boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

Equipo de Redacción integrado por los Médicos Forenses, Julio Jimenez, José Ramón González, Fernando Martinez y Fernando Serrulla. Las comunicaciones con el BOLETIN se efectuarán a través del Apartado de Correos 129 de Verín (Orense), C.P. 32600. El BOLETIN está financiado por la A.G.M.F.

Número 6 Noviembre 1996

1.EDITORIAL.

2.NOVEDADES DIARIOS OFICIALES.

3.COMENTARIOS DIVERSOS.

4.CURSOS Y CONGRESOS.

5.COMUNICACIONES:

1.TESTIGOS DE JEHOVA Y TRANSFUSIONES DE SANGRE. Dña.María Dolores Vasallo Rapela.
2.EL DELITO DE AGRESIONES SEXUALES EN EL CODIGO PENAL DE 1995. Dn.Jacinto José Pérez Benítez.
3.ESQUEMAS DE PATOLOGIA CORONARIA. Dña Beatriz Aguilera.
4.INFORMES DE PSICOLOGIA-PSIQUIATRIA FORENSE. Dña.Marisol Filgueira Bouza. Dn. Luis Ferrer i Balsebre.

6.INFORME.
INVESTIGACIONES ANALITICAS REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA. JULIO 1996.

7.NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS.

8.ULTIMA PAGINA.

El BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva está integrada por Dn Benito A.López-de Abajo Rodriguez como Presidente, Dña Beatriz Otero Abadín como Vicepresidenta, Dn José Luis Gómez Martinez como Secretario, Dn José Manuel Blanco Pampín como Tesorero, Dña Gloria Agudo Cuesta como Vocal de la provincia de Coruña, Dn Alberto Barreiro Fernandez como Vocal de la provincia de Pontevedra, Dn Arsenio Diaz Rodriguez como Vocal por la provincia de Lugo y Dn Fernando Serrulla Rech como Vocal por la provincia de Orense. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número: 116.666.

DEPOSITO LEGAL: OR-86/1995
ISSN 1136-078X
Título clave: Boletín galego de medicina legal e forense.
Título abreviado: Bol. galego med. leg. forense

El presente número del BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el NUMERO 6 y reúne información anterior al día 27 de octubre de 1996. COORDINADOR DEL EQUIPO DE REDACCION: Dn Fernando Serrulla Rech. EQUIPO DE REDACCION: Dn.Julio Jimenez Feliz. Dn.José Ramón Gonzalez G. Yebra. Dn Fernando Martinez López y Dn Fernando Serrulla Rech.

Las comunicaciones con el BOLETIN se efectuarán a través del **APARTADO DE CORREOS 129. Código Postal 32600 VERIN (Orense).**

CALMA CHICHA

Ya ha pasado un tiempo prudencial desde la publicación del nuevo Reglamento del CNMF y del de los Institutos. Parece que empezamos a digerir todos la nueva situación aunque también sabemos que hay ebullición en algunos sectores por ciertas cuestiones que no dejan de ser polémicas como la tanatopraxis , las incompatibilidades, las comisiones de docencia, etc...

Quedan también muchas incógnitas que no sabemos cómo se resolverán. La primera de ellas , y más importante: el *dinero*. Con tanta restricción presupuestaria en todos los ámbitos -sobre todo en la Administración- posiblemente el Reglamento de los Institutos sufra modificaciones antes de que existan realmente... Otra incógnita importante será el tema de las Transferencias a nuestra comunidad autónoma. Aunque los rumores empiezan ya a ser cada día más y mejor audibles somos conscientes de que suponen un hito importante en la historia del CNMF y tambien un terreno nuevo que puede conllevar múltiple y variada problemática.

Estamos pues en lo que se refiere a reglamentación y transferencias en una situación de *calma chicha*, que pensamos, una vez pasado el verano, empiece a cambiar pronto. La Asociación Galega de Médicos Forenses e incluso ésta publicación se han contagiado de la tónica general dando lugar a un largo paréntesis en sus actividades.

No obstante los actuales integrantes del BOLETIN tenemos las fuerzas suficientes como para continuar y así queda plasmado en éste nuevo número para el que contamos con dos aportaciones desde la perspectiva jurídica y otras dos de la médico-legal. Esperamos que el contenido del BOLETIN siga siendo útil para todos.

F.S.R.

novedades diarios oficiales

REUNIMOS EN ESTA SECCION TODOS LOS BOES DE INTERES MEDICO-FORENSE DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1996. LOS QUE SE ACOMPAÑAN DEL SIGNO (#) EL BOLETIN DISPONE DE UNA FOTOCOPIA PARA AQUELLOS QUE TENGAN DIFICULTADES EN CONSEGUIRLOS. SE HA SEGUIDO PARA SU CLASIFICACION UN ORDEN TEMATICO Y NO CRONOLOGICO.

* REAL DECRETO 411/1996, de 1 de Marzo, Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilizacion de tejidos humanos.
BOE núm 72 del 23 de marzo de 1996, pag.11246.#

* REAL DECRETO 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana.
BOE núm.72 del 23 de marzo de 1996, pag 11253.#

* REAL DECRETO 413/1996 de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacinados con las técnicas de reproducción humana asistida.
BOE núm 72 del 23 de marzo de 1996, pag. 11256.#

* ORDEN de 25 de marzo de 1996 del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las normas de funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y preembriones.
BOE núm 106 de 2 de mayo de 1996, pag 15469.#

* ORDEN de 7 de febrero de desarrollo del Real Decreto 1854/1993 de 22 de Octubre, por la que se determinan los criterios y condicines de exclusión de donantes de sangre.
BOE de 16 de Febrero de 1996, pag.5723. #

* REAL DECRETO 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. Lista de enfermedades de declaración obligatoria.
BOE núm 21 de 24 de enero de 1996, pag. 2153. #

* REAL DECRETO 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses.
BOE núm. 53 del 1 de Marzo de 1996, pag. 8112 y ss.#

* REAL DECRETO 386/1996, de 1 de marzo que aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.
BOE núm.60 de 9 de marzo de 1996, pag.9633.#

* ORDEN de 12 de Enero de 1996 por la que se crea una Delegación del Departamento de Sevilla del Instituto Nacional de Toxicología en Santa Cruz de Tenerife.
BOE núm.29 de 2 de Febrero de 1996, pag.3342.

* ORDEN de 25 de Abril de 1996, del Ministerio de Justicia e Interior, por la que se aprueban las normas reguladoras del Registro Central del Personal al Servicio de la Administracion de Justicia y el programa para su implantación.
BOE núm.118 de 15 de Mayo de 1996, pag. 16764.#

* Resolución de 5 de febrero de 1996, de la Secretaría General de Justicia, por la que se procede a la publicación del Acuerdo Ministerio de Justicia e Interior-Sindicatos para el período 1995-1997, sobre condiciones de trabajo del personal al servicio de la Administración de Justicia.
BOE núm.112 de 8 de Mayo de 1996, pag.16049.#

* RESOLUCIÓN de 8 de febrero de 1996, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios en el ámbito de la Administración de Justicia.
BOE núm.77 de 29 de marzo de 1996, pag.12012. #

* INSTRUCCION de 26 de febrero de 1996 de la Secretaría de Estado para las Administraciones Públicas, para la aplicación de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales en la Administración del Estado.
BOE de 8 de Marzo de 1996.

