extremo acromial)
- Fracturas vertebrales. (apófisis espinosas)
- Fracturas no comunicadas.

2.- Lesiones de mediana especificidad:

- Fracturas múltiples. (preferentemente bilaterales)
- Fracturas de distintas edades (en hueso normal)
- Separaciones epifisarias
- Fracturas vertebrales (cuerpo)
- Fracturas de los dedos.
- Fracturas del cráneo complejas.

3.- Lesiones de baja especificidad:

- Fracturas diafisarias aisladas en niños que caminan.
- Fracturas parietales.
- Fracturas no mencionadas.

En todo caso parece que la frecuencia disminuye con la edad, siendo que el 50% de los niños maltratados con compromiso óseo tienen menos de 12 años y el 90% tiene menos de 5 o menos años (Leónidas, 1983; Merten y col., 1983) En la serie de Herndon (1983) los niños menores de 3 años fueron el 58% y concentraron el 94% de las fracturas. En el estudio de Worlock (1986) el 80% de las fracturas se presentó en niños menores de 18 meses.

9.2.1.- DATA DE LAS LESIONES ÓSEAS

Las lesiones óseas pueden pasar desapercibidas en el examen clínico e incluso en la autopsia. Tampoco debemos olvidar que un examen radiológico muy precoz carece de sensibilidad para evidenciar algunas lesiones como el sangrado subperióstico aún no calcificado y las lesiones condrocostales recientes.

Recordemos que el proceso de curación está dividido en cuatro fases: curación inicial, callo blando, callo duro y remodelación. Este proceso de la curación permite obtener alguna información sobre la data de la fractura, y también ayuda al médico a distinguir entre fracturas recientes de las fracturas relativamente antiguas en el mismo niño.

Determinar la data de las lesiones es de particular importancia porque puede asistir a los investigadores en determinar qué personas estaban en contacto con el niño en el periodo de tiempo donde se estima que la lesión se produjo.

Es generalmente más difícil el precisar la data de las fracturas metafisiales por la relativa inexistencia de alteración del periostio en el momento de la fractura.

Las fracturas craneales al tener un origen intramembranoso, no sanan con una gran formación callosa y precisar su data es tarea más difícil.

El precisar la data de las fracturas no es tarea fácil, aunque se dispone de rangos de data de fracturas. Se recomienda pedir el asesoramiento de un médico radiólogo pediatra con la data de las lesiones, con la obtención de otras imágenes radiológicas o para el diagnóstico diferencial para excluir otras causas de anormalidad esqueléticas.

En el cuadro podremos ver hasta qué punto debemos ser prudentes al valorar la data de las lesiones y la cronología de la evolución a través de la imagen radiológica de las fracturas en niños y lactantes en los que estos procesos pueden variar bastante.

Proceso	Fase temprana	Pico máximo	Fase tardía
Resolución de lesión de los tejidos blandos	2-5 días	4-10 días	20-21 días
Formación del nuevo hueso perióstico.	4-10 días	10-14 días	14-21 días
Pérdida de definición de los bordes del trazo de fractura.	10-14 días	14-21 días	-
Formación del callo blando.	10-14 días	10-21 días	-
Formación del callo duro.	14-21 días	21-42 días	42-90 días
Remodelación del hueso.	3 meses	12 meses	2 años

Tomado de O'Connor y col., 1987.

9.2.2.- LESIONES ÓSEAS MÁS IMPORTANTES DENTRO DEL SNM

9.2.2.1.- Fracturas de los miembros

- Fracturas metafisiales: En el niño en crecimiento la metáfisis es un área de bone turnover. Las fracturas metafisiales son microfracturas que atraviesan la parte inmadura del borde óseo. Puede producirse la avulsión de la metáfisis o desportilladura de su borde con presencia de fragmentos pequeños, aislados.

Frecuentemente, las fracturas de este tipo aparecen como una desportilladura o como trozos pequeños en las placas radiológicas. Puede producirse una fractura a través de la parte en creci-

miento del hueso cuando una fuerza traumática que jala, tuerce o que sacude aplicada cerca o sobre una articulación.

Algunos autores (Cameron y Rae) han sugerido que la presencia de los fragmentos de metáfisis es virtualmente patognomónico de abuso físico del niño.

- Separación de la epífisis: Lesión a consecuencia de la torsión de un miembro, particularmente en niños menores de 2 años. La lesión del cartílago epifisial puede causar un defecto permanente del crecimiento.
- Fracturas diafisiales: Si la fuerza traumática fue aplicada en forma perpendicular al eje mayor del hueso largo, la fractura es transversal, y si la fuerza aplicada fue rotacional la fractura es en espiral.
- Fracturas escapulares: Por impactos directos.
- Fracturas de clavícula: Se producen a consecuencia de tracciones intensas o de sacudidas violentas de un brazo.
- Fracturas digitales: Se producen a consecuencia de hiperextensión forzada o por golpes directos.
- Lesiones del periostio: El periostio de los niños está débilmente unido al hueso y puede fácilmente ser despegado por una fuerza traumática.

La lesión del periostio se produce a consecuencia de tirones o de torceduras de un miembro. La sangre se acumula por debajo del periostio despegado y rápidamente se calcifica (generalmente dentro 7 a 14 días), y forma un signo radiológico característico.

Este signo consta de un abultamiento que se extiende a lo largo de la diáfisis, y frecuentemente, es más grueso en los extremos, teniendo un perfil irregular. En casi la mitad de los casos, este signo es observable dentro la primera semana.

9.2.2.2.- Fracturas de Cráneo

Las fracturas craneales le siguen en frecuencia a las de los miembros. Los huesos del cráneo pueden fracturarse a consecuencia de un impacto directo de la cabeza contra una superficie u objeto duro.

En el niño pequeño golpeado, las características de las fracturas craneales son de configuración compleja o múltiples; deprimidas, anchas y que "crecen", es decir, que la línea fracturaria se ensancha luego de producirse.

En cambio las fracturas craneales accidentales las líneas fracturarias permanecen estrechas, lineares y únicas y de ubicación parietal en la mayoría de los casos. Se producen especialmente fracturas occipitales, y fracturas deprimidas, bilaterales, complejas, cruzando las líneas de sutura (en forma múltiple), o asociadas a lesiones intracraneales.

Lesiones en el macizo facial son poco frecuentes.

9.2.2.3.- Fracturas Costales

Estas fracturas se producen a consecuencia de un hecho violento o por un golpe directo sobre el tórax. Las fracturas de la parte posterior de las costillas son virtualmente patognómicas de lesiones no accidentales y comúnmente están asociadas con lesiones por sacudidas violentas.

9.2.2.4.- Fracturas Vertebrales

Se producen a consecuencia de traumatismos por hiperflexión, por impactos o traumatismos directos.

Factores sugestivos de abuso incluyen:

- Ausencia de un antecedente apropiado.
- Fracturas múltiples.
- Fracturas de diferente data.
- Fracturas en asociación con equimosis en otros sitios.
- La existencia de fracturas (recientes o antiguas) que no se sospechaban pero son halladas al realizar rayos X por otras razones.

Detectar una lesión oculta en niños pequeños es de particular importancia, y para realizar una valoración esquelética está indicada en las siguientes situaciones:

- Cualquier niño menor de 2 años en quien se sospecha abuso físico.
- Cualquier niño menor de 2 años que se presenta con una fractura que sugiera abuso.
- Niños de 2 a 4 años que presenta lesiones equimóticas severas.
- Niños mayores con lesiones severas.
- Niños que mueren en circunstancias inusuales o sospechosas.
- El abuso físico de un infante (menor de un año) gemelo, considerar realizar una valoración esquelética al otro gemelo.
- Puede ser útil repetir las placas RX particularmente de los arcos costales después de dos semanas de la valoración inicial porque la reacción del periostio alrededor de las lesiones agudas puede no haberse formado todavía.

9.3.- LESIONES NEUROLÓGICAS

Pueden ser agudas o crónicas y son las lesiones profundas más frecuentemente halladas en los niños maltratados. Estas lesiones han sido responsabilizadas de la mayor parte de la morbilidad en el SNM, así como del daño neurológico que padecen muchas víctimas.

Las lesiones neurológicas pueden ocurrir en todas las edades, pero la mayoría tiene lugar en menores de dos años y muy particularmente en lactantes.

Se estima que de los lactantes maltratados con lesión neurológica, muere entre el 7% y el 30%, y que entre el 30% y el 50% padecerá secuelas significativas cognitivas o neurológicas.

Los mecanismos de la lesión cerebral serían la contusión (por golpe directo o por proyección) y, fundamentalmente, el sacudimiento. Existe una alta incidencia de morbilidad y mortalidad luego de un golpe sobre la cabeza que produzca un TEC, y es la causa más común de muerte traumática en la infancia. El impacto puede ser contra una superficie dura causando una lesión externa y una fractura craneana asociada, o el impacto puede ser contra una superficie blanda sin una lesión externa asociada.

No se ha demostrado que movimientos como los provocados por el juego en brazos de adultos (lanzamientos) o el balanceo en columpios puedan causar lesiones neurológicas.

9.3.1.- Hemorragia extradural: No es una lesión habitual en el SNM. De existir, se asocia a una fractura de la bóveda con compromiso de la arteria meníngea media.

9.3.2.- Hemorragia Subdural: Es un trastorno cerebral que consiste en la acumulación de sangre en la superficie del cerebro, por debajo de la cubierta exterior (duramadre) y la superficie del mismo.

Es una lesión típica y frecuente en el SNM, por debajo de los dos años. Puede obedecer a un golpe directo, pero más habitualmente se debe al sacudimiento enérgico. El sacudimiento del niño provoca el desgarro de las venas comunicantes entre el seno venoso y la superficie cortical de los hemisferios; también podría resultar de aumento de la presión torácica. Gueddes postula que el sacudimiento provocaría hipoxia y edema cerebral con aumento de la presión venosa central, que sería responsable del sangrado subdural.

Su volumen es muy variable, generalmente bilateral y se localiza con preferencia en la zona posterior de la convexidad hemisférica y/o en el surco interhemisférico.

Síntomas de alerta:

- Lesión o trauma en la cabeza reciente
- Pérdida del conocimiento después de la lesión original
- Dolor de cabeza constante o fluctuante
- Debilidad, entumecimiento o incapacidad para hablar
- Mala articulación
- Náuseas y vómitos
- Letargo
- Convulsiones

En bebés:

- Fontanelas abultadas
- Aumento de la circunferencia de la cabeza
- Suturas separadas
- Irritabilidad

- Llanto agudo
- Convulsiones focales
- Convulsiones tónico-clónicas generalizadas

9.3.3.- Hemorragia subaracnoidea: Son bastante frecuentes y casi siempre se observan en los casos mortales. Se produciría la lesión en las venas comunicantes y se presenta en la convexidad hemisférica, a nivel parasagital.

9.4.- LESIONES OCULARES

Aunque las hemorragias retinianas pueden obedecer a diversas causas traumáticas o no traumáticas, son consideradas lesiones típicas del SNM.

Tienen alto valor como marcador de lesión neurológica, ya que suelen acompañar a las hemorragias subdurales. Generalmente hay una correlación entre la gravedad de la lesión ocular y la cerebral.

Según Case y col. (2000), los posibles mecanismos de producción de las hemorragias retinianas serían:

- a) Aumento de la presión de la vena central de la retina por compresión torácica o hipertensión endocraneana.
- b) Traumatismo retiniano por el vítreo (al contactarse o al despegarse).

Otro mecanismo lesivo puede ser el golpe directo con armas naturales como el puño, ocasionando una lesión externa periorbital, hemorragia subconjuntival (también puede ser por sofocación, estrangulación, trauma torácico abdominal).

Un trauma directo también puede causar laceración corneal o escleral o cicatrización, ruptura del globo ocular, hemorragia vítrea o retinal, dislocación del cristalino, catarata traumática, desprendimiento de la retina.

9.5.- LESIONES TORACOABDOMINALES

Son poco frecuentes y, generalmente, muy graves. Según Merten, representan el 3% de las lesiones de los niños maltratados y predominan en mayores de dos años.

Su mecanismo de producción es la contusión por golpe directo, generalmente provocados por armas naturales.

Las lesiones en vísceras torácicas son raras y no guardan relación con las fracturas costales. Puede existir contusión pulmonar y cardiaca, así como hemo neumotórax. Y se comprueba una lesión superficial de la piel asociada.

Así como las lesiones de piel son las más frecuentes y las óseas son las más características, los traumatismos de los órganos profundos son los más graves y responsables de la mortalidad del SNM.

10.- DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En los últimos cincuenta años el conocimiento del SNM ha evolucionado extraordinariamente, aumentando su índice de sospecha por parte de los pediatras y médicos del primer nivel de atención.

Pero además de incrementarse el número y la precocidad de los diagnósticos, surgió inevitablemente el fenómeno de diagnóstico erróneo.

Ya en 1962 Kempe y col. advertían sobre la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial del SNM con otras condiciones violentas o no violentas; patológicas o no patológicas que podrían simular lesiones como las que provocan los malos tratos en los niños.

El diagnóstico se debe basar en el buen manejo de los diagnósticos diferenciales, así como en una correcta evaluación clínica.

Debemos proseguir con los siguientes pasos:

Nº 1: Preguntarnos ¿es una lesión? Existen ciertas variantes anatómicas que pueden ser confundidas con lesiones de etiología traumática. Las manchas mongólicas son un ejemplo.

Nº 2: Si es una lesión ¿es violenta? Los niños portadores de ciertas patologías pueden reproducir algunos patrones típicos de una lesión violenta, sin que se halla producido traumatismo alguno o siendo éste de mínima intensidad.

Nº 3: Si es una lesión violenta ¿es intencional? La comprobación de una lesión violenta no asegura una causa intencional. De hecho la mayoría de traumatismos en los niños son de etiología médico-legal accidental. Un traumatismo de parto puede provocar fracturas de clavícula e incluso hemorragias retinianas.

Nº 4: Si es una lesión intencional, ¿fue heteroinferida? Aunque es excepcional que suceda, no se puede descartar la existencia de lesiones autoprovocadas. En niños pequeños pueden ser producto de juegos.

Nº 5: Si es una lesión heteroinferida, ¿corresponde a maltrato infantil? Por definición, en el SNM el agresor es un adulto. En ocasiones los niños pueden ser agredidos por terceros desconocidos. Con mucha frecuencia resultan lesionados por sus propios compañeros en el kinder o en la escuela. Obviamente, ninguno de estos supuestos constituye maltrato infantil.

10.1.- DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN LESIONES CUTÁNEOMUCOSAS

Las equimosis y hematomas son causas frecuentes de diagnósticos errados de SNM cuando en realidad pueden deberse a:

- Artefacto: Suciedad, pintura, punta de fieltro, manchas del teñido de vestimentas o zapatos.
- Tumores benignos: Diferentes tipos de lunares, hemangiomas.
- Enfermedades vasculares y de la coagulación: Púrpura trombocitopénica, púrpura de Henoch-Schoenlein, hemofilia, púrpura asociación a una infección, septicemia meningocócica.
- Alteraciones de la pigmentación: Manchas café con leche, manchas azules Mongólicas.
- Lesiones eritematosas: Eritema nodoso.
- Alteraciones hereditarias del colágeno: Osteogénesis imperfecta.

Los accidentes son la principal causa de equimosis y hematomas en los niños.

Podemos tomar en cuenta ciertos parámetros para diferenciar equimosis accidentales de las que no los son:

- Equimosis ungueales que tienen forma circular u oval por la acción de apretar, de dar golpes con la punta del dedo/de un palo, o de agarrar.
- Equimosis petequiales lineales de la forma de una mano causada por la ruptura de pequeños vasos sanguíneos en el borde de la lesión por el impacto de una bofetada a alta velocidad.

- Marcas de pellizcos que consisten en un par de equimosis en forma de luna creciente separadas por una línea blanca central.
- Impactos a alta velocidad que causan lesiones equimóticas que dibujan la forma del objeto utilizado, por ejemplo las equimosis en “vías de ferrocarril” que son equimosis lineales paralelas que perfilan el modelo del objeto utilizado, por ejemplo, palos.
- Impactos a mayores velocidades causando una equimosis subyacente a la lesión en la forma del objeto usado, por ejemplo, equimosis en forma de cuña por patadas con zapatos.
- Lesiones equimóticas causadas por ataduras con cuerdas o sogas alrededor de las muñecas o tobillos.
- Equimosis moteadas producidas por impactos a través de la vestimenta.
- Equimosis puntiformes por la ruptura de vénulas, por ejemplo, equimosis por succión, por apretones, bofetadas, y de maniobras sobre el cuello (estrangulación).

Se sugieren las siguientes pruebas: hemograma completo, incluyendo recuento de plaquetas, tiempo de protrombina, de trombina, tiempo parcial de tromboplastina, nivel plasmático de fibrinógeno, tiempo de sangría.

10.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES POR QUEMADURAS

El primer diagnóstico a relacionar son las quemaduras accidentales una historia apropiada y presentación oportuna a la atención médica puede descartar el diagnóstico erróneo.

Entre las lesiones que pueden simular quemaduras de *primer grado* tenemos:

- Eritemas en el área del pañal en el lactante.
- Reacciones medicamentosas.

Las lesiones que puedan simular quemaduras de *segundo grado* tenemos.

- Dermatitis herpetiforme.
- Epidermolisis bullosa.

Lesiones que pueden simular lesiones cicatrizales como las quemaduras de *tercer grado*:

- Piodermitis (por impétigo o erupciones con sobreinfección bacteriana) .

Se han atribuido a quemaduras de cigarrillo lesiones o secuelas de lesiones circulares de piel causadas por; bacterias u hongos, epidermolisis bullosa, dermatitis herpetiforme.

La alopecia traumática debe saber distinguirse de la alopecia areata o de la causa nicótica.

Pautas de buena práctica médico-legal:

- Identificar tipo, profundidad, y magnitud de la quemadura.
- Medir la lesión y documentarla con fotografías.
- Manipular al niño para reflejar la posición en el momento de la lesión.
- Evaluar el grado de desarrollo sensitivomotor del niño. ¿Puede el niño subir? ¿Puede abrir una pila?
- Buscar otros signos de abuso.
- Valoración de la casa o del lugar donde ocurrió la lesión con recreación del episodio para incluir los eventos que llevaron a la lesión, la posición del niño en el momento de la lesión, el lapso de exposición del niño con el objeto o líquido caliente, la temperatura del objeto o del líquido, y las dimensiones de los aparatos sospechosos, la altura o profundidad de la tina, la altura de la superficie de trabajo, y la posición del aparato.
- Tomar en cuenta que pueden coexistir una quemadura y una infección.

10.3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES ÓSEAS

- Lesiones accidentales: antecedente apropiado y consistente; acude oportunamente por ayuda médica.
- Variaciones normales: sutura craneana, reacción perióstica fisiológica (simétricas y de superficies lisas alrededor de los huesos largos de niños de 6 semanas a 6 meses).
- Trauma obstétrico: generalmente clavicular o humeral.
- Infección: osteomielitis, sífilis congénita.
- Osteogénesis imperfecta: incidencia 1 en 20 000, frecuentemente se acompaña de una historia familiar de fracturas, fracturas con un mínimo de trauma, fácil aparición de equimosis, laxitud de las articulaciones, instalación temprana de sordera, escleras azules, dentinogénesis.
- Deficiencia de cobre: niños prematuros con bajo peso, malnutrición, malabsorción.

11.- FORMAS ESPECIALES DE MALTRATO INFANTIL

La educación es el arma más poderosa que tenemos para la protección de un niño, debemos lograr primero educarnos a nosotros mismos como médicos pensando que los golpes no son la única forma de violencia, y que existen lesiones que no nos dan signos claros ni visibles, pero que están allí y que la madre o el responsable del niño no nos va a comunicar la historia verdadera de los hechos por lo tanto debemos saber que existen otras patologías ocultas a nuestros ojos pero que están dañando a los niños.

El Trauma No Accidental al Menor es un síndrome multifactorial, no existe un signo o síntoma patognomónico, no podemos asegurar que no ocurre en estatus económicos más acomodados, o que porque el niño no nos puede relatar o hablar no existe. Pero además el maltrato infantil tiene formas especiales que requieren tomarse en cuenta y mencionarlas.

11.1.- SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO

Es una forma severa de lesión en la cabeza originada por una sacudida violenta de un bebé o un niño. Usualmente se presenta en menores de 2 años, pero se puede ver en niños de hasta 5. Una sacudida violenta puede ocasionar lesiones graves al niño, incluyendo daño cerebral permanente y posiblemente la muerte.

Existen factores que hacen al bebé altamente vulnerable a la fuerza causada por el latigazo.

- La cabeza de un bebé es grande y pesada en proporción con el resto de su cuerpo, razón por la cual cuando un bebé se cae o lo lanzan, tiende a caer sobre la cabeza.
- Existe un espacio libre entre el cerebro y el cráneo para permitir el crecimiento y el desarrollo.
- Los músculos y ligamentos del cuello del bebé son débiles y aún no se han desarrollado por completo.
- La cabeza del bebé es suave y frágil.

Mecanismo de Producción

El mecanismo más común es tomar al niño fuertemente de los miembros superiores, ya sea a nivel de los hombros, brazo, de las manos o muñecas, bilateralmente, impidiendo al niño defenderse, inmovilizándolo quedando la cabeza y cuello desprotegidos ante la fuerza del ataque. En

el sacudimiento toma parte el mecanismo de aceleración-desaceleración, tanto en sentido antero-posterior como rotacional. Este último se considera el más perjudicial y el de más graves consecuencias.

Cuando se sacude a un bebé o a un niño pequeño, el cráneo frágil y flexible aún no está lo suficientemente fortalecido como para absorber mucha de esta fuerza, la cual se transmite así al cerebro y luego rebota contra el cráneo, ocasionando **contusión cerebral, hinchazón, presión y sangrado (hemorragia intracerebral)**.

Las venas grandes que se encuentran a lo largo de la parte exterior del cerebro son igualmente vulnerables a presentar rupturas a causa de estas lesiones, lo cual puede llevar posteriormente a que se presente sangrado, hinchazón o aumento de presión (**hematoma subdural** ya mencionado entre las lesiones neurológicas). Esto fácilmente puede causar daño cerebral severo y permanente, o la muerte.

El hecho de sacudir a un bebé o a un niño pequeño también puede causar otras lesiones, como daño al cuello, la columna y los ojos; este último es muy común y puede ocasionar pérdida de la visión (hemorragia retinal).

Causas

Rara vez el síndrome del bebé sacudido es un accidente. Las lesiones casi siempre son producto de un trauma no accidental (maltrato al menor), por parte de un padre, madre o niñera enojado que sacude al bebé para castigarlo o callarlo; sin embargo, en muchos casos, estas personas no tienen el propósito de hacerle daño al bebé.

En muy raras ocasiones, esta lesión se puede causar de manera accidental al levantar a un bebé en el aire o al trotar con él cargado sobre la espalda en un morral portabebés. Esta lesión no se presenta a causa del juego moderado ni por el hecho de dar saltos suaves.

Síntomas:

- Cambio de comportamiento, irritabilidad
- Letargo, adormecimiento
- Pérdida del conocimiento
- Disminución en el estado de alerta
- Piel pálida o azulada (cianosis)

- Vómitos
- Convulsiones
- Alimentación deficiente
- Interrupción de la respiración (apnea)

Por lo general, no hay signos físicos exteriores de trauma como contusiones, sangrado o hinchazón; sin embargo, con un examen oftalmológico de los ojos del bebé se puede detectar un desprendimiento o hemorragia retinal (sangrado detrás del ojo).

Dentro de estas formas especiales, en los bebés existe una que es la lesión producida por un agarrón de pelos de la cabeza que lamentablemente es lo que está más al alcance de la mano del agresor, pero que pasa de ser un simple jalón y se convierte en una lesión importante dependiendo de la fuerza con la que se traccione con lo cual se produce el:

Hematoma subgaleal: Que es una hinchazón difusa y de consistencia blanda en el cuero cabelludo que puede ser producido a consecuencia del jalón de pelos que a menudo está asociado a hemorragia petequial y a pelos rotos.

11.2.- MALTRATO QUÍMICO

Este tipo de maltrato consiste en la intoxicación del niño con sustancias administradas intencionalmente.

La denominación fue introducida por Shnaps y col. en 1981, establecieron que la agresora es casi siempre la madre, y que en un elevado porcentaje sufre algún desorden mental.

La intención no es homicida, pero la madre omite ésta al concurrir al centro asistencial incurriendo en la omisión, la intención suele ser tranquilizar a un niño habitualmente hiperquinético o lograr una inducción del sueño en niños pequeños que no duermen fácilmente o presentan un llanto persistente.

A manera de ejemplo, una madre de cuatro niños trabajadora del mercado campesino, a los cuales mantenía dopados con “clefa” para poder asistir a su trabajo, y que los niños no salieran del pequeño cuarto que habitaban y así además no pidieran comida.

11.3.- SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER

El síndrome de Munchausen en niños es una forma poco habitual de maltrato en niños y muy difícil de comprobar, por lo cual es muy controversial su existencia.

Se define como la simulación o provocación de síntomas o patologías a un niño generalmente por la madre o por un cuidador.

Fue descrita por Meadow en 1977 al comunicar un caso de hematuria en una niña cuya madre agregaba sangre a su orina. Diez años más tarde, Jones postuló algunos signos de alerta de utilidad diagnóstica:

1. Persistencia o recurrencia de una enfermedad sin explicación.
2. Discrepancia entre los datos anamnésticos y los del examen físico.
3. Desaparición de los síntomas cuando el niño no está junto al cuidador.
4. Presencia de signos y/o síntomas atípicos que se corresponden con una entidad bien definida.
5. Evolución tórpida con mala respuesta al tratamiento.
6. Padres demandantes, que se muestran conformes cuando se aplican tratamientos o procedimientos, aunque sean molestos y dolorosos para el niño.
7. Hospitalizaciones frecuentes, con tratamientos prolongados.
8. Padres que intentan permanecer todo el tiempo junto al niño y se muestran solícitos frente al personal asistencial.
9. Antecedentes de investigación médica exhaustiva sobre patologías infrecuentes.

Los cuadros clínicos son sumamente variables, entre ellos:

- Signos provocados por fármacos (psicotrópicos, hipoglucemiantes).
- Simulación de sangrados por contaminación de la orina o las heces.
- Hipernatremia inducida por intoxicación con sal de mesa.
- Provocación de apneas y cianosis por sofocación facial.
- Simulación de convulsiones.

- Conjuntivitis provocada por cáusticos.
- Simulación de enfermedades celíacas.

Desde el punto de vista médico forense planteamos la imperante necesidad del diagnóstico diferencial entre el síndrome de muerte súbita del lactante y la sofocación intencional.

Recordemos que en nuestro país, no sólo en zonas rurales y alejadas de centros médicos las mujeres tienen a sus bebés en sus casas, y así como no existen datos sobre estos nacimientos tampoco existe información sobre sus muertes, que por falta de auxilio o complicaciones del parto acontecen. Pero no es raro escuchar que el bebé murió y no saben qué pasó, y como no se acudió al hospital, sino se enterró en sus comunidades es difícil demostrar que tal vez hubo un maltrato o una intención franca de sofocación.

CAPÍTULO VIII

ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FÍSICA INFANTIL EN EL CONSULTORIO FORENSE DE SUCRE

Ana Rosario Peducassé Murillo

1.- VIOLENCIA FÍSICA INFANTIL

Las edades más frecuentes de maltrato infantil comprenden de 0 a 10 años. Topográficamente se observaron lesiones predominantemente en rostro en un 61% en segundo lugar en miembros inferiores en un 33%, siendo las mismas en un 94 % superficial. Se tuvieron dos casos de menores de sexo masculino, que fallecieron víctimas de traumatismos, secundarios a golpes propinados por sus progenitores.

La instancia que derivó al consultorio estos niños víctimas de maltrato infantil fueron las Defensorías.

Los menores sometidos a examen médico forense en el consultorio, fueron derivados a pediatría y en un 100% a Psicología.

En la mayoría de los casos, el abuso a un niño, ocurre cuando un adulto no puede controlar su rabia, debemos tomar en cuenta que los niños aprenden todo fácilmente, incluso aquello que está implícito al adulto y al maltratar a un niño, automáticamente se crea una persona violenta en la adultez.

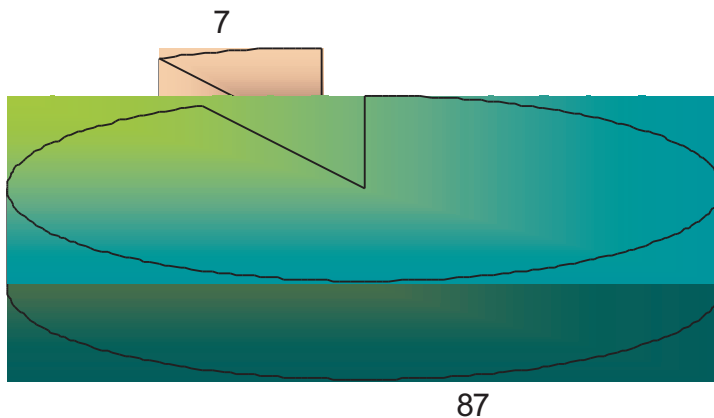
**MALTRATO INFANTIL
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTIÓN 2003 SUCRE – BOLIVIA
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE**

Lesiones Superficiales	Lesiones Profundas	Sexo Masculino	Sexo Femenino	Instancia frecuente	Edad frecuente	Total
87	7	43	51	Defensorías	0-10 años	94

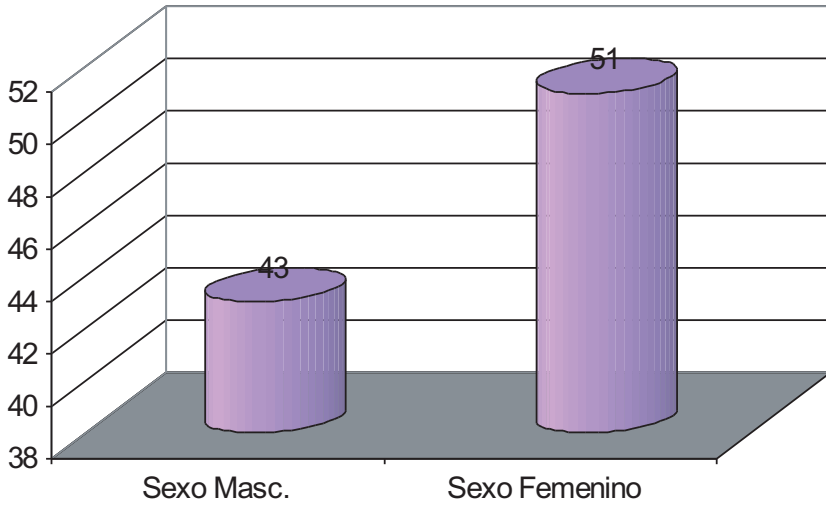
Lesiones en cara	Lesiones cráneo	Cuello	Tórax	Abdom.	M. S.	M. I.	M.I. GEN
56	12	5	14	5	25	30	4

GESTIÓN 2003 SUCRE – BOLIVIA

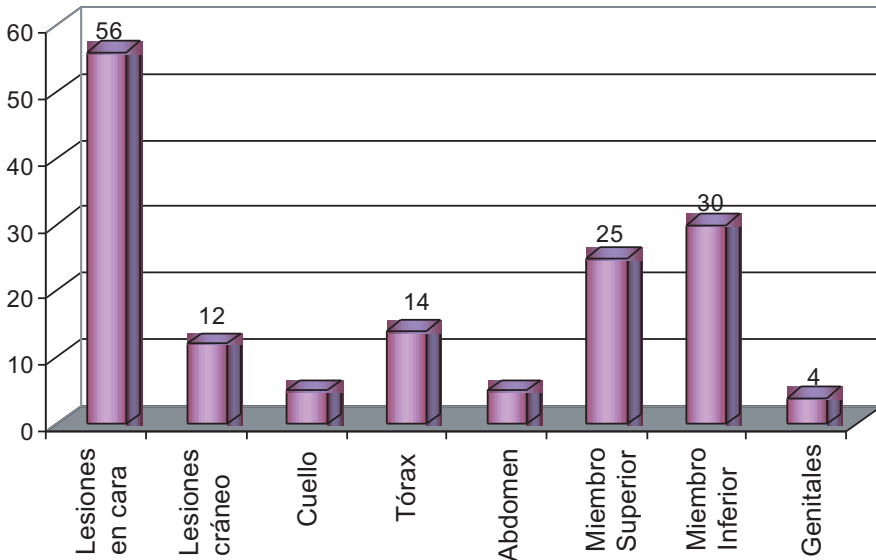
LESIONES FÍSICAS



■ Lesiones Superf.	■ Lesiones Prof.
--	--



El maltrato físico en los niños es frecuente, se estima que cientos de miles de niños han reci-



bido abuso y maltrato a manos de sus padres o cuidadores. Muchas veces, las lesiones han sido mortales, los niños que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que la lesión física ha desaparecido.

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductual y socio-cognitivos que le imposibilita un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Las lesiones por agresiones externas, se observan de igual manera en todas las personas víctimas de agresión física, cabe recalcar que en los niños, tiene características únicas que hacen que sean especiales.

El maltrato infantil, es toda agresión repetitiva, contra la integridad de una persona menor, por parte de un adulto, sean padres, cuidadores, familiares, personas de su entorno, etc.

En la violencia física, las lesiones no son accidentales y frecuentemente son provocadas al niño, por su cuidador.

2.- VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL

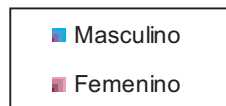
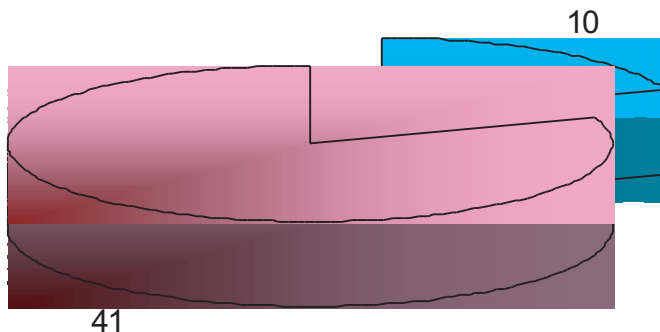
En revisiones, con antecedente de denuncias por agresión sexual, las edades más frecuentes fueron de 11 a 14 años, con un 80% en sexo femenino, observándose al examen un 61 % de hímenes indemnes y un 20% de las revisiones, realizadas en sexo masculino, con un 15 % de indemnidad en pliegues anales.

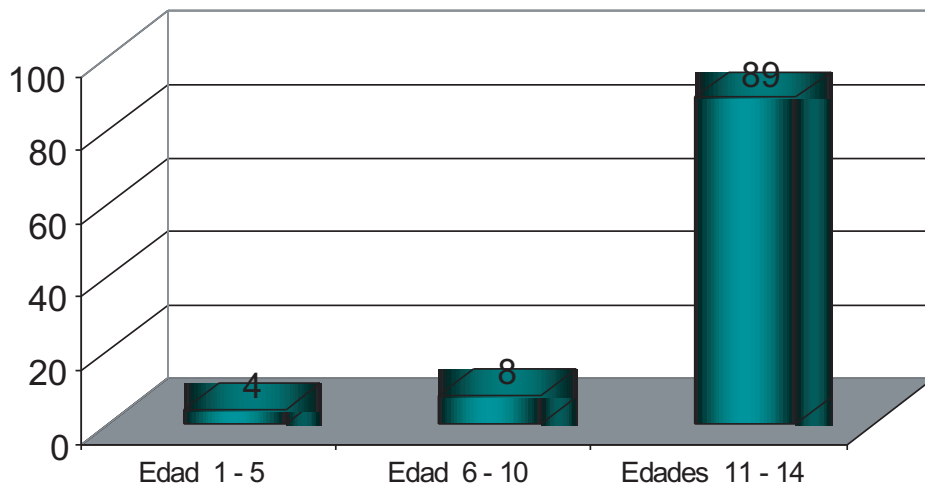
**AGRESIONES SEXUALES EN MENORES
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTIÓN 2003 SUCRE – BOLIVIA**

Masculino	Femenino	Edad 1-5	Edad 6-10	Edad 11-14
10	41	4	8	39

Himen Indemne	Himen c/desg. reciente	Himen c/desg. antiguo	Pliegues anales indemnes	Pliegues anales con desgarros	Total
31	10	0	8	2	51

**AGRESIONES SEXUALES EN MENORES
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTIÓN 2003 SUCRE – BOLIVIA**





A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y por la tendencia a ser violentos, comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas.

CAPÍTULO IX

VIOLENCIA FÍSICA AL ADULTO MAYOR

1.- INTRODUCCIÓN

El tema del maltrato a persona mayores, viene ligado a la violencia presente en el hombre desde la antigüedad. Se compara en historia con la del maltrato en niños. Siendo en ambas edades en las que presenta mayor dependencia ya sea en el entorno familiar o del entorno social.

Los ancianos que dentro de la historia han sido quienes han guiado culturas, países, tribus, teniendo este poder gracias a sus vivencias las cuales les daban sabiduría y que con los años este saber era lo más valioso que tenía una comunidad y su pueblo. Pero hoy en día el anciano ya no representa esa sabiduría, aunque no haya dejado de tenerla, hoy por hoy cuando los jóvenes nos creemos capaces de todo y nos olvidamos de escuchar a quienes nos dieron la vida, y preferimos dejarlos atrás, en el olvido tratándolos como un estorbo, un carga muy pesada, olvidándonos completamente de que son seres humanos y más aún de que son nuestros abuelos. Nos atrevemos a maltratarlos, a insultarlos, a usar la violencia y el amedrentamiento contra quien ya no puede defenderse como lo hacía antes y mellando su dignidad cuando lo único que quieren de nosotros es un poco de cariño y respeto.

2.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad.

A su vez las estadísticas revelan datos alarmantes sobre maltrato en ancianos, en Estados Unidos uno de cada 20 ancianos será víctima de un descuido o un maltrato físico, psicológico o financiero.

Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de individuos de 60 o más años aumentará a más del doble. Este aumento en la población de adultos mayores, implica una gran preocupación puesto que a medida que aumenta su población, también aumentan los malos tratos hacia ellos.

3.- DEFINICIÓN DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “granny battering”, que podía traducirse como “abuelita golpeada”. Sin embargo fue el congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales.

Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China, Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sud África y otros países europeos.

El concepto se puede definir como:

“cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente. Se incluyen aquí no sólo los abusos físicos sino también psicológicos, sexuales, económicos y de desatención”.

La edad en la cual podemos definir a un anciano es conflictiva, entendemos por adulto mayor a las personas mayores de 65 años de edad, pero también sabemos que existe dentro de nuestra población, individuos que por gozar de buena salud y una vida tranquila, no representa la edad que tienen, pero también sabemos y vemos a nuestro campesino avejentado y representando no la edad que tienen sino la que cargan, por el trabajo sacrificado del campo, las enfermedades, la mala alimentación y las mujeres por los hijos dados a luz. Haciéndose difícil en ocasiones clasificarlos según su edad.

Según la definición de la Organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores:

“el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que exista expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, síquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo. Es contra estos antecedentes que se debe considera el tema del maltrato de ancianos.

Las diferencias en la definición de maltrato de ancianos presentan dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema. Se han propuesto algunas hipótesis preliminares sobre la etiología del maltrato de ancianos, incluidas: la dependencia de otros para prestar servicios, falta de lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, sicopatología de la persona que maltrata, falta de apoyo comunitario y factores institucionales, como bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo, lo que trae como resultado el abandono de los ancianos.

4.- TIPOS DE MALTRATO

Nos referiremos a la base de las agresiones por maltrato que son:

- **Maltrato físico.**
- **Maltrato psíquico o emocional.**
- **Abuso económico o material.**
- **Abuso sexual.**
- **Descuido.**

Éstas a su vez se pueden incluir en un ámbito más grande, puesto que estas agresiones son causadas tanto por la sociedad, por instituciones o por la familia.

Podemos hablar de un:

4.1.- Maltrato Social

Que puede definirse como todos aquellos hechos, circunstancias o actitudes de los miembros neutros (desconocidos o poco conocidos) de la sociedad que, directa o indirectamente, provoca en el anciano la sensación de pérdida de valor o lo sitúan, de forma objetiva, como una persona de menor valor.

Como ejemplos podemos citar a las dificultades con que se encuentran al deambular por las vías públicas, por ser las calles tan estrechas y el rápido transitar de la población, encontramos que su caminar es muy lento. Esta misma lentitud se les reprocha al momento de subir a un transporte y más aún si el chofer está apurado, o al momento de cancelar en el comercio.

El maltrato también cae en nuestras actitudes poco condescendientes al no guardarles el respeto que se merecen, al no cederles un asiento en el micro o no darles el lugar en una fila o dejarlos al sol o a bajas temperaturas esperando en la misma.

Aparentemente hechos sin trascendencia, pero para ellos es un momento de apuro y vergüenza que merma su dignidad y constituye un maltrato de tipo psíquico y emocional.

4.2.- Maltrato Institucional

También desde las instituciones se pueden producir vejaciones hacia los ancianos, negándoles atención o brindándoselas incompletamente por su condición de personas mayores de las que piensan que no se dan cuenta de ellos, y que en algunos casos cuando exigen por ellos reciben tratos aún peores.

4.3.- Maltrato Familiar

En este ámbito es en el que tal vez se describen mejor las lesiones básicas. La familia así como en el niño, en el anciano es la que brinda ayuda soporte y protección y es también la que a su vez comete maltrato por acción u omisión que degrada al anciano.

4.3.1.- Maltrato físico es el que sin duda tiene más importancia en el campo de la medicina forense. Éste contempla las agresiones que puedan causar lesiones o dolor, ejercer coerción o restringir la libertad de movimiento mediante la fuerza o el uso de drogas.

Recordemos que los ancianos son un grupo especialmente vulnerables a la producción de lesiones, pues todas sus capacidades están disminuidas por el paso de los años, ellos ya no se pueden desplazar de la misma manera sus músculos de van atrofiando, sus articulaciones no tie-

nen la misma capacidad, su sistema motor falla, no logran coordinación, su visión merma y sus reflejos también.

Pueden ser víctimas de lesiones:

- Accidentales: Como lesiones contusas por caídas en sus propios domicilios o en las calles, pueden producirse golpes contra objetos como muebles, y están muy predispuestos a accidentes de tráfico. Las heridas por armas también son frecuentes, puesto que durante la manipulación de cuchillos, tenedores, tijeras, afeitadores, etc., pueden producirse lesiones. Las quemaduras también suelen ocurrir durante la preparación de alimentos o manejo de estufas o planchas. Un lugar especial ocupan las intoxicaciones, puesto que pueden ingerir alimentos en mal estado, usar inadecuadamente sus medicamentos o ingerir sustancias nocivas. Tenemos que diferenciar muy bien éstas.

Podemos hablar de las lesiones:

- Intencionales: dentro de las cuales la intención de causar daño, podemos encontrar desde:
 - Equimosis.
 - Erosiones y excoりaciones.
 - Arrancamiento de cabellos.
 - Heridas contusas.
 - Fracturas.

También se pueden encontrar Heridas por arma blanca, quemaduras e intoxicaciones.

Existen elementos que nos pueden ayudar a aclarar el diagnóstico de maltrato:

- Tipo de lesión.
- Localización.
- Estudio evolutivo.

Podemos fijarnos en otros detalles que referirían maltrato:

1. Credibilidad de la historia.
2. Actitud del anciano. Aunque no es inusual que niegue una agresión.
3. Higiene personal.
4. Estado nutricional.

4.3.2.- Maltrato psíquico o emocional

También puede efectuarse por acción u omisión, esta última es la más frecuente, debemos pensar que la falta de cariño, de una caricia, un beso, una palabra agradable, dulce, un aliento, una mirada o una sonrisa, atención hacia una conversación, de las persona que lo rodean lo hacen sentirse persona, el ignorar algo tan fundamental constituye incurrir en maltrato.

Las agresiones pueden ir desde palabras o actitudes que demuestren al anciano que lo ven como una carga, pueden ir acompañadas de insultos y agresiones verbales que no podemos siquiera imaginarlas.

4.3.3.- Abuso económico

Consiste en explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.

Puede incluir desde controlar el dinero de su pensión, robarle bienes. Actualmente hemos podido ver cómo familiares de los ancianos que reciben el “Bonosol” los acompañan en el mejor de los casos para después apoderarse de su dinero y dejarlos a ellos sin su dinero y sin explicaciones.

También podemos hablar del abuso material, al pensar que el anciano no tiene necesidades, como zapatos, ropa y desatenderlos limitando la inversión económica en ellos, aun cuando la familia que lo “acoge” es la que se beneficia de su dinero.

4.3.4.- Abuso Sexual

Se denomina al hecho de mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. Puede ocurrir incesto, violación y otros tipos de coacción sexual.

4.3.5.- Abandono

Hablamos ahora de la limitación de los cuidados hacia el anciano, en cuanto a su aseo personal, restringiéndolo ya sea por considerar que es un gasto de luz o agua cuando el adulto mayor puede hacerlo solo o en los casos en los que no pueden valerse por sí solos y dependiendo de familiares que van espaciando cada vez más este aseo o dejan de hacerlo.

En el caso de personas postradas las movilizaciones son aspectos muy importantes ya que por la falta de movimiento y limitación de la circulación se pueden producir lesiones cutáneas como escaras por decúbito, implicando además una vez producidas curaciones continuas.

La alimentación es otro factor a tomar en cuenta, su dentición en la mayoría de los casos es escasa o está en malas condiciones, lo cual no les permite una buena masticación o deglución, lo cual acentúa una mala alimentación.

Indicadores de Maltrato a personas mayores

Físicos	Emocionales	Sexuales	Económicos
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresiones físicas. • Caídas y lesiones no explicadas. • Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechosos • Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización • Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos • Desnutrición o deshidratación sin causa que guarde relación con la enfermedad • Signos de atención inadecuada o de poca higiene • Búsqueda de atención sanitaria con varios medios o en centros de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir • Actitud de temor y confusión o resignación • Pasividad, retraimiento o mayor depresión • Indefensión, desesperanza o ansiedad • Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental • Renuencia a conversar abiertamente • La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal • La persona mayor es dejada de lado por los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresión sexual • Conducta sexual que no coincide con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona • Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación • Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas • Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales • Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad • Retiro de dineros incompatibles con los medios de la persona de edad • Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a "nuevos amigos o parientes" • Falta de una propiedad • La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales • Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito • Falta de comodidades pese a que la persona de edad podría permitírselas • Problemas de salud física o mental sin tratamiento • El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos.

Indicadores relacionados con el cuidador

- El cuidador parece cansado y estresado
- El cuidador parece muy preocupado o indiferente
- El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia
- El cuidador se comporta agresivamente
- El cuidador trata a la persona de edad como aún niño o en forma inhumana
- El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros
- El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola
- El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo
- El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un periodo prolongado

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales. Los médicos tuvieron un papel prominente en el movimiento de maltrato del niño, al definir y hacer público el problema y al crear una actitud pública. Sin embargo, el maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica recientemente. El primer paso para prevenir el abuso y el abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados. Los médicos también pueden participar al entregar ayuda e información directamente a los pacientes y sus familias, sobre los casos de alto riesgos.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial adopta los siguientes Principios Generales sobre el maltrato de los ancianos.

PRINCIPIOS GENERALES

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y síquicos de los ancianos.
3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, por que el anciano reciba la mejor atención posible.
4. El médico que constate o sospeche de maltrato, en el sentido de esta declaración debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Se confirma que existe el maltrato o se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.
5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico social.

CAPÍTULO X

VIOLENCIA SEXUAL A LA MUJER

1.- INTRODUCCIÓN

La agresión sexual es un acto de violencia donde la fuerza física o la intimidación son empleadas por una persona en contra de otra, para que participe en actos sexuales a los que no dio consentimiento. Implica actos sexuales, pero no se limita al género, al tipo de relación entre víctima y agresor, al método o al arma utilizada, u orificio involucrado. Es importante considerar cada uno de los elementos de esta definición.

La agresión sexual es un acto de violencia. Aunque cualquier crimen puede resultar en una crisis emocional, la intensidad de la crisis es mayor en los casos de las violaciones porque en éstos ha existido una violación física, y una humillación. El 75% de las mujeres víctimas de violación requieren cuidado médico después del ataque, y en el 47% de las violaciones, la víctima sufre otros tipos de lesiones además de las de la violación en sí.

La fuerza física es utilizada o existe una amenaza de ser utilizada. Aunque sólo el 12% de las agresiones reportadas involucra un arma, el otro 80% involucra la fuerza física. La amenaza de utilizarla también puede estar implícita. A la mayoría de los agresores no les es necesario el uso de armas, porque ellos crean o explotan la vulnerabilidad de la víctima. La amenaza de violencia física puede no ser expresada en palabras. Las amenazas están siempre implícitas en todas las violaciones. La agresión sexual es siempre cometida por alguien que está (al menos temporalmente) en una posición de ventaja en comparación a de la víctima.

La agresión sexual es un acto de agresión en contra de una persona. En la violación lo que primordialmente motiva al agresor no es la obtención de una satisfacción sexual, pero sí el de atemorizar, humillar y ejercer control sobre la víctima.

1.1.- Sin el consentimiento de la víctima

Sin el consentimiento significa que la víctima no ha dado su consentimiento al acto sexual y no desea participar en dicho acto. Básicamente existen tres formas para acceder sexualmente a otra persona:

- **Consentimiento**
- **Coacción.** Una persona es intimidada a participar en un acto sexual por otra persona que está en una posición de poder o de dominación. Si la víctima se rehúsa a participar en dicho acto puede tener malas consecuencias económicas, profesionales o sociales.
- **Fuerza.** Existe un peligro para la integridad física o incluso de muerte si la víctima no accede, o la víctima está incapacitada para resistir o huir.

En muchos países se considera "sin el consentimiento" cuando el acceso sexual se obtiene:

- Mediante violencia física, o amenazas de violencia física;
- Cuando la víctima está privada del sentido, sufre de enajenación mental o no tiene los medios para resistir;
- Cuando la víctima es menor de edad y aún no llegó a la pubertad;
- Como resultado de coacción.

El consentimiento a una agresión sexual no está implícita por el hecho de vestirse con ropas seductoras, por haber consumido alcohol o drogas, el haber ido a la habitación o al departamento de alguien, o el de participar en un beso o de caricias.

La agresión sexual entraña actos sexuales, y no se limita al orificio involucrado. Los actos que se califican como agresión sexual (en el estado de Texas en los Estados Unidos) son:

- Cualquier forma de penetración o de contacto entre la boca, ano, u órganos genitales de una persona y el ano u órganos genitales de una segunda persona.
- La penetración del ano o de los órganos genitales de una persona por cualquier parte del cuerpo de otra persona o por cualquier objeto. La agresión sexual puede realizarse a través de las vestimentas.

La agresión sexual no se limita a un género pues cualquier persona del sexo femenino o masculino puede ser víctima, aunque en la gran mayoría de los casos la víctima sea mujer y el agresor hombre.

No se limita a la relación existente entre la víctima y el agresor. Las agresiones sexuales se llevan a cabo en contra de personas conocidas que pueden ser cónyuges, parejas, familiares, y amigos. Cualquier **acto sexual en la que donde una persona no ha consentido en participar es una violación**, sea éste una violación conyugal, incesto, abuso sexual infantil, etc. Una agresión sexual por alguien que se conoce puede ser más devastadora para la víctima que la llevada a cabo por un extraño porque destruye su confianza en las relaciones entre los seres humanos.

No está limitada al método o al arma empleada.

1.2.- Agresión sexual y Sociedad

¿Por qué los violadores violan? Aunque nadie puede responder esta pregunta con certeza (ni aun el violador), los investigadores han empezado a ver en forma más amplia tanto el contexto en el cual tienen lugar las violaciones como el abuso sexual infantil. Las investigaciones interculturales han demostrado que las violaciones ocurren con más frecuencia en culturas en las que los sexos están altamente segregados, los papeles de cada género están rígidamente determinados, y en las que un género tiene considerablemente más poder que el otro.

En nuestra época, aunque las mujeres y niños han dejado de ser considerados como los “enferos” de un hombre, todavía se inculca en muchos hombres la creencia de que ellos tienen el privilegio de controlar, de tener autoridad absoluta, tanto en la casa y el trabajo. También se les inculca de que ellos son los agresores durante el sexo, el de empujar las cosas hasta el límite y el no aceptar “no” como una respuesta. Se les enseña que el coaccionar a una mujer al sexo demuestra su “masculinidad”, y que las mujeres quieren “secretamente” ser forzadas.

Algunos tipos de pornografía y de imágenes en los medios de comunicación contribuyen a la creación de la idea de que las mujeres sólo existen para servir a los deseos de los hombres; raramente se las muestra como teniendo sus propias necesidades o necesidades sexuales. De hecho, algunos tipos de pornografía muestran la mujer en situaciones de esclavitud o de pretendidas violaciones o en escenas de pretendidas torturas. Las investigaciones han encontrado que un 86% de violadores sentenciados culpables dicen que han hecho uso de pornografía en forma regular, y un 57% dicen haber imitado escenas pornográficas durante la comisión de la violación. Los violadores han sido expuestos a pornografía con mayor frecuencia (15 veces más) cuando contaban de entre 6 a 10 de edad que las demás personas. Entre los ofensores de abuso sexual infantil, el 77 al 87% ha utilizado pornografía incluyendo la pornografía infantil.

Las actitudes que llevan a la agresión sexual no se restringen a los hombres (aunque la mayoría de las agresiones sexuales denunciadas son perpetradas por hombres); también se aplican a cualquier relación en la cual una de las personas es vista como dominante y con mayor poder, y la cual espera tener sus necesidades sexuales satisfechas, aún a costa de otra persona. La misma dinámica de poder opera en algunas relaciones homosexuales y en todos los casos de abuso sexual infantil.

Muchos investigadores han sugerido que existe un continuo en la agresión sexual que comienza con formas legales de acoso sexual y termina con agresión sexual, violación, e incluso asesinatos cometidos por ese motivo:



Fuente: Sexual Assault: Capítulos 2. <http://www.utexas.edu/cee/dec/tcleose/assault/html>

¿Qué tienen en común todos estos actos aparentemente no relacionados entre sí?

Todos ellos manifiestan la falta de respeto hacia la víctima. Todos ellos están fundados en la creencia de que las necesidades del perpetrador son primordiales, y que la víctima está allí para servir los deseos del perpetrador, sean éstos cuales fueren. En ninguno de estos actos la víctima da su consentimiento; los deseos de la víctima son simplemente considerados insignificantes. Actualmente los investigadores creen que algunos ofensores siguen una progresión clara que va desde los actos legales a los actos ilegales, desde el acoso hasta las formas más violentas de agresión sexual. Es más, la tolerancia a las formas aparentemente inofensivas de acoso sexual pueden llevar a actitudes y suposiciones que fomenten este tipo de agresiones.

2.- TIPOS DE ATAQUE SEXUAL

Todos los tipos de agresión sexual involucran violencia y agresión, y todos están motivados por la rabia y el deseo de poder y de control. Sin embargo, los funcionarios se encontrarán con dinámicas y actitudes diferentes las cuales dependerán de las características de la víctima, y de la naturaleza de la relación entre cada ofensor y cada víctima.

VIOLACIÓN

Todos los delitos violentos provocan la indignación popular, pero aún más los de carácter sexual. Conceptual como legalmente, los delitos sexuales son de diversa índole y gravedad, pero se los toma a nivel popular como algo único. Se relaciona la psicopatía con el agresor sexual compulsivo, insaciable en su afán sexual y homicida.

Hay una asociación general en la gente de que los violadores son unos psicópatas asesinos, ante la dificultad de entender la conducta de la violación y el asesinato. Pero afortunadamente dentro de las tipologías de la los violadores, no todos toman la vida de sus víctimas. Es posible además dividirlos en función de la naturaleza del acto delictivo: los que practican la pedofilia, los agresores de mujeres adultas, los agresores de homosexuales, necrófilos, exhibicionistas y los que practican la zoofilia. Y otros actos que no son considerados delictivos: el fetichismo, el voyeurismo o el masoquismo.

En este y los siguientes capítulos nos referiremos fundamentalmente al grupo de los más violentos los violadores, que en ocasiones, pueden llegar a matar a su víctima.

Su concepto, tipología y sus formas de actuación cognoscitiva del delito.

Y de las consecuencias en las víctimas, el traumatismo por el estrés postraumático.

Para Sigmund Freud, en su obra *Tres contribuciones a la teoría del sexo*, la etiología de la conducta sexual desviada es como una maniobra defensiva, el desarrollo de un estilo de personalidad en el que las fantasías sexuales infantiles resultan gratificadas. Los violadores generalmente, llegan a excitarse pensando acerca del acto que van a cometer, por tanto la satisfacción obtenida se suele relacionar más con el placer fantaseado.

La delincuencia sexual es un concepto legal y por tanto variable en el tiempo y en los diferentes países. En algunos se ha tipificado conductas que en otros no son delitos, por ejemplo el sexo oral. No obstante, ciertos delitos como la violación, el abuso de menores o el incesto cuentan con una reprobación general.

Pero los factores individuales son demasiados como para que se puedan adscribir a una sola tipología, ya que es común hallar diversas parafilias presentes en los delincuentes sexuales. Es decir, en su biografía figuran diversos actos desviados sexuales, con diversas combinaciones. (Abel et al., 1985). En la mayoría de los casos no presentan otro tipo de delitos, aunque en muchos casos, los agresores sexuales serían también delincuentes en otras áreas (Bauermeister, 1977), representando un patrón de conductas violentas propio de subculturas delictivas o de la violencia (Wolfgang, 1967).

Una definición de violación y que es compartida a nivel de otros países es aquella que indica: comete violación el que tuviere acceso carnal con otra persona, sea por vía vaginal, anal o bucal, que no consiente en ella, usando para ello la fuerza, la intimidación, la privación del sentido o la debilidad mental.

En nuestra legislación, según el Artículo 308. (VIOLACIÓN) Modificado por la Ley 2033, dice:

“Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco (5) a quince (15) años. El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviere incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años.”

El Artículo dice: quien empleando violencia física o intimidación. Por el uso de la fuerza se entiende la violencia física que se ejerce directamente sobre la víctima, en la medida suficiente como para vencer la resistencia para el acceso carnal. La fuerza no es tanto en cuanto a cantidad sino a calidad suficiente como para vencer la resistencia de la víctima y es sujeto a un análisis personal de cada caso. La intimidación resulta más sutil, es la comunicación con palabras, gestos o actitudes de causar un gran mal a la persona, con la suficiente eficacia como para paralizar o inhibir la voluntad de la víctima. Ambas tiene que tener relación de causalidad con la violación.

La violación, tiene dos vertientes o perspectivas: una como delito sexual, el sexo como simbolización de la agresión y la segunda como delito violento. Muchos individuos han manifestado un estado alterado de conciencia durante la comisión del acto sexual, un estado de hiperalerta durante el cual no están excitados sexualmente, pero llegan a excitarse pensando en el acto que van a realizar. La satisfacción se suele relacionar con el placer fantaseado.

Por ello se habla de que el delincuente sexual siente un fracaso crónico de impotencia y falta de asertividad con las mujeres. (MacGuire, 1965) Una dificultad en el establecimiento de emociones íntimas o de relaciones sexuales normales. (Karpman, 1954). Por tanto los síntomas desviados sirven tanto en funciones sexuales como no sexuales. (Freud et al, 1974).

Las activistas feministas rechazan de plano la motivación sexual como un concepto explicativo para la conducta de violación, clínicamente con una aproximación psicopatológica se intenta explicar las características del agresor, viendo su comportamiento como un parafílico. Sin embar-

go todo lo que se hable de la violencia en general es aplicable a la violación en particular, con diferencias de comportamientos.

Según la teoría sintetizada (Ellis, 1991), la violación tiene una motivación sexual ya que las actitudes mostradas por los violadores son reflejo de las tácticas más que de los fines. Por lo tanto las dos perspectivas son válidas, hay elementos agresivos como elementos sexuales, pero la diferencia está en la interacción de ambas. Hay diferentes clasificaciones por tanto, hay por ejemplo: los distintos tipos de violaciones, contra personas desconocidas, personas que conoce el violador pero la víctima no conoce a su agresor y en las que se conocen ambos. En este último tipo, están los violadores de la primera cita, en los que antes de usar la fuerza física, han hecho un intento de abordaje sexual con tácticas no violentas. Hay una motivación sexual, pero fundamentalmente un querer exhibir un sentido del poder sobre sus víctimas. (Mosser y Andersen, 1986).

Los violadores cuando intentan explicar sus motivaciones indican la extremada excitación sexual. Y es citada como la causa principal en los segundos crímenes de la misma naturaleza. Es posible que sea una forma de engaño a los investigadores, o una forma de explicar el motivo, o que ellos mismos no sean conscientes de la causa.

Unos de los mitos que causa más controversia en las sentencias, es el tema de la resistencia de las víctimas. Se ha hablado mucho sobre ese grado de resistencia de la víctima y hay bastante jurisprudencia y más aún en la legislación española sobre el tema. Habría que hacer hincapié, no tanto en la resistencia de la víctima como de la necesaria ausencia de consentimiento, para hablar de un delito. (Suay, Hernández, 1992). Y distinguir más aún entre lo que es una amenaza y una intimidación, como lo indica, también Suay (1993).

“La intimidación es una amenaza de palabra o de obra de causar un daño injusto, posible y presente, que infunde miedo en el ánimo de la víctima y que ha de revestir la suficiente entidad para vencer su resistencia.” (Calabuig, 2001; Pág. 505).

Lo importante, por tanto, no es la amenaza en sí, sino la forma de vivenciarla por parte de la víctima. De tal manera que puede hasta anular su resistencia.

El concepto de la violación desde el punto de vista de la Víctima es que defina como un acto sexual practicado en contra de su voluntad. Lo que incluiría cualquier tipo de penetración, del pene, digital, de objetos en cualquiera de las cavidades: oral, vaginal, rectal; porque la violación sería el traspasar su espacio íntimo, el límite corporal.

Por lo tanto si una mujer nos indica que ha tenido que realizar actividades sexuales en contra de su voluntad, estamos hablando que hay una violación. Pero bajo un concepto jurídico, es preciso demostrar una resistencia o negativa expresa.

La violencia debe entenderse como el uso de la fuerza física que actúa sobre el cuerpo de la víctima de manera suficiente como para conseguir su propósito. En muchas ocasiones las lesiones son tan evidentes que no plantean duda en la valoración médica, de la resistencia, pero en otras se puede discutir la resistencia que opuso. Pero es que la resistencia que opone el sujeto pasivo, no precisa que sea desesperada, basta con que sea real y decidida, que exteriorice de forma inequívoca la voluntad de la víctima contraria a la realización del acto. Por otra parte a nivel legal no se debe confundir, las lesiones que pueden ser “mal llamadas” necesarias para la realización del acto, de otras que son simplemente la expresión de un sadismo, ya que no tenían como objeto el doblegar a la víctima

La tan famosa resistencia hace que la víctima sea físicamente lesionada. Amir (1971) observó que el 27% de las víctimas de su estudio se resistieron al ataque y el 18% luchó físicamente. Wright (1980) encontró que el 70% de las víctimas de su estudio respondieron al ataque y un 16% luchó físicamente. Hursch (1977) concluía que los mayores éxitos de resistencia se daban cuando la resistencia era inmediata. En un estudio a trece mujeres adultas que habían evitado ser violadas, (Pauline Bart, 1981) se encontró que lo que podía haber evitado, cuando se daba el asalto:

- Cuando la víctima usó múltiples estrategias.
- Cuando el agresor era desconocido.
- Cuando la principal preocupación de la víctima era evitar la violación.

Las violaciones se consumaban con mayor frecuencia, cuando:

- La víctima había tenido relaciones sexuales previas con el agresor.
- Solamente utilizaba una estrategia de hablar, rogar.
- La víctima estaba amenazada.
- El asalto se practicaba en el domicilio de la víctima.
- La preocupación mayor de la víctima era ser herida o asesinada.

En España, en los datos de la Fiscalía General del Estado para 1988, del total de las Diligencias Previa instruidas, un 0,4 por 100 correspondieron a delitos sexuales. Lo que explica que la mayor parte de los delitos de violación no se denuncian por: sentimientos de vergüenza por parte de la víctima, el miedo (a la venganza por parte del agresor), temor y/o vergüenza a la difusión de la agresión, a ser objeto de los comentarios de los demás, presiones del propio grupo familiar, negativa por parte de la víctima a destruir la vida de un amigo, parientes, etc. Y finalmente por el miedo a la segunda victimización, la peregrinación ante médicos, policías y operadores de jus-

ticia, por no tener que someterse a la investigación policial y al subsiguiente juicio, lo que conllevaría revivir el suceso.

Ese revivir el suceso, como parte del estrés postraumático, sumado a los sentimientos de terror, rabia, culpa, pérdida, vergüenza o humillación, sentirse traicionado, etc., ha sido descrito por una infinidad de autores. (Sutherland & Scherl, 1970; Medea & Thompson, 1974; Symonds, 1975; Burgess & Holmstrom, 1974; 1979; Notman & Nadelson, 1976; Burt, 1980; Ellis, et al., 1981; Kilpatrick, et al., 1981; Nadelson, et al., 1982; Rose, 1986; Mezey & Taylor, 1988; Roth & Lebowitz, 1988; Sadock, 1989; Quina & Carlsson, 1990).

No extraña que muchas víctimas prefieran no denunciar un hecho o que una vez presentada la denuncia y ya inmersos en lo entramado jurídico-penal, se arrepienta de ello.

Shapland (1990) se ha interesado por todos aquellos elementos que molestan a las víctimas de un delito y el concepto que en general éstas tienen de la Administración. Pueden destacarse las siguientes consideraciones:

- La policía. Los miembros de la policía son vistos como seres insensibles sólo preocupados por el aspecto burocrático. Proporcionan escasa información a la víctima y aún estando la misma llorosa, prefieren no esperar al día siguiente para tomar declaración o ver fotografías en la comisaría.
- Los médicos. En ellos predomina la búsqueda de la evidencia (tomar muestras, por ejemplo) sobre el tratamiento.
- La interacción de la víctima con el forense suele apreciarse como desagradable, especialmente en delitos sexuales.
- El juzgado, según Shapland, proporciona la mayoría las experiencias más molestas. Nadie tiene tiempo para charlar. Las largas esperas; policías, funcionarios, etc., proporcionan una imagen lamentable de la Administración de Justicia.
- Los letrados de la defensa. Muchas veces, la víctima está desprotegida y no sabe qué hacer. Algunos letrados más preocupados por el negocio prestan escaso interés al caso.
- Los fiscales son los funcionarios peor conceptualizados: mal informados, ausentes, distantes y despreocupados absolutamente sobre la ayuda y compensación a las víctimas a las que ven de cerca por primera y única vez en la sala de juicios.

Además de todo ello, la víctima va a tener que soportar durante meses o años la incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir.

Por último, soportará en el juicio oral la reviviscencia de los hechos, las preguntas y afirmaciones en descrédito evacuadas por la parte contraria y en ocasiones el no ser ni tan siquiera creída su versión.

2.1.- Violación por un extraño

Violación perpetrada por alguien conocido: es cualquier acto sexual forzado en el que una persona conocida en una cita o en cualquier otra circunstancia a la otra persona a que participe en dichos actos sin su consentimiento.

Es el acto sexual forzado y no deseado en contra de la voluntad de una persona por otra persona conocida. Es un acto de violencia cometido por alguien que la víctima acaba de conocer, o con quien salió algunas veces, o la pareja o incluso con quien está comprometida. La fuerza involucrada puede tomar la forma de amenazas o de cierto tono de la voz, así como la del uso de fuerza física o de algún tipo de arma. Las víctimas de este tipo de violación pueden pertenecer al sexo masculino o al femenino. Cualquier persona a quien la víctima conocía, un amante, un vecino, un amigo, una pareja, un docente o compañeros de clase todos los pueden ser perpetradores o las víctimas de este tipo de violación.

La inmensa mayoría de las agresiones sexuales (tres de cada cuatro) es perpetrada por parte de alguien a quien la víctima conoce. Los ofensores prefieren conocer a sus víctimas porque así tienen mayor oportunidad de situarlas en una posición vulnerable sin alarmarlas. Los servicios de ayuda civil y policial, por ejemplo la PTJ, resultan inútiles si el violador vive en la casa de la víctima, es su pareja, la lleva a su auto a la casa, o se trata de alguien en quien la víctima tiene razón de confiar. Las víctimas también son más susceptibles a la coerción por alguien a quien conocen, porque lo encuentran muy difícil de creer que una persona a quien conocen y en quien confían se aproveche de ellas. Ellas se dan cuenta del peligro demasiado tarde.

Con frecuencia este tipo de violación tiene efectos especialmente devastadores para la víctima mucho más que la violación por un extraño, porque destruye su fe y su confianza en las relaciones humanas.

A pesar de la frecuencia con que ocurren las violaciones de parte de conocidos, muchas personas continúan pensando en la violación “típica” como la cometida por un extraño que durante la noche brinca de la oscuridad y arrastra a su víctima a un callejón. En realidad un porcentaje muy pequeño de violaciones corresponden a este estereotipo. La violación de parte de personas cono-

cidas es un crimen invisible que sólo se lo ha reconocido como tal en los últimos veinte años. Sin embargo, este tipo de violación es histórico; incluso se la describe en el Viejo Testamento (2 Samuel 13:1 - 15).

En la década de los ochenta el primer nombre que se asignó dado a este tipo de violación, una vez que fuera conocida oficialmente, fue de “violación durante una cita” (que en realidad es solamente una de las formas de violación por alguien conocido). Al principio era difícil para las personas entender que el salir con alguien en una cita la cual trae ordinariamente a la mente imágenes de cortejo, de felicidad, y de un compartir de momentos, podría convertirse en una violación que trae a la mente imágenes de sorpresa, violencia, humillación y dolor. Por supuesto, parte de cómo la violación tiene lugar durante una cita es que la víctima tiene en mente el que ocurrirá algo inocente, y baja sus defensas.

Muchas de las discusiones acerca de violaciones por conocidos se ha enfocado sobre el tema del consentimiento. El problema es que la víctima puede decir “no” y que ella significa eso mismo, mientras que el agresor sexual puede pensar que ese “no” realmente no significa “no”. El agresor puede pensar que si la víctima está de acuerdo en salir en una cita, o que se ponga ropa seductora, o el que vaya a alguna parte sola con él, o se sepa que ha tenido una relación sexual con alguna otra persona, se deduce que el consentimiento al sexo está implícito. Ninguna de estas circunstancias se puede considerar como ser lo mismo que el consentimiento. El consentimiento tiene que darse verbalmente para cada acto sexual en el que las personas participan y cada participante debe poder decir “no” en cualquier momento.

De hecho, los perpetradores de violación a alguien a quien ellos conocen saben que sus víctimas no han dado su consentimiento, y eligen el ignorarlo. Normalmente los perpetradores planean tener sexo, no necesariamente llegar a la violación. Pero es posible que ellos tengan en mente que si las cosas no van de acuerdo a sus deseos y que sus “citas” se rehúsan, ellos se enojarán y que simplemente tomarán lo que sienten se les debe: sexo. El violador es motivado, al menos en parte, por la frustración sexual a diferencia de otros violadores.

En muchos de estos casos de violación, la víctima y el ofensor han estado tomando alcohol o drogas. Algunos ofensores facilitan drogas o alcohol a sus víctimas con el propósito de abusar de ellas mientras están semiconscientes e incapaces de resistir. Uno de los hechos más siniestros en la práctica de las violaciones es el desarrollo de “las drogas de la violación”.

Este tipo de violación, como lo son los demás, es un crimen de poder, de enojo o ambos. Algunos violadores son sexualmente agresivos porque ellos son básicamente inseguros. El forzar a otra persona el acto sexual hace que se sientan fuertes porque hace que la otra persona se sienta débil. La violación es violencia contra una persona que es más débil.

La violación perpetrado por alguien conocido esta altamente subreportado. A menudo la víctima puede no darse cuenta por meses y hasta años de que lo que le ocurrió fue realmente una violación. Las víctimas pueden experimentar algunos o todos los síntomas de trauma causadas por la violación: alteraciones en el sueño, en el apetito, en el estado de ánimo, sentimientos de humillación y de culpa por lo sucedido, pesadillas, sentimiento de rabia, de miedo al sexo, y de dificultad en confiar en otros, y aun puede no llamar al incidente una violación.

Desgraciadamente, las víctimas de una violación perpetrada por una persona conocida a ellas pueden estar sometidas a mucho más estrés por la falta de apoyo de parte de amigos o de miembros de su familia. Los amigos pueden ser especialmente susceptibles a no considerar el incidente como una violación si ellos tienen amistad tanto con el ofensor como con la víctima, o si el violador parece ser “buena gente” en forma superficial. Tales amigos tienden a sentir que de algún modo la violación fue merecida o que la víctima “la pidió” por vestirse con una minifalda o por estar bebiendo. Ellos pueden minimizar la experiencia traumática de la víctima. Estas actitudes que culpan a la víctima de lo sucedido ayudan a que se perpetúe la violencia sexual.

Víctimas que no reportan las violaciones de este tipo son aún más vulnerables, que otras víctimas de otros tipos de violación, a ser culpadas por lo que les acaeció y de tener sus historias sexuales escudriñadas con lo que son victimizadas por una segunda vez. Los funcionarios de la Policía y los de Salud necesitan tener un cuidado especial para validar las experiencias de las víctimas de violación y explicarles que las preguntas de investigación están dirigidas a la recuperación de evidencia, y no para cuestionar si ocurrió o no un crimen. Los funcionarios de la Policía y los de Salud siempre deben asumir que el crimen ocurrió y creer a la víctima si se espera alguna cooperación por parte de ella; cualquier actitud de escepticismo podría significar que un violador consigue escapar y que volverá a violar.

Es más probable que las víctimas duden en acusar al ofensor, y con razón, pues es difícil de obtener una condena para este tipo de violaciones. Las víctimas pueden no querer tener sus vidas y sus experiencias sexuales (incluso la violación) sometidas a un escrutinio que les es insostenible, o peor pueden temer una represalia en contra de ella. Los funcionarios de la Policía o los de Salud deben informar a las víctimas que ellas no tienen que decidir hasta mucho después si quieren o no acusar al ofensor, y que ello dependerá de su propia personal elección, pero que es el deber del funcionario de recuperar la evidencia que se necesitaría en caso de que exista un proceso penal, sea de un caso actual o de subsecuentes ataques por el mismo ofensor.

En las violaciones perpetradas por persona conocida a la víctima, la mayoría de éstas (pero no todas) son mujeres jóvenes menores de 25 años, y muchas de las víctimas, ya sean varones o mujeres, son menores de 16 años de edad.

2.2.- Violación del Cónyuge o de la Pareja

Es cualquier acto sexual en el que un cónyuge, ex cónyuge, concubino, o ex concubino obliga a la otra parte a que participe sin su consentimiento en actos sexuales. Este tipo de violación incluye a la violación intramatrimonial. Actualmente en los Estados Unidos es un crimen penalizado por Ley en los 50 estados. La violación por parte del cónyuge o de la pareja no se basa en el deseo del perpetrador de tener sexo o en la resistencia por parte de la víctima; sino más bien, es utilizada para reforzar el ansia de poder del violador, de dominación, o de control o para dar expresión a su rabia.

La violación intramatrimonial o por parte de la pareja se logra sin el consentimiento o en contra de la voluntad de la otra persona a través del empleo de la fuerza física, de amenazas de daño a la víctima o a una tercera persona, o de la amenaza de daño implícita basada en abusos anteriores que causan a la víctima miedo a que esa misma fuerza física sea usada si él o ella se resiste. La violación del cónyuge o de la pareja no tiene que ser "luego de ardua resistencia" para que sea una violación. Algunos cónyuges o parejas en el pasado, pudieron, haber sido víctimas de abuso físico, o de haberseles quitado o retenido dinero u otras necesidades, o el que hayan sido sometidos a abuso emocional o psicológico por parte del cónyuge o pareja. Un cónyuge o una pareja que haya experimentado tal abuso en el pasado puede aceptar avances sexuales para minimizar el daño resistiéndose lo menos posible. En una situación de violencia intrafamiliar es común que el compañero abusivo exija sexo directamente después de una paliza, como prueba que la pareja golpeada ha "perdonado" la paliza. Cuando un cónyuge o pareja somete a su cónyuge a actos sexuales a través del miedo o la coerción, el acto constituye una violación. Las víctimas de este tipo de abuso pueden ser tanto mujeres como hombres.

En los Estados Unidos, según múltiples estudios, aproximadamente un 10% de todas las mujeres que han estado casadas ha sido violada por el marido o ex marido. Las esposas o concubinas víctimas de violación tienen más probabilidades, que otras víctimas, de ser violadas en múltiples ocasiones y, como otras víctimas de violación por alguien a quien ellas conocen, sufren consecuencias psicológicas duraderas debido a la violación de sus cuerpos y de su confianza hacia una persona amada y en quien depositan su confianza.

Es importante recordar en la violación del cónyuge o pareja que el hecho de estar casados o viviendo juntos no significa que la pareja tiene su consentimiento dado para cualquier acto sexual en cualquier momento. Sin embargo, mujeres de otros orígenes culturales creen que el marido tiene el derecho de hacer lo que desea con su esposa en todo momento.

La violación del cónyuge o pareja es una forma de violación por persona conocida a la víctima, y conlleva todas sus características: muy pocas víctimas la denuncian a las autoridades;

cuando la denuncian, lo hacen días, semanas, o meses después del crimen; las evidencias son de difícil recolección; las víctimas se encuentran desconcertadas y probablemente no van a querer traer cargos o cooperar en el juicio; y es más difícil de procesar que la violación por un extraño.

2.3.- Violación a Varones

El abuso sexual en varones es un fenómeno no bien comprendido en la cultura occidental, se estima que alrededor de uno de cada cuatro hombres sufrió algún tipo de abuso sexual durante su infancia (Quina & Carlsson, 1989). Quina & Tyre (1975) identifican a un hombre víctima de violación (por hombres) por cada tres mujeres violadas (Quina & Carlsson, 1989).

La mayor parte de los casos de violación masculina (el 84% de los casos de Finkelhor, 1979) son llevados a cabo por varones, aunque en algunos casos raros los agresores son mujeres (Sarrel & Masters, 1982; Quina & Carlsson, 1989).

Cuando se pretende explicarse las causas para la violación en hombres, se difumina más que en la violación de mujeres la etiología.

En efecto, un varón puede ser víctima de una violación (rectal, bucal) siendo sujeto activo o varón (la sodomía) y también puede ser víctima de un acceso carnal impuesto, donde el sujeto activo, el agresor, es una mujer que impone el coito vaginal, rectal o bucal.

Generalmente en varones se da más el caso del uso de ingestas de alcohol, drogas y/o ciertos medicamentos, que modifican el estado de conciencia. (semidormido).

La violación homosexual es mucho más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, y se da principalmente en instituciones cerradas, como prisiones (Sagarin, 1976; Anderson, 1983) y hospitales de máxima seguridad. (Goyer & Eddleman, 1984). Aunque hay un rechazo claro de los hombres a informar de que han sido violados (Rideau & Sinclair, 1982), y menos denunciarlo (Mezey & King, 1992).

El violador que selecciona a una víctima masculina puede ser heterosexual, bisexual u homosexual. Fuerza a la víctima a tener contacto sexual mediante algún truco (por ejemplo, emborrachándolo) mediante intimidación con arma blanca o de fuego o mediante el uso de la fuerza bruta. Con frecuencia, el agresor se esfuerza en conseguir la eyaculación de la víctima mediante feliación o masturbación.

La entrada en prisión supone, por un lado, el comienzo de un proceso de adaptación al nuevo entorno carcelario y a la vez una pérdida de las vinculaciones con el exterior, una brusca suspensión de las relaciones interpersonales. La prisión, como ha señalado Valverde-Molina (1991), es una estructura de poder, frente a la cual el sujeto se encuentra insignificante; frente al ambiente hostil que le rodea ha de estructurar su vida completa. Se prisioniza (sistema social alternativo) toda su actividad, también la sexualidad se altera, se prisioniza. Los niveles de masturbación se elevan y las relaciones homosexuales son comunes, aunque no se trata de homosexualidad sino de sexualidad alternativa que, como dice Valverde-Molina (1991) no se consolida posteriormente.

Es cualquier acto sexual en el cual a un varón se le obliga a participar en dichos actos sin que haya dado su consentimiento. La violación y la agresión sexual pueden ocurrir a cualquier persona, aun a los hombres. Cada año miles de hombres son violados y asaltados sexualmente, sin que para ello importe su raza, su clase social, su religión, su orientación sexual, su tamaño, su apariencia, o su fuerza física. Un hombre puede ser asaltado sexualmente por un extraño, por un miembro de su familia, o por alguien quien él conoce y en quien confía.

Más que a otras víctimas de violación, a las víctimas del sexo masculino probablemente no se les creará, no se les tomará en cuenta, y se los culpará por el crimen, y se los humillará. Las víctimas del sexo masculino y heterosexuales violadas por personas del sexo masculino temen el ser etiquetados como homosexuales, y todas las víctimas masculinas temen no ser ya vistos como verdaderos hombres.

Los ofensores del sexo masculino que violan a varones no son necesariamente homosexuales, ni lo son sus víctimas. La mitad de los ofensores y la mitad de las víctimas en las violaciones varón contra varón se consideran estrictamente heterosexuales. Para la mitad de todos los ofensores, el género de la víctima no tiene importancia, sus víctimas incluyen varones, mujeres, y niños. Normalmente la víctima es escogida por su accesibilidad en lugar de por su género, su orientación sexual, o su edad.

Según la escasa evidencia que se tiene a disposición, más de la mitad de las víctimas masculinas de violación han sido asaltadas por alguna persona conocida; de ellos una cuarta parte es asaltada por el cónyuge o la pareja; y solamente un 20% es asaltada por alguna persona extraña).

2.4.- Agresión sexual a personas de la Tercera Edad o Inválidas

Se trata de cualquier acto sexual cometido con la participación de una persona anciana, o de una que es mentalmente o físicamente inválida, que en ninguno de los casos la víctima haya dado su consentimiento.

El abuso sexual del anciano o de las personas inválidas todavía queda relativamente oculto, debido en parte a que la sexualidad se asocia comúnmente a personas más jóvenes o más las con todas sus capacidades intactas. Las personas mayores y frágiles o inválidas que a menudo no se valen por sí mismas y más bien dependen a menudo de otros para su cuidado, se encuentran en una situación sumamente vulnerable si son agredidas sexualmente, dada que la agresión sexual ocurre en función al poder y control de otros. Con frecuencia no son los atributos físicos de las víctimas sino su vulnerabilidad que las atraen a los ofensores sexuales. La prevalencia de las agresiones sexuales a las personas de la tercera edad y a las inválidas no se conoce en general porque no se han realizado ningún estudio sistemático de este problema.

2.5.- Violación por un Grupo o Pandilla

Se trata de cualquier acto sexual en el que tres o más atacantes obligan a una persona a que participe en dichos actos sin haber dado su consentimiento. Muchos de los problemas encontrados en estos casos pueden aplicarse también a violaciones que involucran a dos ofensores.

En las violaciones por una pandilla se dan más posibilidades de que surjan actos que humillen y degraden a la víctima así como que ocurran varias violaciones por cada ofensor. La agresión tiende a aumentar con cada atacante, por lo que cada acto se vuelve más degradante y violento que el anterior.

Los agresores de este tipo de violación tienden a ser más jóvenes (entre los 16 y 24 años de edad) que otros violadores, y sus motivaciones principales son la necesidad de prestigio y aceptación por sus compañeros. La violación perpetrada en grupo o en pandilla no es solamente una serie de violaciones individuales; más bien, es el grupo que planea y ejecuta el asalto, y en el que casi siempre existe un líder. Es más probable que los violadores en grupo o pandilla planeen de antemano la violación y más probable que hayan tomado drogas o alcohol. La mayoría de los participantes en una violación en pandilla van a continuar perpetrando otras agresiones sexuales.

Con frecuencia los grupos son más agresivos que los individuos, en parte debido a la difusión de la responsabilidad: ninguno de los individuos se siente responsable por la conducta del grupo.

2.6.- Abuso Sexual Infantil

Se trata de cualquier acto sexual cometido con un niño menor de los 14 años de edad, o con un adolescente menor de 17 años si el ofensor le lleva tres años en edad, según el Código Penal Boliviano. Según la definición el “consentimiento” a cualquier acto sexual no es pertinente si el niño es menor de 14 años, o menor de 17 años si el ofensor le lleva tres años en edad. La definición refleja el hecho de que cualquier adulto tiene el poder de coaccionar a cualquier niño; de ahí, que el consentimiento del niño no es pertinente.

El abuso sexual infantil es un crimen terrible que ocurre con demasiada frecuencia en nuestra sociedad. Una de cada cuatro niñas y uno de cada siete niños será víctima de una agresión sexual antes de los 18 años de edad. De un 50 a 60% de todas las violaciones ocurren antes de que la víctima cumpla los 18 años; de entre éstas, un tercio de las víctimas tiene menos de 6 años de edad. Un 29% de todas las violaciones ocurre cuando la víctima es menor de once años de edad. En el 90% de las violaciones de niños menores de 12 años de edad, el niño conoce al ofensor.

El abuso sexual infantil produce efectos emocionales, psicológicos, y fisiológicos mucho más devastadores que cualquier otro crimen. Es especialmente dañino cuando el perpetrador es uno de los padres u otro adulto a quien el niño ama y en quien confía. Los niños son dependientes física y psicológicamente de los adultos quienes deben proporcionarles el cariño que ellos necesitan cuando está en formación su carácter y psique. Las necesidades más básicas de los seres humanos incluyen la necesidad de ser amado, de sentirse protegido, seguro, y de que sus necesidades sean reconocidas por aquellos adultos que los cuidan. Los perpetradores adultos de abuso sexual infantil en cambio tratan a los niños como extensiones de sí mismos o como objetos que existen para satisfacer sus deseos. Como resultado de esta actitud, las víctimas pueden no registrar lo que ellas quieren o sienten, o lo que ellas han hecho y lo que se les ha hecho. Pueden no creer que merecen existir como seres humanos con sus propias necesidades.

2.7.- Violador en Grupo

Hay bastantes diferencias entre el violador individual, solitario, único del violador en grupo, múltiple o de pandilla. (Dietz, 1978). (Peterson et al., 1980).

En nuestro país no hay datos sobre violaciones en grupo, en el estudio en Sucre (Hurtado M., 2001)

- ***Las violaciones fueron realizadas por un solo autor y sin complicidad.***
- ***En la mayoría de los casos la violación no es planificada.***
- ***El lugar donde se lleva a cabo la violación varía.***
- ***Cada hecho presenta diferentes tipos y grados de violencia.***

Hay un estudio en el que se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre las edades del agresor, de la víctima y el número de agresores; a menor edad del agresor, mayor el número de agresores (42% de casos de más de un agresor en el grupo de menores de 18 años). Y a mayor edad del agresor menor edad de la víctima. (Luna et al., 1987).

2.8.- Acoso sexual y Coacción no violenta

El acoso sexual incluye adelantos sexuales no deseados, demandas de favores sexuales, y otras conductas verbales y físicas de naturaleza sexual cuando:

- La sumisión a tal conducta tiene explícitamente o implícitamente consecuencias económicas, profesionales, o académicas; o
- Tal conducta tiene el propósito o el efecto de irrazonablemente interferir con los estudios o con el rendimiento laboral del individuo o el de crear un ambiente de estudio o de trabajo intimidante, hostil, u ofensivo.

El acoso sexual es una forma de coacción sexual no violenta. La coacción sexual no violenta ocurre en cualquier momento donde una persona involuntaria es intimidada a actividades sexuales por otra persona en una posición de poder o dominación, y la negativa por la víctima para participar podría tener consecuencias económicas, profesionales, o sociales. Estos casos podrían ser difíciles de proseguir en una proceso judicial, porque no representan un ataque violento, sin embargo, son casos claros de coacción sexual no violenta y de violaciones a los derechos de las víctimas para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.

El término de acoso sexual es generalmente reservado para la coacción no violenta que ocurre en el ambiente laboral o de estudios y que afecta al trabajo, la carrera, o las notas de una persona. Como ocurre en todas las agresiones sexuales, el acoso sexual es motivado por el deseo de poder y control, o por el enojo. Es perpetrado por alguien que tiene mayor poder en contra de otra persona con mucho menos poder. Con frecuencia se victimiza a personas que tienen menos posibilidades de hacer frente a una pérdida económica. El acoso sexual ocurre a menudo en situaciones donde los sexos son altamente segregados y/o donde un sexo tiene considerablemente más poder que el otro. El acoso sexual se basa en las mismas actitudes y motivaciones como en las agresiones sexuales.

En los Estados Unidos el acoso sexual es ilegal. Aunque se desconoce la magnitud real del acoso sexual en el ambiente laboral, aproximadamente un tercio de las mujeres que fueron encuestadas en 1991 informaron haber experimentado acoso sexual en algún momento durante su vida de desempeño laboral. Las mujeres en trabajos no tradicionales experimentan un mayor

índice de acoso sexual, con el propósito de “mantenerlas en su lugar.” Así como en los casos de las agresiones sexuales, a menudo las víctimas son acusadas de ser promiscuas, de “haberlo querido”, o de mentir.

Los casos judiciales en los Estados Unidos demuestran que el acoso sexual es simplemente una forma menos grave de agresión sexual, y con frecuencia es un precursor a las formas más graves. Demuestran que la accesibilidad y la vulnerabilidad de la víctima son mucho más importantes que el género, la apariencia o cualquier otro atributo. También demuestran el hecho de que el acoso sexual es un crimen de poder y control, no un crimen de sexo.

El primer interés del médico forense es siempre el cuidado médico del paciente, sin embargo, en lo sucesivo que es la recogida y la preservación de la evidencia de interés médico legal es de vital importancia porque este material puede ser crítico para la eliminación de un sospechoso, la identificación positiva del asaltante y para el desenvolvimiento de la justicia.

Los hallazgos médicos en los casos del asalto sexual deben ser siempre abordados en el contexto de las lesiones y de otros problemas médicos asociados con las prácticas sexuales consentidas. Hay que tomar en cuenta los hallazgos con relación a las complicaciones no infecciosas de las prácticas sexuales consentidas y las posibles explicaciones no sexuales de los hallazgos. La exploración debe realizarse obligatoriamente sin prejuicios y el de abstenerse de emitir juicios de valores en presencia de la víctima, y al mismo tiempo permanecer sensitivo al inmenso trauma psicológico y físico que la víctima pudo haber sufrido.