* LEY 1/1996, de 10 de Enero, reguladora de la Asistencia Jurídica Gratuita.
BOE núm. 11 del 12 de Enero de 1996.(RCL 89/1996).#
Destaca como de interés para los Médicos Forenses:
"Art 6. Contenido material del derecho.
El derecho a la asistencia jurídica gratuita comprende las siguientes prestaciones:
6. Asistencia pericial gratuita en el proceso a cargo del personal técnico adscrito a los órganos jurisdiccionales, o, en su defecto, a cargo de funcionarios, organismos o servicios técnicos dependientes de las Administracines públicas.
Excepcinalmente y cuando por inexistencia de técnicos en la materia de que se trate, no fuere posible la asistencia pericial de peritos dependientes de los órganos jurisdiccionales o de las Administraciones públicas, ésta se llevará a cabo, si el Juez o Tribunal lo estima pertinente en resolución motivada, a cargo de peritos que, por insaculación, sean designados entre los técnimos privados que correspondan."

* REAL DECRETO 2103/1996 de 20 de Septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Asistencia Jurídica Gratuita.
BOE núm 231 de 24 de Septiembre de 1996, pag.28505.

* REAL DECRETO 190/1996 de 9 de Febrero que aprueba el Regalmento Penitenciario.
BOE núm 40 de 15 de Febrero de 1996, pag.5380. (RCL 1996,521)

* REAL DECRETO 690/1996, de 26 de Abril, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en benefico de la comunidad y arresto de fin de semana.
BOE núm.120, de 17 de mayo de 1996, pag. 1696.#

* LEY 2/1996, de 8 de Mayo, de Galicia, sobre drogas.
BOE núm.153 de 25 de Junio de 1996, pag.20509.#

* REAL DECRETO 5/1996 de 15 de Enero de Ministerio de Presidencia, que modifica RD 75/1990 de 19 de Enero (RCL 1990,120) que regula los tratamientos con opiacios de personas dependientes de los mismos y de ampliación del Anexo.
BOE núm.44 de 20 de Febrero de 1996, pag.6082. (RCL 1996,576).

* ORDEN de 27 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Sanidad y Consumo, en la que se incluye algunos principios activos en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de Octubre (RCL 1977,2413), sobre sustancias y preparados psicotropicos.
BOE núm.26 de 30 de Enero de 1996, pag. 2765. (RCL 1996,291).#

* LEY 3/1996 de 10 de Enero de Jefatura de Estado que establece medidas de control de

sustancias químicas catalogadas susceptibles de desviación para la fabricación ilícita de drogas.
BOE núm.12 de 12 de Enero de 1996, pag 806.(RCL 1996,91).

* ORDEN de 11 de Enero de 1996 de Ministerio de Educación y Ciencia que establece las normas generales para la realización de controles de dopaje y las condiciones generales para la homolagación y funcionamiento de laboratorios no estatales de control de dopaje en el deporte.
BOE núm.18 de 20 de Enero de 1996, pag 1797. (RCL 1996,208)

* Resolución de 25 de Enero de 1996 del Consejo Superior de Deportes que establece la lista de sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y de métodos no reglamentarios de dopaje en el deporte.
BOE núm 34 de 8 de Febrero de 1996, pag.4390 (RCL 1996,440).
(Deroga resolución 26 de Enero de 1995, RCL 1995,273).#

* REAL DECRETO 255/1996 de 16 de Febrero de Ministerio de Educacion y Ciencia, que establece el Régimen de infracciones y sanciones para la represión del Dopaje.
BOE núm.58 de 7 de Marzo de 1996, pag. 8955.

* REAL DECRETO 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios.
BOE núm 99 de 24 de Abril de 1996, pag 14670.#

* REAL DECRETO 2071/1995 de 22 de diciembre que establece criterios de calidad en radiodiagnostico.
BOE de 23 de Enero de 1996, pag 1958. (RCL 1996,219).

* REAL DECRETO 2000/1995, de 7 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 767/1993, de 21 de mayo, que regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades famacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
BOE núm 11 de 12 de enero de 1996, pag. 833. #

* REAL DECRETO 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados.
BOE núm.33 de 7 de febrero de 1996, pag 4155.#
(Materiales de cura, utensilios destinados a la aplicación de medicamentos, para la recogida de excretas y secreccones o destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas).

* ORDEN de 18 de Enero de 1996 de desarollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica.
BOE núm.33 de 7 de febrero de 1996, pag.4159. #

* ORDEN de 18 de Enero de 1996 por lo que se apruba el reglamento del Regimen Interior de la Comisión Nacional para el uso racional de los Medicamentos.
BOE de 13 de Enero de 1996, pag.5077.

* ORDEN de 18 de Enero de 1996, de Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de aplicación y desarrollo del RD 1300/1995 de 21 de Julio sobre incapacidades laborales del Sistema de Seguridad Social, en materia de equipos de valoración y procedimiento administrativo para la evaluación.
BOE núm. 23 de 26 de Enero de 1996, pag.2552.(RCL 1996,263).#

* REAL DECRETO 2072/1995 de 22 de diciembre, de Ministerio de Presidencia, que modifica y amplia el RD 1691/1989 de 29 de diciembre (RCL 1990,61) que regula el reconocimiento de diplomas y certificados y otros títulos de Médico y Médico especialistas de los Estados Miembros de la Unión Europea, el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y la libre prestación de

servicios.
BOE núm 20 de 23 de Enero de 1996, pag 1962. (RCL 1996,220).

* REAL DECRETO 509/1996, de 15 de marzo, de desarrollo del Real Decreto-ley 11/1995, de 28 de diciembre, por el que se establecen las normas aplicables al tratamiento de las aguas residuales urbanas.
BOE núm.77 de 29 de marzo de 1996, pag.12038. #

* REAL DECRETO 261/1996 de 16 de Febrero, de protección contra la contaminación de las aguas producida por los nitratos procedentes de fuentes agrarias.
BOE núm 61 de 11 de Marzo de 1996, pag 9734 (RCL 1996,922).

*REAL DECRETO 2207/1995, de 28 de diciembre, por el que se establece las normas de higiene relativas a los productos alimenticios.
BOE nnúm50 de 27 de Febrero de 1996, pag.7381.

* ORDEN de 1 de febrero de 1996 que modifica el Anexo I del Real Decreto 1406/1989, de 10 de Noviembre, po lo que se imponen limitaciones a la comercialización y uso de ciertas sustancias y preparados peligrosos.
BOE de 7 de Febrero de 1996.