3.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La verdadera incidencia de los crímenes sexuales es desconocida, ya que su denuncia y notificación se traduce en altos índices de subregistro, dentro las cifras negras invisibilizadas.

FIGURA 5.1

Magnitud del problema de la violencia sexual



Fuente: Extractado del Informe Mundial sobre Violencia y Salud, Publicación científica y técnica Nro. 58. OPS/OMS. Washington D.C. 2003, p. 162.

Este informe sobre la magnitud del problema expresa¹⁰⁹:

“Los datos sobre la violencia sexual generalmente provienen de la policía, los centros clínicos, las organizaciones no gubernamentales y las investigaciones mediante encuestas. La relación entre estas fuentes de información y la magnitud mundial del problema de la violencia sexual puede representar por un iceberg flotando en el agua. La pequeña punta visible representa los casos denunciados a la policía. Una sección más grande puede descubrirse a través de investigaciones mediante encuestas y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Pero bajo la superficie queda una parte sustancial aunque no cuantificada del problema”.

En el documento realizado por IPAS de los Talleres de Sistematización del Proceso de Construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual, del cual participamos, refiere lo siguiente ¹¹⁰:

¹⁰⁹ OPS/OMS. Informe Mundial sobre Violencia y Salud, Publicación científica y técnica Nro. 58.. Washington D.C. 2003, p162

¹¹⁰ Rada Luisa y García Eduardo. SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL. IPAS- BOLIVIA. La Paz. 2003, p. 192.

Entre las causas de que no haya denuncia de violencia sexual: la vergüenza, humillación y miedo a la reacción de sus parejas, familiares, amigos /as, vecinos /as y autoridades. Es habitual que el agresor realice amenazas contra la víctima o de algún familiar, si revelara lo ocurrido. Por su parte la víctima tiene miedo de no tener credibilidad, por los innumerables los casos de discriminación, humillación y reversión de la situación en contra de la mujer.

La violencia sexual es un fenómeno universal que ataca indistintamente a mujeres de todas las clases sociales, etnias, religiones y culturas. Ocurre en poblaciones de diferentes niveles sociales y económicos, en espacios públicos y privados, y en cualquier etapa de la vida de la mujer y es considerada como una violación a los Derechos Humanos.

La violencia sexual ejerce un gran impacto en la salud. Para las mujeres adultas implica una disminución de la percepción de su propio cuerpo, resultando en menores cuidados en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Las secuelas pueden incrementarse haciendo que nueve años de vida saludable se vean afectados por incapacidad.

Las secuelas psicosociales son más difíciles de medir. En el campo emocional, la violencia sexual produce efectos intensos y devastadores, muchas veces irreparables, en la adolescencia se presenta un mayor riesgo de embarazo no deseado, de enfrentar el aborto en condiciones de riesgo y de contraer enfermedades de transmisión sexual.

La violencia sexual puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer, sin embargo éstos se producen principalmente entre los 15 y 25 años de edad. Las adolescentes presentan un riesgo cuatro veces mayor de sufrir violencia sexual que cualquier otro grupo étnico. Se considera que la fuerza física del agresor y la intimidación psicológica aplicada, sean los factores determinantes para neutralizar la resistencia de la víctima. Generalmente el agresor utiliza algún instrumento de intimidación, sin embargo, se considera que la intimidación psicológica parece ser una forma predominante de sometimiento.

Estos hechos delictivos en general se producen cuando las mujeres están camino al colegio, trabajo o realizando actividades cotidianas, la violencia es practicada lejos de cualquier testigo.

Se estima que el 50% de las mujeres con deficiencia mental son sexualmente abusadas al menos una vez en sus vidas.

El agresor sexual en la mayoría de los casos se constituye en una persona conocida o próxima a la víctima. En la ciudad de México se estudiaron 531 casos de mujeres adultas que sufrieron violencia sexual, el 62% de ellas pudo identificar al agresor y de éstos el 86% de los casos se trataba de un pariente o de una persona amiga de la familia. Datos similares se obtuvieron en estudios realizados en Sao Paulo – Brasil.

Durante la infancia el abuso sexual es generalmente perpetrado por personas que la niña conoce y confía, siendo que más de la mitad de los casos el agresor es miembro de su grupo familiar. Lamentablemente se verifica que los padres biológicos, padrastros, tíos, abuelos y otros parientes, encabezan la lista de los principales perpetradores en cualquier parte del mundo. Por espacios privados, especialmente en sus propios hogares, impuestos por el miedo, amenazas, seducción o temor a adultos.

El abuso permanece por mucho tiempo oculto, cercado o protegido por un “pacto de silencio” en esos casos la penetración del pene del agresor en la vagina o ano de la niña es generalmente sustituida por caricias eróticas, masturbación u otros actos libidinosos. Estas acciones nefastas no pueden ser comprobadas por evidencias materiales. En tanto producen un profundo impacto emocional con severas consecuencias que pueden acompañar a la víctima a lo largo de su vida.

4.- MARCO JURÍDICO LEGAL

Son acciones o conductas de una o más personas que atentan contra la libre voluntad de otra que viene a constituirse en víctima, al ser obligada a realizar actos libidinosos o de acceso carnal sin su consentimiento, atentando de esta manera la libre voluntad de la persona respecto de su vida sexual.

El término delitos contra la libertad sexual, es un concepto netamente jurídico, que implica la realización de actos de carácter libidinoso, cuyas repercusiones tienen consecuencias sociales, médicas y jurídicas, en las que la intervención del médico forense no sólo es imprescindible en la evaluación de las personas víctimas de estos delitos, sino porque sus conclusiones pueden dar pautas contundentes en el esclarecimiento del hecho delictivo que se investiga y más aún de poder identificar e incriminar al autor del agravio sexual realizado en contra de la víctima.

Ninguna obra de la literatura médica se refiere a los términos de violación, estupro, abuso deshonesto, etc., pues son términos jurídicos. Sin embargo estos delitos tienen repercusión y secuelas médicas, por lo que corresponde al campo de la medicina legal, su intervención.

Los delitos contra la libertad sexual engloban muchos actos ilícitos de los cuales nos limitaremos a mencionar algunos que tienen mayor relación e incumbencia con la medicina forense, éstos son: la violación, el estupro y abuso deshonesto.

Violación, es el acceso carnal, con persona de uno u otro sexo, **sin consentimiento de ésta**, por vía anal, vaginal o por introducción de objetos con fines libidinosos.

Entiéndase por acceso carnal a la penetración, es decir introducción del pene en la cavidad vaginal u anal.

De acuerdo al Código Penal se daría en situaciones como las siguientes:

- Empleando violencia física o intimidación.
- Enfermedad mental de la víctima.
- Grave perturbación de la conciencia.
- Grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima
- Que estuviera incapacitada por cualquier causa para resistir.
- Menor de catorce años, así no haya uso de fuerza o intimidación, o se alegue consentimiento.

En este último punto, si la persona menor de catorce años hubiera accedido sin ningún tipo de presión, a mantener relaciones sexuales, es igualmente un delito, aún sea ella, la que proponga el acto, porque a esa edad, no puede discernir claramente acerca del hecho y las consecuencias que pudiera acarrear, tales como, secuelas psíquicas, un embarazo no deseado o el contagio de una enfermedad de transmisión sexual como el SIDA, etc.

Estupro, es el acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de catorce años y menor de dieciocho, **mediante seducción o engaño**.

En este caso, la relación sexual es consensuada. La persona da su consentimiento, sin que haya violencia física ni moral, ante promesas de matrimonio, dinero u otro tipo de beneficios.

Abuso deshonesto, se denomina así, a los actos libidinosos, que no constituyan acceso carnal, es decir penetración. Comprende lo que se denomina, tocamientos impúdicos, como el manoseo e incluso el roce o frotamiento con el pene sobre partes del cuerpo, sin que haya penetración.

Este delito es muy difícil de demostrar, porque no deja huellas ni marcas visibles de su consumación.

Violación Vaginal

Se considera violación a la introducción de objetos con fines libidinosos y/o a la penetración del miembro viril en la cavidad vaginal, aun sea sólo una parte de él, sin que haya necesariamente eyaculación y aunque la penetración sea sólo por un breve instante.

En gran porcentaje de casos, los agresores son familiares o personas conocidas de la víctima. Es común observar en violaciones a menores, que es el padrastro o la pareja de la madre, el principal victimario. En la gestión pasada, constatamos en dos casos de violación con embarazo, que los padres de las menores, eran los autores.

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL¹¹¹

CAPÍTULO I

VIOLACIÓN, ESTUPRO Y ABUSO DESHONESTO

Artículo 308. (VIOLACIÓN)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999). Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco (5) a quince (15) años.

El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviese incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años.

Artículo 308. Bis(VIOLACIÓN DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999). Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce años. Penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años, sin derecho a indulto, así no haya uso de la fuerza o intimidación o se alegue consentimiento.

Quedan extensas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de doce años, siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres (3) años, entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

¹¹¹ CÓDIGO PENAL, Texto ordenado según Ley Nro. 1768 de 18 de marzo de 1987. Tercera edición. La Paz. Julio de 2001.

Artículo 308. ter(VIOLACIÓN EN ESTADO DE INCONSCIENCIA)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999). Quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconsciencia, será sancionado con pena de privación de libertad de diez (10) a quince (15) años.

Artículo 309. (ESTUPRO)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999). Quien mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con persona de uno o de otro sexo, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18), será sancionado con privación de libertad de dos (2) a seis (6) años.

Artículo 310. (AGRAVACIÓN)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999).
La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

- 1) Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270 y 271 de este Código.
- 2) Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima.
- 3) Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- 4) Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de la víctima, o si está se encontrara en situación de dependencia o autoridad.
- 5) Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas.
- 6) Si el autor utilizó armas y otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima.
- 7) Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes.

Si como consecuencia del hecho se produjere la muerte de la víctima, se aplicará la pena correspondiente al asesinato.

Artículo 311. (SUBSTITUCIÓN DE PERSONA)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999).

Artículo 312. (ABUSO DESHONESTO)

(Nota del Editor: Modificado por la Ley No. 2033 de 29 de octubre de 1999). El que en las mismas circunstancias y por los medios señalados en los artículos 308, 308 bis y 308 ter, realizará actos libidinosos no constitutivos de acceso carnal, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años. Si la víctima fuera menor de catorce (14) años, la pena será de cinco (5) a veinte (20) años.

La pena se agravará conforme a lo previsto en el Artículo 310 de este código.

5.- LA EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA DE UNA AGRESIÓN SEXUAL CON FINES PERICIALES

La víctima de violencia sexual, generalmente llega a la consulta traumada por el hecho, y abordar el tema rememora la situación vivida, ahondando mucho más el trauma sufrido, por lo que el examen clínico debe realizarse con mucha suavidad y tino.

Las mujeres jóvenes y más aún si son niñas, deben siempre estar acompañadas de la madre, o una familiar próxima. En caso de señoras solas, es imprescindible contar con la presencia de otra dama. Nunca debe el médico forense realizar el examen con la víctima sola. Primero por el mismo pudor de la señora, que debe mostrarse desnuda a un hombre extraño, así sea un médico y luego porque en el estado de trauma en que pueda encontrarse, acuse al médico, de manoseo e incluso de agresión sexual, por la víctima, justamente de un delito sexual, que acude a un examen médico forense.

Debe iniciarse el examen, dándole confianza y advirtiéndole sobre el derecho que tiene a negarse de realizarse el examen médico, ante la sospecha de alguna situación incómoda para ella, al momento del interrogatorio. Preguntarle, si desea relatarnos algo que otras personas no deben enterarse, aun los mismos padres. Interrogar acerca de la fecha de la última menstruación, puede alertar sobre un posible embarazo. Otra interrogante importante, es preguntarle si tuvo relaciones sexuales consentidas recientes, previos al ataque sexual, porque si las tuvo, se encontrará líquido seminal en cavidad vaginal, incluso en las prendas íntimas, que no necesariamente puedan corresponder al agresor y en caso de embarazo, a quien corresponde la paternidad? Sin embargo se le debe advertir, que el examen físico siempre se hará en presencia de su madre u otra persona de sexo femenino.

En muchos casos, la víctima no quiere realizarse el examen médico, generalmente adolescentes que se fugaron del hogar, pues acuden a la consulta obligadas por sus padres. Se debe volver a insistir en presencia de familiares y ante la negativa de ésta, se da por concluido el examen.

Si accede a realizarse el examen, debe invitarse a la persona a que se desnude de la cintura para arriba y proceder a examinarla, describiendo las lesiones que pudieran encontrarse. Una vez concluido indicarle que puede vestirse e invitarla nuevamente a que se desnude, esta vez, de la cintura para abajo. **Nunca debe estar la víctima totalmente desnuda en el consultorio.**

Cuando hubo violencia y defensa de la víctima, pueden presentarse signos de agresión física, como hematomas, equimosis y excoriaciones, en diferentes partes del cuerpo, hasta lesiones de gravedad como fracturas. Suelen también observarse, equimosis por sugilación, (chupones) y mordeduras especialmente en el cuello y las mamas, son lugares en los que es común encontrar estas lesiones.

Las equimosis digitiformes en brazos, debidas a presión digital, se deben a que el agresor, para someter a la víctima la sujeta por los brazos con violencia, dejando en evidencia las improntas de los dedos.

Las equimosis en caras internas de los muslos, son provocadas por las rodillas del victimario en el afán de separar los miembros inferiores. También suelen observarse equimosis digitiformes en estos miembros.

Es frecuente encontrar también, excoriaciones por arrastre en el dorso y los glúteos, cuando la agresión se realizó en las periferias o en lugares alejados.

5.1.- El momento y el lugar de la exploración forense

Aunque el examen clínico forense debe ser llevado a cabo lo más antes posible, existen indicadores que ayudan al médico forense para determinar si el asesoramiento de una víctima debe llevarse a cabo fuera del horario de oficina o puede ser referida hasta el día siguiente. Incluso cuando la naturaleza del asalto sexual sugiere que probablemente no exista evidencia médico legal, la determinación de cuando realizar el examen clínico debe ser influido por la velocidad con la que la evidencia clínica va a desaparecer como por ejemplo el enrojecimiento.

Por la naturaleza de la agresión se requiere de instalaciones especialmente designadas para el examen clínico de estas víctimas. La víctima puede desear la presencia de un familiar o de un amigo durante la totalidad del examen.

5.2.- Consentimiento

Para cada una de las fases del examen físico, incluida el uso de cualquier técnica o equipo especializado (el uso del colposcopio) y de la toma de muestras pertinentes, se debe conseguir el consentimiento de la víctima. Durante la obtención de este consentimiento se debe advertir a la presunta víctima y/o familiar que el médico forense no puede garantizar la confidencialidad de la información averiguada del material obtenido durante la exploración por la posibilidad existente de que un juez puede solicitar que el médico rompa la confidencialidad profesional. Cuando se requiera la obtención de fotografías como parte de la documentación de la exploración, la víctima debe ser advertida con anterioridad. Para esta última situación se requiere la obtención del consentimiento específico en forma escrita. La persona examinada debe ser informada de que puede detener la realización de la exploración en cualquier momento.

5.3.- Los Detalles de la Acusación

Si la presunta víctima ya ha dado los detalles de la acusación a otro profesional, como por ejemplo al investigador de la Policía, no es necesario de que vuelva a repetir estos detalles al médico forense. Kicks hace notar que el de tratar de indagar de la víctima una historia muy detallada del incidente puede poner en peligro el caso durante el juicio oral porque en el momento del examen médico la víctima puede encontrarse perturbada y, como consecuencia, los detalles del incidente pueden resultar confusos y pueden estar en conflicto con declaraciones posteriores. Los detalles de la acusación pueden ser proporcionados al médico forense por una tercera persona y luego ser aclaradas, si es necesario, con la presunta víctima. Puede que sea difícil para la víctima el describir los asaltos sexuales donde existió penetración oral y/o anal, por lo que el médico forense requiera preguntar, en forma sensitiva, preguntas directas sobre tales actos.

5.4.- La Historia Médica y Sexual

El de obtener la historia médica y la sexual tiene doble beneficio: primero, el de identificar cualquier conducta o condición médica que pueda causar que el médico interprete en forma errónea los hallazgos clínicos, por ejemplo el sangrado menstrual; y segundo, el de identificar cualquier problema médico que pueda ser atribuible al asalto sexual, por ejemplo hemorragia, dolor, secreción. Pueden ser requeridos otros detalles específicos si se está considerando contracepción post-coital.

Sólo es necesario obtener los detalles pertinentes sobre la historia médica y la sexual, ya que la confidencialidad no puede ser garantizada. El poder reconocer lo que constituye la información pertinente de la historia médica y la sexual requiere el análisis de cada caso y tomando en cuenta las causas diferenciales de cualquier hallazgo médico y de la información persistente para los diferentes actos sexuales.

Para el examen de la víctima de una agresión sexual asegúrese de cumplir con los siguientes puntos:

- Solicitud Judicial.
- Consentimiento de la víctima.
- Si es un menor de edad, obtener el consentimiento de la madre/padre o tutor.
- Uso de buena técnica.
- Contar con buena iluminación.
- Presencia de otra mujer o autoridad judicial.

En todos los casos se debe realizar un examen físico completo para documentar las lesiones y anotar cualquier patología que pueda afectar la interpretación de los hallazgos médicos.

Los hallazgos médicos en los casos de una agresión sexual deben ser siempre abordados en el contexto de las lesiones y de otros problemas médicos asociados con las prácticas sexuales voluntarias.

Hay que tomar en cuenta los hallazgos con relación a las complicaciones no infecciosas de las prácticas sexuales consentidas y las posibles explicaciones no sexuales de los hallazgos.

Al enfrentarse con la víctima deben inmediatamente, dar el tratamiento de urgencia necesario que se requiera para cualquier necesidad médica que se presente por ejemplo una sobredosis de drogas, lesión craneoencefálica o heridas. Este cuidado médico toma prioridad sobre cualquier asunto de interés legal.

5.5.- Examen Físico

En todos los casos se debe realizar un examen físico completo para documentar las lesiones y anotar cualquier patología que pueda afectar la interpretación de los hallazgos médicos.

La realización o no del examen anogenital debe ser analizado en cada caso, por ejemplo, si la víctima indica haber sido forzada a realizar fellatio entonces no hay indicación para llevar a cabo el examen de los genitales externos.

Cualquier material de fotografía / vídeo debe ser retenido por el médico forense como parte de sus documentos confidenciales. Para preservar el anonimato el material debe ser etiquetado

tanto sobre el estuche como la fotografía y el vídeo usando un código específico o las iniciales del nombre de la víctima, y la fecha del examen.

La exploración de la víctima de una agresión sexual, es sin duda misión pericial que compete al Médico Forense, pero en ocasiones l@s médic@s del sistema de salud, se ven en la necesidad de atender a una persona que ha sido víctima de esa violencia. Aún en este caso sería conveniente y deseable que la exploración fuese realizada conjuntamente con el Médico Forense. Pero dado que por diversas circunstancias tiene que realizarse en ausencia de éste, se proponen pautas a seguir en estos casos.

No debe olvidarse que el Médico no es ni juez ni parte, y por tanto su papel debe circunscribirse al dictamen sobre las violencias y hallazgos biológicos encontrados. La exploración debe realizarse obligatoriamente sin prejuicios debiendo el médico abstenerse, se trate de quien se trate y de los hábitos y costumbres sexuales que tenga la víctima, de emitir directa o indirectamente juicios de valor en presencia de ésta.

Evidentemente la actitud a seguir va a depender del tiempo transcurrido desde la agresión, el tipo de agresión y la necesidad de atención médica a la víctima, la cual naturalmente prima sobre los aspectos periciales.

Lo primero que debe realizarse es evitar que la víctima se cambie de ropa. El que se duche y se ponga ropa limpia, conlleva casi inevitablemente la pérdida de posibles indicios biológicos, fundamentalmente desde el punto de vista de la investigación.

A continuación debe comunicarse lo más rápidamente posible el hecho a la Policía para que a su vez lo ponga en conocimiento del fiscal de turno y se dé aviso al Médico Forense, una vez realizado esto y acordadas las instrucciones pertinentes, previo consentimiento de la víctima, se puede proceder a la exploración pericial.

El reconocimiento con fines periciales de la víctima de una agresión sexual tiene objetivos sustancialmente diferentes del reconocimiento con fines clínicos, y en ningún caso debe limitarse a la sola exploración ginecológica. Leves hematomas en boca o cara interna de los muslos, pequeñas excoriaciones en antebrazos o región dorsal, que no tienen interés clínico, pueden ser de extraordinaria importancia desde el punto de vista del Médico Forense.

La exploración debe seguir una serie de pasos cuyo orden debe respetarse, salvo criterios del explorador, de manera que no se olvide ningún dato. Debe ser realizada en presencia de otra persona del ámbito sanitario, preferentemente del sexo femenino, especialmente cuando se trate de un menor o de una mujer, para evitar situaciones equívocas.

1. **Datos de filiación.** Como es habitual se recogerá el nombre, sexo, edad y profesión de la persona.
2. **Datos de la agresión.** El explorador se debe informar de la propia víctima, del lugar, fecha y hora de la agresión, así como del tipo de agresión (tocamientos, penetración bucal, anal o vaginal, etc.). Con tranquilidad se debe obtener un breve resumen de la circunstancias de la agresión (medio en la ocurre, número de agresores, uso de fuerza, intimidación, si hubo o no eyaculación, etc.). Por último es importante saber qué actividad ha realizado tras la agresión; ha ido directamente al centro médico, si se ha lavado, si se ha cambiado de ropa.
3. **Datos de la víctima.** Se debe indagar la existencia de antecedentes médicos y quirúrgicos, con especial referencia a enfermedades de transmisión sexual, SIDA y hepatitis. Asimismo una breve recopilación de datos ginecológicos: menarquia, fecha de la última regla, fecha del último coito en su caso, uso habitual de anticonceptivos, antecedentes de abortos o de partos.
4. **Exploración física.** Se debe iniciar anotando la actitud de la víctima ante la exploración, el estado de ánimo y la repercusión psicológica en ese momento, además de su constitución, estado nutricional y desarrollo muscular.

Si las ropas que lleva la víctima son las mismas que tenía en el momento de la agresión, deben examinarse cuidadosamente, observando la existencia de desgarros, roturas, pelos o manchas sospechosas. La ropa interior siempre será recogida para su análisis, aunque algunos autores consideran que deben ser estudiadas todas las prendas.

Es conveniente iniciar el examen por las **zonas extragenitales**, para terminar reconociendo el aparato genital y **áreas paragenitales**. Hay que tener en cuenta que la víctima de una agresión de esta naturaleza, es víctima de una vivencia extraordinariamente desnuda. Primero se examinará la mitad superior del cuerpo y una vez cubierta, la mitad inferior, momento en que se efectuará el **examen genital** (genital, perianal y anorectal).

EXPLORACIÓN FÍSICA EXTRAGENITAL

Procedimiento:

1. La víctima está colocada en la cama en posición normal (no ginecológica), vestida con el camión ginecológico y con una sabanilla púdica convencional.
2. Se explica a la víctima que la exploración va a la búsqueda de los indicios y las huellas que haya podido dejar el agresor durante la agresión.

3. Realizar la exploración sistemática del cuerpo de la víctima (excepto área paragenital y genital).
4. Se debe buscar manchas (por ej. de suciedad, de sangre), lesiones patológicas de la piel y cicatrices. Describir TODAS las características de las lesiones.
5. Se exploran con especial cuidado los párpados y pabellones auriculares, que son lugares de especial sensibilidad a golpes o presiones de escasa entidad.
6. Si la víctima puede identificar que una lesión es una verdadera mordedura (y no una sugilación) o si la inspección revela una lesión con características que sugieren que fue causada por una mordedura, se debe hacer los preparativos del área para que sea fotografiada para que la lesión sea estudiada por un odontólogo forense.

Debe comprender el examen de toda la superficie corporal, con especial atención a la cabeza, boca, cuello, antebrazos, muñecas y muslos. Debe anotarse los siguientes datos:

- Naturaleza y características de las lesiones: si otras mordeduras por arma blanca (incisas, punzantes. . .), quemaduras (por cigarro, por líquido. . .), contusiones, erosiones, excoriaciones.
- Dimensiones y morfología de las lesiones.
- Localización exacta en la región anatómica donde se encuentran.

EXPLORACIÓN FÍSICA PARAGENITAL

Corresponde al abdomen, parte anterior de caderas, parte anterosuperior de los muslos, (un lugar de especial trascendencia en la recogida de muestras de eyaculación exterior, bien por emisión directa o por roce) región del Monte de Venus y glúteos.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENITAL

El área genital corresponde a los genitales externos, al periné y a la región anorectal.

La víctima, una vez colocada en posición ginecológica, se observará la morfología y grado de desarrollo de los genitales externos. Es conveniente colocar papel blanco bajo la región genital,

para recoger cualquier sustancia o vestigio que pueda desprenderse. Se estudiará la vulva, la hendidura vulvar y los labios mayores y menores. A continuación se procede a practicar la “*maniobra de las riendas*”, que consiste en coger ambos labios mayores realizando tracción con suavidad hacia delante y arriba, al tiempo que se le pide que “puje”. De esta forma se dilata el orificio vulvo – vaginal y que se despliega la membrana himeneal, cuyo borde se examina con ayuda de una sonda flexible. Hay que describir la morfología del himen, su consistencia y si presenta o no desgarros, la profundidad de los mismos y si son o no recientes, localizándolos con un sistema horario imaginario de referencia.

En el caso de existir hemorragia vaginal o sospechosa de lesiones intravaginales, se utilizará el espéculo para el examen interno, pero sólo en el caso de que la mujer está desflorada.

Procedimiento:

1. Se sitúa a la víctima en la mesa en posición ginecológica, cubierta con la sabanilla púdica.
2. De forma previa a la exploración específica sobre la región genital deben prepararse los medios de visualización (colposcopio, fuentes de luz dirigible), los esquemas corporales de referencia a la región genital, los instrumentos que utilizaremos en la toma de muestras y las etiquetas de identificación de la muestra.
3. Nunca debe utilizarse instrumental potencialmente lesivo antes de haber comprobado exhaustivamente el lugar ya que la introducción de algunas herramientas de exploración (espéculo) o de toma de muestras puede ocasionar traumatismos o microtraumatismo que pueden alterar el resultado de la exploración.
4. Se pasa a la revisión del periné. Puede llevarse a cabo tanto visualmente como utilizando medios de aumento, como el colposcopio o la lupa con iluminador circular, o medios de revelado de lesiones, como la luz de Wood o la toluidina, e incluso la fluoresceína, y medios de captación de imagen, que van desde la fotografía hasta el vídeo.
5. Se va a la búsqueda de los puntos de tránsito, que serán la horquilla posterior, la fosita navicular y la comisura posterior. A continuación se pasa a la visualización del introito vulvar y a la evaluación del estado del himen y de las carúnculas mirtiformes o restos himeneales.
6. La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:
 - Localización anatómica. Se suele utilizar una división en cuadrantes u horaria.
 - Descripción de su aspecto visualizado y categorización.

- Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
 - Evaluación de la posible data.
 - Aproximación a una posible etiología.
7. Con dos hisopos secos frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, de los labios mayores, y el vestíbulo.
 8. Solamente cuando se ha realizado una evaluación exhaustiva externa, es posible realizar la toma de muestras intravaginales, que se realiza a ciegas la primera de ellas, y posteriormente se puede pasar a la colocación del espéculo (en lo posible un espéculo transparente).
 9. Con dos hisopos secos se toman muestras de la vagina y particularmente del fondo de saco posterior.
 10. Se colecta una sola muestra del orificio endocervical, dentro la vagina localizando el cerviz. En muchas ocasiones el orificio endocervical puede ser el único lugar donde encontramos espermatozoides.
 11. En este punto es posible compatibilizar una valoración no sólo de lesiones traumáticas, sino también de posibles hallazgos específicos, entre los cuales los signos de ETS.

EXAMEN GINECOLÓGICO EN UNA MUJER VIRGEN

En las primeras relaciones sexuales, lo más común es que el himen, (formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina), se desgarrar, provocando sangrado generalmente escaso, con inflamación y tumefacción de la zona.

Para realizar el examen del himen de manera adecuada, se recurre a dos maniobras. Una de ellas, es la maniobra de las riendas, que consiste en tomar los labios mayores con los dedos índice y pulgar traccionándolos simultáneamente hacia delante y a ambos lados de la vagina, con lo que el himen quedará expuesto.

Otra maniobra, menos recomendable, pero efectiva, es invitar a la víctima a que pujan, como si estuviera defecando, el himen es protruido, quedando igualmente expuesto.

Los desgarramientos himeneales, curan y cicatrizan en un periodo de cinco a siete días, después de ocurrido el hecho, siendo más difícil su diagnóstico en los últimos días, ya que una vez cicatriza-

dos, no es posible determinar data del hecho, o si fue provocado en una primera relación sexual. Se informa como desgarros antiguos.

La ubicación de los desgarros, se los describe tomando en cuenta las manecillas del reloj. En muchas obras de la literatura médica especializada, se describe la ubicación de los desgarros de acuerdo al tipo de himen. Así se describen desgarros en horas 5 y 7 en el himen semilunar, desgarros en horas 2, 4, 8 y 10 en el himen anular y desgarros en horas 3 y 9 en el bilabiado.

En la práctica diaria hemos observado que la ubicación de los desgarros es impredecible. No se puede hacer una afirmación, en el sentido de que ante un tipo de himen, se producirán desgarros en determinadas horas.

EXAMEN GINECOLÓGICO EN UNA MUJER DESFLORADA

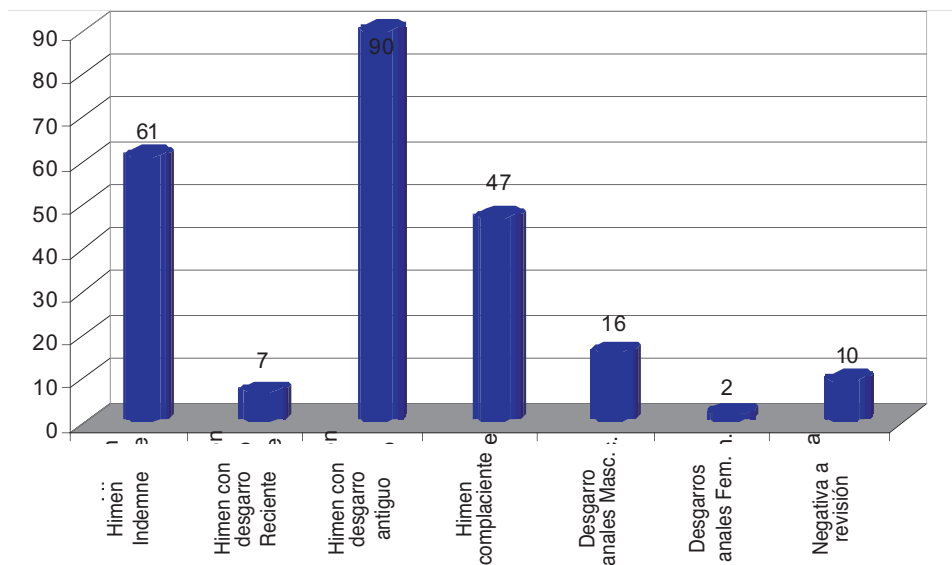
Cuando la mujer, víctima de violencia sexual, tiene vida sexual activa o tuvo relaciones sexuales anteriores y más aún, si es madre, ya no se producen desgarros, y los ya existentes se encuentran totalmente cicatrizados, y no nos brindan información acerca del hecho. En el caso de señoras madres, existe un borramiento de la membrana, quedando solamente esbozos rudimentarios denominados carúnculas mirtiformes, que son sugerentes de maternidad. Por lo que al simple examen ginecológico, no es posible determinar si hubo un hecho sexual. En estos casos es imprescindible y valioso el examen de laboratorio, que reporte presencia de líquido seminal en cavidad vaginal, única prueba que demuestra un hecho de agresión sexual.

En ambos casos, tanto en la mujer virgen como en la mujer desflorada, pueden ocurrir desgarros en las paredes de la vagina, fondos de saco y especialmente en la horquilla posterior, pudiendo comprometer además el tabique recto vaginal, cuando hay desproporción entre el pene y la cavidad vaginal, especialmente en niñas, o cuando se ejerce violencia extrema, más aún si hay multiplicidad de agresores, o cuando se introduce un objeto e incluso la mano.

En un caso de muerte de persona por complicaciones secundarias a agresión sexual en una menor de 17 años de edad. A la autopsia observamos desgarros de grandes dimensiones en paredes de la vagina con compromiso de fondos de saco y tabique recto vaginal. El agresor, novio de la muchacha, en un ataque de celos al sorprenderla manteniendo relaciones sexuales con otra persona, le introdujo la mano en el conducto vaginal, para luego retirarla violentamente en puño.

Asimismo, es recomendable no realizar tacto vaginal, especialmente si al examen, se observa himen indemne. En otro caso, ante la denuncia de un hecho de violencia sexual en el área rural, con el médico inexperto en este campo, se procedió a realizar tacto vaginal en una menor de seis años, virgen, provocándole desgarros, no porque existió el hecho, sino por la maniobra del médico.

**CUADRO DE ATENCIÓN EN LA GESTIÓN 2003
POR AGRESIÓN SEXUAL
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
SUCRE – BOLIVIA**



En el consultorio de medicina forense, en la gestión 2003, se atendieron 231 casos denunciados como agresión sexual, de los cuales:

- En 97 casos, se demostraron desgarros himeneales, de los cuales 7 eran recientes y 90 antiguos.
- En 61 casos, se observó himen indemne, correspondían a falsas denuncias.
- De 18 casos de agresión anal; en 13, no se pudo demostrar la presencia de desgarros, por el tiempo transcurrido desde el momento del hecho, al momento de realizar el examen médico, con el antecedente cierto de haber ocurrido el delito, en 5 casos los desgarros eran evidentes. Del total de casos de agresión sexual anal, en 16 casos las víctimas eran de sexo masculino y 2 de sexo femenino.

- En 2 casos, se evidenció agresión tanto vaginal como anal.
- En 10 casos, no pudo realizarse el examen , por negativa de la persona.
- **47 casos, correspondían a himen complaciente, de estos, dos eran madres, que después del parto natural, continuaban con himen complaciente.**

Diagnóstico diferencial entre desgarros y escotaduras

Desgarros

- Los desgarros son traumáticos, provocados por penetración,
- Llegan a la base de implantación del himen.
- Al afrontar sus bordes, son simétricos.
- Sus bordes presentan epitelio cicatrizal.

Escotaduras

- Las escotaduras, son congénitas, no son traumáticas.
- Son irregulares, no llegan a la base de implantación.
- Al afrontar sus bordes, no son simétricos.
- Sus bordes presentan epitelio himeneal.

HIMENES MAS COMUNES



SEMI LUNAR

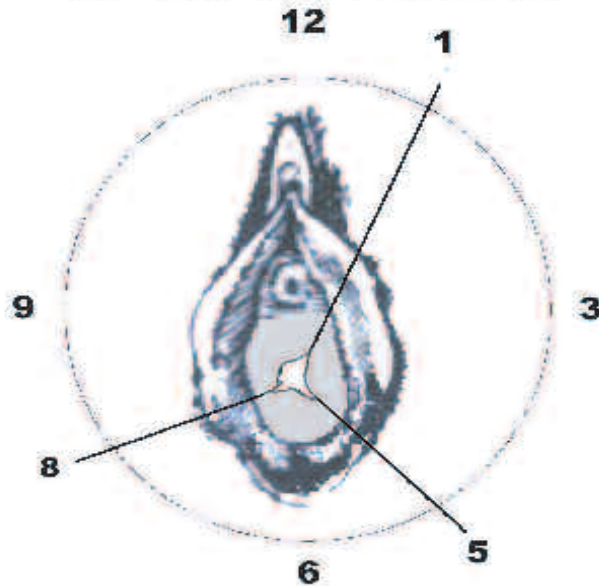


ANULAR



LABIADO

UBICACION DE LOS DESGARROS SEGUN LAS MANECILLAS DEL RELOJ



LA EXPLORACIÓN ANORECTAL

Parece ser que el 95% de las mujeres que han sufrido un coito anal forzado niegan su existencia y que el 65% de las víctimas de agresiones sexuales han sido penetradas por esta vía. Por ello, aunque la persona lo niegue, bien por vergüenza, bien por no haberse dado cuenta debido a las circunstancias, es necesario examinar esta región anatómica.

A diferencia de la penetración vaginal, toda penetración anal no consentida deja inevitablemente lesiones de mayor o menor intensidad, debidas a la contracción esfinteriana.

Para la exploración la persona debe colocarse en “posición de plegaria mahometana” o genu – pectoral. La intensidad de las lesiones dependerá de la desproporción del volumen entre las partes anatómicas, por lo que en un niño suelen ser más intensas. Consisten en excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas de la mucosa y de los pliegues radiados de la piel, si bien tales señales suelen desaparecer sin dejar rastros. Suele haber alteraciones funcionales concomitantes, consistentes en parálisis del esfínter anal con dilatación y disposición del embudo del ano, consecuencia de una contractura refleja del músculo elevador.

Violación anal

Cuando la penetración es anal, pueden igualmente provocarse desgarros, dependiendo de la desproporción entre el volumen del pene y el orificio anal.

Este tipo de agresión sexual, es difícil de demostrar pasado el proceso de cicatrización. El tiempo de curación de estos desgarros, es igualmente de cinco a diez días. El inconveniente es que una vez cicatrizados, no quedan evidencias de desgarrar, por la disposición anatómica de los pliegues anales, que eclipsan las cicatrices de estas lesiones, si las hubiera.

Un detalle importante que se debe considerar, es que pueden provocarse desgarros o grietas en las personas constipadas, con bolo fecal aumentado de volumen, especialmente en niños.

La única manera de demostrar un coito anal, es determinando presencia de semen en el conducto ano rectal. La toma de muestras se realiza a través de hisopado anal.

El mayor inconveniente para la toma de muestras, es que las víctimas acuden a la consulta muchos días después de ocurrido el hecho, más aún en este tipo de violaciones, que por el acto fisiológico de la defecación, se elimina el semen que el agresor hubiera depositado en el recto.

El signo de la dilatación anal en niños en los que ha habido una dilatación forzada del ano, descrito por algunos autores, no es constante y es difícil demostrar que con esta maniobra se lleve a un diagnóstico de agresión sexual anal.

5.6.- Atención Clínica

El médico forense deberá referir al centro médico o ginecológico más próximo, de forma inmediata para que la víctima reciba:

En cuanto a la **atención clínica**, es cuestión a valorar por el facultativo y vendrá determinada en función al estado clínico de la persona examinada. Sin embargo, es necesario realizar una serie de actuaciones según las circunstancias del caso.

1. Test de gestación (Beta – HCG). Se practicará siempre en mujeres en edad fértil. Si el resultado es negativo se debe repetir a las semanas.
2. Pruebas serológicas para determinación de posibles Infecciones de Transmisión Sexual:
3. Gonorrea y Clamidias, inicial y a las tres semanas.
4. Sífilis, inicial y a las seis semanas.
5. VIH/SIDA, inicial, a las seis semanas y a los cuatro o seis meses.
6. Anticonceptivos poscoitales.
7. Tratar las lesiones y profilaxis antitetánica en su caso.
8. Tratamiento preventivo para las infecciones de transmisión sexual (gonocócica, clamidias y sífilis) en incubación.
9. Derivar a la víctima al Servicio de Médico que corresponda, para su seguimiento.
10. Apoyo psicológico. La agresión sexual es básicamente un acto de violencia hacia una persona, que experimenta una flagrante transgresión de su consentimiento. Esto pone en marcha complejas reacciones emocionales en la víctima, generalmente mucho más significativas que las lesiones físicas. Las repercusiones psicológicas pueden empezar en el mismo momento de la agresión y prolongarse durante meses e incluso años.

11. Inicialmente existe una fase de desorganización aguda que puede incluir la incredulidad, sentimientos de autoacusación y despersonalización, ansiedad y depresión. En estos primeros momentos son útiles las benzodicepinas por vía oral. A largo plazo puede establecerse el denominado Trastorno por Stress Postraumático, el cual requiere seguimiento psiquiátrico específico.

5.7.- Exámenes de laboratorio

- Se realiza pesquisa de líquido seminal y/o espermatozoides, en hisopado vaginal y/o rectal, así como en prendas.

Es posible observar espermatozoides en hisopado vaginal, hasta 48 horas después de hecho. En las prendas, se puede detectar líquido seminal mucho tiempo después, meses.

- Determinación de fosfatasa prostática en hisopos y/o prendas. En las manchas de semen en las prendas, puede detectarse fosfatasa prostática muchos meses después.
- Examen de vellos pubianos, para examen genético.
- Considerar la posibilidad de examen genético en todas las muestras obtenidas.
- Se debe tener presente, la posibilidad de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Siempre se debe solicitar prueba de embarazo, que debe ser repetida en dos semanas, excepto cuando al momento del examen se evidencie sangrado menstrual.

La primera prueba de embarazo se la debe realizar en el momento de la consulta, que obviamente dará como resultado **negativo**. La segunda prueba, recomendamos realizarla en unas dos semanas, según técnica a emplearse en laboratorio, de ser **positiva**, se demuestra que el embarazo es consecuencia del hecho denunciado.

No es raro, que al realizar la primera prueba, con antecedente de agresión sexual reciente, el resultado de laboratorio sea **positivo**, con lo que se demuestra que la persona ya estaba embarazada antes de producirse la violación, se descarta la paternidad del agresor.

Actualmente en lugares que cuentan con laboratorios de genética, se están realizando hisopados de lugares posibles de contacto con la boca, (chupones, mordeduras). El agresor deja saliva, de esta muestra, se puede realizar un examen genético que puede identificar al sospechoso.

Últimamente el uso de preservativos, por parte de los agresores, imposibilita realizar pruebas de laboratorio, pues no deja evidencia de muestras biológicas, por lo que es recomendable realizar la búsqueda del preservativo en las zonas próximas al lugar del hecho, pues el agresor arrojará el preservativo en las inmediaciones.

Otro problema con el que tropezamos y con bastante frecuencia, es que las denuncias de agresión sexual, se las hacen tardíamente, muchos días, e incluso semanas y meses después de ocurrido el delito, en este caso, no hay ninguna posibilidad de determinar si se produjo o no el hecho denunciado, y la única manera de demostrarlo, sería que a consecuencia de la violación, se produzca un embarazo.

Otras personas vienen aseadas prolijamente a la consulta y las prendas íntimas que estuvieron usando al momento de ocurrido el delito, fueron lavadas, o arrojadas a la basura. Sin embargo existe la posibilidad aún de realizar hisopado vaginal, si la consulta no es tardía.

La violación por vía oral, no está contemplada en el código penal de Bolivia, sin embargo suelen presentarse casos de esta naturaleza, por lo que tendría que tomarse en cuenta este tipo de delito, equiparable a violación vaginal o anal.

6.- TRAUMATISMOS GENITALES Y EXTRAGENITALES

Solamente una pequeña proporción de víctimas de abuso sexual, sufre traumas físicos severos, hay datos que sugieren que la ocurrencia de traumas genitales es mayor en las mujeres vírgenes que en aquellas sexualmente activas. La resistencia por parte de la víctima, es otro factor que debe ser considerado en la etiología de esos traumatismos físicos siendo que la víctima adulta tiende a presentar mayor resistencia contra el agresor.

En las niñas la primera hora postrauma es más crítica y puede ser vital para implementarse las medidas necesarias si se sospecha de traumatismos, es fundamental la realización de un examen físico completo y de un examen ginecológico, en algunos casos es necesario realizar este examen con anestesia. La observación del flujo urinario espontáneo es obtenida por sonda, la que puede alertar la existencia de lesiones en el tracto urinario.

La atención a los eventuales traumatismos físicos, genitales y extragenitales, no constituyen un punto principal del problema de atención de urgencia para las víctimas de violencia sexual. La mayoría de las víctimas recibe un tratamiento adecuado para dichas condiciones. No obstante es evidente la resistencia de los servicios de salud para examinar y cuidar a aquellas víctimas que no representan daños físicos, resultado de violencia, reciben mejor atención en los servicios de

salud, servicios legales y atención y salud reservada. Paradójicamente la mujer que presenta brutalmente heridas recibe respeto y credibilidad.

6.1.- Lesiones Específicas de la Violencia Sexual ¹¹²

Las lesiones específicas de la violencia sexual son las de localización genital, anal, oral y en los senos, como en las publicaciones de Zeitlin y Hobbs: que recogen los efectos de anales y vaginales de la violencia sexual, los traumatismos genitales y laceraciones de la horquilla posterior como hallazgo muy sugestivo de asalto sexual o como traumatismo no obstétrico del tracto genital, los traumatismos rectales en las agresiones sexuales con violencia anal. Otros efectos como la dilatación anal, o consecuencias patológicas en un segundo tiempo: como el estreñimiento o las enfermedades de transmisión sexual, reconocibles como abusos sexuales.