* REAL DECRETO 150/1996 que modifica el articulo 109 del Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera
(RD 863/1985de 2 de Abril).
BOE de 8 de Marzo de 1996,pag.9407.

cursos y congresos

1. I CONGRESO LUSO-ESPANHOL SOBRE AVALIACAO DO DANO CORPORAL. Lisboa 8-9 de Noviembre 1.996. Secretariado do curso: Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Largo da Sé Nova, 3.000 - Coimbra. Telf - 039-22127. Fax - 039-20549.

2. CURSO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN PSIQUIATRIA LEGAL. Madrid. Noviembre 96 a Junio 97. Información: Facultad de Medicina, Universidad Complutense. Telf - 91-3941497.

3. I CONGRESO IBERICO DE MEDICINA LEGAL. Madeira (Funchal) 3 - 5 - 7 de Junio 1.997. De este congreso no hay más datos, a medida que nos vayan llegando se os irán comunicando.

4. MASTER EN PSICOLOGIA JURIDICA. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Enero 1.997 a Diciembre 1.998. 4ª Edición. Información: Fundación Universidad-Empresa. Serrano Jover 5, 6ª planta. 28015 Madrid. Telf: (91) 541-71-32 / 541-72-65. Fax: (91) 541-72-94.

5. 5th SYMPOSIUM ON PHYSICAL ANTHROPOLOGY "LUIS MONTANE". Del 18 al 22 de Noviembre de1.996 en La Habana (Cuba). Contacto: Lic. Maria Margarita Carmenate Moreno, Facultad de Biología, Universidad de La Habana, calle 25 No. 455, entre J e I. Vedado, Ciudad de La Habana, C.P. 10400, Cuba. Telf. (537) 32-9000/32-1321/79-3488. Fax (537) 32-1321/33-4163.

6. X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANTROPOLOGIA BIOLOGICA. Se celebrará en León del 7 al 10 de Julio de 1.997. Inscripción provisional hasta el 31 de Octubre de 1.996. Contacto: Dr. Luis Caro Dobón. Dpto. de Biología Animal. Laboratorio de Antropología Física. Facultad de Biología. Universidad de León. 24071 León. Telfs. 987-291525 y 291526 / Fax 987-291529 y 291479 / E-mail: dbalcd @ isidoro. unileon. es.

7. CONGRESO INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS FORENSES. Se celebrará en La Habana del 6 al 11 de Octubre de 1.997. En el mismo se contemplan temas de Antropología Forense. Contacto: Instituto de Medicina Legal. Ave. Independencia y Hernán Cortés. La Habana (Cuba) C.P. 1060. Fax (537) 33-5085. E-mail: JGLEZ@ FOREN. SLD.CU.

8. PRIMER SIMPOSIO MESTHO. (Médicos Españoles sin título homologado en la Unión Europea) Madrid 9 de Noviembre de 1.996. Información: Viajes el Corte Inglés S.A. Telf: 91- 3205346.

9.TITULOS PROPIOS DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO: Entre otros destacar un MASTER EN VALORACION Y BAREMACION DEL DAÑO CORPORAL EN EL AREA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, y un título de ESPECIALISTA EN VALORACION DEL DAÑO BUCO-DENTAL. Información (94)-464.18.99, extension 2906.

VIGENTE REGULACION DE LA BOLSA DE INTERINOS.

En los tablones de anuncios de los Juzgados ha aparecido recientemente el siguiente escrito remitido por la Gerencia Territorial de La Coruña:

Publicada la O.M. de 1 de marzo de 1.996 (BOE del 27) y la corrección de errores de la misma (BOE 9-04-96), sobre selección, propuesta y nombramiento de funcionarios interinos para cubrir plazas vacantes de los Cuerpos de Médicos Forenses, Oficiales, Auxiliares y Agentes de la Administración de Justicia, esta Gerencia, en el uso de las competencias que le otorga esta orden en su art. 5 convoca sendas bolsas de trabajo para la cobertura temporal de plazas de cada uno de los Cuerpos comprendidos en la mencionada Orden, cuando no puedan ser ocupadas por funcionarios titulares mediante los mecanismos habituales de provisión por oposición, concurso de traslado, comisión de servicio o sustitución.

Estas Bolsas tendrán carácter provincial y estarán integradas por un número de personas igual al 20 por 100 de la plantilla orgánica de cada provincia, excepto la consituida por el Cuerpo de Oficiales interinos que será el 10 por 100 de la plantilla.

Se reservará en ambos casos el 3 por 100 para personas con minusvalía con arreglo a la última orden de convocatoria de procesos selectivos de la Administración de Justicia.

SOLICITUD DE INCLUSION EN LA BOLSA DE TRABAJO

1. Cualquier español entre dieciocho y sesenta y cinco años que cumpla los requisitos exigidos por el ingreso en los cuerpos respectivos fijados en el Reglamento orgánico correspondiente, podrá solicitarsu inclusión en las bolsas de trabajo presentando el modelo que se acompaña como anexo I, salvo quienes se encuentren desempeñando funciones como interino o contratado laboral eventual en el momento de finalizar el plazo de presentación de instancias, y no se hallen como demandantes de mejora de empleo, en cuyo caso sí podrán.

No se incluirá en la bolsa de trabajo a quien cumpla en el transcurso del año para el que se establezca la bolsa, la edad de sesenta y cinco años.

Los requisitos exigidos, además de los anteriormente expresados, para el ingreso en la bolsa de cada cuerpo son:

a) Estar inscrito en el INEM como demandante de empleo o mejora del mismo.

b) No hallarse incurso en causa de incompatibilidad, ni haber sido inhabilitado ni cesado por expediente disciplinario o falta de capacidad en los últimos cinco años.

c) No padecer defecto físico o enfermedad psíquica o física, o circunstancia cualquiera que le incapacite para el desempeño del puesto.

d) Estar en posesión de la titulación, o en condiciones de obtenerla, que acredite los requisitos para el ingreso en cada cuerpo, y particularmente:

- Para el desempeño de puestos de Médicos Forenses: Licenciatura en Medicina.
- Para el desempeño de puestos de oficiales: Título de Bachiller Unificado Polivalente o equivalente.
- Para el desempeño de puestos auxiliares: Título de Graduado Escolar o equivalentes, así como diploma o certificación que acredite experiencias prácticas de mecanografía, obtenido en los últimos tres años, que deberá acreditarse mediente título oficial o de centro privado homologado oficialmente con clases prácticas que acrediten suficientemente su conocimiento entendiéndose por tal únicamente cuando se acredite que se superan las 250 pulsaciones manuales o las 280 de máquinas eléctricas.

Quedarán exentos de la presentación del diploma o certificado a que alude el párrafo anterior quienes acrediten haber desempeñado puestos de Oficial interino o Auxiliar en las distintas Administraciones Públicas, en los tres últimos años.