Las lesiones más características de agresión sexual podemos observar:

- De localización himeneal, aparecen fundamentalmente en víctimas que no tienen relaciones sexuales habituales o no han parido por vía vaginal, siendo valoradas como lesiones aquella que presentan ruptura o interrupción traumática del borde de la carúncula himeneal afectada, la existencia de hematomas en el seno de las carúnculas y/o la aparición de restos fibrinosos sobre bordes o escotaduras que sangran con facilidad al intentar retirarlos con una torunda.
- De localización en horquilla posterior, fosita navicular, en los casos de penetraciones bruscas, enfermedades locales con menor resistencia en la zona, estenosis introitales, inadecuación del tamaño y otros.
- De localización vestibular o introital (hematomas introitales, por ejemplo) por traumatismos directos bien peneanos (habitual en penetraciones reiteradas por diversos agresores), manipulaciones o utilización de instrumentos.
- De localización anal y perianal, con la aparición de dehiscencias del esfínter anal exterior, fracasos del automatismo del esfínter interno y fundamentalmente la aparición de dehiscencias continuándose en la transición cutaneomucosa rectal. También se han descrito la aparición de fístulas rectovaginales en la agresión sexual infantil con lesiones de las paredes rectovaginales.
- De localización oral y perioral, que habitualmente dejan escasas lesiones traumáticas, siempre se debe revisar los pliegues mucosos que existen entre los alvéolos dentarios y la mucosa labial interna, tanto superior como inferior.

¹¹² Cobo Juan. MANUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, FORMULARIOS Y GUÍA DE EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1998, p. 35- 45.

- En los senos mamarios, se debe buscar lesiones comunes situadas en dicha región, que podrían tener una connotación sexual específica.

6.2.- Lesiones de Especial Importancia ¹¹³

Las lesiones de especial importancia son aquellas que tienen trascendencia en la fase preparatoria y durante el desarrollo del juicio oral, ya que establecen hechos sobre la conducta del supuesto agresor o de la víctima, que dan credibilidad y coinciden con elementos básicos de la agresión sexual, en éstas podemos continuar:

- Las lesiones por arma blanca que pueden ocasionar heridas de diferente gravedad y condicionar la aceptación de la agresión sexual, muchas de importancia médica, por ejemplo: una herida superficial en el cuello (intimidación), región infraclavicular o en región paraesternal o esternal en la línea media; puede ser indicativo de haber cortado un tirante de un sujetador o intermamario (corte de sujetador), y en el espina iliaca superior anterior que es sugestivo de corte de prenda interior.
- Otras lesiones cuya comprobación es clave en casos de asalto sexual, que tienen aparición específica en las caras interna y anterior de los muslos en los casos de penetración vaginal, de separación de glúteos en la penetración anal y cuya morfología es muy característica. Aparecen lesiones erosivas lineales superficiales paralelas, muy característico en casos de que la víctima lleva pantíes, en número de una o más según hayan sido realizadas por el 1er, 2do, 3er o 4to dedo, el 5to no suele dejar lesiones o impresiones digitales a no ser de que el ataque sexual sea muy violento.
- Lesiones por presión o agarramiento, habitualmente situada en cuello, muñecas y tobillos (en caso de uso de cuerdas), con facilidad en zonas sensibles por laxitud tisular como en las cara interna y craneal de lo brazos o en el pliegue del codo, la forma más habitual es de uno a tres, describiendo hematomas ovalados o en coma, y algunas veces se puede observar opuestos entre sí en una cara y la cara contraria.
- Lesiones de defensa o lucha, situadas en zonas de exposición al ataque exterior, como la cara externa de antebrazo o dorso de la mano; también se observa herida incisa en la cara palmar de la mano o de los dedos en el intento de esquivar el arma del atacante.

¹¹³ Cobo Juan. MANUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, FORMULARIOS Y GUÍA DE EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1998, p. 35- 45.

- Lesiones figuradas, las que dibujan las irregularidades de las zonas de contacto, permitiendo comprobar las irregularidades de un terreno pedregoso, que suele dejar un dibujo como puzzele en zonas dérmicas sin lesión, y erosiones de contacto o roce en superficies puntiagudas, abrasiones en arrastres violentos.
- Las mordeduras que dejan huellas dentarias, dejan la arcada que permite hacer diagnóstico odontológico forense a partir de la imagen lesiva, encontraremos elementos salivales (células o fermentos) susceptibles de estudios bioquímicos o genéticos.
- Las lesiones por maniobras manuales en el cuello las que pueden llevar a la muerte, o producir lesiones como rupturas musculares, esguinces cervicales, paresias de cuerdas vocales y otros.

6.3.- Lesiones genéricas o comunes a cualquier otro tipo de agresión ¹¹⁴

- Las más habituales aparecen en las zonas del cuerpo más expuestas a la violencia física externa, sobre todo en la cara, entre ellas las fracturas de órbita, la lesión lineal que deja el arrancamiento violento de una cadena o collar en el cuello, y las contusiones orbitarias o malares.
- Otras consecuencias en la salud física de la víctima son fundamentalmente las infecciones de transmisión sexual,

7.- EXAMEN DEL SUPUESTO VICTIMARIO DE VIOLENCIA SEXUAL

7.1.- Inspección

Constitución física, estatura, peso, desarrollo músculo esquelético, actitud, fascias, ropas y piel.

7.2.- Examen Físico

1. *Área extragenital*: Excoriaciones y estigmas ungueales en cuello, en muñecas y manos, signos de lucha. Mordeduras en miembros superiores y en el pecho.
2. *Área paragenital*: estigmas ungueales.

¹¹⁴ Cobo Juan. MANUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, FORMULARIOS Y GUÍA DE EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1998, p. 35- 45.

3. *Área genital*: Contusiones en pene, existencia de células vaginales y manchas de sangre de la víctima, materia fecal en el glande o en el surco balanoprepucial, fibras y pelos, y presencia de semen a la expresión del cuerpo del pené.

7.3.- Muestras para Laboratorio

1. Signos de coito reciente.
2. Manchas de sangre que pudieran ser de la víctima.
3. Sangre del presunto violador.
4. Enfermedades de transmisión sexual.
5. Fibras y pelos.
6. Tóxicos.

8.- CONSECUENCIAS LEGALES

El coito pene – vagina es el acto sexual más común ejecutado entre heterosexuales. En los últimos 30 años ha existido una reducción progresiva en la edad en que se realiza la primera relación sexual. También ha existido un aumento en la proporción de mujeres jóvenes que han experimentado una relación sexual antes de la edad legal para dar consentimiento.

La Ley Boliviana define el término violación para describir a la penetración vaginal o anal con un pene o un objeto (acceso carnal) empleando la violencia física o la intimidación (sin el consentimiento de la víctima).

En los Estados Unidos se define a cualquier acto que involucre la penetración como una agresión sexual subclasificada por el grado de la fuerza o coacción utilizada. En muchas jurisdicciones la interpretación legal de la “penetración vaginal” se refiere a la penetración de los labios mayores y no requiere que el pene en realidad se introduzca a la vagina.

La edad legal en que una mujer puede dar su consentimiento para el coito pene - vagina varía de país a país.

9.- EVIDENCIA FORENSE

Aunque legalmente no es necesario tener evidencia de que hubo la eyaculación para demostrar el acceso carnal a la vagina, frecuentemente a los laboratorios de la ciencia forense se les pide determinar la presencia o no de semen en los hisopos con las que se tomaron muestras de los genitales femeninos porque la evidencia de semen puede jugar un papel central en la identificación del ofensor.

10.- COLECCIÓN DE INDICIOS BIOLÓGICOS

La toma de muestra debe hacerse con anterioridad a la manipulación de las cavidades examinadas. Cada muestra debe ser envasada individualmente en un recipiente adecuado, indicando el contenido, el nombre de la persona y la fecha.

Es un grave error limitarse a la toma de contenido vaginal y a continuación visualizarla en el microscopio para la observación de espermatozoides, ya que su ausencia en modo alguno no excluye la existencia de penetración, ni tampoco la existencia de eyaculación. Se deben tomar muestras y/o coleccionar evidencias siguientes:

10.1.- Piel

Recolectar muestras de todas las regiones (no lavadas) de la piel que hayan sido lamidas, besadas, chupadas, mordidas o eyaculadas, por el agresor o por la víctima, mediante uso de hisopos estériles es la técnica aconsejada.

10.2.- Pelos

El pelo es la muestra que con más frecuencia es colectada para identificación del o los supuestados victimadores por medio del ADN.

Colección

Cualquier partícula o pelo ajeno en la cabeza o en el pubis debe ser colectado con pinzas y sometido para análisis ADN.

El vello público de la víctima/sospechoso debe peinarse rutinariamente (durante la exploración genital) en un pedazo de papel blanco con la persona en decúbito lateral; el papel con el peine dentro debe plegarse hacia adentro y ser sometido al análisis forense.

10.3.- Uñas

Se debe obtener muestras del material debajo de las uñas de la víctima si las circunstancias de la agresión sugieren la presencia de sangre o piel del agresor. Por ejemplo si la víctima ha rasguñado al agresor o si los detalles del hecho no son conocidos y durante el examen físico el médico forense observa la presencia de material de interés debajo o en la superficie de las uñas de la víctima.

Se debe obtener muestras del agresor si se presume o se dice que sus manos estuvieron en contacto directo con los órganos genitales externos de la víctima o la arañó.

Colección

Se corta toda la uña pues su manejo es más fácil.

En caso en que las uñas sean muy cortas o que la víctima no dé su consentimiento, se raspa debajo de las uñas usando un palito de madera con punta.

Las muestras de cada mano deben ser recolectadas y empacadas.

Nota: El patrón estriado de las uñas es individual para cada persona.

10.4.- Cavidad Oral

En el caso de posible penetración oral se efectúa una revisión exhaustiva de ésta, y la colecta de evidencias mediante movimiento rotacional del hisopo en los pliegues entre la mucosa labial (superior e inferior) y los alvéolos dentarios.

10.5.- Vestimenta

La vestimenta de la víctima, usada durante o con posterioridad al incidente, puede constituirse en una fuente vital de información acerca de la naturaleza de la agresión sexual (por ej. Daños en la vestimenta, manchas producidas por fluidos corporales), y la identificación del asaltante. La ropa puede ser la clave en los hechos con escasos indicios sobre el cuerpo de la persona agredida.

Al personal del laboratorio se le debe dar la información sobresaliente sobre el hecho delictivo y lo que hizo la víctima posteriormente al hecho para poder determinar el tipo de análisis a realizar y el orden con el que se los llevaron a cabo.

11.- SECUELAS DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

11.1.- Trauma o Daño Psicológico en las Víctimas

Artículo 310° del Código Penal (AGRAVACION)

La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

- 1.- Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270° y 271° de este Código;*
- 2.- Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima;*
- 3.- Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad;*
- 4.- Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de víctima, o si ésta se encontrara en situación de dependencia o autoridad;*
- 5.- Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas;*
- 6.- Si el autor utilizó armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima; o,*
- 7.- Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes.*

11.2.- Trastorno por Estrés Postraumático

La Organización Mundial de la Salud en su CIE-10 define la situación emocional que queda después de una violación como un “Trastorno de estrés postraumático” y dice de él que es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (F43.1).

Las características de dicha situación serían las siguientes:

- 1) Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás y falta de capacidad de respuesta.
- 2) Se presenta una clara anhedonia (incapacidad para sentir placer).

- 3) Hay evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.
- 4) Aparecen estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad casi siempre desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a ello o ambos a la vez.
- 5) Se establece un estado de hipervigilancia a hiperactividad vegetativa.
- 6) Aumenta la llamada reacción de sobresalto.
- 7) Se instaura un cuadro de insomnio persistente y resistente a los farmacos.
- 8) Se instaura un nivel de ansiedad elevado de forma permanente.
- 9) Y pueden desencadenarse cuadros psiquiátricos más graves ya sea en forma de adicción a tóxicos o alcohol, o la instauración de depresiones graves.

El curso de este cuadro típico de la víctima de una violación es: de comienzo al poco tiempo del delito (días) siendo extraordinariamente raros periodos de latencia superiores a seis meses, un curso fluctuante con recuperación al completo en el 80% de los casos, quedando un 20% en el que el trastorno se puede encronizar.

Estas reacciones en la víctima de la violación deben ser conocidas por los peritos psiquiatras de cara no sólo a la indemnización jurídica y moral sino en cuanto a inclusive orientar a la víctima hacia grupos de autoayuda, tratamiento psicoterapéutico profesional y sobre todo verbalizar los sentimientos ya que el silencio victimiza aún más.

CAPÍTULO XI

ESTUDIO DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO DE LA PAREJA EN LA PAZ

1.- INTRODUCCION

Es cualquier acto sexual en el que un cónyuge, ex cónyuge, concubino, o ex concubino obliga a la otra parte a que participe sin su consentimiento en actos sexuales . Este tipo de violación incluye a la violación intramatrimonial. Actualmente en los Estados Unidos es un crimen penalizado por Ley.

La violación por parte del cónyuge o de la pareja no se basa en el deseo del perpetrador de tener sexo o en la resistencia por parte de la víctima; sino más bien, es utilizada para reforzar el ansia de poder del violador, de dominación, o de control o para dar expresión a su rabia.

La violación intramatrimonial o por parte de la pareja se logra sin el consentimiento o en contra de la voluntad de la otra persona a través del empleo de la fuerza física, de amenazas de daño a la víctima o a una tercera persona, o de la amenaza de daño implícita basada en abusos anteriores que causan a la víctima miedo a que esa misma fuerza física sea usada si él o ella se resis-

te. La violación del cónyuge o de la pareja no tiene que ser “luego de ardua resistencia” para que sea una violación. Algunos cónyuges o parejas en el pasado, pudieron, haber sido víctimas de abuso físico, o de haberseles quitado o retenido dinero u otras necesidades, o el que hayan sido sometidos a abuso emocional o psicológico por parte del cónyuge o pareja.

Un cónyuge o una pareja que haya experimentado tal abuso en el pasado puede aceptar ataques sexuales para minimizar el daño resistiéndose lo menos posible. En una situación de violencia intrafamiliar es común que el compañero abusivo exija sexo directamente después de una paliza, como prueba que la pareja golpeada ha “perdonado” la paliza. Cuando un cónyuge o pareja somete a su cónyuge a actos sexuales a través del miedo o la coerción, el acto constituye una violación. Las víctimas de este tipo de abuso pueden ser tanto mujeres como hombres.

En los Estados Unidos, según múltiples estudios, aproximadamente un 10% de todas las mujeres que han estado casadas ha sido violada por el marido o ex marido. Las esposas o concubinas víctimas de violación tienen más probabilidades, que otras víctimas, de ser violadas en múltiples ocasiones y, como otras víctimas de violación por alguien a quien ellas conocen, sufren consecuencias psicológicas duraderas debido a la violación de sus cuerpos y de su confianza hacia una persona amada y en quien depositan su confianza.

Es importante recordar en la violación del cónyuge o pareja que el hecho de estar casados o viviendo juntos no significa que la pareja tiene su consentimiento dado para cualquier acto sexual en cualquier momento. Sin embargo, **en nuestro medio las mujeres creen que el marido tiene el derecho de hacer lo que desea con su esposa en todo momento.**

La violación del cónyuge o pareja es una forma de violación por persona conocida a la víctima, y conlleva todas sus características: muy pocas víctimas la denuncian a las autoridades; cuando la denuncian, lo hacen días, semanas, o meses después del crimen; las evidencias son de difícil colección; las víctimas se encuentran desconcertadas y probablemente no van a querer traer cargos o cooperar en el juicio; y es más difícil de procesar que la violación por un extraño.

A pesar de la gravedad de la situación, la mayoría de los casos de violencia sexual que son perpetrados por agresores indetectables, no buscan los servicios de salud. Las estadísticas de esos servicios apuntan por una predominancia de agresores desconocidos en más del 80% de los casos. Los servicios de salud captan apenas un pequeño número de casos, de un inmenso número que queda en el subregistro y en la invisibilidad y es quizás **la violencia sexual dentro de la familia la forma más frecuente de violencia contra la mujer.**

2.- FUNDAMENTO JURÍDICO-LEGAL

Según nuestro Código Penal (Art. 308 de Delitos contra la Libertad Sexual), indica que quien empleando **violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos**. Aunque no mediara violencia física o intimidación, pero aproveche de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima. Los delitos contra libertad sexual están contempladas en la Ley 1674, Ley de Violencia Intrafamiliar y Doméstica como violencia sexual.^{115 116}

3.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado en víctimas denunciadas de violencia intrafamiliar en la Brigada de Protección a la Familia (ver capítulos de Violencia Conyugal y Trauma no accidental en la Relación de Pareja) de los 383 casos, la violencia física predomina en un 90.5% y 91.5% respectivamente, y la violencia psicológica en 83.6% y 53.2% en mujeres y varones; es de inferir que ambas venían juntas y no separadas. La **violencia sexual dentro de la pareja fue de 103 (30.6%), la víctima es mujer y sólo 2.1% en el varón con otro varón familiar**.

TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES				
TIPO DE VIOLENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%
Física*	304	90.5	43	91.5
Sexual*	103	30.6	1	2.1
Psicológica*	281	83.6	25	53.2
Otras*	35	10.4	4	8.5
Total	336	100	47	100

* No se dieron separados en todos los casos, sino simultáneamente en las víctimas.

¹¹⁵ CÓDIGO PENAL, Texto ordenado según Ley Nro. 1768 de 18 de marzo de 1987. Tercera edición. La Paz. Julio de 2001.

¹¹⁶ LEY CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA, Texto de la Ley 1674, de 15 de diciembre de 1995. Primera edición. La Paz. 2001.

Los delitos sexuales son aquellos en los que no existe consentimiento de la víctima para la relación sexual.

Vemos que tanto en BPF (Brigada de Protección a la Familia) y RCP (Radio “Carlos Palenque”), la mujer fue víctima de violencia sexual en cifras que llaman la atención, este tipo de violencia puede producir otros efectos deletéreos sobre la salud y el bienestar de las mujeres. La violencia sexual aumenta el riesgo de las mujeres de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, puede deberse a relaciones sexuales forzadas o porque difícilmente puedan obligar al hombre a usar el condón. Se describe que el sexo forzado es más frecuente en mujeres que viven con hombres violentos y/o alcohólicos. En Bolivia y Puerto Rico se encuentra que el 58% de las mujeres golpeadas son sexualmente asaltadas por sus compañeros, mientras que en Colombia es proporción es del 46%.¹¹⁷

De los casos registrados y atendidos por la Brigada de Protección a la Familia¹¹⁸ en 1999, se atiende en La Paz 19, 697 casos, un 15% de agresión física, 15% de agresión psicológica, **1% de agresión sexual** y 17% agresión física/psicológica/sexual. A nivel nacional se atienden 44,521 casos: 25% agresión física, 24% agresión psicológica, **2% agresión sexual** y 18% agresión física/psicológica/sexual. En el año 2000, se atiende en La Paz 46,217 casos, un 7% de agresión física, 6% de agresión psicológica, 1% de agresión sexual y 87% agresión física/psicológica/sexual. En Bolivia se atienden 73,166 casos: 17% agresión física, 16% agresión psicológica, 2% agresión sexual y 13% agresión física/psicológica/sexual.

En el 2001, se atiende en La Paz 11,411 casos, un 15% de agresión física, 18% de agresión psicológica, **0.07% de agresión sexual y 16% agresión física/psicológica/sexual**. A nivel nacional se atienden 38,702 casos: 21% agresión física, 30% agresión psicológica, **0.2% agresión sexual y 19% agresión física/psicológica/sexual** ¹¹⁹.

Según el SLIM ¹²⁰ del Municipio de la Ciudad de La Paz, en enero y febrero de 2002 se atiende de 287 denuncias, de las cuales el 35% es de VIF: 8 % de violencia física, 13% de violencia psicológica y **5% de violencia sexual**. En agosto 2001 se atendió 93 casos, de los cuales la mujer es víctima en un 25% de agresión física, 19% de agresión psicológica y 2% de agresión sexual; en octubre 2001 de 82 casos, la mujer es víctima de violencia física en un 17%, de violencia psicológica en un 13% y **violencia sexual en un 5%**. En noviembre 2001, de 87 casos la mujer en un 17% fue víctima de violencia física, 18% de violencia psicológica y **2% de violencia sexual**.

¹¹⁷ García C. “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD”. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro.6). 2000, p 38, p. 24.

¹¹⁸ Datos obtenidos del Departamento Nacional de Estadística del Comando General de la Policía Nacional. La Paz, 2002.

¹¹⁹ Datos obtenidos del Archivo General de la Brigada de Protección a la Familia, de la ciudad de La Paz (calle Sucre). 2002.

¹²⁰ Datos obtenidos del Servicio Legal Integral del Municipio de La Paz, oficina de Atención a la Mujer. 2002.

Los casos atendidos de VIF contra la mujer por la Unidad de Promoción y Asistencia Psico/Socio/Legal de la Fundación La Paz¹²¹, en octubre 2001 en la ciudad de La Paz, indica: 23% es violencia física, **18% violencia sexual** y 47% violencia psicológica.

Casos atendidos de VIF contra la mujer por el Servicio Legal-Psicológico del CIDEM ¹²² en la ciudad de El Alto, en octubre 2001 reporta: 62% es agresión física, 15% agresión física / psicológica, **10% es agresión física/ psicológica/ sexual**, **4% agresión física/ sexual**, 6% agresión psicológica y **3% de agresión sexual**.

En los casos de VIF contra la mujer atendidos por el Departamento Social y Jurídico -Casa de la Mujer de Santa Cruz¹²³, indica: 32% de violencia física, 54% de violencia psicológica, **6% de violencia sexual**, **2% violación**, 4% amenaza de muerte y 2% de intento de homicidio.

De acuerdo a los casos atendidos por los 27 SLIM de todo el país, desde noviembre de 1994 a julio de 1997 alcanza a 25,875 casos de los cuales se observa: un 37.63% violencia física, 26.18% violencia psicológica, **2% violencia sexual** y 23.48% los tres tipos de violencia.¹²⁴

Los resultados del estudio arrojaron 103 (30.6%) casos de mujeres asaltadas sexualmente por su pareja, contra el 2 al 10% de otros registros nacionales, lo que no quiere decir que los registros estén mal, sino reflejan casos que denuncian o acuden a los centros como violencia sexual, en el estudio vinieron como ataque físico y sexual, durante la anamnesis a las víctimas se evidenció la agresión sexual, que ellas no se atrevían a denunciar por temor a represalias, por creer que es obligación conyugal, y por tal motivo este problema se encuentra invisibilizado.

¹²¹ VAGGF - Fundación La Paz. ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER- CIUDAD DE LA PAZ. 2001.

¹²² VAGGF - CIDEM. ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER- CIUDAD DE EL ALTO DE LA PAZ. 2001.

¹²³ VAGGF - Casa de la Mujer. ATENCIÓN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Santa Cruz. 2001.

¹²⁴ Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. "VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA." PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN RAZÓN DE GÉNERO. La Paz. 2002, p. 34.

CAPÍTULO XII

VIOLENCIA SEXUAL AL MENOR Y ADOLESCENTE

1.- INTRODUCCIÓN

En el concepto de Maltrato Infantil, definimos que el maltrato en menores puede abarcar malos tratos físicos, emocionales y sexuales, aunque el daño puede englobar en contexto más amplio. La UNICEF expresa ampliamente la variedad de versiones diciendo que:

“entiende a los menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.

El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

En Bolivia el Reglamento del Código del Niño, Niña y Adolescente en su Artículo 2 (Definiciones) entiende por:

- a) “Niño, Niña”, Persona que no hubiere cumplido los 12 años de edad.
- b) “Adolescente”, Persona desde los 12 años hasta los 18 años de edad.

2.- DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

El abuso sexual representa una amplia gama de comportamientos sexuales que implican: desde comentarios sexuales sutiles hasta el franco manoseo, caricias, sodomía, felación y relaciones sexuales; también incluye la pornografía, prostitución, incesto, el acto sexual violento o violación y el cometido bajo violencia psicológica.

El abuso sexual contra niñas y niños es:

“toda actividad sexual que un adulto o adulta impone, ya sea con engaños, chantaje o fuerza a una persona que no tiene madurez mental o física para entender de lo que se trata. Se presenta en varias formas: desde las palabras insinuantes, caricias, besos, manipulación física y exhibición de los órganos sexuales, hasta la violación” (Rodríguez de la Cruz, 1996).

La clásica definición de Kempe (1978) según la cual el abuso sexual consiste en:

“la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento válido; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares”.

La explotación sexual el niño(a) o adolescente por otra persona con el fin de obtener beneficio económico (prostitución y la pornografía) también es abuso sexual.

La violencia sexual no sólo es un hecho de violencia física sino violencia moral, de humillación, ataca la dignidad de la persona, es un crimen de poder y no de placer. El abuso sexual a cualquier edad deja importantes secuelas psicológicas y en ocasiones lesiones físicas a la víctima. A esto debemos agregar el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y la posibilidad de embarazo si la víctima es una adolescente postmenárquica.

Se reportan más de 80,000 casos al año de abuso sexual a los niños, pero el número de casos que no se reporta es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó, y el proceso legal de verificar los informes es difícil. El problema debe de ser identificado, debe de ponerse fin al abuso y el niño debe de recibir ayuda profesional. El daño emocional y psicológico a largo plazo puede ser devastador para el niño.

El abuso sexual a los niños puede ocurrir en la familia, a manos de un padre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de la casa, por ejemplo, por un amigo, la persona que lo cuida, un vecino, un maestro, o un desconocido. Cuando el abuso sexual ha ocurrido, el niño puede desarrollar una variedad de sentimientos, pensamientos e ideas angustiantes.

3.- TIPOS DE ABUSO SEXUAL

Se han identificado dos tipos de abuso sexual en menores:

1. **Extrafamiliar**

Se da cuando el abusador es un desconocido del niño. El abusador se excita y goza sometiendo a su víctima por la fuerza, el dolor y el terror.

2. **Intrafamiliar**

El abuso sexual intrafamiliar no es acto sino un proceso provocado por familiares cercanos al menor (padrinos, tíos, hermanos, padres, madres, etc.).

En estos casos el abusador, generalmente ocurre en familias de escasos recursos económicos y con problemas de comunicación (familia de descomposición).

4.- VARIEDADES DE ABUSO SEXUAL

Entre las variedades más importantes tenemos:

1. **Seducción.-** Persuadir o iniciar con promesas o engaños a un niño y tener relaciones sexuales.
2. **Incesto.-** Relaciones sexuales practicadas entre padre e hijos, abuelos y nietos, hermanos, tíos y sobrinos y/o padres o hijos adoptivos. Es una de las variedades más frecuentes y al mismo tiempo menos denunciado.
3. **Prostitución Infantil.-** Es cuando el adulto utiliza a niños en sus prácticas sexuales a cambio de un pago.
4. **Exhibicionismo.-** Cuando un adulto muestra sus genitales a un menor.
5. **Vouyerismo.-** Ocurre cuando un adulto, para graficarse sexualmente, mira a un menor desnudo.
6. **Manoseo.-** Cuando una persona mayor toca, acaricia, roza o refriega los genitales en cualquier parte del cuerpo del niño, besos prolongados en la boca.
7. **Fellatio.-** Cuando un adulto estimula los genitales del niño con la boca u obliga a los mismos a estimularle sus órganos genitales.

8. **Violación.**- Es la agresión hetero u homosexual, mediante la cual se produce la penetración genital o anal del órgano masculino, u otros objetos con fines libidinosos.

5.- DEFINICIONES LEGALES

En nuestra legislación está tipificado el delito de violación de la siguiente manera:

En las violaciones de niños siempre están presentes: la coerción física y las amenazas, que algunos casos se cumplen, aunque asesinar a niños no es lo más frecuente. (Quinsey, 1990; Bancroft, 1990). Salvo los que han estado encarcelados previamente. (Marshall & Christle, 1981). Algunos contactan con muchas víctimas durante largos periodos de tiempo y pocas veces son detenidos.

Los homicidios sexuales infantiles, ocurren dentro de la familia y en el 43% de los casos eran las madres las agresoras. En el 2% de víctimas en un estudio realizado entre 1968-1969, con 112 víctimas, (Kaplan & Reich, 1976) en Nueva York, en su estudio de 1968-1969, la madre es la principal agresora en el homicidio infantil con una parte de una agresión sexual.

Según los estudios psicológicos, mediante test, los agresores sexuales infantiles, tienen puntuaciones altas en psicopatía y son sujetos tímidos. (Toobert, et al., 1958; Wilson & Cox, 1983).

Las definiciones legales de los delitos sexuales están estipuladas en la **Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual** de la legislación Boliviana.

5.1.- Violación

Es una de las más devastadoras experiencias que puede sufrir cualquier persona y más si es un adolescente, ya que puede dejar secuelas permanentes en su vida futura, especialmente en el área de ajuste sexual. La violación es un crimen en una sociedad que no ha sabido resolver los problemas de la sexualidad y no ha enseñado desde la infancia que el coito es un acto sagrado y la satisfacción sexual depende en gran parte de los vínculos de ternura y de buena voluntad de una pareja.

La legislación Boliviana la define según el siguiente artículo:

Artículo 308º (VIOLACIÓN)

Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco (5) a quince (15) años.

El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviere incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años.

El delito se configura, con el acceso carnal del organismo sexual masculino en orificio natural de otra persona, sea por la vía normal o anormal (anal), que da a lugar al coito o a un equivalente anormal de él. La característica esencial es la penetración, sin esta falta no se configura el tipo. No es necesario que el acto sexual alcance perfección fisiológica, es decir, que se produzca la eyaculación ni que la penetración sea completa.

También la ley considera violación introducir objetos con fines libidinosos, se entiende en la vía vaginal o anal, es decir lo que configura el tipo en este caso son los fines libidinosos, es decir perseguir satisfacción sexual. El código exige que el acceso carnal o la penetración de los objetos con fines libidinosos sean por la vía vaginal o anal, por lo que excluye la vía oral y el cunilinguismo.

Artículo 308° Bis (VIOLACIÓN DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE)

Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce años, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, será sancionado con privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años, sin derecho a indulto, así no haya uso de la fuerza o intimidación y se alegue consentimiento.

Quedan exentas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de doce años, siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres (3) años, entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

El tipo de violación de niño, niña o adolescente tiene los mismos elementos constitutivos de la violación, pero en la primera parte presenta una agravación de la pena y en la segunda una de exención de responsabilidad, es decir hay conducta que encaja en el tipo, pero se exime de pena cuando el acceso carnal se produce entre adolescentes mayores de doce años que consienten entre ellos y no exista una la diferencia mayor de tres años entre uno y otro, porque considera la ley que los mayores de 14 años saben lo que están haciendo y que al estar ausente la violencia y la intimidación no se ha actuado contra la libre voluntad de ninguna de las partes.

Artículo 308° ter. (VIOLACIÓN EN ESTADO DE INCONSCIENCIA)

Quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujere objetos con fines libidinosos, a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconsciencia, será sancionado con pena de privación de libertad de diez (10) a quince (15) años.

5.2.- Estupro

Según la legislación Boliviana:

Artículo 309° (ESTUPRO)

Quien, mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18), será sancionado con privación de libertad de dos (2) a seis (6) años. Nuestra Ley señala cuatro condiciones para que se conforme el tipo: engaño, acceso carnal con mujer, que ésta haya llegado a la edad de la pubertad y sea menor de diecisiete años:

- a) En lo que se refiere al acceso carnal, aquí vale lo que se ha visto para la violación. Pero en el estupro el sujeto pasivo o víctima debe ser mujer a diferencia de la violación en la que puede ser de cualquier sexo.
- b) Los medios empleados para consumar el acceso carnal pueden ser engaño o seducción. Debemos descartar cualquier forma de violencia o intimidación porque su presencia determina que se convierta en violación.
- c) Que la víctima hubiera llegado a la edad de la pubertad, a los doce años en las mujeres. Si el estupro se comete en mujer menor de esta edad se convierte en violación.
- d) Que la víctima sea menor de diecisiete años, pero si ha cumplido esta edad el acceso carnal no da lugar al estupro.

En este delito sólo el hombre puede ser el sujeto activo por la nota condicionante del acceso carnal y solamente la mujer puede ser la víctima.

Artículo 310° (AGRAVACIÓN)

La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

1. Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270° (Lesiones Gravísimas) y 271° (Lesiones graves y leves) de este Código;
2. Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima;
3. Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad;
4. Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de la víctima, o si ésta se encontrara en situación de dependencia o autoridad;
5. Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas;
6. Si el autor utilizó armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima; o,
7. Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes. Si como consecuencia del hecho se produjere la muerte de la víctima, se aplicará la pena correspondiente al asesinato.

5.3.- Abuso deshonesto

Artículo 312° (ABUSO DESHONESTO). El que en las mismas circunstancias y por los medios señalados en los Artículos 308°, 308° Bis y 308° Ter., realizara actos libidinosos no constitutivos de acceso carnal, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años. Si la víctima fuere menor de catorce (14) años, la pena será de cinco (5) a veinte (20) años.

La pena se agravará conforme a lo previsto en el Artículo 310° de este Código.

La acción criminal consiste en ejecutar con otras personas actos libidinosos, es decir que provoquen excitación y/o satisfacción sexual, sin que se llegue al coito o acceso carnal como en la violación. Debe realizarse sobre el cuerpo de la víctima, deben ser hechos, palabras, gestos, etc., pero siempre con contactos dirigidos a despertar la libido del sujeto activo. Si no hay contacto con la víctima no hay abuso deshonesto.

El abuso deshonesto no debe confundirse con la tentativa de violación o con el estupro en los que realizan con el propósito e intención del acceso carnal pero que no lleguen a consumación, la que prima para esta diferencia es la intencionalidad, pues la conducta debe dirigirse a obtener satisfacción o excitación sexual.

Artículo 317° (DISPOSICIÓN COMÚN). No habrá lugar a sanción cuando los imputados, en los casos respectivos, no teniendo impedimento alguno, contrajeran matrimonio con las víctimas, siempre que existiera libre consentimiento, antes de la sentencia que cause ejecutoria.

Podemos incluir dentro de las definiciones legales el **Rapto** según el **Artículo 313.-** El que con fines lascivos y mediante violencia, amenazas graves o engaños, sustrajere o retuviere a una persona que no hubiere llegado a la pubertad, incurrirá en reclusión de uno a cinco años.

Esta sustracción tiene fines de coito delictuosos o abusos deshonestos.

Otros tipos de definiciones se agresiones sexuales son:

Incesto que dentro de la legislación no está contemplado como tal pero si lo está dentro de las agravantes del estupro y que consiste en la copulación entre personas ligadas entre sí por los vínculos del parentesco a que se refiere la ley, ascendentes o descendientes por consanguinidad legítima o ilegítima, hermanos consanguíneos o ilegítimos.

Sodomía. Se refiere al coito entre personas del mismo sexo, especialmente el coito anal realizado entre hombres cuando:

- Se usa fuerza o intimidación sobre la víctima.
- Cuando la víctima se halla privada de la razón o del sentido por cualquier causa.

Existe también otros tipos de violencia sexual que son delitos como:

Artículo 318° (CORRUPCIÓN DE MENORES). El que mediante actos libidinosos o por cualquier otro medio, corrompiera o contribuyera a corromper a una persona menor de dieciocho (18) años, incurrirá en privación de libertad de uno (1) a cinco (5) años.

Artículo 319° (CORRUPCIÓN AGRAVADA). La pena será de privación de libertad de uno a seis años.

- 1) Si la víctima fuera menor de catorce años;
- 2) Si el hecho fuera ejecutado con propósitos de lucro;
- 3) Si mediare engaño, violencia o cualquier otro medio de intimidación o coerción;
- 4) Si la víctima padeciera de enfermedad o deficiencia psíquica;
- 5) Si el autor fuera ascendiente, marido, hermano, tutor o encargado de la educación o custodia de la víctima.

Artículo 321° (PROXENETISMO). Quien mediante engaño, abuso de una situación de necesidad o de una relación de dependencia o de poder, violencia o amenaza, o por cualquier otro medio de intimidación o coerción, para satisfacer deseos ajenos o con ánimo de lucro promover, facilitar o contribuir a la corrupción o prostitución de persona de uno u otro sexo, o la obligara a permanecer en ella, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a siete (7) años. La pena será de privación de libertad de cuatro (4) a ocho (8) años, si la víctima fuere menor de dieciocho (18) años o si el autor fuera ascendiente, marido, hermano, tutor o encargado de la custodia de la víctima.

Si la víctima fuera menor de 14 años o padeciere de enfermedad o deficiencia psíquica, la pena será de cinco (5) a diez (10) años, pese a no mediar las circunstancias previstas en el párrafo anterior.

6.- CÓMO IDENTIFICAR AL NIÑO/NIÑA SEXUALMENTE AGREDIDO(A)

Se suele pensar que el abuso sexual deja huellas físicas visibles, sin embargo niñas(os) pueden ser sometidas(os) de forma muy diversas sin que medie necesariamente la fuerza. Formas sutiles de ejercer violencia como el chantaje la amenaza o el halago y los regalos no dejan marcas. Esto exige colocar la atención en el comportamiento de las niñas(os), que es donde se registra un amplio rasgo de indicadores que suelen pasar inadvertido y/o mal interpretadas, póngase alerta si observa los siguientes indicadores:¹²⁵

¹²⁵ Por: Celinda Zevallos Quispe.

INDICADORES FÍSICOS	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO	INDICADORES DEL AGRESOR
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para caminar o sentarse. • Ropa interior rota, manchada o con sangre. • Presenta en las áreas anales o genitales: Picazón, dolor o hinchazón, lesiones o sangrado, secreción en pene o vagina. • Infecciones urinarias frecuentes. • Dolor al orinar, mal control de esfínteres (enuresis). • Enfermedades venéreas. • Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del apetito. • Baja repentina en el rendimiento escolar. • Mala relación con compañeros. • No gusta cambiar de ropa inferior. • Comportamiento sexual inadecuado para la edad. • Regresión a un estado de desarrollo anterior. • Tendencias suicidas. • Excesivo temor. • Excesiva masturbación. • Miedo al dormir solo. • Fugas crónicas y/o conducta delictiva. • Expresión de la actividad sexual a través de dibujos, juegos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posesivo y celoso de la víctima. • Niega al niño o niña contactos sociales normales. • Acusa al niño o niña de promiscuidad o seducción sexual. • Anormalmente atento con la víctima. • Baja autoestima. • Abusado sexualmente de niño. • Abusa del alcohol y las drogas. • Aislado socialmente. • Pobres relaciones de pareja. • Cree que la niña o el niño disfrutan con el acto sexual. • Cree que el contacto sexual expresa amor familiar.

La mayoría de los niños(as) abusados sexualmente muestran huellas, golpes o señales evidentes.

Los relatos físicos y los relatos de las niñas o niños víctimas son generalmente, indicadores válidos de la ocurrencia de abusos. Muchas veces en el niño no hay señales físicas de abuso sexual. Algunas señales sólo pueden ser reconocidas mediante un examen físico por un médico.

En los niños abusados sexualmente podemos interpretar los siguientes indicadores:

6.1.- Indicadores Físicos

- Moretones, sangrado, cortadas, o irritación del área genital, ano, boca o garganta.
- Infecciones que no se quitan en la región por donde orina.
- Infección por verrugas en la vagina o ano.
- Dolor cuando orina, inflamación en el área genital.
- Salida de mocos, o un olor feo de el área genital.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Ropa interior inexplicablemente manchada o rota.
- Sangrados alrededor de la boca, el ano o la vagina (también fisuras).
- Dolor en el área de la vagina, el pene o el ano.
- Picazón anormal en el pene o la vagina.
- Olor extraño en el área genital.
- Hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor.
- Dificultad para sentarse o caminar.
- Embarazo.

6.2.- Indicadores de Comportamiento

- Cambios repentinos en su actitud sin motivos o causas normales.
- Interés poco usual en todo lo de naturaleza sexual.
- Evitar temas de carácter sexual.
- Problemas para dormir o pesadillas.
- Depresión o aislamiento de sus amigos y familia.
- Decir que tienen el cuerpo sucio o dañado, o tener miedo de que haya algo malo en sus genitales.
- Negarse a ir a la escuela.
- Delincuencia/problemas de conducta.
- Secretividad.

- Evidencia de abusos o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías.
- Agresividad rara o poco común.
- Comportamiento suicida.
- Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse enfrente de otros.
- Comportamiento muy seductor u obsesivo con relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas.
- Masturbación excesiva.
- Comportamiento mucho más tímido de lo normal.
- Comportamiento más dependiente de los padres de lo usual.
- Comportamiento sexual inadecuado para la edad.
- Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad.
- Temeroso(a) de alguien en particular, o por el contrario quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial.

7.- MODELOS JUSTIFICATIVOS

Cómo se explica que personas mayores tengan una atracción por los niños, cómo se explica que los violadores tengan un interés sexual por los niños? Los mismos violadores o agresores sexuales, buscan justificaciones lógicas para ello. Y precisan crear constructos cognoscitivos falsos, distorsiones cognitivas; que se usan como creíbles y que les sirven de excusa para justificar sus conductas, injustificables dentro de las normas y la lógica de la población general.

Hay 4 modelos (Finkelhor, 1986) que de alguna manera nos dan una cierta explicación etiológica:

- ***Congruencia emocional. Son atractivos para el violador, debido a su baja capacidad de dominación (relación con inmadurez, baja autoestima, agresividad).***
- ***Excitación sexual. Resultan sexualmente atractivos debido a la experiencia personal, modelos o pornografía en tal sentido.***

- **Bloqueo. Tiene problemas o bloqueos en sus relaciones adultas con mujeres. Los niños son alternativa sexual (relación con ansiedad, incompetencia social, actitudes hacia el sexo...).**
- Desinhibición. Se desinhiben para este tipo de conductas con el uso de drogas, alcohol, distorsiones cognitivas, etc.

Distorsiones cognitivas que se han encontrado en agresores sexuales de niños (Abel et al. 1984)

- **1. Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal.**
- **2. Los niños no lo dicen debido a que les gusta el sexo.**
- **3. El sexo mejora la relación con un niño.**
- **4. La sociedad llegará a reconocer que el sexo con los niños es aceptable.**
- **5. Cuando preguntan sobre el sexo significa que él o ella desean experimentarlo.**
- **6. El sexo práctico es una manera de instruir a los niños sobre el sexo.**
- **7. La falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual.**

8.- ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO

La incidencia y prevalencia del abuso sexual de niños y niñas no son del todo conocidas en ningún país. Por lo general las cifras obtenidas son subregistros, porque las denuncias realizadas no representan las cifras reales del maltrato.

Un estudio realizado por Finkelhor (1986) sugiere que cada año en Estados Unidos alrededor del 1% de los niños experimenta alguna forma de abuso sexual; y que a los 18 años de edad entre 12% y 25% de las jóvenes y entre el 8% y el 10% de los varones había sido sexualmente abusado de alguna manera.

El trabajo del Dr. Raúl Onostre Guerra (1996), estudio realizado en la ciudad de El Alto dio como resultado que en los abusos sexuales denunciados predominó el sexo femenino con un 95% afectando principalmente al grupo preadolescente, que las edades de las víctimas comprendieron desde los 3 años hasta los 18 años.

Si bien todos estos delitos pueden presentarse en cualquier grupo etéreo. Datos chilenos revelan que sólo el 27% de niñas víctimas había iniciado actividad sexual voluntaria antes de la agresión. De este grupo el 56% inició las relaciones sexuales voluntarias entre los 14 y los 15 años, el 33% entre los 16 y 18 años y el 11% entre los 12 y los 13 años.

La mayoría de las violaciones ocurren en niñas de entre 12 y 19 años de edad y los abusos deshonestos e incesto son más frecuentes en las niñas de entre 3 y 11 años.

9.- PERFIL DE LA VICTIMA

Los estudios coinciden en señalar que los abusos ocurren en niñas como en niños, con una marcada tendencia femenina que oscila entre 5:1. En los casos de incesto la preponderancia de las niñas es de 8:1.

El abuso puede ocurrir en cualquier momento durante la infancia y/o la adolescencia, con una frecuencia que se divide en tres grupos erarios:

- 0 – 5 años
- 6 – 11 años
- 12 – 17 años

La mayoría de las violaciones ocurren en niñas de entre 12 y 18 años y los abusos deshonestos e incesto son más frecuentes en niñas de entre 3 y 11 años.

El estudio del Dr. Onostre arroja como resultado en la ciudad de El Alto una incidencia mayor entre las edades de 10 y 14 años con un 44%. Representado el abuso deshonesto el 51%.

10.- PERFIL DEL ABUSADOR SEXUAL

Los abusadores sexuales son tanto hombres como mujeres pero en mayor frecuencia son hombres. Proviene de cualquier clase social, religión, raza, profesión y mucho de ellos son casados.

La gran mayoría de ellos carecieron de afecto y contacto físico natural, y muchos de ellos también sufrieron de abusos, por lo tanto han logrado una personalidad incapaz de establecer relaciones sociales y menos sexuales, ya que no tuvieron oportunidad de desarrollar su autoestima y

mucho menos una autoevaluación. De igual manera los abusadores han proyectado patrones de incesto intergeneracional y con frecuencia proviene de hogares con dinámica familiares patológicas, caracterizados por problemas matrimoniales y sexuales, ausencia prolongada de uno de los padres divorcio o separación. Algunos de ellos sufren problemas mentales o es un consumidor de droga y/o alcohol.

Así, se han podido identificar las características de comportamiento de un padre o tutor abusador, a saber:

- Tendencia a la dominación y/o estilo disciplinarios rígidos.
- Tendencia a mantener al niño aislado del contacto social entre amigos.
- Resistencia a someter al niño a evaluaciones médicas o psicológicas.
- Suelen referirse al menor como su cónyuge sustituto.
- Excesivamente protectores o celosos del menor.
- Falta de cooperación con las autoridades de la escuela.
- Con frecuencia consideran al menor como su pertenencia.