- Para el desempeño de puestos de agentes judiciales: Certificado de Escolaridad o equivalentes.

2. Los interesados solo podrán ser admitidos en las bolsas correspondientes a la provincia donde tengan su domicilio, excluyéndose cualquier petición que no cumpla este requisito.

3. Deberán acompañarse a la solicitud, en la forma determinada en el anexo I los siguientes documentos:

A) Con carácter general:

a) Fotocopia del DNI.

b) Certificado de empadronamiento o residencia cuando no sea coincidente con el que fitura en el DNI.

c) Documento acreditativo de estar inscrito en el INEM como demandante de empleo o de mejora del mismo.

d) Fotocopia de la titulación exigida para ingreso en cada cuerpo.

B) Para acreditar los servicios prestados en la Administración de Justicia como funcionario interino se deberá aportar certificado del Fiscal Jefe, Director del Instituto, Secretario Judicial o Gerente de los órganos o servicios donde se hubieran prestado, o bien copias de las actas de toma de posesión y cese en cada uno de los mismos. En aquellos casos que la Gerencia tenga la documentación precisa, no será necesaria su aportación.

C) La acreditación de haber participado en las pruebas para el ingreso como funcionario en la Administración de Justicia, no requerirá aportación de documentación, aunque dicha circunstancia debe ser alegada en el modelo de solicitud.

ORDENACION DE LOS INTERESADOS EN LA BOLSA DE TRABAJO

Se hará de acuerdo con el art. 4 de esta Orden y con las siguientes aclaraciones de la Subdirección General de Planficación y Ordenación de Recursos Humanos:

- Los tiempos de servicios prestados como sustituto por los que actualmente son interinos se les computan a efectos de antigüedad.
- Los puntos por ser licenciado en derecho son incompatibles con los de graduado social y los de criminología con los de diplomados en derecho.
- Con respecto a los cursos de informática se acreditará la puntuación con presentación del título oficial en cualquier aplicación informática.
- El desempeño de puesto de trabajo de Registro Civil y Servicios Comunes de Notificaciones y Embargos suponen experiencia en orden civil. El desempeño de un puesto enfiscalía, en orden penal.
- Si el seleccionado para un puesto concreto alega causa justificada que hace imposible su incorporación al puesto en concreto (que sí acepta), se le colocará al final de la bolsa de que se trate. Si no se alega causa justificada o no acepta el nombramiento, se entenderá que renuncia al mismo y quedará excluido de la bolsa de trabajo.

CONSTITUCION DE LA BOLSA DE TRABAJO

Se hará de acuerdo con el art. 5 de la O.M. con las siguientes aclaraciones de la Subdirección General citada:

- Si los incluidos en más de una bolsa de trabajo no optaran en el plazo de 10 días, se les incluirá en aquella que más puntuación tengan.

FORMULACION DE LA PROPUESTA DE INTERINO

Se hará de acuerdo con el art. 7 de la O.M. con las aclaraciones de la Subdirección General mencionada y que se indican a continuación:

- Mientras no esté publicada la nueva bolsa y aprobada la modificación del R.D. 1616/89 que permita retribuir las sustituciones de auxiliares a oficiales, no se puede proceder a autorizar dichas sustituciones.
- En caso de que se trate de sustituciones en órganos colegiados, el auxiliar propuesto deberá ser siempre de la misma sala y sección. Deberán asimismo ser titulares, no siendo

posible con auxiliares interinos.

- La participación sindical se desarrollará en el seno de la Comisión Paritaria a que se refiere el art. 11.

NOMBRAMIENTO DE INTERINO DE REFUERZO

Se tramitará con arreglo al art. 8 de la O.M.

ENTREGA DE DOCUMENTACION

Se hará de acuerdo con el art. 9, exigiéndose la fotocopia compulsada cuando se produzca el nombramiento.

ANUNCIO DE LA CONVOCATORIA Y PLAZO DE PRESENTACION

El anuncio de la convocatoria se hace en los tablones oficiales del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Audiencias provinciales, Fiscalías, Decanatos, Juzgados Unicos y Gobiernos Civiles.

El plazo de presentación de solicitudes será el comprendido entre los días 16 y 30 de mayo, ambos inclusive. Se podrán presentar las instancias en el Registro General de La Gerencia. sita en, Av. Alfonso Molina 1-bajo, 15.006 La Coruña, o en los lugares previstos por la Ley 30/1.992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común.

NOTA INFORMATIVA DE LA C.S.I.F. - JUSTICIA SOBRE REGLAMENTO DE GUARDIAS:

El día 20 de agosto, se celebró reunión de la Mesa Sectorial de Negociación de la Admon. de Justicia sobre la materia de Retribuciones y Empleo, ante el mantenimiento por el C.G.P.J. del día 1 de septiembre de 1.996 como fecha de entrada en vigor del nuevo Reglamento de Guardias.

Ante una negativa por parte del C.G.P.J. a posponer la entrada en vigor del citado Reglamento nos reunimos con representantes del Ministerio, llegando a las siguientes conclusiones provisionales:

GUARDIAS DE PERMANENCIA

- Partidos Judiciales de 4 o más Juzgados:

- Retribuciones: 9 puntos semanales a 1 Médico Forense, 1 Secretario u Oficial, 1 Auxiliar y 1 Agente.

- Horario: De Lunes a Sábado, de 09,00 a 14,00 horas y por la tarde de 17,00 a 20,00, Domingos y Festivos de 10,00 a 14,00 horas. En turnos rotatorios semanales, donde el Secretario rotará con los Oficiales y el resto entre si.

Los funcionarios que estén cumpliendo el turno de Guardia efectuarán solo el horario correspondiente a las tardes, sábados y domingos, librando el día siguiente hábil de la finalización de la Guardia.

El resto del personal que aún encontrándose de Guardia el Juzgado, no estén en el turno específico, deberán cumplir el horario ordinario, permaneciendo el resto de la guardia en situación de disponibilidad.

- El Ministerio ha garantizado no admitir certificaciones a los Secretarios que contengan acreditaciones de horario que excedan de las 37,5 horas semanales.

GUARDIAS DE DISPONIBILIDAD

- a) Partidos Judiciales con 3 Juzgados:

Retribuciones: 6 puntos semanales a: 1 Forense, 1 Secretrario u Oficial, 1 Auxiliar y 1 Agente.

- b) Partidos Judiciales con 1 ó 2 Juzgados:

Retribuciones: 1,75 puntos semanales a: 1 Médico Forense, 1 Secretario u Oficial, 1 Auxiliar

y 1 Agente.

El horario de ambos es el mismo que venían haciendo hasta la fecha.

No hacemos referencias a las Guardias de 24 horas por no afectar a ningún Juzgado de Galicia.

En lo relativo a materia económica, está pendiente de pasar el visto bueno del Ministerio de Hacienda.

INTERINOS

Por el Gabinete Jurídico del Ministerio se está estudiando una fórmula de concurso-oposición para el personal interino, asunto que será presentado en mesa de negociación en el mes de septiembre.

CONCURSO DE TRASLADO

Se prevé que salga en el mes de octubre.

OPOSICIONES

Una vez realizados los concursos de traslado y antes de final del año se convocarán oposiciones según el Ministerio.

CREACION DEL GRUPO DE OFTALMOLOGIA LEGAL.

La revista INFORMACION OFTALMOLOGICA en su número de julio-agosto 1.996 nos informa de lo siguiente:

"La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGIA aceptó en su Congreso de Salamanca la creación de un Grupo de Oftalmología Legal (GOL), constituido por un representante de cada autonomía, con la misión de recoger los temas de repercusión legal que sus compañeros les comuniquen y transmitirlos al Grupo para su elaboración.

En el Grupo tienen cabida jueces, magistrados, abogados, forenses, y cualquier otro profesional que en su momento pueda participar en una reclamación, una valoración de incapacidad, una indemnización,...

El Grupo pretende ser un punto de referencia al que puedan dirigirse jueces, magistrados, forenses y abogados en el momento en que precisen un perito oftalmólogo.

Uno de los objetivos del Grupo es formar a oftalmólogos en el ámbito del peritaje, así como enseñar y valorar las incapacidades en su justa medida para que las indemnizaciones sean justas."

PROCESAN A DOS FORENSES POR FALTA DE PERICIA EN EL JUICIO A UN SACERDOTE POR VIOLACION (LA VOZ DE GALICIA 24 DE OCTUBRE 1996)

A continuación transcribimos el artículo periodístico que cita fuentes de la AGENCIA EFE.

"El Ministerio Fiscal solicitó penas de cuatro meses y un día de arresto por un delito de falsa pericia para Juan Angel Martínez Jareño y Jaime Eguren, los dos forenses que acudieron como peritos al juicio celebrado en Cuenca en 1990 contra un sacerdote acusado de violar y de abusar de tres jóvenes deficientes mentales.

Durante la vista oral, celebrada ayer en la Audiencia Provincial de Cuenca, la fiscalía también solicitó para los dos inculpados el pago de una multa de 700.000 pesetas y seis años de inhabilitación por falsa pericia al considerar que las conclusiones de ambos peritos no se correspondían con la realidad, por lo que el sacerdote procesado resultó absuelto.

Los hechos juzgados ocurrieron en febrero de 1990, cuando el forense Martinez Jareño examinó al sacerdote en el centro penitenciario de Cuenca, donde éste estaba internado tras lo que emitió un informe poniendo en duda que el cura hubiera podido cometer los delitos que se le imputaban pues padecía una fimosis incompleta que hacía muy improbable cualquier penetración anal.

Sin embargo todos los peritos que acudieron a testificar durante el proceso judicial contra el sacerdote coincidieron en señalar que el acusado no sufría fimosis, por lo que para el ministerio fiscal, el forense realizó una falsa pericia al considerar que era improbable que hubiera penetración, pues el resto de las pruebas que se practicaron en la causa determinaron que sí era posible."

Boente

BAZAR MÉDICO - FARMACÉUTICO

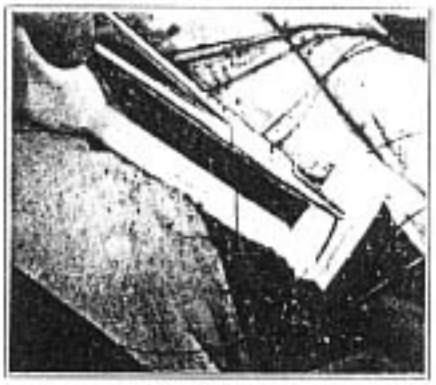
Curros Enríquez, 9
Telf.: 37 17 53 - 37 17 54
Fax.: 37 27 59
ORENSE

HEBU

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

"TODO PARA EL HOSPITAL, EL MEDICO Y EL PACIENTE"

Instrumental Médico.
Ortopedia.
Audífonos.
Montaje de Clínicas y Laboratorios.
Todo tipo de material Hospitalario.



Protector Quirúrgico de BOTET

Casa fundada en 1956

TESTIGOS DE JEHOVA Y TRANSFUSIONES DE SANGRE

MARIA DOLORES VASALLO RAPELA[1]

Algunas veces, los medios de comunicación, se hacen eco de un tema tan controvertido y polémico, que despierta vivas pasiones, al menos en algunos sectores de nuestra sociedad, como es el del rechazo de los miembros del grupo o asociación religiosa "**Testigos de Jehová**" a someterse a transfusiones de sangre, incluso cuando estas resultan vitales.

Se apoyan para ello, en determinados textos bíblicos, principalmente en el Antiguo Testamento, (Génesis, 9:3, 4; Levítico, 17:10, 11), que prohibia al pueblo de Dios, alimentarse con sangre y que ellos extienden a la administración de ésta por cualquier vía.

Refuerzan sus argumentaciones en la idea de que la transfusión de sangre implica una agresión física, aunque sea mínima, en los riesgos o peligros que la misma puede acarrear para su salud (Transmisión de enfermedades, como por ejemplo SIDA.), aunque sean de escasa entidad, en que va contra su salud y que nadie tiene porqué estar investido de poderes o facultades excepcionales para vulnerar derechos ajenos, aunque se amparen en salvar una vida, (en clara alusión a Jueces y a Médicos), en que la misma al ser realizada de forma forzada atenta contra su libertad y su dignidad humana. Sí bien, algunas de las argumentaciones citadas conllevan ciertas dosis de ignorancia y pretenden desviar el tema a un terreno ajeno a la religión que es en realidad la base del conflicto.

Sin duda, a ellos podríamos añadir, el posicionamiento de otros grupos que van más allá, como por ejemplo: el caso de los seguidores del llamado: "Cristo de Montfavet" **de la Secta "Iglesia Cristiana Universal"**, que rechazan todo tipo de tratamiento médico que pudieran precisar, aunque esta postura les lleve a poner en serio peligro sus vidas o incluso a una muerte segura, todo ello en aras de mantenerse fieles a su credo o ideas.

Surge así, el inevitable conflicto entre derechos:- El derecho a la Integridad física y dercho a la vida, proclamados en el Art. 15 de nuestra Constitución Española de 1.978, -El derecho a la Libertad Ideológica y Religiosa, previsto en el Art. 16 del mismo Texto Constitucional citado y - El derecho a la Libertad de Expresión o Conciencia, del Art. 20 de la Carta Magna. Todos ellos, consagrados como **Derechos Fundamentales de la persona**, protegidos constitucionalmente, conforme a lo dispuesto en el Art. 53.2 y susceptibles de Amparo ante el Tribunal Constitucional, máximo órgano de las garantías de esta naturaleza. Todo ello, engarzado con la disponibilidad o no de la propia vida y la valoración penal de la conducta de los profesionales de la Sanidad y los Jueces, que pueden encontrarse con estas situaciones en el desarrollo de su labor diaria.