11.- TIPOS DE AGRESORES

Los de “Personalidad Inmadura”.- Que es el más frecuente es el individuo que nunca ha logrado movilizar aptitudes de relación con los demás, ellos mismos se perciben como niños, un hombre muy tímido, corteja al niño. Son aquellas personas que se llevan muy bien con los niños y como juego logran satisfacer su propia sexualidad, generalmente sin penetración, con fricción, frotamiento.

El Paidoísta Regresivo.- Es una persona que tiene firmes relaciones heterosexuales, se establece sin dificultad, es decir, socialmente con una persona adecuada, sin embargo en un momento dado tiene una sensación de inadecuación sexual y a menudo tiende a la bebida. El contacto sexual es impulsivo y casi siempre con desconocidos. Este tipo de individuo ante los problemas, ante las crisis familiares reaccionan en una forma agresiva y tiene esta impulsividad hacia este tipo de contactos sexuales.

Finalmente tenemos el Paidoísta Agresivo.- Que es el menos frecuente afortunadamente, tiene una historia de conducta antisocial bastante extensa y puede sentir intensa hostilidad contra

las mujeres, causa mucho daño físico. Éste es el verdadero delincuente que vemos en los medios de comunicación, el que mata, el que lesiona y el que daña, que afortunadamente no lo son todos.

El término Paidofilia significa la alteración del comportamiento sexual adulto caracterizado por la existencia de una atracción hacia los niños, que puede ser de carácter homosexual o heterosexual. Se observa tanto en hombres como en mujeres, aunque es mucho más frecuente en aquellos. Recibe también la denominación de “pedofilia”. En los últimos tiempos se ha admitido el término de “lolitismo” cuando la alteración se presenta en hombres referida a niñas.

12.- CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑAS

La violencia sexual contra las niñas es quizá la expresión más dramática de que sus vínculos con los adultos requieren de una profunda revisión. Con frecuencia, éstos se fundamentan en el autoritarismo, la subvaloración y la negación de sus derechos fundamentales.

Esta violencia adopta múltiples formas: desde los golpes hasta el abuso sexual o la violación y el incesto, pasando por la distribución inequitativa de los alimentos en el hogar y los cuidados de salud.

Cerca del 80% de los delitos sexuales conocidos por las autoridades -en especial violación, incesto y abuso sexual- son contra las niñas. El grupo más afectado está entre los 5 y los 14 años de edad, seguido de aquel que va de 0 a 4 años. Los agresores son adultos conocidos por las víctimas: padres, padrastros, tíos, abuelos, primos o vecinos. Se estima que en cerca del 85 % de los casos, los agresores tienen relaciones “afectivas” con las sobrevivientes. Esto implica ventajas sobre ellas, pues la jerarquía que da la edad o el parentesco les permite intimidarlas y manipularlas para convertirlas de víctimas en cómplices.

Los agresores suelen apoyarse también en la complicidad de los adultos y en el temor de las víctimas para denunciar, así como en falsas creencias sobre la sexualidad infantil, como que las niñas provocan la agresión porque se insinúan o porque tienen fantasías sexuales y son mentirosas.

Otro tipo de violencia sexual considerado como delito es el tráfico de niñas para dedicarlas a la prostitución forzada. Los tratantes enrolan cada vez más a chicas menores de 14 años, dado que son muy “cotizadas” en los mercados internacionales, generan importantes ingresos y sirven también para la producción de material pornográfico.

En cualquiera de los casos, los agresores atentan contra la integridad física, psíquica y social de las sobrevivientes, contra su libertad y dignidad. Se aprovechan de la condición de vulnerabili-

dad de esas personas que están iniciando los complejos procesos de aprendizaje y conocimiento, construcción de su psiquismo, identidad sexual y de género. Ellas no tienen una comprensión cabal de la sexualidad ni de las consecuencias y los riesgos del ejercicio sexual en condiciones de desigualdad física, psíquica, cognitiva y social. Por esta razón, el impacto sobre su salud mental y sexual perdurará durante muchos años.

Para derrotar el silencio sobre la violencia sexual contra las niñas tendremos que desarrollar una “actitud de sospecha”, a fin de identificar temprano a niñas abusadas sexualmente. Hay que creer cuando niñas y niños nos hablan sobre posibles abusos sexuales, dialogar acerca de esta problemática y, sobre todo, estimular la convicción ética de que niñas, niños y mujeres merecen vivir una vida libre de violencia, coacción y malos tratos en un ambiente seguro y libre de temores y amenazas.

13.- CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS

Tanto las mujeres como los hombres son víctimas de abuso sexual. En Australia, las estimaciones conservadoras indican que uno de cada 11 niños y una de cada cuatro niñas ha sufrido algún tipo de abuso sexual antes de cumplir 18 años. Los hombres son los perpetradores de casi todos los casos de violencia sexual (97 por ciento), pero los hombres también constituyen una significativa proporción de todas las víctimas: 26 por ciento de menores de 18 años.

Investigaciones recientes realizadas en los Estados Unidos sugieren que hasta un 20 por ciento de los hombres sufrió abuso sexual en la niñez. Adicionalmente, debemos reconocer la incidencia de ataques sexuales contra hombres adultos.

Es particularmente difícil para los niños y los hombres revelar que fueron sexualmente atacados. Nuestra sociedad nos condiciona a creer que los hombres deben estar siempre “en control”: de sus emociones, de otras personas y de su entorno. Se les enseña a definirse a sí mismos como hombres por el grado al que puedan alcanzar con éxito este control. Como consecuencia, la mayoría de hombres no cree que será una “víctima”, y especialmente no en el terreno sexual. Cuando esto ocurre a menudo provoca un fuerte choque emocional, siendo algo tan alejado de la experiencia normal de los hombres.

No sólo es difícil para los hombres aceptar el ser sexualmente atacados, sino también común que vivan en silencio, ya que las reacciones de otras personas aumentan la sensación de ser victimizados. Al igual que al sobreviviente le resulta difícil creer lo que le ha ocurrido, también otras personas responden con incredulidad. Si un hombre revela que fue abusado sexualmente, a menudo se le castiga aún más cuando su “hombría” y orientación sexual son cuestionadas.

El motivo del ataque sexual no es primordialmente el placer o la satisfacción sexual, indiferentemente de si la víctima es masculina o femenina, sino que tiene que ver con poder, control, dominación y humillación. El ataque sexual es una forma de violencia en la cual el “sexo” es utilizado como arma contra la persona de quien se abusó. Por lo general, la gente asume que cuando un hombre ataca o viola sexualmente a otro hombre, el ofensor es homosexual y la víctima también lo es. Estas nociones, populares pero equivocadas, tienen su raíz en el mito de que el asalto sexual busca principalmente la gratificación sexual, y la gente ignora los asuntos del poder y el control. Las investigaciones han mostrado que la mayoría de hombres que atacan a otros hombres tiene una orientación heterosexual y que la mayoría de sobrevivientes de violencia sexual también es heterosexual.

Asumir que los ofensores son homosexuales protege y exonera al ofensor heterosexual e injustamente hace surgir sospechas y culpabilización hacia la comunidad homosexual. Asumir que la víctima es homosexual tiene consecuencias negativas para el sobreviviente, quien, sin importar que sea heterosexual u homosexual, sufrirá el estigma social de ser considerado homosexual, además de la sensación de culpa por el ataque.

Esta culpa está basada en la incapacidad de hacer una distinción clara entre el sexo con consentimiento y sin consentimiento. Aunque el abuso sexual crea confusión y preocupación acerca de la sexualidad, no determina la preferencia sexual del sobreviviente. Es solamente el sobreviviente, y no el ofensor, quien determina sus preferencias sexuales y con quien está dispuesto a tener relaciones sexuales.

El ataque sexual de hombres contra hombres apoya y refuerza la naturaleza patriarcal de nuestra sociedad; construye y fortalece jerarquías de poder masculino, y es una extensión de la dominación de los hombres sobre las mujeres. Tal como afirman Ann Game y Rosemary Pringle en su libro *Género en acción* (Gender at work), “El patriarcado es una estructura que da a algunos hombres poder sobre otros hombres, y a todos los hombres poder sobre las mujeres”.

La forma en que esta jerarquía de poder masculino es reforzada a través de la violencia sexual contra los hombres varía de una situación a otra, pero parece ocurrir en por lo menos tres contextos amplios:

1) Dentro de las familias y las familias extendidas

El ofensor es usualmente un hombre mayor, quien a menudo tiene una posición de confianza y acceso directo regular a la víctima. Algunos ejemplos son: padre, tío, primo, hermano, padrastro, abuelo, vecino, dirigente juvenil, maestro, guía espiritual/religioso, entrenador. Una consecuencia del abuso sexual es que este ofensor ejerce un poder considerable sobre la víctima y con-

solida su poder sobre otras personas, incluyendo mujeres, en la familia o el contexto social general.

2) Donde el hombre busca ganar o mantener una posición de superioridad

En este contexto, el ofensor se concentra en otro hombre a quien percibe como significativamente más poderoso en la sociedad, particularmente entre otros hombres. Usualmente, este poder social ha sido obtenido a través de la agresión, la rudeza y el machismo. Al humillar a este hombre mediante la violación sexual y crear un clima general de temor y terror, el ofensor se coloca en la cima de la pirámide. Este clima de temor basado en la fuerza bruta ayuda a quitarles aún más poder a las mujeres. Este tipo de ataque ocurre más frecuentemente en ambientes dominados por los hombres, tales como los clubes de hombres, las prisiones y las fuerzas armadas.

3) Donde un hombre o grupo de hombres castiga a un hombre por ser diferente

Aquí, el ofensor u ofensores castigan a otro hombre por comportarse o verse diferente de la norma machista estereotípica. Al violar sexualmente a este hombre, le hacen ver que su conducta es inaceptable para los hombres, y pueden continuar su propia conducta conformista sin cuestionamiento alguno. Esta acción abusiva ayuda a mantener una brecha entre la conducta aceptada de los hombres y la conducta aceptada de las mujeres; efectivamente mantiene a los sexos diferentes y polarizados, y facilita el dominio general de los hombres sobre las mujeres. Dividir y conquistar. Algunos ejemplos son: castigar a un hombre o niño por disfrutar de la poesía, por hablar suavemente, usar una camisa de colores fuertes, ser artista, tener poca estatura, hacer tareas domésticas, parecer homosexual, ser educado o expresar sentimientos tiernos.

Muchos de los ofensores son hombres, pero el ataque sexual contra hombres o niños también puede ser y es perpetrado por mujeres. Es importante reconocer que algunos hombres y niños han sido sexualmente abusados por una o más mujeres, y siendo así merecen apoyo. Tal como lo expresara "Eduardo", miembro de un grupo para hombres sobrevivientes de la ciudad de Melbourne: "Nadie, ya sea heterosexual u homosexual, hombre o mujer, tiene el derecho a violar a otra persona, sea heterosexual u homosexual, hombre o mujer".

Cuando un hombre sobreviviente nos revela que sufrió abuso sexual, es esencial que le creamos, le tomemos en serio y nos abstengamos de juzgarlo o culpabilizarlo. No es probable que esté mintiendo, ya que usualmente no se gana nada con inventar una historia de abuso.

Por encima de todo, los hombres sobrevivientes de abuso sexual necesitan ser escuchados y aceptados.

15.- CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las consecuencias del abuso sexual infantil suelen darse en el equilibrio interno de las personas que lo sufren y se expresan en los diferentes niveles de la conducta.

- **En el nivel de la expresión emocional:**
 - Miedo.
 - Ansiedad.
 - Sentimientos de haber sido invadido(a).
 - Depresión.
 - Perturbaciones en la autoestima.
 - Cólera.
 - Culpa y vergüenza.

- En el nivel cognitivo o de percepción de la realidad:
 - Alucinaciones.
 - Despersonalización.
 - Disociación.
 - Falta de concentración. Problemas escolares.

- **En el nivel del funcionamiento orgánico**
 - Exceso de actividad fisiológica (sudoración, taquicardia, etc.).
 - Trastornos a nivel del cuerpo (problemas del sueño y/o comida).

- En el nivel de la conducta:
 - Agresividad.
 - Conducta suicida.
 - Abuso de sustancias adictas.
 - Funcionamiento social limitado.
 - Trastornos de personalidad.

- **Prostitución infantil**

- En el nivel de relación interpersonal.
- Problemas en las relaciones afectivas.
- Abandono del hogar.
- Posibilidades de volver a ser abusados(as).
- Posibilidades de convertirse, a su vez, en abusadores.
- Problemas en el funcionamiento sexual por sentimientos de ansiedad y culpa que provocan:
 - Autoestima sexual baja.
 - Dificultad para encontrar satisfacción en las relaciones sexuales.

15.1.- En menores de 8 años

Miedo a dormir solo, frecuentes pesadillas, temores nocturnos; incapacidad de controlar esfínteres (enuresis y encopresis). En su conducta muestran excesivo nerviosismo con estados de ansiedad y depresión y buscan estar acompañados, se muestran hiperactivos y casi siempre hablan llorando.

En su relación con otros niños buscan hablar de temas vinculados al sexo y desarrollan posturas sexuales agresivas, en otros casos pueden llegar a procesos de masturbación excesiva. Generalmente muestran cambios de conducta en la escuela y detectan algunos problemas de salud generados como consecuencias físicas de la violación.

15.2.- Efectos diferentes en niños y en niñas

Radda Barner considera fundamentalmente priorizar la atención a los niños por un motivo básico: a diferencia de las niñas, los niños que han sufrido abusos sexuales, tienden a su vez, a abusar de otros menores. Anders Numan y Borje Svenson de la Boys Clinic (Clínica de Niños) de Radda Barner, subrayan que según los expertos, uno de cada cinco varones que han sufrido abusos sexuales agrede a otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) baraja la misma hipótesis: “Los niños que son víctimas de violencia o abusos sexuales corren un alto riesgo de convertirse en agresores, utilizar formas de abusos similares contra niños más jóvenes”. “Años más tarde”, concluye la OMS, pueden

incluso utilizar la violencia física contra los hijos que están bajo su cuidado o contra sus propios hijos.

15.3.- Efectos a largo plazo: Ansiedad y Depresión

- La depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales.
- Las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios consumados también son más probables en quienes han sido víctimas de abusos sexuales.
- Los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento y marginalidad que disminuyen, con frecuencia, la autoestima de quienes la sufrieron.
- La ansiedad de atención y las dificultades en los hábitos de comida están asociados también con una mayor frecuencia de este tipo de traumas infantiles.
- Las dificultades, de tipo relacional, en especial con los hombres, los padres o los propios hijos acompañan también, con cierta frecuencia estas sintomatologías. Es frecuente que la víctima sienta hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor.
- La víctima de abusos sexuales en la infancia está también más predispuesta a sufrir abusos sexuales, por su pareja u otros cuando es adulto.
- También se ha confirmado otros aspectos relacionados con la sexualidad: dificultad para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual, etc. Según López y Del Campo, todo parece indicar “que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia tienen más dificultades sexuales y disfrutan menos con la actividad sexual”.

15.4.- Reacciones emocionales y percepción de sí mismos:

- Autoconcepto negativo.
- Sentimiento de indefensión y desamparo.
- Culpabilidad.
- Miedo y desarrollo de fobias.
- Estilos atribuciones internos, estables y globales de los acontecimientos negativos.

15.5.- Problemas de relación

- Hostilidad.
- Menor cohesión y adaptabilidad con las familias de origen.

- Incapacidad para confiar y/o amor a otros.
- Desarrollo de una visión polarizada de los sexos.

15.6.- Problemas familiares y maritales

- Abandono temprano del hogar.
- Emparejamiento de hombres violentos.
- Dificultades en la ejecución del rol parenteral.

15.7.- Problemas relacionados con la sexualidad:

- Miedo a las relaciones sexuales.
- Culpa sexual.
- Dificultades en el ajuste sexual.
- Deseo sexual inhibido.
- Bajos niveles de autoestima sexual.
- Evitación de las relaciones sexuales o actividad sexual compulsiva.
- Homosexualidad.
- Frigidez.
- Dificultades en la frase de excitación.
- Vaginismo.

15.8.- Efectos en el funcionamiento social:

- Prostitución
- Dificultades en el ajuste social.

15.9.- Estrés Postraumático en Menores

En relación con el Síndrome de Stress Postraumático en niños, sólo el 55 % precipitan un TEPT, pero el resto desarrolla una diversa sintomatología:

- a. Exhiben mayor ansiedad, depresión.
- b. Comportamiento con gran hiperactividad, agresividad y crueldad.
- c. En conjunto, mayor cantidad de problemas.
- d. Mucha diferencia a la hora de reaccionar a un simple evento o suceso de abuso.
- e. Más problemas de comportamiento en relación directa a un abuso sexual crónico.

A corto plazo, las secuelas debidas a abuso sexual incluyen disatisfacción sexual, homosexualidad, promiscuidad y un elevado riesgo de revictimización (Beitchman, et al., 1991). La depresión y la conducta o la ideación suicida son más frecuentes en víctimas de abuso sexual que en controles normales o controles psiquiátricos no víctimas de abuso.

Los que causan más daño psíquicamente, son los que han sufrido abusos sexuales, que incluían penetración, fuerza o violencia y tenían una relación más cercana o íntima con el agresor. Aunque los problemas en la familia, rupturas, presencia psicopatológica en los padres, hacen difícil separar cuanto es debido al trauma sexual y cuanto a la problemática familiar anterior.

16.- INDICADORES FÍSICOS DE ABUSO SEXUAL

Los indicadores físicos son principalmente las lesiones genitales y extragenitales, aunque el diagnóstico de una agresión es complejo, las formas clínicas muestran diferentes manifestaciones, que pueden ser los signos y síntomas locales (área genital) y los sistémicos (E.T.S), y las manifestaciones psicoemocionales del abuso con expresión física (disminución de peso), o con expresión psicológica (miedos o fobias). Éstos a su vez dependen del grado de violencia, del tipo de agresión y del tiempo transcurrido desde la lesión a la visita en la consulta.

No olvidemos que los niños son llevados a las consultas en forma tardía, o por otros motivos y las probables lesiones físicas ya no se evidencian.

Las lesiones extragenitales que se pueden evidenciar son las que se presentan normalmente en niños como contusiones, equimosis y erosiones, pero nosotros somos los que debemos desenrañar que la versión de la madre con respecto a la historia de su producción sea fehaciente y sino

sospechar de un probable maltrato físico, pero una vez sospechado éste, cerciorarnos de que no sólo sea físico sino tal vez también de tipo sexual.

Para ello realizamos un detallado examen físico del niño o niña. Ya comentamos que las lesiones van a depender del tipo de abuso, pero además dependerá si éste ha ocurrido una sola vez o si ha sido reiterado.

Podemos describir las lesiones provocadas por el frotamiento del pene en el vestíbulo vulvar, encontrándose erosiones perihimeneales, desgarros y contusiones vulvares (horquilla, introito, clítoris, labios menores, meato uretral).

Según enseña Gisbert Calabuig, en las niñas menores de seis años:

“el coito es anatómicamente imposible”.

De tal manera que si se produce una penetración provocaría lesiones graves con desgarros vaginales que se extienden hasta el periné u el ano y suelen llegar a los servicios de emergencias por estas lesiones, por el compromiso vital que implican.

En las niñas escolares el desgarrar del himen es una evidencia física de penetración, constituyendo un signo muy importante y de mucha relevancia por su especificidad.

La confirmación de una vulvitis o una vulvovaginitis en niñas induce en muchas ocasiones a la sospecha de abuso sexual.

A medida que la niña crece y anatómicamente las dimensiones varían se puede producir la penetración y los hallazgos serán los mismos que en una mujer adulta.

Las lesiones en los niños, generalmente son anales, en niños pequeños puede producir desgarros extensos, estallido rectal y una hemorragia de tal magnitud, provocándole la muerte.

Podemos encontrar relajación refleja del esfínter, dilatación anal, ano hiperpigmentado, borramiento de los pliegues anales, fisuras recientes o cicatrices de fisuras, equimosis, hematomas.

La penetración anal única o reiterada puede provocar trastornos anatómicos y funcionales del esfínter anal, como la incontinencia fecal y suelen acompañarse de lesiones visibles a la inspección.

Relato de la víctima

El relato depende de la edad de la víctima, en lactantes que no pueden hablar sólo podemos estar atentos ante conductas no asociadas a un cuadro patológico específico, o esperar que a ese niño lo lleven al consultorio por otro motivo y detectar un hallazgo que sea sospechoso de abuso sexual, pensemos que en la mayoría de los casos la madre no ha detectado el abuso o las lesiones encontradas no han sido asociadas.

Y en los casos en que la madre lo sabe, lo calla por miedo o dependencias de tipo económicas, emocionales, etc.

En el caso en que el niño refiera espontáneamente el abuso, es muy poco habitual, salvo el realizado por una persona desconocida.

Recordemos que el niño en un alto porcentaje va a ser abusado por una persona conocida, de la familia o cercana a ella, el niño no logra discernir lo bueno de lo malo y como el hecho en muchas ocasiones no va acompañado de violencia, no lo reconocen como un acto violento, y por ende malo o por el contrario puede ir acompañado de violencia pero también de intimidación, a la agresión del mismo abusador o al temor de contárselos a sus padres pensando que ellos son culpables de algo, o que no les van a creer, o el temor a ser castigados por ello.

La reiteración de la interrogación está contraindicada, al igual que en los exámenes genitales, por el potencial efecto estigmatizante. Debemos evitar la inducción de respuestas desde la propia pregunta.

La forma más efectiva de prevenir estos hechos es reconocer las actitudes extrañas en los niños, en caso de estar a cargo de otras personas antes de los dos años de edad, darse el tiempo de revisarlo minuciosamente, en busca de lesiones y en niños más grandes aprender a escucharlos abriendo diálogos de comunicación en los que el niño se sienta cómodo, enseñándoles el respeto mutuo y que no importa sea una persona cercana (tío, vecino, abuelo) nadie puede tocarlo si él no quiere.

Enseñar a los niños a decir que no, en ciertas circunstancias y respetar eso No les da la confianza necesaria para rechazar un acto al que ellos consideren inapropiado.

Como padres y profesionales nadie merece nuestra entera confianza, por eso enseñemos a los niños a comunicarse, y aprendamos a escucharlos.

La recolección de muestras para experticia forense y laboratorio las mencionaremos más adelante adecuándolas a niños.

ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES

1.- DEFINICIÓN

Es la victimización del adolescente, al exponerlo a un estímulo sexual inapropiado para su edad y nivel de desarrollo psicológico e intelectual.

2.- INCIDENCIA DEL PROBLEMA

Los problemas de abuso sexual acusan un subregistro importante y su verdadera incidencia es difícil de conocer.

En EE.UU., se calcula que ocurren de 200.000 a 500.000 casos anuales, incluyendo unos 5.000 casos de incesto.

Se considera que se denuncian: entre 10 y 30% de los incestos, y un 10% de las violaciones. El número de adolescentes dedicados a prostitución y pornografía se desconoce.

2.1.- Causas del subregistro de abuso sexual

- Relación distorsionada del adolescente con adultos que data de la niñez y considera normal esta conducta social.
- El adolescente considera la experiencia agradable y excitante, sobre todo si no hay dolor físico y obtiene una ganancia al margen.
- Los adolescentes involucrados en prostitución o pornografía pueden obtener: dinero, drogas o un lugar donde vivir.
- Temor del adolescente por la represión del adulto.
- Silencio familiar por temor a la crítica social.
- Familias con comportamiento incestuoso.
- Negación social de esta realidad.
- Negación profesional (Médicos, Abogados, etc.), a involucrarse en tan difícil problema.

3.- MITOS DE LA VIOLACIÓN

Dentro de la problemática del abuso sexual se manejan conceptos que no se adaptan a la realidad:

MITO	CONCEPTO REAL
"Es sólo un acto sexual"	Es un acto sexual violento que ataca la integridad física y emocional de la persona.
"Usualmente no es un crimen violento"	Implica gran agresividad, al punto de comprometer la vida de la víctima.
"Es un acto provocado por la mujer"	El violador actúa por impulsos personales, independientemente de la imagen de la víctima.
"Los violadores se conocen"	El violador puede llevar una vida "normal" y bien integrado a una familia.
"La violación se comete en sitios extraños"	50 % de las violaciones son planificadas y ocurren en la casa de la víctima.
"La víctima preferida es la mujer"	Las víctimas son de los dos sexos y a cualquier edad.
"Las violaciones son interraciales"	La mayoría son por violadores de la misma raza y nivel social de la víctima.
"La violación es imposible si la víctima no colabora"	La violación en todas sus variedades es factible aún con una víctima renuente.

4.- PSICOLOGÍA DEL VIOLADOR

Una realidad es que el violador es un producto de la sociedad, puesto que la miseria, la deformación de valores, la angustia, las frustraciones es el germen de toda violencia, incluso la sexual.

La psicopatología del violadores variable, pero se describe como un individuo depresivo, con tendencia a la soledad, con razonamiento y juicio de valores muy escaso, con graves problemas personales de índole emocional (ansiedad y problemas de sexualidad) y un gran porcentaje de ellos tienen antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

5.- INCESTO

5.1.- Abuso sexual intrafamiliar

Es una grave situación, conformada por un complejo fenómeno de raíces psicológicas, sociales y morales. En toda la amplia gama de comportamientos sexuales que existen, el único que es vetado en todas las culturas y sociedades es el incesto; a excepción de la Cultura Egipcia, en la época de los Faraones, por razones políticas y sucesorales del poder gubernamental.

El Médico debe conocer la **dinámica de las familias incestuosas**, para poder detectar correctamente factores de riesgo en este sentido o diagnosticar con acierto en un caso determinado.

Generalmente ocurre en familias con padres que tienen historia de privación emocional; con maltrato físico y psicológico; padre institucionalizado en la niñez; ausencia de padres a temprana edad; relación ambivalente con sus padres que varía desde el autoritarismo hasta el abandono; relación de conflicto con la madre, caracterizado por gran hostilidad.

En la relación incestuosa padre-hija hay características de exagerada pasividad y dependencia por parte de la muchacha que asume inconscientemente el rol de pequeña-esposa; esta muchacha puede ser víctima también de tíos o amigos de la familia.

En la relación incestuosa padre-hijo, el primero está expresando sus impulsos homosexuales y generalmente viene de relación incestuosa en su familia de origen.

El incesto madre-hijo es raro y la seducción del hijo por parte de la madre está considerada en el rango psicopatológico; la madre es una mujer muy dependiente, con "necesidad" de desalojar el instinto maternal.

El incesto entre hermanos; es el más común abuso sexual intrafamiliar y puede pasar desapercibido por mucho tiempo. Generalmente se inicia en la edad infantil y tiene efectos a largo plazo que repercute en la vida adulta.

El maltrato intrafamiliar en todas sus variedades perpetúa el ciclo de violencia y genera conductas agresivas.

6.- EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ABUSO SEXUAL

6.1.- Indicadores conductuales de abuso sexual

- **Alegato de abuso sexual;** siempre que un niño o adolescente pregunte o denuncie sobre abuso sexual, debe ser tomado en cuenta e investigado.
- **Comportamiento sexual indebido:** precocidades en la conducta sexual, provocaciones gestuales, comentarios o conocimientos de sofisticaciones sexuales, preguntas íntimas a los adultos; pueden ser índice de que el adolescente recibe sobreestímulo sexual indebido.
- **Pornografía y prostitución:** es común que los niños y adolescentes involucrados en pornografía lo estén en prostitución y/o abuso sexual. Estudios retrospectivos indican que el 75% de las prostitutas tienen antecedentes de abuso sexual en la niñez.
- **Problemas de escolaridad, conducta delictiva, huidas del hogar, uso y abuso de drogas, depresión, ansiedad, fobias, problemas sexuales** (homosexualidad, frigidez, impotencia), **conducta autodestructiva;** pueden ser síntomas de abuso sexual.
- **Problemas familiares severos:** consumo de drogas, violencia intrafamiliar, padres con antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez u otras características de las familias incestuosas.
- Solicitud repetida de los padres para que se efectúe examen genital al adolescente, puede revelar conducta con tendencia incestuosa.

7.- SÍNDROME DEL TRAUMA DE VIOLACIÓN

Las víctimas de violación dentro de su individualidad psicológica, presentan tres fases en el proceso emocional subconsecuente que fueron descritas por Burgess y Holmstron en 1974 y se encuentran vigentes para el estudio, seguimiento y tratamiento de estos pacientes:

7.1.- Primera fase: Desorganización

En el periodo agudo temprano; puede presentarse shock mental, desmayos, ansiedad severa, sensación de terrible invasión a su intimidad y agresión a los deseos de autonomía e independencia de la edad adolescente; insomnio, anorexia, vómitos, reacciones histéricas o demasiado estoicas; silencio de los hechos y profunda depresión con idea suicida. Todo depende de la personalidad preasalto y severidad del ataque sexual.

7.2.- Segunda fase: Reorganización

Se puede observar días o semanas después: existe un desarrollo gradual de su estilo de vida anterior, pero con desajustes caracterizados por depresión, ansiedad, fobias, temor a la compañía de hombres (amigos) si la víctima es mujer; tendencia del adolescente a separarse de su grupo y asco excesivo.

7.3.- Tercera fase: Integración

Semanas o meses después: puede persistir depresión leve, pobre integración de autoimagen, temor a que el violador regrese, sentimiento de descontrol e inseguridad, desajuste de su vida sexual.

8.- INDICADORES FÍSICOS DE ABUSO SEXUAL

- Lesiones físicas: contusiones, laceraciones, abrasiones, hematomas, equimosis, alopecia traumática, fracturas, trauma genital, hemorragia genital.
- Embarazo: donde se niega la identificación del padre, puede tratarse de incesto.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Uretritis y vaginitis no venérea puede deberse a excesiva manipulación sexual.
- Enuresis y encopresis secundaria: a reacción emocional regresiva, como manifestación psiquiátrica de un abuso sexual, o la encopresis debida a relajación del esfínter rectal también como expresión del trauma físico por el abuso.

9.- HISTORIA CLÍNICA

9.1.- Aspectos generales

Debe ser efectuada respetando estrictamente la privacidad, con un manejo que implique delicadeza y sensibilidad, brindando el soporte emocional adecuado para que la víctima se sienta más tranquila, suministrando toda la información que amerite el adolescente y su familia respecto a la delicada situación que viven, facilitando la asesoría legal, mediante la orientación a los profesionales correspondientes e insistiendo en la necesidad del control y seguimiento de las consultas sucesivas, para tratar adecuadamente las repercusiones físicas y psicológicas.

Se recomienda en el examen físico del adolescente la presencia de un acompañante, preferiblemente miembro del equipo de salud, para prevenir complicaciones médico-legales; no se sugiere la presencia de un familiar, por aumentar la tensión emocional y la inhibición del paciente.

- **Historia clínica completa:** que incluya: fecha o tiempo del abuso sexual, modalidad del abuso sexual, uso de anticonceptivos o dispositivos intrauterinos; si es sexualmente activa, la fecha del último coito voluntario y todos los datos relacionados con la situación consultada.
- **Examen físico:** general y genital-pélvico, detallando todos los signos encontrados. En caso de que no exista evidencia física de abuso sexual, el médico debe anotar “No hay evidencia de trauma”, y no certificar que no hay evidencia de violación, pues este último diagnóstico cierra la posibilidad de investigación legal o a otras indagaciones clínicas que se quieran proseguir.
- **Evaluación del estado mental:** incluyendo indagación psicológica previa al asalto sexual.
- **Recolección de muestras para experticia forense:** Debe anotarse si la víctima se bañó, orinó o defecó después del abuso sexual, ya que esto varía los resultados en caso de violación. La víctima debe desvestirse sobre una sábana, para recolectar todo residuo y ésta, como la ropa, debe colocarse en bolsas separadas y debidamente rotuladas.
- **Recolección de muestras para laboratorio:** Tomadas de boca, faringe, piel, cabellos, uñas, genitales y ano. Se envían muestras de saliva, sangre, heces y orina; material de secreciones vaginales, cérvix, uretra y ano. Efectuar citoscopia y coloscopia, si es necesario incluso bajo sedación general, si el caso lo amerita.
- En el flujo vaginal: determinación de fosfataza ácida para el líquido seminal, aglutinógeno ABH y precipitinas espermáticas.
- Examen en fresco para motilidad espermática.
- Frotis fijo de espermatozoides.
- Estudio de secreción para Sífilis, Blenorragia, Clamidia Tracomatis, Cándida y Herpes.
- V.D.R.L.: En el momento y 6 semanas después del asalto.
- Estudio de HIV.
- Test de embarazo para certificaciones posteriores.
- Test de embarazo 15 días después del asalto y al mes si no presenta la menstruación.
- Test de drogas.

10.- TRATAMIENTO

10.1.- Tratamiento médico

Se encuentra dirigido a la atención de lesiones físicas, tratamiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual, presencia del embarazo y tratamiento de los problemas emocionales derivados del abuso sexual.

- Se indica la aplicación de Toxoide Tetánico.
- Antibióticos profilácticos mientras llegan los resultados de laboratorio, en los casos que hubo penetración del pene o trauma genital:

10.2.- Profilaxis del embarazo

En aquellas pacientes que no toman anticonceptivos o no tienen colocado un D.I.U. se hace cuando consulta antes de las 72 horas después del asalto sexual.

Si al mes no ha ocurrido la menstruación, se debe efectuar test de embarazo.

10.3.- Tratamiento psicológico

Se debe conocer todas las facetas emocionales que caracterizan a la víctima de abuso sexual, y ofrecer toda la oportunidad; de expresar sus sentimientos, aclarar dudas y angustias, de recibir explicación detallada y orientación personal y familiar sobre: temor a las consecuencias, problemas corporales, embarazo, miedo al asaltante, peligro de ser nueva víctima, sexualidad futura y otras áreas que interesen.

El seguimiento y detección de: fobias, depresiones, conducta suicida, desajustes sexuales, de interrelación personal, familiar y social para un tratamiento psicológico apropiado y oportuno.

Orientación familiar y de la pareja en caso de adolescentes con relación de noviazgo es imperativa, para que puedan dar el soporte emocional adecuado.

10.4.- Asesoramiento legal

El médico tiene obligatoriedad de hacer la denuncia del caso que diagnostique como abuso sexual y ofrecer la orientación al adolescente y su familia hacia la ayuda profesional que corresponde en este aspecto.

El médico como primer profesional consultado en caso de abuso sexual, debe estar alerta y preparado para brindar el tratamiento y la orientación que el adolescente y su familia requieran.

CAPÍTULO XIII

USO DEL ADN EN LA INVESTIGACIÓN DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL Y LA PATERNIDAD BIOLÓGICA

Omar Rocabado Calizaya

I.- EN DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

1.- INTRODUCCIÓN

El Código de Procedimiento Penal, introduce el Sistema Penal Acusatorio y define los roles y funciones del Ministerio Público, a quien le otorgan la acción de la justicia a través de la investigación del delito y la titularidad en el ejercicio de la acción penal pública. Ésta es la institución que ahora deberá establecer la verdad con objetividad, imparcialidad y transparencia, a través de investigaciones oportunas, recurriendo a sus órganos auxiliares (Instituto de Investigaciones Forenses) que utilicen técnicas científicas de investigación CRIMINAL y FORENSE, con laboratorios modernos y responsabilidad por la “cadena de custodia”. En este sentido el Laboratorio de Genética Forense tiene como mandato realizar las pruebas de ADN (ácido desoxirribonucleico) para la resolución de diversos casos criminalísticos en forma eficiente, a pedido de Fiscales y Jueces.

Pocos avances en las ciencias forenses han tenido un impacto de tanta magnitud como las denominadas “Pruebas de ADN”. Estas pruebas, una vez desarrolladas, rápidamente comenzaron a ser aplicadas en el ámbito forense. Su uso tanto en causas civiles (Jeffreys et al. 1985a), como criminales (Jeffreys et al. 1985b). Actualmente se han convertido en una herramienta fundamental para resolver un amplio espectro de problemas médico-legales. Desde su primera aplicación forense, el examen de ADN ha demostrado ser un recurso imprescindible para la identificación del autor de un delito. El esclarecimiento de diversas situaciones criminales en las cuales, en el sitio del suceso queden restos biológicos o evidencias que puedan relacionarse con los autores y/o víctimas. Debido a que prácticamente la totalidad de las células de un individuo poseen el mismo tipo de ADN, cualquier vestigio biológico que éste deposite voluntaria o involuntariamente sobre un objeto, cuerpo u otro soporte, será una fuente potencial de su impronta genética. En este sentido la prueba de ADN en agresiones sexuales se constituye en una herramienta de trascendental importancia para identificar al agresor.

El objetivo de este capítulo es establecer los parámetros de la aplicación de las pruebas de ADN en la investigación de casos de agresión sexual, donde el objetivo central de estas pericias es la identificación del o de los agresores contribuyendo así con una mejor administración de justicia. En la actualidad, la colección de indicios biológicos tanto en la escena del hecho como sobre el cuerpo de la víctima suelen resultar inadecuados. Los errores que involuntariamente se comenten, conducen a la pérdida irremediable de evidencias, cuyo análisis genético podría contribuir con el esclarecimiento del hecho. La aplicación de los criterios detallados en la presente contribución, permitirán optimizar el uso de esta poderosa y moderna herramienta identificatoria dentro del marco de la administración de justicia.

2.- AGRESIONES SEXUALES

Las agresiones sexuales, por ser un tipo de delito en el que se requiere una información muy particular tanto de los hechos como de la víctima y una colección de muestras muy estandarizada, justifica la realización de este documento. Detallamos en este trabajo tanto la información requerida como las muestras que son imprescindibles tomar para llevar a cabo una investigación adecuada, tendiente a dilucidar la responsabilidad criminal del sospechoso a través del análisis de ADN.

3.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL

La víctima de agresión sexual, se constituye en la clave de la investigación criminalística de este tipo de delito, y ello por dos razones:

- Porque es una **fuentes de evidencias e indicios** (pasando a ser una 'escena del crimen' a efectos de la investigación policial).
- Porque los **testimonios** que puede ofrecer (en caso de poder declarar) son claves en la resolución del caso.

La mayoría de los indicios que se encuentran en estos casos tienen una contaminación coetánea en mayor o menor grado. Los restos de sangre, saliva o semen encontrados sobre otra persona van a contener, obviamente, restos del portador. Lo que varía en estos casos es la cantidad y calidad del indicio, estando esta característica directamente relacionada con el lugar donde se encuentran las evidencias.

Así, cualquier resto biológico depositado en las cavidades anal, oral o vaginal, va a estar normalmente muy contaminado por células del portador. En estos casos, el semen (que por otra parte suele ser el indicio más frecuente, determinante e importante) es el único susceptible de ser analizado con ciertas garantías de éxito, ya que se puede llevar a cabo una extracción diferencial en el laboratorio.

De modo general, toda persona víctima de un supuesta violación, debe ser inmediatamente explorada por un médico adecuadamente cualificado en un recinto perfectamente preparado para tomar y almacenar todas las muestras que se encuentren.

4.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para poder realizar una selección adecuada de las muestras que se deben analizar y para poder valorar los resultados del análisis (habitualmente complejo en este tipo de casos), es imprescindible conocer una serie de datos sobre los hechos y la víctima, para lo cual es necesario que el Médico Forense obtenga esa información que deberá remitir junto con las muestras al laboratorio. El cumplimiento de este requisito se cumplirá completando un formulario específico para las agresiones sexuales. En él deben constar los siguientes datos:

Formulario de envío de muestras para agresiones sexuales

Datos de la víctima:

- Edad.
- Sexo.

- Grupo poblacional.
- Relaciones sexuales próximas a la agresión.
- Uso de productos vaginales (lubricantes, desodorantes...etc).
- Si se ha lavado antes del reconocimiento.
- Si lleva la ropa de la agresión.

Datos de la agresión:

- Lugar de los hechos.
- Fecha y hora de los hechos.
- Tiempo aproximado transcurrido entre los hechos y la toma.
 - Tipo de agresión:
 - Penetración: vaginal, anal y/o bucal.
 - Introducción de objetos: vaginal o anal.
 - Otros: cunilinguo, tocamientos..., etc.
 - Número de agresores.
 - Relación de parentesco víctima-agresor.
 - Si hubo uso de preservativos.
 - Si hubo eyaculación y si fue interior o exterior.

Un listado de las muestras de referencia y de los indicios biológicos remitidos, donde deben especificarse los siguientes datos:

- Número de referencia de la muestra.
- Tipo de muestra (sangre, saliva, pelos...).
- Nombre de la persona a la que se realiza la toma.
- Relación con el caso (víctima, sospechoso).

Los datos de **la cadena de custodia**.

En todos los formularios debe aparecer un apartado dedicado a la cadena de custodia donde debe constar:

- Nombre o identificación y firma de la/s persona/s responsable/s de la recogida de muestras.
- Fecha y hora de la recogida.
- Condiciones de almacenaje de las muestras hasta su envío al laboratorio.

Este formulario ha sido diseñado basándose en el modelo propuesto por la comisión de trabajo de ADN de la GEP-ISFG (Grupo Español y Portugués de la Sociedad Internacional de Genética Forense) el año 2000 .

5.- COLECCIÓN DE INDICIOS BIOLÓGICOS EN EL CUERPO DE LA VÍCTIMA

a). Manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos

Se debe recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada. Limpiar todo el área presionando suavemente y si es posible con un solo hisopo.

b). Saliva en marcas de mordeduras

Este tipo de evidencias generalmente pueden pasar desapercibidas, una vez que se ha localizado esta región, en general asociadas con marcas de mordeduras, se deberá recoger los raseros con un hisopo estéril ligeramente mojado con solución fisiológica, limpiando de forma circular la marca dejada por los dientes y todo el área interior que delimita.

c). Uñas

Para tomar este tipo de evidencias es muy importante examinar las manos y uñas de la víctima. Con una pinza son recogidos los pelos o fibras que puedan existir y posteriormente cortar el borde superior de las uñas para analizar en el laboratorio la posible presencia de restos de sangre y piel.

d) Pelos dubitados

Deben ser recogidos con pinzas, colocando cada pelo o grupo de pelos en un papel pequeño que será doblado con cuidado e introducido en una bolsa de papel pequeña y su posterior remisión al laboratorio.

II.- EN LA INVESTIGACIÓN DE LA PATERNIDAD BIOLÓGICA

1.- Antecedentes históricos

Se ha constituido como una problemática desde hace miles de años atrás, el determinar la verdadera paternidad biológica, en los seres humanos.

Un esbozo de genética forense se ha practicado desde hace unos 2 a 4.000 años en las civilizaciones griegas, egipcia y caldea, de lo cual existen testimonios como el código de Hamurabi, y en el siglo V de nuestra era el Leviticus prohibió las uniones maritales consanguíneas.

En algunas naciones de la antigüedad el establecimiento de los vínculos de paternidad no era menester porque el niño nacido fuera del matrimonio era considerado un “bastardo”, sin derechos a reclamar paternidad y en otras civilizaciones como la regida por la ley mosaica ni siquiera tenía derecho al nacimiento, porque moría en el vientre de su madre quien era ejecutada o apedreada acusada de adulterio. Sin embargo las leyes Romanas, más tolerantes de la condición humana reconocían el derecho a la existencia del niño concebido extramatrimonialmente aunque en condición de **filius nullius**, existencia nula (no ser), sin derechos a recibir soporte económico del padre ni a herencia de bienes, pero podría adquirir tales derechos si posteriormente era legitimado voluntariamente por el padre.

Las leyes canónicas consideraban la ilegitimidad como una condición de castigo que debía sufrir el niño ilegítimo por el pecado de sus padres de haberlo engendrado fuera de matrimonio, pero similar a la jurisprudencia Romana, las leyes canónicas permitían la legitimación del niño solamente mediante posterior matrimonio de los padres, de otra manera no era posible obtener el reconocimiento de la paternidad.

Lo anterior muestra que tanto las civilizaciones antiguas como las medioevales protegían al presunto padre en detrimento de los derechos del infante porque sus leyes no contemplaban obligaciones del padre a reconocer su relación biológica con el niño nacido fuera del matrimonio.

La legislación inglesa también adoptó el concepto de filius nullius, el hijo extramatrimonial no podía demandar soporte económico del padre, pero tenía la categoría de pobre desamparado y

subsistía de la caridad pública que con el tiempo constituyó una pesada carga para las parroquias lo cual presionó para que en 1576 se diera el Acta de la Ley del Pobre en la cual autorizaba al filius nullius requerir suministros periódicos de ambos progenitores en dinero u otro tipo de dádivas para subsistir, y así se iniciaron las acciones de paternidad en la jurisprudencia anglo - americana.

2.- El desarrollo de los métodos en la investigación de la paternidad biológica

En 1909, Bateson afirmaba en su libro Mendel's Principles of heredity lo siguiente: *Hay pocas pruebas hasta la fecha de herencia mendeliana de características normales en el hombre, un solo caso se ha descrito y verificado claramente: el del color de los ojos.* Sin embargo, nace a principios de siglo, la Hemogenética forense cuando Karl Landsteiner describe el sistema ABO de los hematíes y Von Dürgen y Hirschfeld descubren su transmisión hereditaria. Esta ciencia surgió como una rama de la Criminalística cuyo objetivo era la identificación genética tanto en casos de investigación criminal como en estudios biológicos de la paternidad. Inicialmente, las investigaciones se centraban en el estudio de antígenos eritrocitarios (sistema ABO, Rh, MN), proteínas séricas, enzimas eritrocitarias y sistema HLA.

En 1953 gracias al descubrimiento del ADN y de su estructura y al posterior avance en las técnicas de análisis de dicha molécula la Hemogenética Forense evolucionó considerablemente hasta el punto de que hoy en día puede hablarse de una nueva subespecialidad dentro de la Medicina Forense: la **Genética Forense**. Dicha ciencia estudia básicamente unas regiones del ADN que presentan variabilidad entre los distintos individuos, es decir, estudia regiones polimórficas del ADN. Así, analizando un determinado número de regiones polimórficas, la probabilidad de que dos individuos sean genéticamente iguales es prácticamente nula (excepto en el caso de gemelos univitelinos). Por esta razón hoy en día, todos los laboratorios del mundo emplean métodos basados en el polimorfismo de ADN, para la investigación biológica de la paternidad, más aún considerando que se obtienen resultados con una probabilidad de paternidad del 99,99%.

3.- La información genética en el ADN

En la década de 1930, surgieron nuevas preguntas y los genetistas comenzaron a explorar la naturaleza del gen, su estructura, composición y propiedades, con la finalidad de comprender la manera en que las unidades hereditarias pasan de una generación a la siguiente.

A comienzos de la década de 1940, ya no quedaban dudas sobre la existencia de los genes ni sobre el hecho de que estuviesen en los cromosomas, de esta manera y producto de muchas investigaciones, se logra en a finales de la década de 1940 que algunos investigadores lleguen a

una conclusión importante: el material hereditario podía ser el ácido desoxirribonucleico (ADN). A esto se suma un hecho histórico en 1953, gracias a los científicos Watson y Crick, quienes reunieron datos provenientes de diferentes estudios acerca del ADN y proponen un modelo para la estructura del ADN, deduciendo que es una doble hélice, entrelazada y sumamente larga. Una propiedad esencial del material genético es su capacidad para hacer copias exactas de sí mismo. Watson y Crick supusieron que debía haber alguna forma en que las moléculas de ADN pudiesen replicarse rápidamente y con gran precisión, de modo que les fuese posible pasar copias fieles de célula a célula y del progenitor a la descendencia, generación tras generación.

4.- La investigación científica de la paternidad biológica

La investigación científica de las relaciones biológicas entre individuos con finalidades jurídicas es relativamente reciente, creada por la necesidad de solución de grandes conflictos legales y sociales generados por la evolución de la sociedad en la cultura occidental.

En nuestro medio los conflictos judiciales, familiares y emocionales relacionados con la legitimidad de la paternidad biológica han adquirido gran trascendencia debido principalmente a factores sociales: como el cambio en la concepción moral de la familia lo que permite el incremento de las madres solteras, la tolerancia por parte de la sociedad de nacimientos extramatrimoniales, la independencia económica, laboral y psicológica de la mujer.

Por otro lado, la violencia ha segado la vida de muchos varones jóvenes que dejan madres embarazadas producto de unión libre o hijos extramatrimoniales sin legitimar, situación que torna más compleja el establecimiento de la paternidad, además el reconocimiento por parte del estado de los derechos del infante a tener un padre para que le suministre el soporte: económico, moral y afectivo hace mandatorio la investigación de la paternidad. Todo lo anterior ha contribuido a que la genética forense se desarrolle como una ciencia independiente de la genética humana y de la de poblaciones, aunque utiliza sus bases científicas y técnicas, en favor de buscar soluciones a esas problemáticas.

5.- Los pasos en la investigación de la paternidad biológica a través del ADN

El proceso de la investigación biológica de la paternidad se lleva a cabo en una serie de etapas:

1. Procedimiento previo
2. Toma de las muestras
3. Análisis genético

4. Cálculos de probabilidad
5. Informe de Paternidad.

5.1.- Procedimiento previo

Esta etapa consiste habitualmente en la petición de información por parte de los interesados, en la solicitud de la prueba y en la cita que se les proporciona a los interesados para la toma de las muestras (si es que se van a personar en el laboratorio, puesto que cabe la posibilidad de que manden las muestras).

No obstante, el proceso varía en función del tipo de prueba de paternidad a estudiar. De modo general podemos establecer dos esquemas de actuación en estos casos que vienen a resumir las pautas que deben seguirse (adaptado sobre datos de Juan Carlos Álvarez Merino).

5.2.- Toma de muestras

5.2.1.- Muestras de sangre.- Las muestras de sangre periférica son las más empleadas, comúnmente de sangre venosa (unos 40 ug ADN/ml) recogida sobre anticoagulante.

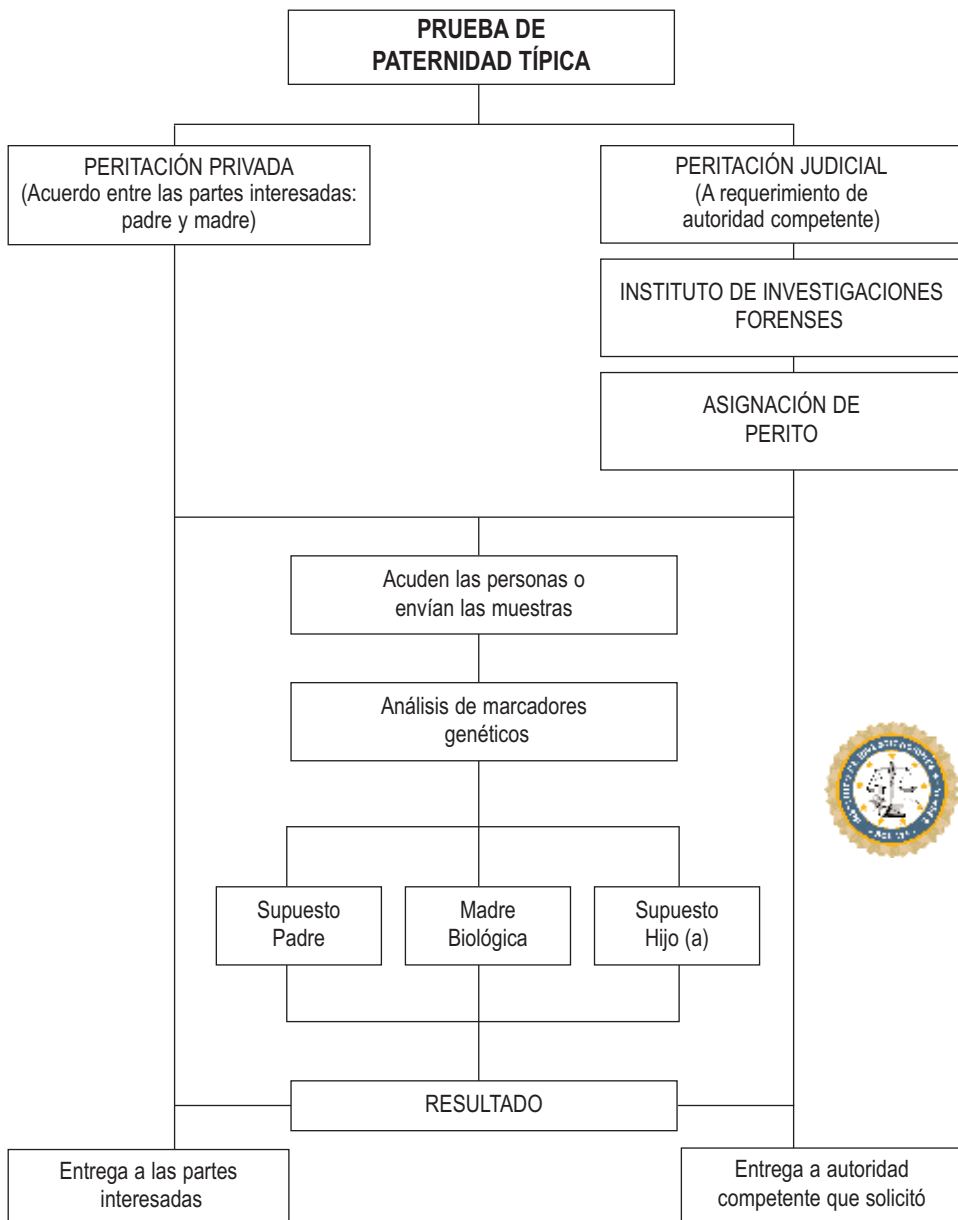
Se utilizan también manchas de sangre, que se obtienen de sangre fisiológica (talón, dedo, etc.) secada sobre un papel o cartón. Se destaca las tarjetas de papel FTA, material especialmente tratado en el que se seca la sangre, se lisan las células y se extrae sus componentes, quedando fijado exclusivamente el ADN. Estas tarjetas poseen la ventaja de su fácil transporte y conservación.

5.2.2.- Muestras de mucosa bucal.- Los raspados y enjuagues bucales, obtenidos por métodos no invasivos con algodón, contienen células epiteliales de descamación con suficiente ADN genómico para su detección, previa amplificación por PCR (Polimerase Chain Action). Las células epiteliales que incorpora, procedentes de descamación, pueden aportar cantidad suficiente de ADN (8-9 ug en una toma de muestra con hisopo) para su análisis con fines forenses o estudio de la paternidad. Actualmente se recomiendan estas muestras por ser menos traumáticas en su obtención, a partir de niños.

5.2.3.- Posibilidades presentes en la investigación de la paternidad

Actualmente, la introducción de las técnicas de ADN ha posibilitado la investigación biológica de la paternidad en un gran número de nuevas situaciones:

- En ausencia del presunto padre o a partir de objetos personales o restos cadavéricos si



Esquema de actuación en un caso típico de paternidad

éste estuviera fallecido.

- Investigación de la paternidad a partir de restos fetales, de gran importancia en la resolución de delitos de aborto.
- Investigación indirecta de la paternidad, a partir de la información genética aportada por el estudio de los padres biológicos del supuesto padre que se está intentando aclarar su paternidad o a partir de otros familiares directos del supuesto padre.

El fundamento de los estudios biológicos se basa en que el ADN de cada individuo procede de sus padres biológicos, de modo que, la mitad del ADN es de origen materno y la otra mitad de origen paterno.

5.3.- Análisis genético

El proceso analítico seguido para la investigación biológica de la paternidad consistirá en **la extracción del ADN** a partir de las muestras de los interesados y variará en función del tipo de muestra (sangre, saliva, pelos) y del tipo de soporte donde esté (sangre líquida, en forma de mancha, en hisopo).

Posteriormente se realiza una amplificación de los marcadores genéticos de interés y finalmente se llevará a cabo una electroforesis y visualización de los resultados.

Los marcadores que se emplean son los de tipo STRs (Short Tandem Repeat) los que han pasado desde el uso individual en reacciones de PCR para cada uno de ellos hasta la actualidad, en la que hay un conjunto de marcadores multiplex (sobre todo en distintos kits comerciales que permiten que en una sola reacción de PCR se amplifiquen cada vez más marcadores).

5.4.- Cálculos de probabilidad

Para el cálculo de la probabilidad de paternidad se utiliza una fórmula de base estadística (el teorema de Bayes), en la cual se tiene en cuenta la frecuencia en la población del alelo que el hijo ha recibido del supuesto padre (fórmula de Essen-Möller). Por tal motivo, es necesario haber realizado previamente un estudio de las frecuencias de los marcadores en cuestión, así como llevar a cabo la determinación de cuál es esa población de referencia.

Esos estudios en cuanto a la realización de estudios poblacionales son previos y dan paso a otros conceptos básicos en la investigación de paternidad tales como:

5.4.1.- La probabilidad de paternidad

El análisis de la paternidad está basado en las leyes mendelianas de la herencia, según las cuáles todo el material genético (ADN) que una persona tiene, procede, la mitad de su madre y la otra mitad de su padre. Por lo tanto, si en un hijo encontramos un alelo que no lo tiene el presunto padre, la paternidad queda excluida, con seguridad absoluta.

Si, por el contrario, encontramos que un hijo tiene un alelo que se lo puede haber dado un presunto padre, hay que realizar una serie de cálculos estadísticos, con la idea básica de ver cuántas personas hay en la población normal que también podrían haber sido los padres por tener ese alelo.

Las inclusiones, en los supuestos de paternidad, deben de hacerse al igual que en los casos criminalísticos, usando probabilidades estadísticas, que deben ser lo más altas posibles. Hoy en día, con todas las técnicas existentes y analizando diversos loci de ADN es posible conseguir probabilidades muy superiores a las exigidas por los autores clásicos y los Tribunales de Justicia. En todo caso, habría que conseguir siempre una probabilidad (W) superior al 99.73%, de acuerdo con los 'predicados verbales de Hummel'.

Predicados verbales de Hummel	
Valores de paternidad	Interpretación
Probabilidad de Paternidad > 99.73	Paternidad prácticamente probada
Probabilidad de Paternidad > 99% al 99.73	Paternidad extramadadamente probable
Probabilidad de Paternidad > 95% al 99%	Paternidad muy probable
Probabilidad de Paternidad > 90% al 95%	Paternidad probable
Probabilidad de Paternidad < 90%	Paternidad insegura

Predicados verbales de Hummel

En la actualidad, las normas internacionales recomiendan una probabilidad de paternidad igual o superior al 99.9% para considerar la paternidad como prácticamente probada.

La probabilidad de paternidad revelará la probabilidad de que el supuesto padre que estamos estudiando sea realmente el padre biológico del hijo. El cálculo de la probabilidad viene dado por la fórmula:

$$W = (X / X+Y) * 100 \text{ (*= signo de multiplicación)}$$

5.5.- El informe de paternidad

El informe de paternidad es el documento mediante el cual se comunica a los interesados el resultado de la prueba.

La estructura de este informe debe contener una serie de elementos mínimos que aclaren todo el conjunto de actuaciones llevadas a cabo, desde la toma de la muestra hasta las conclusiones finales, por tanto deberá poseer:

- Datos
- Muestras
- Determinaciones solicitadas
- Procedimiento analítico
- Resultados
- Conclusiones médico-legales.

CAPÍTULO XIV

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Susana Núñez de Arco Mendoza

1.- CONCEPTO

El Trastorno por estrés postraumático, se produce como consecuencia de la exposición de la persona a diversos agentes traumáticos, accidentes de circulación, robos con violencia, situaciones de peligro de su vida y también en las violaciones o intentos de violaciones.

1.-1.- La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde la víctima se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; o es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

1.2.- La respuesta de la víctima a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado).

1. 3.- El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de:

- Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático.
- Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma.

- Embotamiento de su capacidad de respuesta.
- Síntomas persistentes de ansiedad.
- La sintomatología debe estar presente más de 1 mes.
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (**aunque no de forma exclusiva**) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

Entre otros acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen: la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático: actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave.

En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante. El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder.

2.- DURACIÓN

La duración de trastorno por estrés postraumático, puede ser de tres tipos:

- Agudo. Cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
- Crónico. Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De inicio demorado. Cuando se da el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

3.- TRASTORNOS ASOCIADOS

- Sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida.
- Las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, dando lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo.
- Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, torturas, etc.) hay una constelación de síntomas:

Afectación del equilibrio afectivo;
Comportamiento impulsivo y autodestructivo;
Síntomas disociativos;
Molestias somáticas;
Sentimientos de inutilidad,
Vergüenza.
Desesperación o desesperanza;
Sensación de perjuicio permanente;
Pérdida de creencias anteriores;
Hostilidad; retraimiento social;
Sensación de peligro constante;
Deterioro de las relaciones con los demás, y
Alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias.

3.1.- Síntomas dependientes de la edad

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (p. ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete).

Para un niño es difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

El trastorno por estrés agudo se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

En el trastorno obsesivo-compulsivo hay pensamientos intrusos de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático.

Los flashbacks típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la esquizofrenia, en otros trastornos psicóticos, en el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, en el delirium, o en trastornos relacionados con sustancias.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la simulación.

4.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM IV

Según el DSM IV, el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, en su código: F 43.1, que corresponde al código 309.81 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, refieren que para el diagnóstico de: Trastorno por estrés postraumático.

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:
- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 - (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - (2) irritabilidad o ataques de ira
 - (3) dificultades para concentrarse
 - (4) hipervigilancia
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

5.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10

Para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo». El diagnóstico de la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

La Organización Mundial de la Salud en su CIE-10 define la situación emocional que queda después de una violación como un “Trastorno de estrés postraumático” y dice de él, que es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (F43.1).

6.- EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS VIOLACIONES

Recordemos que en nuestra legislación, cuando se habla del trauma o daño psicológico en las víctimas como consecuencia de una violación, el artículo 310° del Código Penal, (agravación).- dice:

La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

- 1.- Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270° y 271° de este Código;

- 2.- Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima;
- 3.- Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad;
- 4.- Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de víctima, o si ésta se encontrara en situación de dependencia o autoridad;
- 5.- Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas;
- 6.- Si el autor utilizó armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima; o,
- 7.- Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes.

El inciso dos dice claramente: Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima. Hablamos de un trastorno por estrés postraumático según la clasificación de enfermedades, ya sea la CIE 10 o el DSM IV.

El curso del cuadro típico de la víctima de una violación es de comienzo rápido al poco tiempo del delito (días), siendo extraordinariamente raros periodos de latencia superiores a seis meses, un curso fluctuante con recuperación al completo en el 80% de los casos, quedando un 20%, en el que el trastorno; se puede enronizar.

Estas reacciones en la víctima de la violación, deben ser conocidas por los peritos psiquiatras, con miras no sólo a la indemnización jurídica y moral sino en cuanto a inclusive orientar a la víctima hacia grupos de autoayuda, tratamiento psicoterapéutico profesional y sobre todo verbalizar los sentimientos ya que el silencio victimiza aún más.

CAPÍTULO XV

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLACIÓN

TRAUMA O DAÑO PSICOLÓGICO EN LAS VÍCTIMAS

Artículo 310° del Código Penal (AGRAVACIÓN)

La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

- 1.- Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270° y 271° de este Código;*
- 2.- Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima;*
- 3.- Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad;*
- 4.- Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de víctima, o si ésta se encontrara en situación de dependencia o autoridad;*
- 5.- Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas;*
- 6.- Si el autor utilizó armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima; o,*
- 7.- Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes.*

EL TRAUMA DE LA VIOLACIÓN

Hasta 1970, los estudios sobre la violación eran escasos, se hablaba poco de los devastadores efectos psicológicos que produce la violación. Los primeros en descubrir un patrón de respuestas psicológicas en 13 víctimas, fueron Sandra Sutherland y Donad J. Scherl.

Y hablan de tres fases de adaptación:

- 1.- Una reacción aguda, inmediata o tras horas o días, después de la violación.
- 2.- Una fase de adaptación, de retorno a sus actividades, lo que no quiere decir que se haya resuelto las consecuencias del impacto psicológico de la agresión. Fundamentalmente es un rechazo, como protección al yo individual y sus relaciones con los demás. Puede continuar con un sentimiento interno de depresión. Aunque, para el inicio de esta fase es un tiempo variable, suele darse a las dos o tres semanas, con pesadillas y fobias.
- 3.- Una fase final, cuando la víctima tiene ganas de hablar de lo sucedido y hay una integración y resolución de los conflictos generados con el trauma de la violación.

Burgess y Holmstrom (1974) describieron y detallaron las fases y los síntomas somáticos, emocionales y conductuales en 92 mujeres adultas víctimas de violación y delinearon un cuadro clínico que llamaron Síndrome del Trauma por Violación: Como un conjunto de reacciones conductuales, somáticas y psicológicas configuradas en una fase aguda y un proceso de reorganización a largo plazo que sucede como consecuencia de una violación o un intento de violación.

Fase aguda (desorganización)

Tras la violación suelen presentar un abanico amplio de sentimientos: miedo, ira, rabia, ansiedad, que se reflejan en conductas como pueden ser:

- 1.- Algunas personas reaccionan, con gritos, sonrisas, sollozos, temblores. Incredulidad, consternación, cuando realizan su denuncia en la Policía, pueden presentar un estado de incoherencia, nerviosismo, agitación, frecuentemente; incapaces de hablar sobre los hechos sucedidos, presentando un shock psicológico.
- 2.- Otras reaccionan enmascarando el problema con una calma tensa, paralizadas. Aunque aparentemente están tranquilas y estables, con cualquier detalle relativo al incidente se precipita el derrumbamiento de la víctima. (Sutherland & Scherl, 1970).

Reacciones durante la primera semana:

Somáticas

Trauma físico, dolor por las contusiones en varias partes del cuerpo, las partes del cuerpo, lesionadas en la agresión: garganta, cuello, pechos, muslos, piernas y brazos.

Tensión muscular esquelética, cefaleas.

Trastornos gastrointestinales. Irritabilidad gastrointestinal, molestias gástricas, con frecuencia disminución o pérdida de apetito, pérdida de sabor de los alimentos y sensación nauseosa. Algunas tras solo pensar en el hecho de la violación.

Trastornos genito-urinarios. Presentación de sintomatología ginecológica, del tipo de descarga vaginal, prurito, sensación de quemazón durante la orina y dolor generalizado. Algunas desarrollan infecciones vaginales. Otras sangrado rectal y dolor, cuando habían sido forzadas por vía anal.

Psíquicas

Insomnio, no pueden relajarse para dormir (Burgess y Holmstrom; 1974).

Reacciones emocionales: miedo, humillación, desconcierto, ideas de venganza y auto-reproches.

El proceso a largo plazo (reorganización)

Todas las víctimas del estudio de Burgess y Holmstrom (1974) experimentaron una desorganización en su estilo de vida.

El proceso de reorganización depende de 3 factores:

La propia resistencia del sujeto,

El soporte social y

El apoyo de las primeras personas que tratan con la víctima.

No todas las víctimas experimentan los mismos síntomas ni el mismo periodo de recuperación, ni siquiera la misma secuencia.

Actividad motora

Cambio de lugar de residencia inmediatamente después del trauma. (44 de las 92 víctimas, según Burgess & Holmstrom, 1974).

Frecuentes viajes a lugares alejados.

Cambio de número de teléfono, generalmente como precaución.

Cambio en las relaciones familiares.

Aumentan la frecuencia de relación con los padres, algunas veces buscando apoyo.

Pesadillas

Sueños o pesadillas: amenazantes y/o violentos.

- 1.- Inicialmente: Desea hacer algo contra la amenaza, pero antes de hacerlo se despierta.
- 2.- Cronológicamente después: Hay una decisión de lucha contra la amenaza o el agresor. Y en ocasiones una agresión vengativa.

Hay un miedo a estar sola en casa, sola fuera de casa, miedo a la gente que camina detrás de ella, miedos sexuales. Traumafobia le denominó Sandor Rado (1942) a las reacciones fóbicas, como mecanismo de defensa a las circunstancias de la violación. En un estudio a 41 mujeres después de haber sido violadas y a los dos años de seguimiento; en el 50 %, tenían miedo de estar solas y tres cuartas partes de las víctimas todavía mostraba suspicacia hacia la gente. (Nadelson et al., 1982).

Síndrome por trauma de la violación.- (rape trauma syndrome). Este síndrome por violación había sido descrito por Sandra Sutherland et al. (1970) aunque no sistematizado en las tres fases que establecerían posteriormente, Ann W. Burgess y Lynda L. Holmstrom, cuatro años más tarde. (Burgess & Holmstrom, 1974a; 1974b; 1975; 1976a; 1976b; Burgess, Groth, Holmstrom & Sgroi, 1978; Groth, Burgess & Holmstrom, 1977; Holmstrom & Burgess, 1975; 1978), tiene importancia de cara a entender las secuelas psíquicas que padecen estas víctimas.

REACCIÓN SILENCIOSA ANTE LA VIOLACIÓN

En segundo lugar, puesto que un significativo número de mujeres no informan sobre la violación, en España sólo el 2% lo denuncian. Los operadores asistenciales, deberían estar alertas cuando encuentren en las mujeres el denominado Síndrome que fue denominado como Reacción Silenciosa a la Violación, Burgess y Holmstrom (1974) que se presenta en víctimas que no han reposado sus sentimientos y reacciones sobre el trauma y, por tanto, sobrellevan una tremenda carga psicológica.

Muchas mujeres habían callado otra violación anterior o cuando eran niñas, por lo que ya portaban una carga psicológica anterior. Por lo que la violación actual revivía los hechos.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MENORES

En relación con el Síndrome de Stress Postraumático en niños, sólo el 55% precipitan un TEPT, pero el resto desarrolla una diversa sintomatología:

- a. Exhiben mayor ansiedad, depresión.
- b. Comportamiento con gran hiperactividad, agresividad y crueldad.
- c. En conjunto, mayor cantidad de problemas.

- d. Mucha diferencia a la hora de reaccionar a un simple evento o suceso de abuso.
- e. Más problemas de comportamiento en relación directa a un abuso sexual crónico.

A corto plazo, las secuelas debidas a abuso sexual incluyen disatisfacción sexual, homosexualidad, promiscuidad y un elevado riesgo de revictimización (Beitchman, et al., 1991). La depresión y la conducta o la ideación suicida son más frecuentes en víctimas de abuso sexual que en controles normales o controles psiquiátricos no víctimas de abuso.

Los que causan más daño psíquicamente, son los que han sufrido abusos sexuales, que incluían penetración, fuerza o violencia y tenían una relación más cercana o íntima con el agresor. Aunque los problemas en la familia, rupturas, presencia psicopatológica en los padres, hacen difícil separar cuanto es debido al trauma sexual y cuanto a la problemática familiar anterior.

Actualmente en niños no es posible hablar de un síndrome post abuso sexual, con un curso específico y una evolución secuencial esperanzadora. (Beitchman, et al., 1991).

CAPÍTULO XVI

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Susana Núñez de Arco Mendoza

La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis o suceso traumático. Su estructura teórica se apoya en la orientación de crisis en la vida de Gerald Caplan, basada en la idea de comprender la desorganización y perturbación grave.

Recordemos que Prevención, intervención y posvención son sinónimos aproximados de los conceptos tradicionales de salud pública de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Su duración es a corto plazo. El proceso de ayuda abarca el tiempo que se toma para recuperar el equilibrio después de un suceso en crisis. Al tener pocas sesiones se obtiene ventajas económicas y brinda terapia directa durante la crisis; ventajas terapéuticas adicionales. Aumentamos la oportunidad del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada.

La eficacia del servicio de intervención en crisis se incrementa en función de la proximidad en tiempo y lugar del suceso de crisis. La ayuda necesita estar disponible inmediatamente y en un sitio de fácil acceso.

El retraso de horas, días o semanas para recibir ayuda, es negativo; el factor de peligrosidad puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida. (Suicidio, homicidio). Otro peligro es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida de la víctima y llegar a ser difíciles de cambiar más tarde.

En resumen, el énfasis en el tiempo es para: calcular tanto la reducción del peligro como para aprovechar la motivación del paciente para encontrar algún enfoque nuevo (sea de actitud o conductual) para enfrentar las circunstancias de la vida.

1.- OBJETIVOS

Ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis. Algunos la definen como la restauración del equilibrio, otros como la reobtención de la capacidad del individuo para enfrentar la situación. Aunque la mayoría de los terapeutas reconocen que la víctima nunca “regresa” al nivel anterior de funcionamiento, al tratar y resolver la crisis de la vida con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento y como consecuencia la víctima, concluye conceptuando la vida de modo distinto y puede ser capaz de planear nuevas direcciones para el futuro.

2.- SISTEMA

2.1.- Evaluación

La evaluación es importante para detectar las capacidades y deficiencias en cada uno de los sistemas involucrados en la crisis. Los datos sobre lo que está mal en la vida de la persona se complementa con lo que aún funciona. Las fuerzas y los recursos sociales se pueden usar para ayudar a enfrentar la angustia de crisis.

La labor del clínico es determinar qué variables ambientales la precipitaron, cuáles mantienen la desorganización/sufrimiento y las que se pueden movilizar para facilitar el cambio “constructivo” en la situación. Emplear este análisis conduce a una gran variedad de estrategias para el cambio, desde la ayuda para asegurar la asesoría legal, alimentación, hasta una referencia para consejo y orientación.

2.2.- Ayuda en el sistema

El desafío de la intervención en crisis no sólo se vincula al trabajo eficaz y eficiente con la víctima, sino también a la flexibilidad para movilizar un rango completo de recursos del suprasistema (familia, comunidad, voluntarios) para trabajar hacia la resolución de la crisis. del paciente. Como el tiempo es corto, la participación es más activa para tener acceso a la dificultad, necesidades inmediatas precisas y movilización de los recursos de ayuda. Y uno de los defectos de los terapeutas profesionales, es que son más activos, directivos y orientados hacia la meta que en situaciones de no crisis, por lo que en situaciones de crisis, deben ambientarse a ella.

Por otra parte, además de los objetivos y direcciones en el trabajo de la crisis por el grupo de intervención, se debe alentar a que los pacientes hagan lo que puedan por ellos mismos, lo que constituye el principio básico de la intervención.

Sólo cuando la desorganización excesiva y el trastorno excluyen a la víctima a actuar sobre su propio interés, se debe tomar las de acción más directiva. (llamar a los padres, trasladar a la persona a su casa, iniciar hospitalizaciones de urgencia). En el enfoque de la intervención en crisis está implícito el intento de acrecentar las fuerzas de la víctima para el dominio de la situación. Y partiendo de que los pacientes esperan independizarse, se debe estar preparado tanto como sea posible hacia el facilitamiento/fortalecimiento de la independencia posterior.

2.3.- Las áreas de la intervención en crisis

Pasewark y Albers, sobre la intervención en crisis, involucran tres áreas generales:

- Establecer o facilitar la comunicación (entre personas en crisis, instituciones)
- Ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación, con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados
- Ayudarlos en el manejo de sentimientos y emociones de manera franca.

Jacobson, Strickler y Morley, diferencian cuatro niveles de intervención en crisis:

- Manipulación ambiental (amigo, sacerdote)
- Apoyo general (empatía)
- Enfoque genérico (Trabajo a corto plazo por personas entrenadas en IEC)
- Intervención en crisis adaptada para cada individuo por personas entrenadas en psicología anormal, teoría de la personalidad, teorías de las crisis y áreas relacionadas.

Lidemann, en cuanto al proceso de duelo, plantea que los terapeutas deben:

- Ayudar a la persona a aceptar el dolor de la pérdida y verbalizar sentimientos de culpa.
- Analizar la relación con el fallecido, expresar la pena y el sentido de la pérdida.
- Descubrir una formulación aceptable para relaciones futuras.
- Establecer nuevos patrones de conducta con las personas cercanas.

MacMurrain, distingue cuatro niveles de intervención en crisis:

1. facilitación,
2. empatía,

3. control),
4. dependiendo del nivel de la crisis (catastrófica, crítica o del desarrollo)
 - En casos de amenaza a la vida o miembros del cuerpo, se toma una posición facilitadora (escuchando, sugiriendo soluciones).
 - En situaciones mortales (abuso del niño) se puede tomar un enfoque más asertivo (intentar una referencia) o de control (denunciar el abuso, iniciar hospitalización).
 - Un modelo amplio de intervención en crisis debe hacer algunas distinciones importante en cuanto a la técnica, duración del tratamiento, servicios específicos de rescate, objetivos y entrenamiento. Debe tomar en cuenta todo sobre la crisis de la vida, cuales implican desequilibrio, altos riesgos y sentido de urgencia.
 - Hace una distinción entre la intervención en crisis de primer orden (ayuda psicológica) y de segundo orden (terapia multimodal).

3.- INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN

McGee y colaboradores, identifican dos aspectos: la habilidad y la aptitud.

- Eficacia clínica: referida a la habilidad del asesor para mostrar empatía, autenticidad y aceptación al paciente.
- Técnica: referida a la aptitud para evaluar la mortalidad en casos de suicidio, explorar recursos, hacer referencias adecuadas.

3.1.- Primera ayuda psicológica

Implica ayuda inmediata y puede tomar sólo una sesión, proporciona fundamentalmente apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. La pueden brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina. Se puede enseñar a los padres/hijos, de la misma manera que se les enseña la primera ayuda física en caso de urgencias.

La policía debería brindar la primera ayuda psicológica cuando interviene en riñas domésticas, al encontrar un niño en la calle por maltratos, una víctima de violación; para luego referirlo a un asesor.

3.1.1.- Objetivos de la Primera Ayuda Psicológica

- El objetivo principal es restablecer el equilibrio roto, de inmediato.
- Las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para solucionar los problemas y enfrentamientos adecuados.
- Lo esencial del problema es que el/ella acepte ser incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras, en ese momento.
- La finalidad primordial es entonces ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

3.1.1.1.- Otros objetivos de la Primera Ayuda Psicológica

- Proporcionar apoyo: se basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes. Significa permitir que la gente nos hable, brindando cordialidad y preocupación, proporcionando una atmósfera en que pueda expresar la angustia y la cólera.
- Reducir la mortalidad: que se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. Es común que algunas de ellas conducen a una lesión física (maltrato a hijo o cónyuge) o aun a la muerte (suicidio, homicidio) en especial en una sociedad donde la violencia es parte de la vida diaria. (Un policía recibe lesiones en crisis domésticas = control situación, reducir peligrosidad = confiscar armas, disponer contacto y platicar con la persona).
- Proporcionar enlace a recursos de ayuda: se vincula directamente a nuestra definición de la vida como el momento en que se han agotado los recursos y suministros personales. En vez de tratar de resolver de inmediato el problema total, se debe identificar con precisión las necesidades críticas. Luego se debe realizar una referencia apropiada a algún asesor, asistencia legal, o institución de servicio social.

3.2.- Componentes de la Primera Ayuda Psicológica

3.2.1. Hacer contacto psicológico

Se describe como empatía o “estar acorde” con los sentimientos de la persona durante una crisis. Identificada en gran medida con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers. (Humanista).

Escuchar con empatía es una precondition para cualquier actividad de ayuda.

La conducta básica para realizar contacto psicológico es por ejemplo: invitar a la persona a platicar, estar atento, tanto a lo que pasó (hechos) como a la reacción de la persona al suceso (sentimientos), haciendo exposiciones reflexivas (para que sepa que lo escuchamos), cuando los sentimientos son obvios (indicadores no verbales), aun cuando no se traduzcan todavía a palabras y por ello legitimizadas.

El contacto psicológico no siempre se realiza exclusivamente a través de la comunicación verbal, algunas veces el contacto físico no verbal es más efectivo, por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy trastornada. Un contacto cariñoso o el abrazo alrededor de los hombros tienen, con frecuencia, un importante efecto tranquilizante, además de significar interés humano.

Objetivos para realizar el contacto psicológico:

Que la persona se sienta escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, lo que reducirá la intensidad de las emociones.

Sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero al reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, daño, angustia etc., se reduce la intensidad emocional, entonces la energía puede reorientarse.

3.2.2.- Examinar las dimensiones del problema

Implica estimar las dimensiones o parámetros del problema, sin cuya cuantificación no podremos intervenir de manera eficaz; la investigación se enfoca en tres áreas:

- pasado,
- presente y
- futuro inmediato.

Precisamos tener una línea base anterior para valorar el efecto de la crisis, es importante determinar el funcionamiento CASIC de la persona antes de la crisis, es decir la atención a las características sobresalientes de la vida:

- Conductual,
- Afectiva,
- Somática,
- Interpersonal y
- Cognoscitiva.

La investigación sobre la situación implica las preguntas “quién, qué, donde, cuándo, cómo”.

Es preciso valorar en su verdadera dimensión las fuerzas y debilidades. Qué aspectos de la vida no se afectaron y qué actividades y rutinas, parte de su modo de vida, pueden entrar en juego para enfrentar la situación, de qué personas se puede disponer para ayudar, y una estimación de mortalidad en caso de indicios de daño físico.

El objetivo principal de este segundo aspecto es: trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías: problemas que deban tratarse inmediatamente y problemas que pueden posponerse. En la confusión y desorganización del estado de crisis, a menudo se intenta tratar todo al mismo tiempo.

3.2.3.- Explorar soluciones posibles

- Implica identificar un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas y las posteriores identificadas previamente.
- Primero se pregunta sobre lo que ya se ha intentado, luego conseguir que la víctima genere alternativas (que haga tanto como pueda) y luego después de explorar sus sugerencias, se podrá participar para generar otras posibilidades.

Problemas dentro la exploración de soluciones:

- La importancia de que se visualice, ideas de que existen posibles soluciones (estructurar conversación con comentarios).
- Es importante examinar obstáculos en la implantación del plan en particular (manera no asertiva de una confrontación). Responsabilizarse de que estos obstáculos sean dirigidos antes de poner en marcha el plan.

3.2.4.- Ayudar a la toma de acciones concretas

Implica ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis. Pero sólo cuando las circunstancias dañan con gravedad la capacidad del paciente para actuar, se debe tomar un papel activo y aún entonces se realiza de un modo gradual.

El objetivo es tomar la siguiente mejor etapa dada la situación, lo que significa implementar una solución inmediata de las necesidades.

Dependiendo de dos factores principales:

Riesgo de mortalidad e incapacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio, se tomará una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis.

Sólo en las situaciones de alta en mortalidad, o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma, la actitud debe ser directiva.

Cuando no hay peligro, para sí mismo u otros, aunque esté perturbada emocionalmente y desorganizada, pero es capaz de hacer sus cosas, el papel deberá ser más de facilitador que directivo. El papel facilitador va desde escuchar hasta el consejo. Y el directivo va desde recursos comunitarios hasta acciones controladas.

3.2.5.- Seguimiento

El objetivo de hacer un seguimiento de la conducta de la víctima, es completar de nuevo la retroalimentación y/o determinar si se han realizado o no los propósitos de la primera ayuda: proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar recursos consumados. Implica establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el proceso.

4.- INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN

4.1.- Terapia multimodal en la crisis

La terapia en crisis recoge a la víctima donde la primera ayuda psicológica lo deja de ayudar, en el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo, sea muerte de un ser querido, pérdida de un miembro del cuerpo, abuso sexual, violación, maltrato intrafamiliar, etc.

Para algunos autores, no es una verdadera intervención en crisis, porque ya ha pasado el peligro, pero la denominamos así, ya que se considera que si la víctima precisa de ayuda es porque aún no ha superado la crisis inicial o las consecuencias de ella o ha empleado mecanismos psicológicos que han atenuado el conflicto, únicamente.

La originalidad de la terapia en crisis no consiste tanto en su técnica, que toma prestada de otras terapias de gran efectividad, como en el hecho de que todo lo que el terapeuta hace lo dirige a ayudar a la víctima y no al paciente, para tratar el impacto del suceso de crisis en cada área de su vida.

La terapia en crisis intenta ayudar enfrentar el suceso de crisis, este proceso de enfrentamiento es un esfuerzo mucho más amplio que en la primera ayuda psicológica, requiriendo más tiempo y un mejor nivel de entrenamiento del terapeuta.

Debemos tomar en cuenta que no todos los que sufren una crisis en la vida necesitan terapia para resolverla. Sin embargo muchos otros no prosperan tan bien y son éstos los que requieren atención de los especialistas en terapias a corto plazo.

La terapia en crisis es la más eficaz cuando coincide con el período de desorganización de la crisis y las actividades y debe seguir como guía para el proceso de la terapia lo siguiente:

- Ayudar a la supervivencia física a la experiencia de crisis
- Ayudar a identificar y expresar los sentimientos
- Ayudar a obtener el dominio cognoscitivo
- Ayudar a hacer un rango de adaptaciones conductuales e interpersonales.

4.2.- Valorar dimensiones del problema

Los datos para la valoración se pueden obtener de diversas fuentes, siendo la principal la entrevista, usando la estructura CASIC como mapa cognoscitivo. Lo principal nuevamente es la valoración para determinar el impacto del suceso en el desencadenamiento de la crisis, sobre el funcionamiento conductual, afectivo, físico, interpersonal y cognoscitivo.

- Conductual,
- Afectiva,
- Somática,
- Interpersonal y
- Cognoscitiva.

La información se debe obtener de cada una de las siguientes áreas:

1. Suceso precipitante: Saber lo que pasó para desencadenar la crisis, cuándo ocurrió y quién estuvo involucrado.
2. Problema presente: Qué trastornos presenta, cómo describe la dificultad y cuál es la perspectiva de lo que necesita.
3. Contexto de la crisis: Determinar el efecto sobre la familia y/o grupo social inmediato.
4. Funcionamiento CASIC precrisis: Aprender totalmente la desorganización y desequilibrio. Identificar los aspectos más sobresalientes del funcionamiento CASIC durante las etapas de la vida y cómo se relacionan con el suceso de crisis.
5. Funcionamiento CASIC de la crisis: Determinar el impacto del suceso precipitante en las cinco áreas del sujeto.

Dar atención particular a las dimensiones claves en cada una de estas áreas:

- Conductual:
 - Qué actividades se han afectado por el suceso de crisis.
 - Cuáles áreas no se han afectado.
 - Qué conductas se han incrementado o reforzado.
 - Qué estrategias de enfrentamiento se ha intentado, si hubo éxito o fracaso.
- Afectiva:
 - Cómo se siente la víctima por las consecuencias del suceso de crisis: enojada, triste, deprimida, aturdida.
 - Se expresan los sentimientos o se ocultan.
 - El estado afectivo proporcionan alguna orientación hacia la etapa de enfrentamiento de la crisis.
- Somática:
 - Si hay trastornos físicos relacionados con el suceso de crisis. Son reactivaciones de dificultades anteriores o son totalmente nuevas.
 - Si la crisis se deriva de una pérdida física. Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida.
 - Cuáles son sus efectos sobre otros funcionamientos corporales.
- Interpersonal:
 - Impacto de la crisis de la persona sobre el mundo social inmediato de la familia, amigos, etc.
 - Sistema social actual y apoyos.
 - Qué tan bueno es utilizar la ayuda de la familia y amigos que están disponibles.
 - Actitud interpersonal asumida durante el momento de la crisis (introvertido, dependiente, etc.).
- Cognoscitiva:
 - Expectativas o propósitos de la vida.
 - Pensamientos intrusivos.

- El significado del suceso precipitante en la vida total.
- Presencia de “debería” y culpas.
- Patrones de pensamientos ilógicos como resultados inevitables.
- Imágenes de ruina inminentes.
- Fantasías destructivas.

4.2.- Estructura de la técnica

La valoración y estructura del tratamiento, toma un enfoque multidimensional de la psicoterapia, reconociendo la importancia de apreciar el funcionamiento de la víctima en diversas áreas o subsistemas. La tarea inicial del tratamiento es traducir el perfil CASIC de la crisis dentro del lenguaje de la misma.

- conductual,
- afectiva, somática,
- interpersonal y
- cognoscitivo.

Conductual: Se da atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas y áreas de capacidad o incapacidad.

Afectiva: Incluye un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas sobre un suceso traumático.

Somático: Se refiere a todas las sensaciones corporales, incluyendo tacto, oído, olfato, gusto y visión. Funcionamiento físico general. Nos interesan en particular las correlaciones somáticas de la angustia psicológica y/o problemas físicos que pudieran precipitarla.

Interpersonal: Incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el paciente y la familia, amigos.

Cognoscitiva: Donde se codifica los procesos mentales, se valora imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro, así como sueños de día y de noche. La cognición se utiliza para referir el rango total de pensamientos y en particular a las aseveraciones de sí mismo respecto a su conducta, sentimientos.

La información incluida bajo cada modalidad se concibe como guía de la actividad del paciente durante el proceso de enfrentamiento, esto es, las cuatro tareas de la resolución de la crisis:

Supervivencia física:

- La primera tarea de la resolución de la crisis es permanecer vivos, y físicamente tan bien como sea posible, durante el período de estrés excesivo y desorganización personal.
- En casos de tendencias suicidas, implementar medidas preventivas adecuadas, no sólo la protección contra el suicidio, si no necesita ordenar dieta, ejercicio, patrones de sueño.
- Cambio de hábitos alimenticios y ejercicios (aeróbicos, de relajamiento, yoga).

Expresión de sentimientos:

- Las emociones casi nunca son totalmente comprendidas, aceptadas o expresadas en el momento en que se sentían, sino que aparecen más tarde.
- En consecuencia el fin es el ayudar a que se expresen, de alguna manera socialmente adecuada, los intensos sentimientos que acompañan a la crisis, con lo que se libera energía emocional usada constructivamente en otros aspectos de la vida.
- La estrategia terapéutica principal para identificar los sentimientos del paciente es que el terapeuta ejerza el escuchar activo de lo que sucedió y de cómo se siente con respecto a los sucesos.
- Dosis abundante de comprensión empática puede servir con frecuencia a ayudar a que los pacientes admitan un rango de sentimientos penosos o incómodos.
- Las emociones nos dan indicios a cambios conductuales anticipados (Pánico de volver al trabajo/colegio).
- Para muchos, sus sentimientos están cerca de la superficie y basta una expresión empática para que se manifiesten.
- Los terapeutas deben ofrecer normas o pautas para la expresión de sentimientos: La catarsis verbal y no verbal son útiles.

Dominio cognoscitivo:

- El terapeuta utilizará estrategias para ayudar a las víctimas a obtener el dominio cognoscitivo, sobre la experiencia de crisis, lo que involucra la utilización de los datos de las distintas áreas, las que se enfocan sobre tres tipos de actividades.
- La víctima debe obtener una comprensión basada en la realidad del suceso en crisis.