En principio, la postura que aquellas personas inmersas en el tema pudieran mantener podría ser calificable penalmente de: **Auxilio al Suicidio**, por comisión por omisión, **Homicidio doloso** con dolo eventual, o de **delito de Coacciones o Atentado contra la Libertad religiosa, impidiendo a una persona el ejercicio de los Derechos Cívicos reconocidos por la Ley**. Al efecto podemos citar la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 27 de Marzo de 1.990, que condenó a un miembro del grupo de los Testigos de Jehová como autor de un delito de homicidio doloso, con dolo eventual, por desconectar el catéter a su cuñada, cuando se le realizaba una transfusión de sangre, siendo

[1] Juez de Primera Instancia e Instrucción. Profesora-Tutora de la UNED.

esta miembro del mismo grupo, que se negaba a aquella y que como resultado de estos hechos murió. De ello nos ocuparemos posteriormente.

Hoy día, el problema podría resolverse, en muchos casos, por medio de la AUTOTRANSFUSION medida aceptada por este grupo religioso y que consiste en extraer a estos pacientes, de forma previa a la intervención quirúrgica, las cantidades de sangre que puedan necesitar durante el curso de la misma.

Ahora bien, habrá supuestos en los que no es posible acudir a esta vía, bien por falta de tiempo para llevarla a cabo por urgencia vital o bien por falta de medios materiales para realizarla. En el primer caso y ante la negativa del paciente o bien de sus familiares más directos o por presiones de correligionarios a que se practique esa precisa transfusión, los médicos suelen acudir al Juez para pedirle la correspondiente autorización o para que sea este quien ordene expresamente la realización de la misma, trasladando al órgano judicial así toda la responsabilidad de una decisión sumamente dificil de tomar. De hecho se han impuesto, no pocas, querellas criminales contra Jueces y Magistrados por este tipo de autorización, si bien las argumentaciones jurídicas de dichas resoluciones judiciales siempre han sido confirmadas, hasta ahora, por nuestro más Alto Tribunal, manteniendo en conclusión que: Si el Juez no autoriza la Intervención cuando hay riesgo vital para el paciente, podría incurrir (segun un amplio sector doctrinal y jurisprudencial y que nos enlaza con la cuestión anterior que había quedado pendiente de exposición) en un delito de Auxilio al Suicidio (cooperación pasiva), tipificado en el **Art. 409 del C.P.** o en un delito de Omisión del deber de Socorro previsto en el **Art. 489 ter párrafo 1** pudiendo siempre amparar su decisión en el Estado de Necesidad recogido en el **Art. 8.7 del C.P.** como circunstancia que exime de la responsabilidad penal porque el mal causado es menor que el que se trata de evitar. Podemos citar a título de ejemplo: Auto de T.S. de fecha 14 de Marzo de 1.979, cuya argumentación jurídica es confirmada por otros posteriores, como el de fecha 22 de Diciembre de 1.983 y el de 25 de Enero de 1.984 etc...

No obstante, un cierto sector doctrinal, aunque minoritario, se pregunta porqué motivo no son utilizados los mismos argumentos jurídicos y los mismos criterios, en otros casos, como por ejemplo: *¿ porqué no se obliga de la misma forma a una mujer a abortar para salvar su propia vida, cuando esta se niega a hacerlo, amparàndose en sus creencias católicas ?* .

Está claro que con este tema no está en juego la Seguridad o la Salud Pública, ni individual ni colectiva, sino la vida humana, en los casos más extremos, y este es un bien jurídico tutelado y protegido penal y constitucionalmente y además **indisponible**, siendo por ello irrelevante el consentimiento del interesado, según ha tenido ocasión de manifestar el T. Constitucional, aunque entrando en esta cuestión de forma difusa, al no conocer del fondo de los asuntos a los que ha tenido acceso, por lo que habrá que esperar a que en su día llegue a su conocimiento algún caso que sí le permita entrar a examinar a fondo este polémico tema.

Opino, que deberíamos distinguir las distintas situaciones en que podamos vernos envueltos, porque así algunas de las argumentaciones jurídicas, anteriormente expuestas, pudieran resultar solo aparentemente sostenibles:

1- Que el paciente sea mayor de edad civil: (18 años), y que adopte su decisión LIBRE, VOLUNTARIA Y CONSCIENTEMENTE y existan métodos o soluciones alternativas a la transfusión de sangre que puedan llevarse a cabo.

2- Que el paciente sea menor de edad o incapaz, deficiente o enfermo mental no incapacitado, se encuentre en un estado de no poder decidir ni emitir una declaración de voluntad libre y conscientemente (por ejemplo: se encuentre insconsciente o en coma) y no se pueda acudir a otras vías alternativas por urgencia o riesgo vital.

EN EL PRIMER SUPUESTO, el Juez no está obligado *ineludiblemente* a autorizar dicha intervención y en este caso nunca podría incurrir en un delito de Omisión del deber de socorro por no concurrir los requisitos exigidos en el citado Art. 489 ter párrafo 1 del C.P., pues no existe situación de peligro grave y manifiesto ni situación de desamparo, a no ser que se pierda la consciencia, la voluntad contraria al socorro elimina el deber de socorrer en este caso concreto.

Tampoco podemos ampararnos en el Estado de Necesidad ni hablar de Auxilio al Suicidio por cuanto el "Testigo de Jehová" no quiere morir ni busca su muerte, quiere vivir, aunque no conculcando su ideología o creencia religiosa a las que sitúa en su escala de valores por encima de su propia vida. Definía TORIO el Suicidio como: *la muerte querida de una persona imputable*. El perfil del "Testigo de Jehová" no coincide con el del suicida ni psicológica ni jurídicamente. Es más, los mismos peticionan y consienten otros tipos de asistencia médica y sanitaria. *Por eso no debe en estos casos hacerse prevalecer el derecho a la Vida sobre el derecho a la Libertad Religiosa y la propia dignidad humana.*

En este sentido se pronunció el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en un Auto de fecha 23 de Diciembre de 1.992, cuyo posicionamiento es compartido por un sector doctrinal cada día más amplio.

EN EL SEGUNDO CASO: *Siempre ha de prevalecer la protección de la Vida de estos pacientes, sobre sus creencias religiosas, que más bien serán las de sus padres o allegados.* El juez no debe dar atención prioritaria a las creencias de estos ni a su negativa por encima de la vida de los menores o incapaces de hecho o de derecho por cuanto la conducta de los mismos podría ser enmarcada dentro del ejercicio abusivo o desviado de la función (derecho-deber) que tienen encomendada por Patria Potestad, Tutela, Curatela etc...

Finalmente, podemos destacar a título de ejemplo las opiniones al respecto de prestigiosos penalistas como:

BAJO FERNANDEZ, M. Catedrático de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Madrid que disiente de la doctrina del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional expuesta al principio, mostrándose abiertamente partidario de que no está justificada la transfusión de sangre contra la voluntad del paciente (Testigo de Jehová), incluso aunque sea para salvar su vida, es decir, incluso en supuestos de urgencia y riesgo vital.