- El Terapeuta Ayuda a reunir la información y repasar las circunstancias del suceso, como medio para colocar la infraestructura para la interpretación de lo que el suceso significa para el paciente.
- Se le ayuda a que comprenda el significado del suceso como choque con las expectativas, los mapas cognoscitivos, propósitos de la vida/sueños, creencias religiosas.
- El Terapeuta utiliza su habilidad clínica para relacionar esta información, dirigida a generar información considerable sobre la evidencia cognoscitiva, de tal modo que se incremente la probabilidad de que la víctima extraiga conclusiones por ella mismo, o al menos sea receptiva a la interpretación terapéutica.
- La tercera actividad involucra reconstruir, reestructurar, reubicar conocimientos, imágenes y sueños que se destruyeron por el suceso de crisis.
- El Terapeuta, ayuda a la víctima al desarrollo de nuevos conocimientos, definiendo nuevos propósitos/sueños que se adapten a la información disponible para enfrentar el futuro.

Adaptaciones conductuales interpersonales:

- La tarea final en la resolución de la crisis se basa en la idea de que el cambio conductual permitirá la acción constructiva oportuna, para que la persona se sienta mejor, también su autoimagen y el sentido de dominio de su realidad.
- Generalmente las víctimas, están tremendamente preocupadas con algunos cambios conductuales e interpersonales y muy olvidadizas de otros
- La principal consideración debe ser la de ayudar a la víctima, a tratar primero las medidas conductuales, porque si se abandonan, reducirán después gravemente, las alternativas.
- El Terapeuta, utilizará la riqueza de las técnicas de la terapia conductual para facilitar los cambios conductuales e interpersonales positivos, incluyendo a otros miembros de la familia.

CAPÍTULO XVII

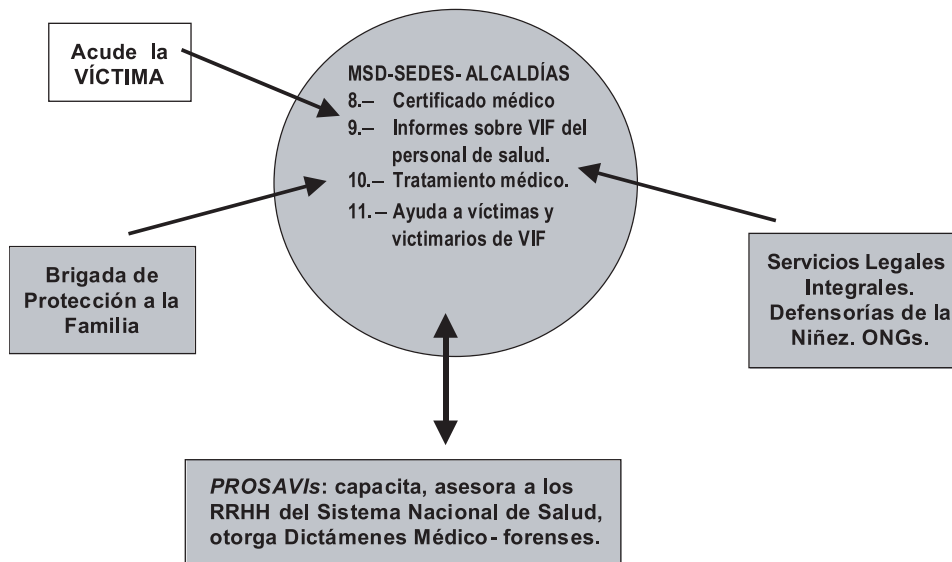
MODELO DE LA RED DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.- INTRODUCCION

En nuestro país las Instituciones del Estado involucrados en la atención de víctimas de violencias son: el Poder Judicial, Ministerio Público (Fiscalía General, y de Distrito y el IDIF), Ministerio de Gobierno, y de Salud y Deportes, Viceministerio de la Mujer, las Prefecturas y los Gobiernos Municipales; y organismos Internacionales (como OPS/OMS, UNFPA,GTZ, JICA y otros) y organismos no gubernamentales (IPAS- Bolivia, Las Juanas y otras). Pero la mayoría de las veces en forma individual y tal vez duplicando esfuerzos, lo que se quiere es llegar en forma organizada e interrelacionada en referencia y contrarreferencia.

Esta propuesta de modelo, está basado en el Proyecto PROSAVI, Programa de Servicios de Atención a la Víctima, que fue propuesto en el libro "La Víctima" (Núñez de Arco, 2004).

2.- SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



2.1.- Participación del Personal de Salud

La Ley 1674/95 establece la participación del personal de salud, de la siguiente forma:

- **El Artículo 24 (Obligatoriedad de Denunciar) de la Ley 1674/95**, indica: Los trabajadores en salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, están obligados a denunciar estos hechos para su respectivo procesamiento.
- **El Artículo 37 (Certificados Médicos) de la Ley 1674/95**, que dice: Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.

De acuerdo al **Decreto supremo Nro. 25087**, que reglamenta la Ley 1674/95, se decretó el 6 de julio de 1998, indica:

Artículo 13.- (Obligaciones de denunciar de los proveedores de salud):

- Conforme lo establece el **artículo 24 de la Ley 1674**, los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados (hospitales, clínicas, postas sanitarias, etc.) que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, registrarán los hechos en la ficha de utilización nacional y remitirán obligatoriamente una copia firmada a la Brigada de Protección a la Mujer y la Familia, y donde no exista, a la Policía, Fiscalía, Juez de Instrucción de

Familia o Servicios Legales Integrales (SLIs), dentro de las 48 horas de producidos los hechos.

- II. Los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada en el párrafo anterior, serán sancionados con una multa equivalente al 10% del salario mínimo nacional, independientemente de la amonestación que causará en sus antecedentes laborales.
- III. Esta denuncia no implica constituirse en parte, ni ocurrir necesariamente como testigo en el juicio.

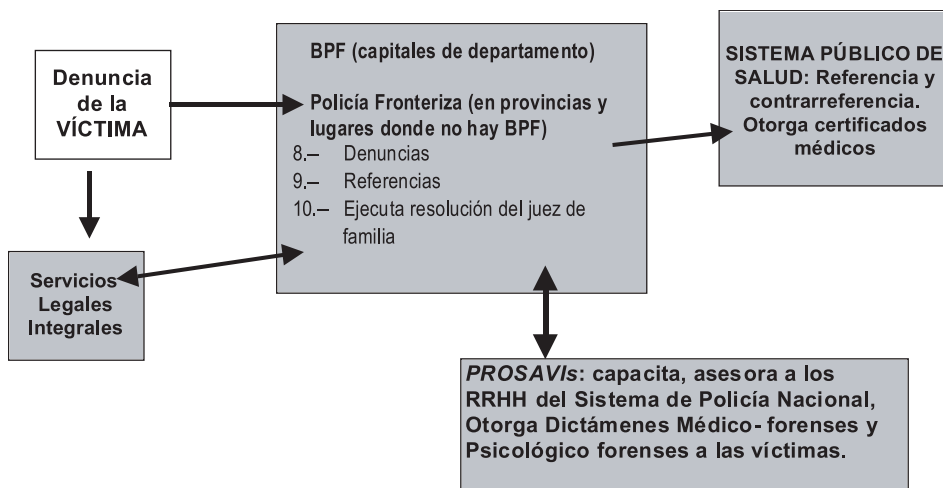
Artículo 16.- (Certificados Médicos):

Los certificados médicos, a que se refiere el artículo 37 de la Ley 1674, serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos). Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que consten los daños sufridos por las víctimas que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales.

Artículo 17.- (Gratuidad):

- I. En ningún caso el trámite ocasionará gastos a la demandante, la **expedición del certificado médico o informes de los auxiliares, serán gratuitos**, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional.
- II. Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbre.

3.- BRIGADAS DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA



La Brigada de Protección a la Familia es una unidad especializada de la Policía Nacional, integrada exclusivamente por personal femenino que brindan servicios de auxilio, protección y prevención a las víctimas de violencia familiar. Este servicio policial permanente a las víctimas de violencia doméstica, la misma que tiene carácter gratuito y funciona las 24 horas del día y todos los días de la semana.

Se ha creado mediante la Resolución del Comando General de la Policía Nacional N° 024/95 de fecha 8 de marzo de 1995, se crea la Brigada de Protección a la Familia en Capitales de Departamento, como Unidad eminentemente social y de auxilio en casos de Violencia Intrafamiliar para proteger a la familia. La Ley Nro. 1674/95 “Contra la Violencia en la Familia o Doméstica” especifica que es la obligación de la Institución Policial, intervenir en hechos flagrantes de Violencia Intrafamiliar o Doméstica, aplicando los procedimientos establecidos para el efecto.

3.1.- De la Competencia

La Policía Nacional, en observancia de la Constitución Política del Estado en su Art. 215, tiene por misión específica “la defensa de la sociedad, la conservación del orden público y el cumplimiento de la leyes en todo el territorio nacional...” la cual se encuentra en concordancia con la Ley Orgánica de la misma. La Policía Nacional tiene competencia para el conocimiento de hechos de violencia familiar o doméstica, tipificados en la Ley 1674 en observancia del Art. 215 de la Carta Magna y de los Art. 6° y 7° de su Ley Orgánica.

De conformidad al Art. 25, la Institución tiene competencia para el conocimiento de los hechos de la Ley 1674, siendo esta actividad cumplida en forma exclusiva por las Brigadas de Protección a la Familia, prestar auxilio inmediato a la víctima. Y, donde no existan Brigadas de Protección a la familia, esta albor será cumplida por las autoridades policiales existentes.

3.2.- Funciones

El Comando General de la Policía Nacional, mediante Resolución Nro. 024/95 de fecha 8 de marzo de 1995, crea las Brigadas de Protección a la Familia en las capitales de Departamento, como unidad eminentemente social y de auxilio en casos de violencia intrafamiliar, para prestar ayuda y protección a las mujeres víctimas de violencia que acuden a ellas. Son atendidas por policías mujeres, debidamente capacitadas y sensibilizadas.

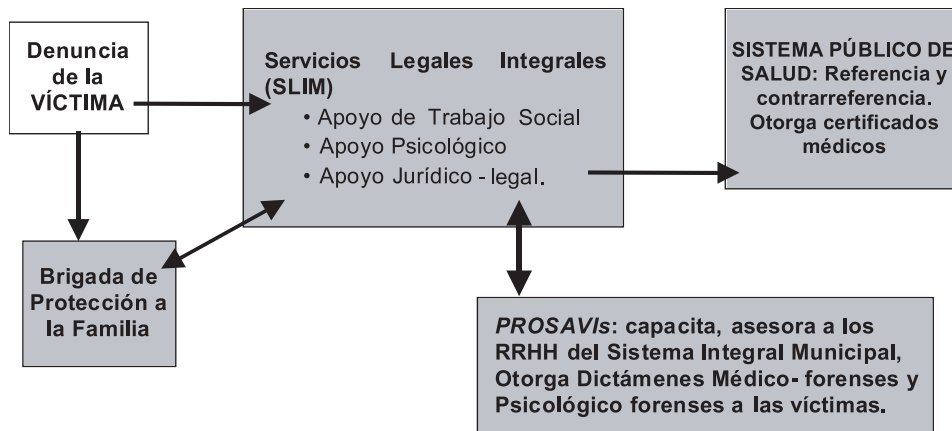
De acuerdo al Decreto Supremo Nro. 25087, que Reglamenta la Ley 1674, del 6 de julio de 1998, en su Artículo 8.- (Brigadas de Protección a la Mujer y la Familia).

- I. Las Brigadas podrán:
 - Socorrer a las personas agredidas aun cuando se encuentren dentro de un domicilio, sin necesidad de mandamiento ni limitación de hora y día, con la única finalidad de proteger a la víctima y evitar mayores agresiones.
 - Aprender a los agresores/as y ponerlos/as a disposición de la autoridad judicial.
 - Levantar un acta sobre los hechos ocurridos para lo cual deberán recoger información de familiares, vecinos u otras personas presentes, reunir y asegurar todo elemento de prueba.
 - Orientar a las víctimas sobre los recursos que la ley les acuerda y los servicios que tiene a su disposición del Estado.
 - Conducir a la persona agredida a los servicios de salud.
 - Levantar inventario e informar al juez o Ministerio Público.
 - Acompañar a la víctima asistiéndola, mientras retira sus pertenencias personales de su domicilio u otro lugar.
- II. La investigación policial se seguirá de oficio, independientemente del impulso de la denunciante.
- III. Cuando exista peligro inminente para la integridad física de las personas protegidas por la ley, el cumplimiento de las formalidades no se convertirá en impedimento para la intervención oportuna de la policía.

3.3.- Unidades de Policía Rural y Fronteriza

De conformidad al Art. 47 de la Ley Orgánica de Policías, las Unidades de Policía Rural y Fronteriza, cumplen la función integral de Policía, en sus respectivas jurisdicciones, que por analogía y por no existir a la fecha en las provincias Brigadas de Protección a la Familia, son los Comandos de Policía Provincial, Cantonal y Fronteriza los responsables de la atención de hechos de violencia contra la familia o doméstica, de acuerdo a las normas legales e instituciones vigentes.

4.- SISTEMAS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES



Los servicios legales integrales municipales fueron creados como mecanismos descentralizados de lucha contra la violencia intrafamiliar siguiendo el mandato expresado en el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia (“Crear los Servicios Legales Integrales en todo el territorio Nacional”) al estar enmarcados en este Plan, también están en el contexto de las convenciones internacionales en defensa de los derechos de la mujer, en el de la Ley de Participación Popular que indica como una de las funciones de los municipios, la promoción y fomento de políticas que incorporen las necesidades de las mujeres en el ámbito de sus competencias, mismas que están claramente establecidas en la Ley de Municipalidades 2028 (Art. 8 del Capítulo V en materia de Servicios inciso 8) y en la Ley 1674 Contra la Violencia Intrafamiliar y Domestica y su respectiva reglamentación con el Decreto Supremo 25087 (Art. 20.)

El GMLP parte del principio que toda mujer tiene derecho a una vida libre sin violencia, tanto en el ámbito público como privado como condición primaria para el ejercicio de sus derechos y responsabilidades y da cumplimiento a la Ley 2028, Ley de Municipalidades y a la Ley 1674, Ley contra la Violencia Intrafamiliar (VIF) y Doméstica y sus respectivos reglamentos, institucionalizando el primer Servicio Legal Integral Municipal en octubre de 2001 a través de la Unidad de la Mujer cuya misión es:

Procurar el ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres y erradicar la Violencia de Género, incidiendo en valores y estilos de vida, donde el respeto a la diferencia, la ausencia de estereotipos sexistas y patrones culturales violentos y discriminatorios promuevan conductas de convivencia saludables como condición indispensable para la consecución de una ciudad igualitaria, participativa y justa.

La Unidad de la Mujer tiene como una de sus tareas:

1. Los SLIMs son espacios especializados de atención, prevención, habilitación y rehabilitación a víctimas, agresor@s y su entorno, en la problemática de Violencia Intrafamiliar VIF encargadas de:
2. Difundir y propiciar la aplicación de los instrumentos legales de Prevención Asistencia y Sanción de la VIF. Ley 1674.
3. Atender con características esenciales de calidad, calidez, gratuidad y celeridad a víctimas de VIF y su entorno. Brindando servicios, apoyo y asesoría legal, psicológica y social.
4. Capacitar y sensibilizar funcionarios municipales contribuyendo para que en el trabajo cotidiano cumplan mejor sus responsabilidades, salvaguardando los derechos de las mujeres y priorizando la calidez en el trato.
5. Constituir una Red de Prevención, Atención, Habilitación y Rehabilitación de los actores de la VIF con: Instituciones, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de base y personas comprometidas con estos principios.
6. Impulsar campañas de difusión y sensibilización para contribuir con el logro de estilos saludables de vida, promoviendo relaciones equitativas y no violentas entre mujeres y hombres desde la niñez.

4.1.- Prevención

Perseguir la erradicación de la Violencia de Género (VG), que tiene en la Violencia Intrafamiliar y Doméstica (VIF) su más clara explicitación, incidiendo en los valores y estilos de vida, en que el respeto a la diferencia, la ausencia de estereotipos sexistas y patrones culturales no discriminatorios promuevan conductas de convivencia saludables como requisito indispensable para el logro de una sociedad igualitaria, participativa y justa donde el hogar se convierta en el lugar más seguro para vivir.

Acciones

- Promover estudios e investigaciones sobre causas y consecuencias de la violencia Intrafamiliar y la eficacia de las medidas de prevención.
- Sensibilizar e informar a la población sobre la VIF, sus consecuencias, incidencias, indicadores y prevalencia.
- Difundir y propiciar la aplicación de la Ley 1674 (Ley contra la Violencia Intrafamiliar y Doméstica).

- Propiciar espacios de reflexión, sensibilización y capacitación de los servidores de víctimas y agresor@s para lograr atención con calidad y calidez.
- Elaborar y desarrollar programas de Prevención escolar de la VG y VIF, favoreciendo el derecho a la igualdad, la diferencia y el respeto, promoviendo la intransigencia frente a la violencia ejercida contra las mujeres, en coordinación con Defensorías de la Niñez y Adolescencia y la Unidad de Seguridad Ciudadana.
- Desarrollar instrumentos de apoyo, módulos de intervención preventiva, módulos de prevención de malos tratos a mujeres, protocolos de detección herramientas informáticas, estadísticas, que faciliten la intervención preventiva dirigida a la comunidad y segmentos específicos de la población y su posterior evaluación.
- Constituir una Red de Prevención, Atención y Habilitación de la VIF con instituciones, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de base y personas comprometidas con estos principios.
- Impulsar campañas de difusión y sensibilización para contribuir con el logro de estilos saludables de vida, promoviendo relaciones equitativas y no violentas entre mujeres y hombres desde la niñez.

4.2.- Atención

Brindar a las víctimas de VIF, asistencia integral, orientando, conteniendo, informando e interviniendo en situaciones de riesgo, a través de un equipo interdisciplinario de profesionales un@ Trabajador@ Social, un@ Abogad@ y un@ Psicólog@ en permanente interacción, capacitación y sostenimiento emocional para no perder la sensibilidad y el compromiso con la problemática.

Acciones

- Diagnosticar la situación de riesgo, el potencial de recuperabilidad familiar, posibilidad de reinserción en la sociedad, realizar evaluación y seguimiento.
- Intervenir en situaciones de riesgo inminente.
- Asesorar legalmente. Informar en Derecho Familiar (divorcio, pensiones, tenencia y otros). Individual y grupalmente.
- Reconstruir autoestima de la víctima, desculpabilizarla, empoderarla en sus decisiones, reducir su aislamiento, conseguir que sea la o el protagonista de sus propias decisiones.
- Fortalecer la decisión de la o el denunciante de cambiar su situación de maltrato y volver a confiar en la efectividad de las leyes y las instituciones mediante un trato con calidez y respeto.

- Orientar y apoyar para obtención de Certificados Forenses.
- Orientar y derivar para obtención de Certificados de Nacimiento y Cédulas de Identidad.
- Orientar y derivar para obtención de reconocimiento de paternidad, reconocimiento ad-viente, etc.
- Orientar y derivar para obtención de asistencia familiar.
- Derivar y realizar seguimiento de casos en centros hospitalarios o servicios de salud.
- Derivar y orientar en salud sexual y reproductiva.
- Capacitar y formar continua y sostenidamente al personal de planta y voluntario.
- Brindar sostenimiento emocional y psicológico, individual y grupal al personal de planta y voluntario.

4.3.- Rehabilitación

- Fortalecer, potenciar y adecuar la actividad de los grupos de autoayuda que demuestren resultados tanto para víctimas como para victimadores y su entorno.
- Promover el compromiso de mujeres y varones de base (vecinos) para su participación como agentes de contención, orientación y referenciación inmediata de casos.
- Promover el cumplimiento de la Ley 1674 en lo referente al artículo 6 (Medidas alternativas para los agresor@s). Trabajos Comunitarios, y Terapia.
- Promover la efectivización del Trabajo Comunitario aunado a Terapia en los mismos espacios donde se cumpla la pena.

En suma realizar una atención especializada donde la triada de la violencia, víctima, victimador y entorno sean escuchados, entendidos, creídos, ayudados a: pensar, organizarse y elegir la solución más adecuada.

Todo el accionar de los Servicios Legales Integrales Municipales se basa en el cumplimiento de la Ley 1674.

5.- ACCIONES DEL “PROSAVI” CON LA RED

Éste es un programa creado por el Instituto de Investigaciones Forenses, órgano que depende de la Fiscalía General de la República.

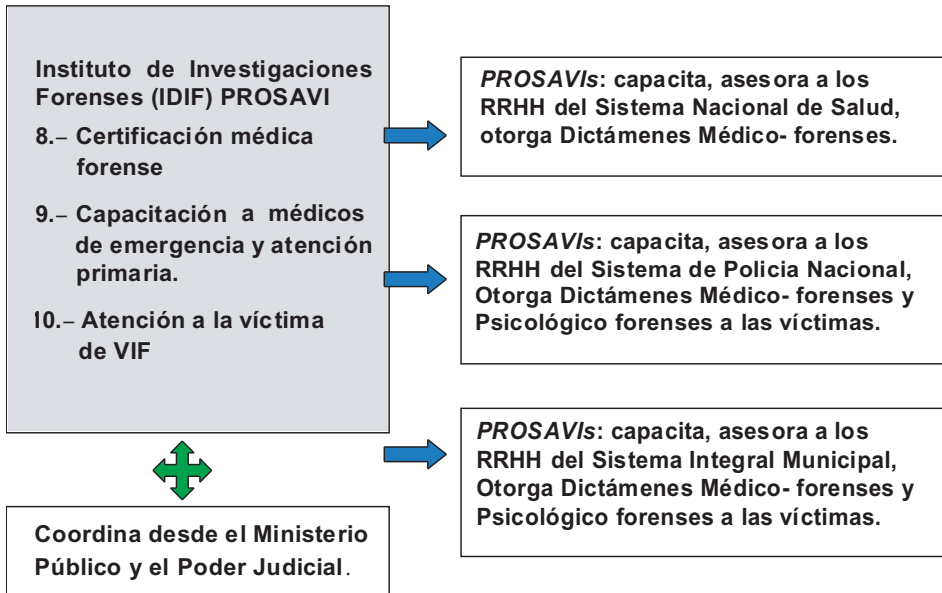
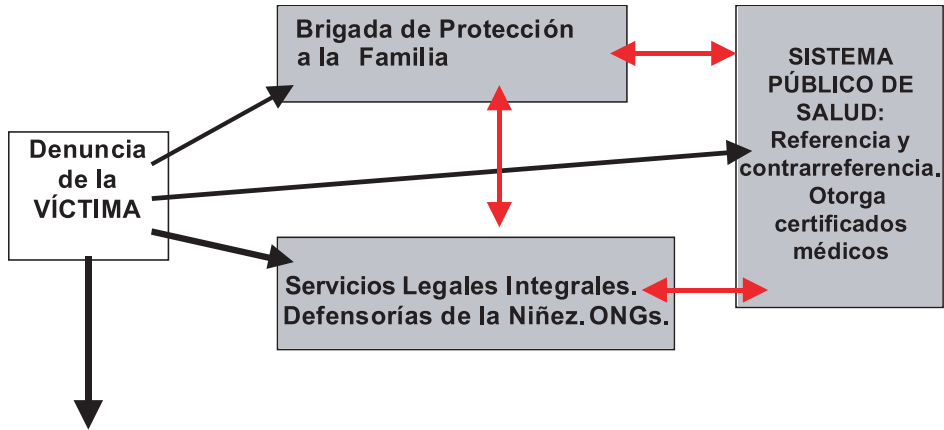
El Nuevo Código de Procedimiento Penal pretende instituir una investigación eficaz e imparcial del delito que permitirá a los fiscales sustentar la acusación de modo permanente ante las autoridades jurisdiccionales, asumiendo la dirección de las diligencias de policía judicial con la cooperación indispensable de la Policía Técnica Judicial.

Implementar el Programa Servicio de Atención a la Víctima, que brinde información, orientación y asistencia directa a toda persona que ha sido víctima de un delito, comprendiendo tanto el asesoramiento legal, evaluación psicológica, la evaluación médico forense, la asistencia social y gestión de ayuda, coordinación o derivación ante otras instancias pertinentes de apoyo y asistencia social.

5.1.- Funciones del PROSAVI

- Realizar la valoración del daño corporal y psíquico en Mujeres maltratadas y menores de edad y ancianos, sin requerimiento fiscal y de manera totalmente gratuita.
- Informar a los denunciantes o querellantes sobre sus derechos y obligaciones ciudadanas, para lo cual deberán identificarse plenamente.
- Solicitar al denunciante o querellante que aporte los datos necesarios para precisar la identidad del probable responsable y dar de inmediato paso a la intervención de Fiscal de Turno, Policía, IDIF y otros.
- Velar por la legalidad y por el respeto de los derechos humanos en la esfera de su competencia y promover la pronta, completa y debida impartición de justicia.
- Proteger los derechos e intereses de los menores, incapaces, ausentes, ancianos y otros de carácter individual o social.
- Realizar estudios criminológicos que descubran sectores sociales con especial riesgo de ser victimizados, realizar sugerencias a los organismos competentes a efectos de disminuir esta situación de vulnerabilidad y desarrollar propuestas de estrategias que aumenten los índices de eficiencia en las tareas de investigación penal acusatorio que tiene a su cargo el Ministerio Público.

- Organizar los vínculos administrativos y jurídicos necesarios para el logro de una adecuada optimización de los servicios que determinadas Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales prestan hoy en día a ciudadanos que sufren las consecuencias del delito.
- Realizar tareas de coordinación de actividades asistenciales con otras oficinas gubernamentales que expresen contenidos similares como las Brigadas de Protección a la Familia, Defensorías de la Niñez, Ministerio de Asuntos Campesinos, Generacionales y Género, etc.
- Lograr implementar un espacio adecuado y accesible, donde los Fiscales especializados en las distintas ramas del derecho y la criminalidad, puedan volcar sus experiencias y recomendaciones para implementar un eficiente Programa de Atención a la Víctima.
- Implementar un sistema de información y estadística único del Ministerio Público, destinado a proveer la información necesaria para la realización de los estudios e investigaciones criminológicos en la que se sustentará la política criminal del Ministerio Público.



CAPÍTULO XVIII

Proyecto:

PROGRAMA DE SERVICIO DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA “PROSAVI”

1.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS DE LA ENTIDAD

El Nuevo Código de Procedimiento Penal pretende instituir una investigación eficaz e imparcial del delito, que permitirá a los fiscales sustentar la acusación de modo permanente ante las autoridades jurisdiccionales, asumiendo la dirección de las diligencias de policía judicial con la cooperación indispensable de la Policía Técnica Judicial.

1.1.- Objetivos Centrales

1. Implementar el Programa Servicio de Atención a la Víctima, que brinde información, orientación y asistencia directa a toda persona que ha sido víctima de un delito, comprendiendo tanto el asesoramiento legal, la evaluación psicológica, como la asistencia forense a nivel médico, la asistencia social y gestión de ayuda, coordinación o derivación ante otras instancias pertinentes de apoyo y asistencia social.
2. Una unidad que brinde eficientes y eficaces servicios de atención a la víctima, en unos ambientes adecuados y con un equipo de profesionales idóneos, que con sus acciones, compensen, disminuyan y alivien el daño sufrido, evitando la victimización secundaria; asistiendo y reparando de la mejor forma posible y en el marco de lo establecido en las leyes, los daños a las víctimas que acuden al sistema de administración de justicia.

1.2.- Objetivos Específicos

1. Establecer el Programa Servicio de Atención a la Víctima, procurando hacer de Bolivia, un país más seguro, previniendo, persiguiendo, sancionando y corrigiendo las conductas criminales, cumpliendo estrictamente los mandatos de la Ley y las garantías individuales; desarrollando y estableciendo un nuevo pacto social de confianza y credibilidad entre el sistema de justicia y la población.
2. Crear una unidad que brinde eficientes y eficaces servicios de atención a la víctima, en unos ambientes adecuados y con un equipo “mínimo” de profesionales idóneos, que con sus acciones, compensen, disminuyan y alivien el daño sufrido, evitando la victimización secundaria; asistiendo y reparando de la mejor forma posible y en el marco de lo establecido en las leyes, los daños a las víctimas que acuden al sistema de administración de justicia.
3. Implementar un Programa, que cuente con los espacios físicos mínimos e indispensables para brindar confianza y seguridad a las víctimas, con el equipamiento suficiente para el seguimiento de las causas e información inmediata del estado de las denuncias y casos, con recursos humanos profesionales e idóneos que faciliten la resolución de todo tipo de conflictos y necesidades de las víctimas del delito, desplegando acciones en todos aquellos ámbitos en que pueden intervenir en su asistencia, disminuyendo y amortiguando el sentimiento de inseguridad ciudadana.
4. Difundir medidas preventivas de victimización e informar sobre los procedimientos policiales y judiciales, en caso de sufrir las consecuencias de un delito. Facilitar un mejor conocimiento del funcionamiento del aparato policial y de la administración de justicia al conjunto de la ciudadanía.
5. Brindar apoyo legal, psicológico y asistencia forense a las víctimas de delitos y personas afectadas de su entorno; y, promover los derechos de las víctimas dentro del ámbito judicial.
6. Potenciar la coordinación y mejor servicio de los diversos operadores de justicia como la Policía, PTJ, Ministerio Público, Poder Judicial e instituciones vinculadas a la asistencia social, como Municipios, Prefecturas, Defensorías (de la niñez, de la mujer, del pueblo, etc.), ONGs, etc.
7. Establecer un sistema eficiente y efectivo de información y estadísticas, que permita orientar adecuadamente las políticas de prevención, y sanción del delito.

2.- PERSONAL MINIMO DEL PROSAVIS

- | | | |
|---|------------------------|--------------------------------|
| • 1 Juez de Familia | • 1 Médico Radiólogo | • 1 Auxiliar de Médico Forense |
| • 1 Fiscal de Familia | • 3 Médicos Forenses | • 1 Técnico Radiólogo |
| • 1 Fiscal asignado a la División Menores | • 1 Trabajadora Social | • 1 Recepcionista |

3.- SERVICIOS QUE BRINDARÁ UN PROSAVI

3.1.- Atender denuncias o querellas de:

- Violencia intrafamiliar.
- Víctima de delitos sexuales.
- Víctimas de delitos violentos.
- Maltrato a menores, ancianos, incapacitados.
- Personas involucradas en el maltrato físico o emocional dentro de la familia.
- Atender a víctimas o testigos de hechos delictivos violentos.

3.2.- Brindar asistencia psicológica, forense, social y Asesoría Jurídica:

- Asistencia Jurídica tendiente a obtener la reparación del daño material y moral.
- Asistencia y orientación jurídica sobre sus derechos como víctima, y los procedimientos a seguir para el esclarecimiento y reparación del delito.
- Valoración psicológica del daño psíquico, por maltrato y traumas violentos.
- Valoración del daño corporal por médicos forenses.
- Gestionar ayuda social.
- Gestionar ayuda inmediata de la policía, bomberos, centros hospitalarios o asistencia médica.

3.3.- Brindar información a las víctimas sobre:

- Actuaciones y normativa que le posibiliten desempeñarse como parte en un proceso, hacer efectiva la responsabilidad civil derivada de la comisión de un delito; forma de acceso a los abogados de oficio, etc.
- Otros procedimientos legales para hacer valer sus derechos.
- Diferentes tipos de actuaciones policiales.
- Programas específicos de atención a las víctimas, del Gobierno Nacional, Poder Legislativo, Municipios, Prefecturas, Defensorías, ONGs y otros.
- Actuaciones a desarrollar por la víctima tendientes a evitar el riesgo de una victimización posterior: medidas de seguridad y de protección relativas a personas, bienes, etc.
- Existencia y servicios que brindan los Programas de Atención al Público y el Programa de Servicio de Protección de Testigos y Funcionarios.

3.4.- Atención concreta y puntual:

- Asegurarse de que se han cumplido los trámites pertinentes: presentación de la denuncia o querrella, asistencia de un fiscal, adopción de medidas de protección, etc.

- Certificación por escrito de la valoración del daño corporal y psíquico.
- Investigación complementaria del daño corporal, mediante uso de rayos X y Ecógrafos.
- Apoyar Psicológicamente a la víctima para que recupere la autonomía y la seguridad disminuida. Derivación para Psicoterapia, en casos necesarios.
- Comprobar que la víctima recibe una información y asesoramiento referente al problema planteado: marco legal y posibilidades de acción, derivación hacia la red sanitaria, social, etc.
- Conectar con familiares y amigos de la víctima, si fuera necesario, para asesorar sobre el apoyo que se le pueda ofrecer desde su entorno.

3.5.- Atención continuada:

- Facilitar información periódica a la víctima sobre la tramitación de su denuncia o querrela.
- Analizar la evolución socio-emocional como consecuencia de la acción sufrida y derivación, bajo seguimiento del PROSAVI, al servicio correspondiente.
- Reducir el sentimiento de inseguridad y aislamiento en que pudiera encontrarse y, al mismo tiempo, aprovechar la situación vivida para promover acciones que permitan una mejor interrelación con su entorno.
- Brindar atención integral a personas involucradas en el maltrato físico o emocional dentro de la familia, brindando asistencia jurídica, valoración del daño psicológico, valoración de daño corporal y social.
- Auxiliar a víctimas de delito violento, proporcionando asesoría jurídica tendiente a obtener la reparación del daño material y moral.
- Atiende el impacto post – traumático de la acción delictiva.

4.- FUNCIONES DE UN PROSAVI

- Recibir denuncias o acusaciones verbales o escritas de las víctimas o querellantes, iniciando el proceso de atención, a través de un requerimiento fiscal ya sea para la atención del médico forense, el apoyo psicológico, la asistencia social, o el inicio de las investigaciones pertinentes.
- Realizar la valoración del daño corporal y psíquico en Mujeres maltratadas y menores de edad, sin requerimiento fiscal y de manera totalmente gratuita.
- Informar a los denunciados o querellantes sobre sus derechos y obligaciones ciudadanas, para lo cual deberán identificarse plenamente.
- Iniciar el proceso de investigación de los delitos denunciados o querellados, con el auxilio de la PTJ, el IDIF y otros, para los efectos de acusación, dirigiendo diligencias de policía judicial.
- Expedir copia de su declaración o denuncia.

- Asegurar que los denunciantes, querellantes o víctimas precisen en su declaración los hechos, motivos y las circunstancias de lugar, tiempo y modo en que ocurrieron.
- Solicitar al denunciante o querellante que aporte los datos necesarios para precisar la identidad del probable responsable y dar de inmediato paso a la intervención de Fiscal de Turno, Policía, IDIF y otros.
- Velar por la legalidad y por el respeto de los derechos humanos en la esfera de su competencia y promover la pronta, completa y debida impartición de justicia.
- Proteger los derechos e intereses de los menores, incapaces, ausentes, ancianos y otros de carácter individual o social.
- Derivar los casos que requieren investigación, al aparato investigativo – fiscal de las Fiscalías de Distrito.
- Asesorar jurídicamente a la víctima de un delito sobre sus posibilidades de asistencia estatal, en particular a aquellas víctimas de menores recursos.
- Asesorar a aquellas víctimas de delitos que presenten cuadros sociales especialmente complicados a efectos de guiar a estas personas en los mecanismos estatales y no gubernamentales de apoyo asistencial.
- Realizar estudios criminológicos que descubran sectores sociales con especial riesgo de ser victimizados, realizar sugerencias a los organismos competentes a efectos de disminuir esta situación de vulnerabilidad y desarrollar propuestas de estrategias que aumenten los índices de eficiencia en las tareas de investigación penal acusatorio que tiene a su cargo el Ministerio Público.
- Desarrollar campañas de comunicación social a efectos de informar en forma eficiente a toda la población, sobre cuáles son los caminos para acceder al Ministerio Público y la asistencia de un Fiscal, es decir, llevar a la realidad, el acceso a la justicia.
- Organizar los vínculos administrativos y jurídicos necesarios para el logro de una adecuada optimización de los servicios que determinadas Organizaciones No Gubernamentales y Gubernamentales prestan hoy en día a ciudadanos que sufren las consecuencias del delito.
- Realizar tareas de coordinación de actividades asistenciales con otras oficinas Gubernamentales que expresen contenidos similares como las defensorías de la niñez, de los jóvenes, Viceministerio de Género, etc.
- Lograr implementar un espacio adecuado y accesible, donde los Fiscales especializados en las distintas ramas del derecho y la criminalidad, puedan volcar sus experiencias y recomendaciones para implementar un eficiente Programa de Atención a la Víctima.
- Ejecutar estudios criminológicos en especial aquellos destinados a detectar a los sectores sociales con mayor riesgo de ser victimizados y reducir su situación de vulnerabilidad.

- Implementar un sistema de información y estadística único del Ministerio Público, destinado a proveer la información necesaria para la realización de los estudios e investigaciones criminológicas en la que se sustentará la política criminal del Ministerio Público.

5.- DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS

Las víctimas tienen derecho a:

- Que el Ministerio Público a través de su Programa Servicio de Atención a las Víctimas, les preste todos los servicios que constitucionalmente y por Ley le han sido encomendados, con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia y eficacia y con la máxima diligencia.
- Que todos los funcionarios de este Programa, lo traten con la atención y respeto debido a su dignidad humana, sin discriminaciones de ninguna índole, absteniéndose de cualquier acto u omisión que cause dilaciones o deficiencia de dicho servicio, abuso o ejercicio indebido de la autoridad.
- Que ningún funcionario del programa por sí o por interpósita persona le solicite, acepte o reciba beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que el Ministerio Público le otorga por el desempeño de su función.
- A presentar cualquier denuncia o querrela por hechos probablemente constitutivos de delito y a que el Ministerio Público las reciba en este su programa servicio de atención a la víctima, salvo las que estén fuera de su competencia.
- A que se le procure justicia de manera pronta, equitativa e imparcial respecto a su denuncia o querrela, practicando todas las diligencias necesarias para poder determinar la averiguación previa.
- A recibir asesoría jurídica por parte del Ministerio Público, respecto de sus denuncias o querellas y, en su caso, recibir servicio de intérpretes traductores.
- A ratificar en el acto la denuncia o querrela siempre y cuando exhiba identificación oficial u ofrezca los testigos de identidad idóneos.
- A contar con toda la protección, seguridad, garantías y facilidades para identificar al probable responsable.
- A que se realicen el reconocimiento o diligencias de confrontación en un lugar en el que no pueda ser visto o identificado por el presunto responsable; evitando posibles represalias o mayores daños materiales, físicos y psicológicos.
- A recibir en forma gratuita copia simple de la denuncia o querrela ratificada debidamente.
- A coadyuvar con el Ministerio Público en la integración de la averiguación y en el desarrollo del proceso.

- A comparecer ante el Ministerio Público para poner a su disposición todos los datos conducentes a acreditar el cuerpo del delito, la responsabilidad del sindicado y el monto del daño y de su reparación; así como a que el Ministerio Público integre dichos datos a la averiguación.
- A tener acceso al expediente para informarse sobre el estado y avance de la averiguación previa.
- A que se le preste asistencia médico forense, psicológica y social.
- A recibir auxilio psicológico en los casos necesarios, por una persona de su mismo sexo en situaciones como de delitos sexuales.
- A que el Ministerio Público a través del debido proceso, solicite la reparación del daño cuando esto proceda.
- A quejarse ante las instancias pertinentes y al propio Ministerio Público denunciando la violación de sus derechos o la negligencia y dilación en la investigación y esclarecimiento de la verdad.

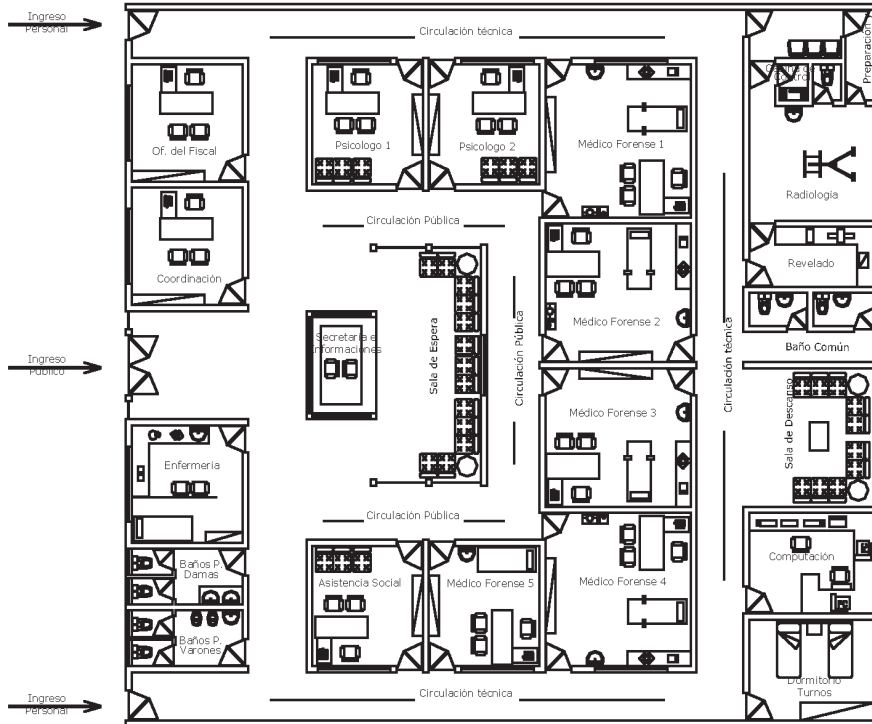
6.- RUTA CRÍTICA

La víctima de un hecho de violencia, denuncia a las instituciones autorizadas por ley (Brigada de Protección a la Familia, Servicio Legal Integral, Defensorías de la Niñez y Ministerio Público), es evaluada por el Servicio Público de Salud en caso de violencia intrafamiliar y PROSAVI (servicio forense) en caso de delitos tipificados; con el certificado médico forense y/o psicológico forense pasa al juez de familia para la resolución jurídica.

7.- INFRAESTRUCTURA DEL PROSAVI

El concepto arquitectónico de la Infraestructura del Programa de Atención a la Víctima “PROSAVI”, el de tipo A es para IDIF Regional y el de tipo B es para los IDIF Distrital.

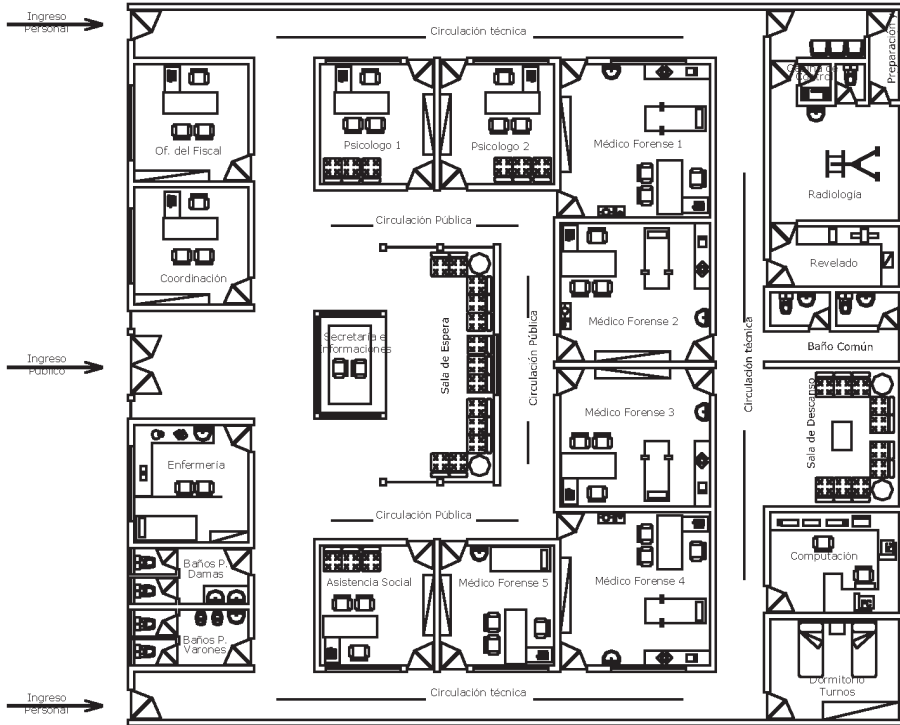
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES



ATENCIÓN A LA VÍCTIMA TIPO "A"

PROYECTISTA: Sr. José Luis Taboada A.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES



ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

TIPO "A"

TIPO "A"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Achaval A.**, *MANUAL DE MEDICINA LEGAL*. Ed. Abeledo Perrot. Bs. As. 1993. 213-300.
- **Aguirre-García J.** *LAAUTOPSIA ¿UN PROCEDIMIENTO PASADO DE MODA?* Gac Med Mex 1988; 124: 339-357.
- **Aliaga Al y Caballero D.** "ENFOQUE DE GÉNERO Y SALUD". MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p 9 - 44.
- **Almenares M, Louro I y Ortiz Gómez T.** "COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR". Rev. Cubana Med Gen Interg; 15 (3) :285-92. 1999.
- **Alonso de Ruiz P. V.** *AUTOPSIAS EN LOS HOSPITALES DE ENSEÑANZA EN MÉXICO*. Gac Med Mex 1988; 124: 349-352.
- **Andersson-Segesten, K.** *THE LAST PERIOD OF LIFE OF THE VERY OLD. A PILOT STUDY EVALUATING THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY METHOD*. Scand J Caring Sci; 1989; 3(4), p.177-81.
- Apuntes de Medicina legal, Cátedra de Medicina Legal, Universidad de Buenos Aires.
- **Arteaga, Rodríguez y col.** *UCI EN PEDIATRÍA*. Edit. UMSA, 2da Ed. Pgs.253 - 280.
- **Ascarrunz B y Revoleo M.** "LAS CIFRAS DE VIOLENCIA DOMESTICA, REGISTRADAS EN LA PAZ". Subsecretaría de Género. La Paz. 1994, p. 1 –82.
- **Ascarrunz B y Revoleo M.** "LAS CIFRAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, REGISTRADAS EN CIUDAD DE EL ALTO DE LA PAZ". Subsecretaría de Género. La Paz. 1994, p. 1 –64.
- **Aso, J.** *SEMIOLOGÍA DE LOS INDICIOS EN EL CADÁVER ORIENTADOS A LA RECOGIDA DE MUESTRAS PARA EL LABORATORIO DE BIOLOGÍA, EN LA PRUEBA DEL ADN EN MEDICINA FORENSE*. Masson SA. 1999.
- **American Psychiatric Association.** *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-II)*, ed. 2. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968.
- **Beck, J. C. and Worthen, K.** *PRECIPITATION STRESS, CRISIS THEORY AND HOSPITALIZATION IN SCHIZOPHRENIA AND DEPRESSION*. Arch. Gen. Psychiatry, 26: 123, 1972.
- **Bleuler, E.** *TEXTBOOK OFPSYCHIATRY*, ed. 4. Macmillan, New York, 1924.
- **Bleuler, E.** *DEMENTIAL PRAECOX OR THE GROUP OF SCHIZOPHRENIAS*. International Universities Press, New York, 1950.
- **Bakker RD.** *POSTMORTEM EXAMINATION SPECIFIC METHODS AND PROCEDURES*. Filadelfia: Saunders, 1967.
- **Basanta M.** "AGRESIONES FÍSICAS GRAVES Y GÉNERO EN LA CIUDAD DE LA HABANA, DURANTE EL AÑO 1998" (trabajo para optar el Título de Master en Salud Pública). La Habana. 2000.
- **Basile A.;** *FUNDAMENTOS DE MEDICINA LEGAL, DEONTOLOGÍA MÉDICA*. 3ª ed. Ed. El Ateneo. Bs. As. 1999.
- **Begoña Ma, Martínez Jarreta.** *LA PRUEBA DEL ADN EN MEDICINA FORENSE*, Masson S.A. Ed. Barcelona, España.