BUENO ARUS, llega a la conclusión de que el enfermo tiene derecho a rechazar la misma porque su imposición de forma obligatoria sería contraria a su dignidad humana, supondría una negativa a la libertad del mismo y a su derecho a tomar sus decisiones personales libremente. Sigue sosteniendo este autor que salvo en los casos de peligro para la Salud de la población y de decisión tomada por un incapaz no puede imponerse al enfermo contra su voluntad, manifestada en ese momento o por testamento vital, un tratamiento médico, una intervención quirúrgica, o transfusión de sangre, a la cual se opone.

Una intervención contraria supone, a juicio de estos y otros juristas de reconocido prestigio, UN INEVITABLE SALTO ATRAS EN EL RESPETO A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS, LO QUE LOS ORGANOS JUDICIALES NO DEBEN PERMITIR.

EL DELITO DE AGRESIONES SEXUALES EN EL CODIGO PENAL DE 1995.

JACINTO JOSÉ PÉREZ BENÍTEZ[1]

INTRODUCCION

Dentro de las múltiples innovaciones introducidas por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, del Código Penal, (en adelante, CP), destaca, sin lugar a dudas, la regulación de los llamados "delitos contra la libertad sexual", denominación que sirve de rúbrica al Título VIII de su Libro II, que aparece integrado por los artículos 178 a 194, distribuidos a lo largo de seis capítulos.

Se aparta el legislador con esta nueva regulación, no ya de toda una tradición en el modo de afrontar los llamados históricamente "delicta carnis" o delitos sexuales, sino de las más recientes reformas acometidas en dicha materia, especialmente la última de todas ellas operada por la Ley Orgánica 3/1989 de 21 de Junio, reformadora del CP de 1973.

En efecto, como se expondrá en las líneas que siguen, llama la atención, por su novedad, el contenido del Título VIII del vigente texto, donde, en una primera y rápida aproximación, no se encuentran las formas tradicionales de la delincuencia sexual (violación, estupro, rapto), nomen iuris de figuras que desaparecen, con la aparición de otras nuevas - algunas objeto de severa crítica- en un intento de "avanzar en el camino de la igualdad real y efectiva" y de adaptar la norma penal a las transformaciones que ha experimentado la sociedad, según expresa la Exposición de Motivos del nuevo texto.

Es propósito de este trabajo resaltar las líneas generales de la nueva regulación, sin ánimo de exhaustividad y con la sola intención de destacar las notas más sobresalientes frente al texto previgente, centrándonos en la nueva figura de las agresiones sexuales, como tipo paradigmático de los ataques a la libertad sexual, a la que acompañan, en el Título VIII los delitos de abusos sexuales, el llamado "acoso sexual" -polémica figura, que planteará problemas de aplicación práctica-, los delitos de exhibicionismo y provocación sexual del capítulo IV -apenas retocados en el nuevo Código-, y los delitos relativos a la prostitución, integrantes del capítulo V (donde desaparece la llamada corrupción de menores, tal como señala la STS 16.09.96, afirmando que "queda eliminada cualquier actividad delictiva que tenga que ver con la corrupción"; permanece la prostitución, como especie dentro del género corrupción, pero se suprime en el nuevo texto cualquier referencia a ésta última, produciéndose una peligrosa zona de impunidad.)

BIEN JURÍDICO PROTEGIDO

Partiendo de la idea, apuntada por el legislador de 1989, de que las rúbricas de los Títulos del CP han de expresar el bien jurídico protegido en los distintos preceptos que las integran

[1] Juez del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Celanova (Orense)

-lo que presenta indudables ventajas interpretativas-, el nuevo CP no introduce innovación alguna con respecto a la citada ley reformadora, continuando con la denominación de "libertad sexual" como expresión del bien jurídico tutelado, lo que ya motivó en su momento la acogida favorable por parte de la mayoría de la doctrina, si bien con alguna significada excepción.

Se apartó, de esta forma, la nueva regulación, de la denominación tradicional de "delitos contra la honestidad", procedente del CP de 1848, que hacía referencia a concepciones, afortunadamente superadas, sobre la "ordenada vida sexual", recato o buen comportamiento sexual, en definitiva patentando la confusión entre Moral y Derecho, con el lastre de una hipócrita visión de la llamada moral sexual, a la que acompañaba el criterio de la minusvaloración de la mujer, a la que consideró como mero sujeto pasivo o acompañante en la relación sexual. Según afirma la Exposición de Motivos del actual Código: "bajo la tutela de la honestidad de la mujer se escondía una intolerable situación de agresión...". Por otra parte, el término "honestidad" impedía la tutela de personas que "moraban en lo deshonesto", como las prostitutas, que quedaban fuera del círculo de los sujetos pasivos de estos delitos en tanto que no portadoras del equívoco valor "honestidad", y al propio tiempo, según recuerda MARCHENA GOMEZ, se impedía hablar de deshonestidad en el seno de la relación matrimonial, siendo, por tanto, imposible considerar a la esposa sujeto pasivo de atentados sexuales cometidos por su cónyuge.

Unánime, pues, el rechazo a la anterior denominación (no desechada, por lo demás, por todos los ordenamientos), debe precisarse el alcance del concepto de "libertad sexual" como objeto de protección por la norma penal. Dicho concepto aparece integrado, al menos, por dos elementos, (DE VEGA RUIZ, ORTS BERENGUER): un aspecto positivo o "dinámico-positivo", integrado por la facultad de disponer del propio cuerpo, de las propias potencialidades sexuales, tanto en el comportamiento particular como frente a los demás; y un aspecto negativo o estático, consistente en el derecho de la persona a no verse involucrada sin su consentimiento en un contexto sexual por otra persona, se trata del derecho a repeler todo ataque sexual.

Enlaza la libertad sexual con los más altos valores de que es portador el ser humano: la libertad y la dignidad personal, el libre desarrollo de la personalidad (QUERALT, citado por ORTS), valores, todos ellos , de alcance constitucional.

Como afirma DE VEGA RUIZ, en aras al principio informador del Derecho Punitivo cual es el de intervención mínima, el CP castiga la "sexualidad reprobable", concluyendo con el irrefutable aserto de que "en el sexo y en la pareja vale todo cuanto los dos acuerden, y no vale nada que sólo uno de ellos rechace".

Todo lo hasta ahora expuesto puede matizarse en el sentido de que en determinados tipos aparecen, no obstante, otros bienes jurídicos como objeto de protección. Tal sucede en los casos en los que se tutela a incapaces o a menores, no portadores de una plena libertad sexual, debiendo buscarse en la indemnidad o libre desarrollo de la personalidad el objeto de protección por la norma penal, (ORTS, RUS CARMONA), lo que, dicho sea de paso, en el supuesto de incapaces tal afirmación se presta a todo tipo de matizaciones.