- **BOLIVIA:** “CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FEMENINA Y MASCULINA ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR AÑO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA Y DEPARTAMENTO” 1991 – 2000. www.ine.go/ggi-bin/iwdie.exe/despliegue/anuario98/c311403xls. 2001
- **Brenner C.H. and Morris J.W** *PATERNITY INDEX CALCULATIONS IN SINGLE LOCUS HYPERVARIABLE DNA PROBES: VALIDATION AND OTHER STUDIES*. In Proceedings for the international symposium on human identification 1989. Promega, Madison, 1990, pp.21-52.
- **Brent, D. A. et al.** *THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY: METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS FOR THE STUDY OF ADOLESCENT SUICIDE*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27/3 (362-66), 1988.
- **Browne, A.** *WHEN THE BATTERED WOMEN KILL*. NEW YORK: Macmillan/Free press, 1987.
- **Bruyn M.** “LA VIOLENCIA, EL EMBARAZO Y EL ABORTO. CUESTIONES DE DERECHOS DE LA MUJER Y DE SALUD PÚBLICA, UN ESTUDIO DE LOS DATOS MUNDIALES Y RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN”. Simposio Nacional “Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia”. MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
- **Burgess, A.W. Yholstrom:** “ADAPTIVE STRATEGIES AND RECOVERY FROM RAPE”, Anuario de Psicología Judicial, 136. 10. Octubre 1979.
- **Burgess, A.W.:** “RAPE TRAUMA SYNDROME”, Anuario de Psicología Judicial, 131, 1974.
- **Burgos M.** “MARCO NORMATIVO NACIONAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN RAZÓN DE GÉNERO”. Simposio Nacional “Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia”. MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
- **Caballero D. y Arnez O.** “ORGANIZACIÓN DE REDES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. Manual de Procedimientos para la Atención. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1998. p. 5 - 27.
- **Caballero D., Arandia M.** *SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN*. MSPPS- OPS/OMS. La Paz, 2002, p. 82.
- **Caballero D, Navia O. y Guerra Y.** *SERIE: HACIA LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS*. MSD- OPS/OMS. La Paz, 2003, p. 54.
- **Caballero D.** “EXPERIENCIA BOLIVIANA. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA”. OPS- OMS. La Paz. 2001.
- **Caballero D. et al.** “ESTUDIO DE PREVALENCIA EN TRES MUNICIPIOS DE BOLIVIA, SALUD PÚBLICA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA / INTRAFAMILIAR”. MSPS –VAGGF – OPS/OMS – Gob. Holanda. La Paz, p. 29.
- **Caballero D. y Arandia M.** “SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. Manual de Procedimientos para la Atención. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p. 13 - 58.
- **Cabrera F.,J.; Fuertes R.,J.C.;** *La enfermedad ante la Ley*. Ed. Libro del Año. Madrid, 1994.
- *CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES ATENDIDAS POR LA RED DISTRITO DE URGENCIAS DURANTE LAS FESTIVIDADES DE FIN DE AÑO, 1997 – 1998*. <http://www.fepafem.org/investigaciones/lesiones-reddistrital/introd.htm>. 2001.

- **Caplan, G.** *PRINCIPLES OF PREVENTIVE PSYCHIATRY*. Basic Books, New York, 1964.
- **Carvajal Hugo.** "ABORDAJE MÉDICO DE LAS VÍCTIMAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL". Ponencia preparada para el Proceso de Sensibilización y Capacitación del Proyecto de Atención Integral a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual. La Paz. 2002.
- **Carvajal Hugo.** "CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR-DOMESTICA EN VÍCTIMAS CON EXAMEN MÉDICO-FORENSE EN LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA- LA PAZ". Tesis para optar el título de Master en Medicina Forense. La Paz, 2003, p. 80.
- **Carvajal Hugo.** *ABORDAJE MÉDICO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: TRAUMATOLOGÍA FORENSE*. 2003, s.l, mss. s.f.
- **Castañeda J.** "SON LAS MUJERES VÍCTIMAS DE ADICTOS A LA VIOLENCIA". <http://limalimon.terra.com.mx/articulos/130.htm>. 2001.
- **Castellano Arroyo, M.** *VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: TIPOS DE AGRESIONES*. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 1994; 3: 95-107.
- **Castellón J.** "RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DEL MÉDICO EN BOLIVIA". (3ª edición). Ed. Editora "J.V." Cochabamba. 1999. p. 11 - 327.
- **Clinard, M. B.; Quinney, R.** *CRIMINAL BEHAVIOR SYSTEMS. A TYPOLOGY*, Hot, Rinehart and Winston Inc New York, USA, 1967.
- **Cloé Madanes** *VIOLENCIA MASCULINA* -Ed. F.Doltó-Ed.siglo XXI. 1995.
- **Cobo J.** *MANUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL*, Formularios y Guía de Exploración y Toma de Muestras. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1998, pp. 143.
- **Colectivo Autores.** "MEDICINA LEGAL". Ed. Ciencias Médicas y Editorial Pueblo y Educación. Habana. 1999. p. 20 - 60.
- **Colegio Médico de Bolivia.** "ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DEL COLEGIO MÉDICO DE BOLIVIA". Bolivia. 1997.
- **Coleman, et al,** *Abnormal Psychology and Modern Life* óa eUCIón. (Glenview, Illinois. EE JU: Scott. Fore sman.
- *COLLECTION, PACKAGING, STORAGE AND SHIPMENT OF EVIDENCE FOR DNA TESTS AT CELLMARK DIAGNOSTICS. CELLMARK DIAGNOSTICS*, 1999.
- *COLLECTON AND PRESERVATION OF EVIDENCE. G. SCHIRO. LOUISIANA STATE POLICE CRIME LABORATORY*, 1998.
- **Congreso Nacional.** "CÓDIGO PENAL - LEY 1768". Edición Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. La Paz. 1997.
- **Congreso Nacional.** "LEY 1674: CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA". Edición Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Ministerio de Salud y Previsión Social. OPS/OMS. La Paz. 2000.
- **Consejo de Europa:** Recomendación N° (85)11, "ON THE POSITION OF THE VICTIM IN THE FRAMEWORK OF CRIMINAL LAW AND PROCEDURE", adoptada por el Comité de Ministros el 28 de junio de 1985.
- **Corsi J.** *SEMINARIO DE PSICOANÁLISIS CON NIÑOS- VIOLENCIA FAMILIAR Y ABUSO SEXUAL* - Ed. Universidad, 1998.

- **Chambers H M.** *THE PERINATAL AUTOPSY: A CONTEMPORARY APPROACH.* Pathology, 1992. 24:45-55.
- Datos obtenidos del ARCHIVO GENERAL DE LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA, de la ciudad de La Paz (calle Sucre). 2002.
- Datos obtenidos del DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DEL COMANDO GENERAL DE LA POLICÍA NACIONAL. La Paz, 2002.
- Datos obtenidos del REPORTE EPIDEMIOLÓGICO DEL SEDES- LA PAZ. MSPS-SNIS. La Paz. 2002.
- Datos obtenidos del SERVICIO LEGAL INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE LA PAZ, oficina de Atención a la Mujer. 2002.
- *DECRETO SUPREMO Nº 25087, QUE REGLAMENTA LA LEY 1674/95.* Decretada el 6 de julio de 1998. La Paz. 1998. p. 22 - 33.
- **Defensor del Pueblo.** *BRIGADAS DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA, INVESTIGACIÓN DE OFICIO- RESULTADOS Y RECOMENDACIONES.* Ed. Artes Gráficas Sagitario. La Paz. 2002, p. 28.
- **Diller, J.** *THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY IN EQUIVOCAL DEATHS. PERSPECTIVE IN PSYCHIATRIC CARE,* Vol 17, No.4, Jul-Aug 1979, p.156-61.
- **Drezett J.** "PAPEL DEL GINECÓLOGO-OBSTETRA EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES". Simposio Nacional "Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia". MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
- **Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J y Winkvist A.** "WIFE ABUSE AMONG WOMAN OF CHILDBEARING AGE IN NICARAGUA". Rev. American Journal of Public Health 89(2), february 1999, p. 241-243.
- Estadísticas extraídas de formularios de atención, en consultorio médico forense de Sucre. 2004.
- *EVIDENCE COLLETION GUIDELINES. CALIFORNIA COMMISSION ON PEACE OFFICER STANDARDS AND TRAINING'S WORKBOOK FOR THE "FORENSIC TECHNOLOGY FOR LAW ENFORCEMENT",* 1998.
- **Fattah, Abdel Ezzat:** "EL ROL DE LA VÍCTIMA EN LA DETERMINACIÓN DE DELITO". Ponencia en Jornadas de Criminología, del 22 al 28 de Junio de 1969, en Mendoza, Argentina.
- **Federal Bureau of Investigation.** *HAND BOOK OF FORENSIC SCIENCE US.* Departments of Justice. 1984.
- **Fernández F, Val-Bernal JF.** *LA AUTOPSIA CLÍNICA.* Rev Esp Patol 1999; 32: 187-93.
- *FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.* Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Paz. 2001.
- **Freud.** *PSICOANÁLISIS PARA EDUCADORES.*
- **Galiana Soledad C. y Col.** *PSICÓLOGAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DE MADRID.* CIO´ Donell, 42. Pgs 1-20.
- **García C.** "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD". OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies (Publicación ocasional Nro. 6). 2000, p. 38.

- **García Pérez, T.** *LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DEL SUICIDA. CONGRESO INTERNACIONAL DE CIENCIAS FORENSES*, La Habana, octubre de 1993.
- **García Pérez, T.; Rojas López, R.** *LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LAS VÍCTIMAS DE HOMICIDIO*. Encuentro Internacional de Técnicas Criminalísticas, 1995.
- **García-Pablos, A.**, “*TRATADO DE CRIMINOLOGÍA*”, Barcelona 1999. Ed. Tirant lo Blanch, págs. 43 y ss.
- **García-Pablos, A.**: “*MANUAL DE CRIMINOLOGÍA*”, Madrid, 1988.
- **Garrido Genovés V.**; Técnicas de tratamiento para delincuentes. Ed. Centro Estudios Ramón Areces. Madrid, 1993.
- **Gisbert Calabuig J.A.**, *MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA*. Fund. García Muñoz. Sección Saber Valencia. España 1979.
- **Grothy A.W., A.N.** Surgess. Sexual Dysfunction During Rap”, *New England Journal of Medicine*.
- *GUÍA PARA LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE VESTIGIOS BIOLÓGICOS SUSCEPTIBLES DE ANÁLISIS GENÉTICOS. LABORATORIO DE DNA. GRUPO DE BIOLOGÍA FORENSE. DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ.* 1998.
- **Farberow, N.** *PREVENTION AND THERAPY IN CRISIS. IN SUICIDE AND ATTEMPTED SUICIDE*, Waldenstrom, Larsson, and Ljungstedt, editors, p. 303. Nordiska Bokhandeln Forlag, Stockholm, 1972.
- **Ganser, S.** *THE GANSER SYNDROME*. Br. J. Criminol., 5: 120, 1965.
- **Hollingshead, A., and Redlich, F.** *Social Class and Mental Illness*. John Wiley, New York, 1958.
- **Jaspers, K.** *GENERAL PSYCHOPATHOLOGY*, ed. 7. University of Chicago Press, Chicago, 1963.
- **Hamilton, J.R.**: “*VIOLENCE AND VICTIMS: THE CONTRIBUTION OF VICTIMOLOGY TO FORENSIC PSYCHIATRY*”, en “*Lancet*”, 17, 1987, p gs. 147 y ss.
- **Harris M.** “*INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA GENERAL*”. Ed. Ciencias Sociales Alianza Editorial (6ta edición revisada). Madrid. 2000. p. 537 - 559.
- **Harris, T.A.** *Yo estoy bien, tú estás bien*. Edit. Grisalbo, Barcelona, 1973.
- **Hercovich Ines**; *El enigma sexual de la violación*. Ed Biblos, Bs. As. 1997.
- **Herman, J. L.** *TRAUMA AND RECOVERY*. New York: Basic Books, 1992.
- **Herrero Velasco L. y cols. (1983)**. *Trastornos de la ansiedad en Medicina*. Ed. Hoechst Ibérica. Barcelona.
- **Heutig, Hans Von.** *EL ASESINATO. ESPASA-CALPE*, Madrid, 1962, p.273.
- **Hochmeister, M. et al.:** *A FOLDABLE CARDBOARD BOX FOR DRYING AND STORAGE OF BY COTTON SWAB COLLECTED BIOLOGICAL SAMPLES*. Arch. Kriminol. (1997). October.
- **Hochmeister, M. et al.:** *EFFECTS OF TOLUIDINE BLUE AND DESTAINING REAGENTS USED IN SEXUAL ASSAULT EXAMINATIONS ON THE ABILITY TO OBTAIN DNA PROFILES FROM POSTCOITAL VAGINAL SWABS*. J. Forensic Sci. (1997) 42.

- **Holmstrom LL v A.W. Burgess**, "RaPist's Talk: Linguistic Strategies to Control the Victim" Behavior.
- **Holmstrom LL. y AM. Burgess**, "Seal Behavior of Assailants during Rape". Archives of Sexual Behavior. vol. 9, NI.
- **Hotaling, G.T. Y Sugarman, D.B.:** "AN ANALYSIS OF RISKMARKERS IN HUSBAND TO WIFE VIOLENCE: THE CURRENT STATE OF KNOWLEDEGE". Violence and Victims 1986; 1: 101-124
- **Hotaling, Gt. And Sugarman, D.B.** AN ANALYSIS OF RISKMARKERS IN HUSBAND TO WIFE VIOLENCE: THE CURRENT STATE OF KNOWLEDEGE. Violence and Victims 1986; 1: 101-124.
- **Huguet E., Carracedo A.** INVESTIGACIÓN BIOLÓGICA DE LA PATERNIDAD. En: Gisbert Calabuig JA, ed. Medicina Legal y Toxicología, 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998: 1167-1176.
- **Hurtado Muñoz, V.;** Perfil psicológico de los Internos reclusos por la Comisión del delito de violación en la Cárcel Pública de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre, 2001.
- **IDENTIFYING DNA EVIDENCE. NATIONAL COMMISSION ON THE FUTURE OF DNA EVIDENCE. NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE.** USA. 1999.
- **INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO EUROPEO DE INTERPOL SOBRE EL ANÁLISIS DE ADN. EL CAIRO,** 1998.
- **IPAS- IDIF- MSD- Viceministerio de la Mujer- UNFPA- OPS/OMS.** "SISTEMATIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL", Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. La Paz. 2003, pp 192.
- **Jiménez de Ausua, Luis.** VICTIMOLOGÍA EN "ESTUDIOS DE DERECHO PENAL Y CRIMINOLOGÍA". Buenos Aires, 1961. Ed. Omeba.
- **Jouvencel, M.R.,** MANUAL DEL PERITO MÉDICO. Ed. Díaz Santos. Madrid, 2002. pág. 246.
- **King LS, Meehan MC.** A HISTORY OF THE AUTOPSY. Am J Pathol 1973; 73:514-44.
- **Kleckner, J.H.:** "WIFE BEATERS AND BEATEN WIVES:CO-CONSPIRATORS IN CRIMES AND VIOLENCE." Psychology 1978; 13:54-56.
- **Klevens J.** "VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER EN SANTA FE DE BOGOTA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS". Rev. Panam Salud Publica/ pan Am/ Public Health 9(2). 2001, p78 – 83.
- **Koss, M.P.; Dinero, T.E.:** "PREDEICTORS OF SEXUAL AGRESSION AMONG NATIONAL SAMPLE OF MALE COLLEGE STUDENTS. HUMAN SEXUALAGRESSIONS: CURRENT PERSPECTIVES". Annals of the New York Academy of Science1989; 528: 113-146
- **Koss, Mp; Koss,P. And Woodruff, W.:** "DELETERIOUS EFFECTSOF CRIMINAL VICTIMIZATION OF WOMEN'S HEALTH AND MEDICAL UTILIZATION." Archives of International Medicine 1991; 151: 342-357.

- *LA VÍCTIMA*. www.ondas_salud.com/edicion/noticia. 2001.
- **Lacan J.** *LA FAMILIA*- Ed. Argonauta –1978.
- **Laing- Paidós.** *EL CUESTIONAMIENTO DE LA FAMILIA*. -1994.
- **Landrove Díaz, Gerardo:** “VICTIMOLOGÍA”, Valencia 1990, Pag. 133.
- **Landrove, Díaz, Gerardo:** “VICTIMOLOGÍA, LA DESPROTECCIÓN DE LA VÍCTIMA EN EL DERECHO ESPAÑOL.” VIII Curso de Verano. San Sebastián, 1990. Págs. 11 y ss.
- **Larrauri, E.** *MUJERES Y DERECHO PENAL*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, SA, 1994.
- **Legato Marianne.** *LA COSTILLA DE EVA, LA NUEVA CIENCIA DE LA MEDICINA DE GÉNERO Y CÓMO PUEDE SALVARLE LA VIDA*. Ed. Aguilar. México. D.F. 2003, p. 370.
- *LEY 1674, “LEY CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA, LEY DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1995”*. www.solobolivia.com/politica/leyes/ley1674.htm. 2001.
- *LEY 1674, “LEY CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA, LEY DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1995”*. www.orbita.starmedia.com/embol/politica/leyes/social/1674.htm. 2001.
- *LEY 1674,. LEY CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DOMÉSTICA”*. www.eurowic.or/06.contributions/3.contribo_es/08.contrib_es.htm. 2001.
- *LEY 1674: CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA”*. Promulgada el 15 de diciembre de 1995. La Paz. 1995. p. 1 - 21.
- *LEY CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA, LEY DE LA REPÚBLICA Nro. 1674”*. www.caipe.org.pe/RIJ/bases/legista/bolivia/ley2.htm. 2001.
- *LEY DE LA REPÚBLICA Nro. 1674. LEY CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DOMÉSTICA*. www.geocities.com/capitolhill/sanate/85621/leyintra.htm. 2001.
- *LEYES CONTRA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA REGIÓN ANDINA”*. www.unifemandina.org/unifem/02_03/tabla_compara.htm. 2001.
- *LEYES, CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA REGIÓN ANDINA, BOLIVIA- LEY 1674 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1995*. www.ecuanex.net.ec/digital/bolivia.htm. 2001.
- **Litman, R.E.** *PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC ASPECTS OF CERTIFYING MODES OF DEATHS*. J Forensic Sc, Vol 13, No.1, Jan 1968, p.46-54.
- **López V.** “*CRIMINOLOGÍA, INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA ANTISOCIAL*”. (Primera edición). Ed. Textos Iteso. México. 2000. p. 131 – 148.
- **Lorente Acosta, M. Lorente Acosta JA.** “*AGRESIÓN A LA MUJER” MALTRATO, VIOLACIÓN Y ACOSO*. Granada: Editorial Comares,1998.
- **Lorente JA, Lorente M.** *EL ADN Y LA IDENTIFICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y EN LA PATERNIDAD BIOLÓGICA*. Editorial Comares, 1995.
- **Lorente M, Lorente JA.** *EL ADN Y LA IDENTIFICACIÓN HUMANA EN LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y EN LA PATERNI-*

- DAD BIOLÓGICA. Granada: Comares, 1995.
- **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.
 - **Lorente, JA y Lorente, M.:** *RECOGIDA Y ENVÍO DE MUESTRAS AL LABORATORIO. EN "EL ADN Y LA IDENTIFICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y EN LA PATERNIDAD BIOLÓGICA"*. Ed. Comares. (1995) pp:127-172.
 - **Lleó G, Pérez E.** "MALTRATO SEXUAL CONTRA ADULTAS EN LA CIUDAD DE LA HABANA". *Rev. Sexología y Sociedad*. Habana. 1992.
 - **Lleo G.** "APUNTES DE CLASES TEÓRICAS DEL MÓDULO DE CRIMINOLOGÍA, DE LA MAESTRÍA DE MEDICINA FORENSE – UMSA". (No publicado). La Paz. 2001.
 - **Langsley, D. and Kaplan, D.** *THE TREATMENT OF FAMILIES IN CRISIS*. Grune & Stratton, New York, 1968.
 - **Lindemann, E.** *SYMPTOMATOLOGY AND MANAGEMENT OF ACUTE GRIEF*. *Am. J. Psychiatry*, 101: 141, 1944.
 - **Marco Del Pont, Luis:** "MANUAL DE CRIMINOLOGÍA", México 1986. ED. Porrúa.
 - **Mariscal D.** "UNA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD ORGANIZADA ANTE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER". Simposio Nacional "Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia". MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
 - **Masters W.H. y Johnson V.E.** *Human Sexual Inadequacy*. Boston, Little, Brown, 1970.
 - **Mendelshon, Neniamin:** "LA VICTIMOLOGÍA Y LAS TENDENCIAS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA" *Rev. Ilanud al día*. San Jose, Costa Rica, año 4, Abril 19981, Nº 10, Pág. 55 –67.
 - **Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.** "MEMORIA 2001". VPEPP-VAGGF – VMARNDF. ED. Presencia S.R.L. La Paz. 2001.
 - **Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.** "PLAN NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO 2001 – 2003". La Paz. 2002, p. 49.
 - **Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.** "PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA RELATIVA A LA MUJER". La Paz. 2002, p. 54.
 - **Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.** "VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN RAZÓN DE GÉNERO". La Paz. 2002, p. 34.
 - **Molina M.** "VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER LA NOTICIA NUESTRA DE CADA DÍA". <http://www.oas.org/cim/spanich/articulosvarios.htm>, 2001.
 - **MSD- IDIF_ OPS/OMS (Pantoja S, Caballero D, Carvajal H, Nuñez de Arco J, Rocabado O, Rivero G).** *ASPECTOS DE LA MEDICINA LEGAL EN LA PRÁCTICA DIARIA, GUÍA PARA PROFESIONALES DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD*. La Paz, 2004, p. 70.
 - **MSD- OPS/OMS.** *SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, LO QUE DEBEMOS SABER*. MSD-OPS/OMS. La Paz, 2003, p. 105.

- **MUÑOZ MARIEL**; Personalidad oculta. ED. Tupac Katari. Sucre. 2000.
- **Neuman, E.** *VICTIMOLOGÍA*. Ed. Cárdenas, México, 1989. p.23 y p. 134.
- **Neuman, Elías**: “*EL PRESO VÍCTIMA DEL SISTEMA PENAL*”. Cuaderno Instituto Vasco de Criminología. Enero 1988. Pág. 93 –112.
- **Neuman, Elías**: “*VICTIMOLOGÍA*”, Buenos Aires, 1984.
- **Neuman, Elías**: “*VICTIMOLOGÍA, EL ROL DE LA VÍCTIMA EN LOS DELITOS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES*”. 2ª ed. Buenos Aires, 1994. ED. Universidad.
- *NORMAS PARA LA PREPARACIÓN Y REMISIÓN DE MUESTRAS OBJETO DE ANÁLISIS POR EL INSTITUTO DE TOXICOLOGÍA*. Orden de 8 de Noviembre de 1996. BOE nº 308 de 23-12-1996.
- *NORMAS PARA LA PREPARACIÓN Y REMISIÓN DE MUESTRAS OBJETO DE ANÁLISIS POR EL INSTITUTO DE TOXICOLOGÍA*. Orden de 8 de Noviembre de 1996. BOE nº 308 de 23-12-1996.
- **Núñez de Arco Jorge**, *APUNTES DE NEUROPSICOBIOLOGÍA*. Ed. Departamento de Psicobiología. Universidad de Sevilla. Sevilla. 1986. pag. 7-8
- **Núñez de Arco, Jorge y cols.**: “*EL DIBUJO COMO EXPRESIÓN DE LA AGRESIVIDAD*”, Rev. Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. Madrid 1986. Pág. 37-44.
- **Núñez de Arco, Jorge**: “*EL INFORME PERICIAL EN PSIQUIATRÍA FORENSE*”, La Paz, Bolivia, 2001. Producciones Mava.
- **Núñez de Arco, Jorge**: En Módulo V, del Diplomado en Gestión, Ciencias Forenses y Policiales. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. 2002.
- **Núñez de Arco J.**; *Apuntes del Diplomado en Violencia Estructural. Universidad del Valle. Sucre. 2003.*
- **Núñez de Arco J.**; Las cefaleas idiopáticas en un grupo de estudiantes universitarios. Rev. Psiquis. Vol. 13, Año XIV N° 4, 1992, págs. 161-167.
- **OMS.** “*VIOLENCE AND INJURY PREVENTION*”. World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/va/w/violencia.htm. 2001.
- *OPERACIONES FUNDAMENTALES DE CRIMINALÍSTICA. UNIDAD DE POLICÍA CIENTÍFICA. DEPARTAMENTO DE INTERIOR DEL GOBIERNO VASCO.* 1999.
- *OPERACIONES FUNDAMENTALES DE CRIMINALÍSTICA. UNIDAD DE POLICÍA CIENTÍFICA. DEPARTAMENTO DE INTERIOR DEL GOBIERNO VASCO.* 1999
- **OPS- OMS.** “*LA VIOLENCIA EN LAS AMÉRICAS, LA PANDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XX*” (Comunicación para salud Nro. 10). 1996, p. 32.
- **OPS- OMS.** *INFORME MUNDIAL SOBRE VIOLENCIA Y SALUD*, (Publicado en español por la OPS/OMS), Washington DC, 2002, pp. 374.
- **OPS/ OMS- VAGGF- MSDSP.** “*NORMAS PARA LA ATENCIÓN EN SERVICIOS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES*” (Primera edición). La Paz. 2001.
- *PARA ACABAR CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER*. www.jhuccp.org/prs/sl11.chap1.stm#stop. 2001.

- **Paz Soldán R.** “MEDICINA LEGAL”. Librería Editorial “Juventud”. La Paz. 1990, p. 555.
- **Pérez. E y Pons M.** “HOMICIDIO, ASESINATO Y LESIONES”. Habana. 1995. P. 7- 23.
- **PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO.** www.unhchr.ch/html/menu2/boliviasp.htm. 2001.
- **Policía Nacional.** “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS POLICIALES CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DOMÉSTICA”. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1998. p. 9- 40.
- **PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.** <http://www.inppares.org.pe/violenss.htm>. 2001.
- Proyecto: “VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA NIÑA, UNA PROPUESTA PARA ESTABLECER INTERVENCIONES COORDINADAS, LEY 1674: CONTRA LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMÉSTICA”. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 2000.
- **Quiroz A.** “MEDICINA FORENSE”. (8va Edición). Ed. Porrúa. México D.F. 1996. p. 623 - 627.
- **Quiroz Cuarón, A.,** *MEDICINA FORENSE*, Ed. Porrúa. México 1982. p.136-137.
- **Rayas L.** “VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL”. Simposio Nacional “Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia”. MDSP-VAGGF-IPAS. La Paz. 2002.
- **Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre autopsias clínicas 2230/1982** (BOE 218 de 11 de septiembre de 1982) España. Pág. 245-99-600.
- **Richard Block:** “VICTIMIZATION AND FEAR OF CRIME: WORLD PERSPECTIVES”, (edited) por R. Block, Loyola University en Chicago, 1984.
- **Rivero G, Caballero D.** *SALUD Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, GUÍA DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO.* MSPPS- OPS/OMS. La Paz. 2002, p. 39.
- **Rocabado O, Carvajal H, Corah D.** *EL USO DEL ADN COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN EN AGRESIONES SEXUALES.* Rev. De Bioquímica Clínica, Vol. I Nro, 3. 2003.
- **Rocha M y Caballero D.** “VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL CONTROL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p 9- 28.
- **Rocha M, Caballero D.** *VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL CONTROL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, GUIA PARA EL PERSONAL DE SALUD.* MSPPS- OPS/OMS. La Paz. 2002.
- **Rodríguez Manzanera, L.** *El Homicidio en México. Criminología en América Latina.* UNICRI, pub. 33, Roma, Mayo, 1990, p.154.
- **Rojas Nerio,** *MEDICINA LEGAL*, Ed. El Ateneo. Bs. As. 1996.
- **Romero Coloma, Aurelia:** “LA VÍCTIMA FRENTE AL SISTEMA JURÍDICO PENAL: ANÁLISIS Y VALORACIÓN”. Barcelona 1994. Ed. Jurídicas Serlipost.
- **Salcedo Laredo J.,** *MEDICINA LEGAL.* Ed. Universitaria. UMSS. Cochabamba, 1968.
- **SALUD PÚBLICA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA/ INTRAFAMILIAR.** MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1998. p 7 - 29.

- **Sánchez A.** *EL MUNDO DE LA VIOLENCIA*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México D. F. 1998, pp. 456.
- **Schultz, L.G.:** "THE WIFE ASSULTER" *Journal of social therapy* 1960; 6: 103-112.
- **Servicios Legales Integrales Municipales SLIM's.** "PARA VIVIR SIN VIOLENCIA". VAGGF-MDSP. La Paz. 2001.
- **Shafii, M et al.** *PSYCHOLOGICAL AUTOPSY OF COMPLETED SUICIDE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS*. *Am J Psychiatry* 142: 1061-64, 1985.
- **Shapland, J.:** "VICTIMS IN CRIMINAL JUSTICE SYSTEM", Hampshire, 1985.
- **Shrader E. y Sargot M.** "PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: RUTA CRÍTICA QUE SIGUEN LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR." OPS/OMS. Washington D.C. 1998.
- "SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA". Albacete. www.crimeneturg.es/recpc_02-07.htm. 2001.
- **SNIS- MSPS, en nota de prensa** "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR REGISTRADA EN LOS SERVICIOS DEL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD". La Paz. 2002.
- **SNIS- MSPS.** "INFORME DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA". La Paz. <http://www.snsn.gov.bo/bolsnsn/epi/epi.asp>. 2002.
- **Snyder, L. M.** *INVESTIGACIÓN DE HOMICIDIOS*. Edit. Cptan San Luis, 1984, p.19.
- **Sonking, D.J., Dunphy, M.** *LEARNING TO LIVE WITHOUT VIOLENCE: A HAND BOOK FOR MEN*. S. Francisco, Vulcano Press, 1982.
- **Soria, M.A. y Hernández, J.A.** "EL AGRESOR SEXUAL Y LA VÍCTIMA"; Barcelona, Marcombo Ed. Boixareu Universitaria, 1994.
- *SPECIAL CONSIDERATION FOR SEXUAL ASSAULT EVIDENCE*. G. SCHIRO. LOUISIANA STATE POLICE CRIME LABORATORY, 1998.
- *SPECIAL CONSIDERATION FOR SEXUAL ASSAULT EVIDENCE*. G. SCHIRO. LOUISIANA STATE POLICE CRIME LABORATORY, 1998.
- **Spellman, A.; Heyne, B.** *SUICIDE? ACCIDENT? PREDICTABLE? AVOIDABLE?. THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY IN JAIL SUICIDES*. *Psychiatric O;* 1989 Summer; 60(2); p.173-83.
- **Stark M.** "A PHYSICIAN'S GUIDE TO CLINICAL FORENSIC MEDICINE". Humana Press- Totowa. New Jersey. 2000, p. 326.
- **Stark, E., Flitcraft, A. and Frazier, W.** *MEDICINE AND PATRIARCAL VIOLENCE: THE SOCIAL CONSTRUCTION OF A "PRIVATE" EVENT*. *International Journal of Health Service* 1979; 9: 461-493.
- **Strauss C, Agreda W y Aguirre J.** *GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y NORMAS DE ÉTICA*. MSPPS-OPS/OMS. La Paz, 2002
- **Symonds, A.:** "VIOLENCE AGAINST WOMEN: THE MYTH OF MASOCHISM." *American Journal of Psychotherapy* 1979; 33:161-173.
- **Teke, A.:** "MEDICINA LEGAL". Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile (1993). 281pp.
- **Terroba, G.; Saltijeral, M.** *LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DEL SUICIDIO*. *Sal Pub Méx.* Vol 25: 285-93, 1983.

- **Thomas CL.** *TABER'S CYCLOPEDIA MEDICAL DICTIONARY*. Philadelphia: 13a. ed. FA Davis Co. 1977.
- **Tyhurst, J.** *THE ROLE OF TRANSITION STATES-INCLUDING DISASTERS-IN MENTAL ILLNESS*. In Symposium on Preventive and Social Psychiatry, p. 149. U.S. Government Printing Office, Washington, 1957.
- **"UNA VIDA SIN LESIONES ES UN DERECHO NUESTRO"**. www.undcp.org/rblac/gender/campaign-spanich/informeinternacional. 2001.
- **"UNA VIDA SIN VIOLENCIA"**. www.undcp.org/rblac/gender/campaign-spanich/story.htm. 2001
- **VAGGF – Casa de la Mujer.** *"ATENCIÓN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER"*. Santa Cruz. 2001.
- **VAGGF - CIDEM.** *"ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER"*- CIUDAD DE EL ALTO. 2001.
- **VAGGF - Fundación La Paz.** *"ATENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER"*-CIUDAD DE LA PAZ. 2001.
- **VAGGF.** *"POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN BOLIVIA"*. Simposio Nacional "Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia". MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
- **Vargas Alvarado E.** *"MEDICINA LEGAL"*. (2da edición) Ed. Trillas. México D.F. 1999, p. 310 – 316.
- **Villanueva E, Lorente JA.** *APLICACIONES DEL DNA A LA MEDICINA LEGAL. EN: GIBERT CALABUIG JA, ED. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA*. Barcelona: Salvat 1990; 1044-1050.
- **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DOMÉSTICA: GRUPOS DE AUTOAYUDA**. MSPS-VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999.
- **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DOMÉSTICA, "PARA ELLAS"**. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p. 3 - 10.
- **"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DOMESTICA", "PARA ELLOS"**. MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1999. p. 3 - 9.
- **VIOLENCIA SEXUAL"**. <http://www.ispm.org.ar/violencia/images/hechos/v-sexual.htm>. 2001.
- **Walker, L.E.:** *"THE BATTERED WOMAN."* Ed. Harper and Row, 1979.
- **Weissman, A. D. et al.** *THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY: A STUDY OF THE TERMINAL PHASE OF LIFE*. Cannon Ment Health. 4-59, 1968.
- **Winnicot.** *ACERCA DE LOS NIÑOS-T-* Ed. Paidós, 1998.

ANEXOS

ANEXO I

ZONAS QUE FORMAN LOS DISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ

DISTRITO	ZONAS	POBLACIÓN
NORTE	1. La Portada 2. Munaypata 3. Munaypata-Cusi Cancha 4. Villa Victoria 5. Pura-Pura 6. Alto Pura-Pura 7. Achachicala Alto 8. Achachicala Bajo 9. La Zarzuela 10. Germán Buch 11. Vino Tinto 39. Villa de la Cruz 40. Norte 41. Challapampa	128,375
ESTE	23. Villa Armonía 25. San Isidro 26. Pampahasi Alto 27. Pampahasi Bajo 28. Kupini 29. Ciudad del Niño- Chicani 30. Villa San Antonio Bajo 31. Villa San Antonio 32. Villa San Antonio Alto 33. Villa Copacabana 34. Valle Hermoso 35. Pacaja-24 de Junio 36. Villa Copacabana (2)	104,581
OESTE	43. Villa Victoria 44. Challapampa 45. Mariscal Santa Cruz 46. Alto Mariscal Santa Cruz 47. Alto Tejar 48. El Tejar 49. Alto Chamoco Chico 50. Faro Murillo 51. Alto Chijini 52. Obispo Indaburo 53. 14 de Septiembre 58. Gran Poder 59. Villa Nueva Potosí (1) 60. Villa Nueva Potosí (2) 61. Alto Macagua 62. San Pedro Alto 65. Tembladera 66. Pasankeri 67. Macagua	190,062

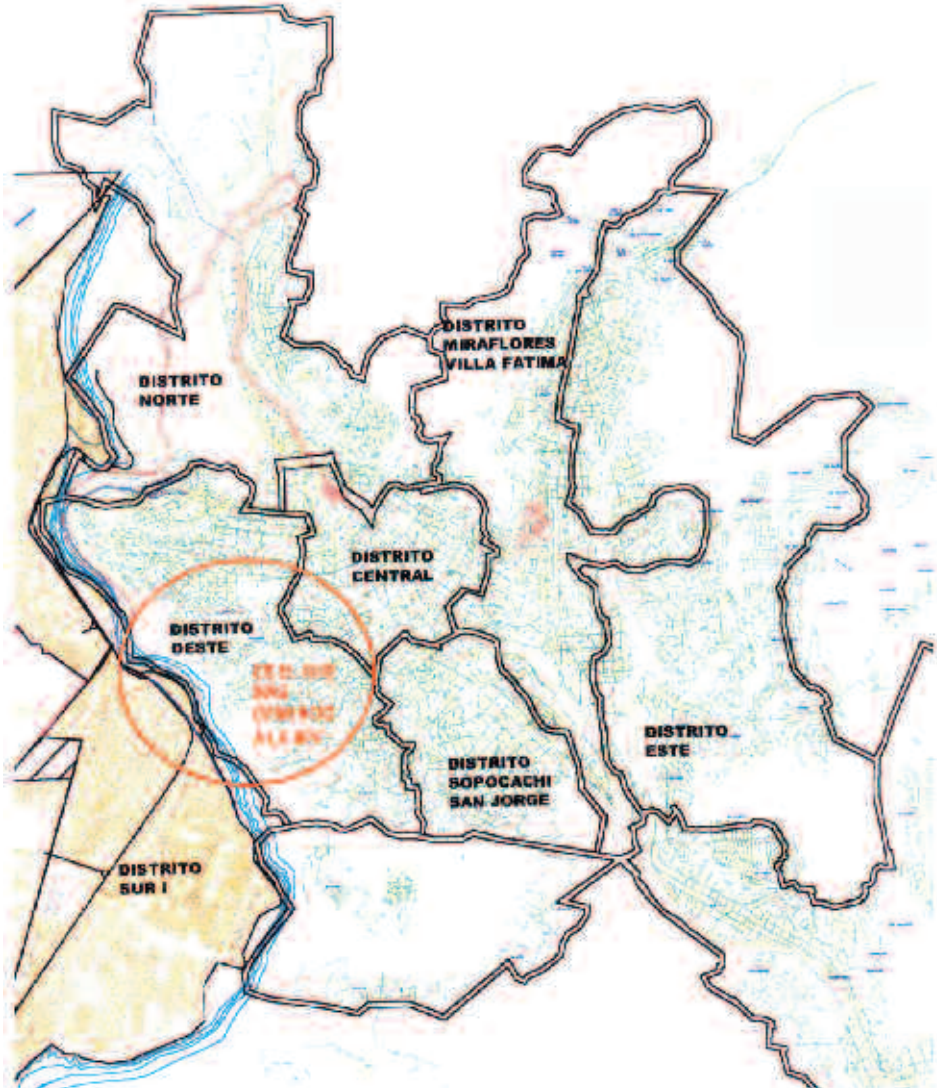
DISTRITO	ZONAS	POBLACIÓN
CENTRAL	38. Villa Pabón 42. San Sebastián 54. Rosario 55. Santa Bárbara 56. Central 57. Belén 63. San Pedro Bajo	44,846
SOPOCACHI - SAN JORGE	64. Bello Horizonte 68. Sopocachi Alto 70. Sopocachi Bajo 71. Kantutani	48,021
MIRAFLORES - VILLA FÁTIMA	12. 27 de Mayo 13. Las Delicias 14. Santa Rosa Grande 15. La Merced 16. Chuquiaguillo 17. El Carmen 18. Villa Fátima 19. Miraflores Alto 20. Miraflores 21. Miraflores Norte 22. Miraflores Sur 37. Agua de la Vida	102,256

La ciudad de La Paz, en su condición de Sede de Gobierno de la República de Bolivia, tiene 608,529 habitantes aproximadamente y una superficie de 827,208.50 ha. Distribuida en siete Distritos.

La ciudad se ubica entre los 3,200 a 3,700 m.s.n.m., está estrechamente vinculada a la ciudad de El Alto por medio de su estructura vial.

Fuente. Cárdenas U. y Mamani A. *DISTRITACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ Y EL ALTO*. Trab. de planificación Urbana III (docente Arq. René Contreras). La Paz. 2001.

ANEXO II
DISTRITOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ
PARA ATENCIÓN DE LA BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA



ANEXO III
PLANILLA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

I. DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA

NOMBRE.....

CARNET IDENTIDAD:.....FECHA.....

1. EDAD:..... 2. SEXO : M F

3. ESTADO CIVIL:

SOLTERA CASADA CONCUBINATO

VIUDA SEPARADA NO CONSTA

4. ESCOLARIDAD:

PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA

UNIVERSITARIO NINGUNO

5. OCUPACIÓN:

PROFESIONAL TÉCNICO OBREROS

COMERCIANTES LABORES DE CASA

DESOCUPADO ESTUDIANTE OTROS

6. RESIDENCIA:.....

II. DATOS DEL VICTIMARIO

1. EDAD:..... 2. SEXO : M F

3. ESTADO CIVIL:

SOLTERO CASADO CONCUBINATO

VIUDO SEPARADO NO CONSTA

4. ESCOLARIDAD:

PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA

UNIVERSITARIO NINGUNO

5. OCUPACIÓN:

PROFESIONAL TÉCNICO OBRERO

COMERCIANTES DESOCUPADO

ESTUDIANTE OTROS

6. RESIDENCIA:.....

III. TIPO DE AGRESIÓN

FÍSICA SEXUAL PSICOLÓGICA OTRAS

IV. CUADRO LESIVO

1. NATURALEZA DE LA LESIÓN

EXCORIACIÓN EQUIMOSIS HEMATOMAS
 HERIDAS CONTUSAS MORDEDURAS QUEMADURAS
 HERIDAS FRACTURAS
 LESIONES DE ÓRGANOS INTERNOS OTROS

2. AGENTE VULNERANTE

MANOS PIES DIENTES ARMA BLANCA
 ARMA DE FUEGO LÍQUIDOS HIRVIENTES
 MATERIAL INFLAMABLE ELECTRICIDAD OTROS

3. UBICACIÓN DE LA LESIÓN

CABEZA CARA CUELLO BRAZO
 ANTEBRAZO MANO TÓRAX ABDOMEN
 PELVIS MIEMBROS INFERIORES
 ÓRGANOS INTERNOS OTROS

4. CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN

GRAVÍSIMA GRAVE LEVE NO PRESENTÓ

5. SECUELASANATÓMICA PSICOLÓGICA FUNCIONAL **6. AGRAVANTES:**EMBARAZO TERCERA EDAD INCAPACIDAD VIOLENCIA ANTERIOR **V. DATOS DEL HECHO****1. DÍA**L M Mié J V S D **2. HORARIO**MADRUGADA MAÑANA TARDE NOCHE IGNORADO **3. LUGAR DEL HECHO**DOMICILIO VÍA PÚBLICA CENTRO DE TRABAJO CENTRO DE ESTUDIO OTROS **4. RELACIÓN VÍCTIMA – VICTIMARIO**PAREJA O CÓNYUGE EX PAREJA CONCUBINO EX CONCUBINO NOVIO AMIGO FAMILIA VECINO OTROS

5. INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

SÍ EMBRIAGUEZ NO

6. OTRAS SUSTANCIAS

SÍ NO

CUÁL?.....

7. FUENTE:

BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA

RADIO CARLOS PALENQUE OTRO

OBSERVACIONES:.....
.....
.....