LAS AGRESIONES SEXUALES

Se inicia el Título VIII con la más grave figura de cuantas atentan contra la libertad sexual, a la que se dedican los artículos 178 a 180. Define CONDE PUMPIDO la agresión sexual como "actos libidinosos contra personas de uno u otro sexo", caracterizándose las figuras de agresiones sexuales al amparo del texto anterior por la presencia de dos elementos: uno de carácter positivo, consistente en la tendencia de la acción, guiada por el ánimo de atentar contra la sexualidad ajena, y otro de carácter negativo, definiéndose por exclusión, pues no podían constituir ni violación ni estupro, ya tipificados expresamente en el Código.

En el vigente CP, pueden distinguirse diversas figuras delictivas, amparadas por la rúbrica

común de "agresiones sexuales": un tipo básico de agresión sexual (art.178), una modalidad agravada por el "modus delinquendi" (art.179), y una serie de subtipos agravados de las dos anteriores modalidades, en el art.180.

A) Tipo básico de agresión sexual.

ART. 178 : "El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como culpable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años."

La protección del bien jurídico de la libertad sexual cobra aquí la mayor amplitud, hasta el punto de que la conducta básica aparece configurada en términos tan laxos como "atentar contra la libertad sexual", modalidad pluriforme que abarca una multiplicidad de actos, tantos cuantos sean susceptibles de agredir la sexualidad del sujeto pasivo. Se trata de un precepto capaz de acoger la totalidad de las conductas que menoscaben el bien jurídico de la libertad sexual, de ahí la importancia que presenta, una vez más, su exacta delimitación.

No es, ciertamente, el tipo transcrito un modelo de precisión en la tarea legislativa, debiendo ser la jurisprudencia la que llegue a llenar el concepto del núcleo rector del tipo -"atentar"- (será, parece evidente decirlo, el criterio hermenéutico de la "realidad social del tiempo" en que deba aplicarse la norma -art.3 del Código Civil- un factor determinante en su aplicación.)

En una elemental tarea de delimitación del concepto, podrán excluirse, por el límite inferior, todas aquellas conductas informadas por un ánimo lúbrico pero integradas en comportamientos socialmente admitidos, que, a lo más, pudieran dar lugar a una falta de vejación leve del art.620.2 del CP, como forma residual, aplicable a cuantas conductas impliquen un ataque a la libertad, en cualquiera de sus formas. Piénsese, no obstante, que determinados actos, en principio de carácter leve, podrán hacer surgir el nuevo tipo de acoso sexual, del art.184. En su límite superior, aparecerá subsimida la conducta en cualquiera de los subtipos agravados de los arts. 179 y 180.

Son, por lo tanto, elementos integrantes de esta infracción: a) un ataque contra la libertad sexual de otra persona, y b) la presencia de violencia o intimidación, notas que la diferencian de la figura más leve de abuso sexual. Sobre la dificultad de lograr un concepto objetivo de "lo sexual", por lo demás necesario si se quiere huir de apreciaciones meramente subjetivas, se manifiesta el prof. MUÑOZ CONDE, entendiendo por tal "todo acto en el que intervengan los órganos genitales, tanto más si su fin implica penetración", exigiendo, además de este elemento objetivo, una cierta trascendencia o gravedad en el acto, siempre, como anteriormente se dijo, "en la línea de los usos y costumbres del lugar."

Sujeto activo del delito podrá serlo cualquiera, hombre o mujer, al igual que sucede con el sujeto pasivo en esta modalidad delictiva (ya quedó sentada la posibilidad de que lo sean las prostitutas o el cónyuge del agresor o agresora). Como afirma ORTS BERENGUER, no podrá serlo el cadáver, debiéndose encuadrar tal conducta en el actual art. 526.

La acción típica puede, se repite, abarcar múltiples formas, siendo lo habitual el consistir en un contacto físico, corporal, generalmente en las partes íntimas de la víctima, o bien en obligar a ésta a realizar tocamientos en los órganos genitales del agresor. Sostiene, en cambio, MARCHENA GOMEZ que la conducta también abarca supuestos en los que la víctima "es obligada a ejecutar cualquier acción sobre sí misma que satisfaga el impulso erótico del agresor....La libertad sexual puede ser vilipendiada tanto obligando a soportar el contacto físico ajeno como imponiendo la lasciva presencia de quien se erige en testigo de las acciones sexuales a que se compele a la víctima.". En criterio seguido por la Fiscalía General del Estado (Circular 2 / 1990), el concepto de agresión sexual supone, frente al abuso sexual, una acto más contundente, con un contenido de actividad más agresivo, lo que excluiría ciertos comportamientos como la mera contemplación o "voyeurismo", o la obligada contemplación a la víctima de actos masturbatorios. En cualquier caso, es claro, lo que caracteriza la agresión sexual en el nuevo texto es la presencia de "violencia o intimidación" (con la supresión del tradicional término "fuerza", que empleaba el art.429.1 del texto previgente, lo que no parece presentar trascendencia alguna).

Por "violencia" debe entenderse la fuerza física, no tanto en el sentido de "vis absoluta", que anularía la voluntad de la víctima, exigiendo para vencerla un comportamiento con tintes heroicos, sino que deberá acudirse a las circunstancias del caso concreto, tanto de la propia víctima -mayor o menor pusilanimidad, capacidad de reacción ...-, como del lugar -vgr. convicción de la inutilidad de la resistencia, imposibilidad de recibir ayuda, etc. -, pero siempre con una suficiente entidad objetiva, (valga aquí toda la doctrina construida bajo el viejo texto).

El concepto de "intimidación" tampoco ofrece especialidad notable respecto a la legislación derogada, debiéndose emplear en su exégesis un elemento mixto, objetivo-subjetivo. Intimidar es amenazar, siendo indiferente que dicha amenaza sea de un mal a la propia víctima o a otra persona vinculada a élla, siempre que la amenaza ofrezca visos de seriedad y que presente alguna entidad, suficiente para llegar a alcanzar su fin de atentar contra el bien jurídico de la libertad sexual. En criterio de MUÑOZ CONDE, "no se trata de que sea el sujeto pasivo quien determine con su personal sentimiento valorativo cuándo la intimidación puede ser suficiente para considerar el acceso carnal como violación, sino de que el juzgador tenga en cuenta las circunstancias que, siendo conocidas por el violador, han llevado al acceso carnal."

Respecto del tipo subjetivo ha de decirse que el tipo de agresión sexual es esencialmente doloso, no requiriendo la presencia de elemento subjetivo del injusto específico, pues parece evidente que así lo precisa el carácter tendencial de la violencia o de la intimidación. Desaparecen, por lo demás, los problemas que algunos autores planteaban respecto de la posibilidad de la comisión culposa en la violación con fuerza, admitida en alguna antigua sentencia, pero superada por la nueva tipificación expresa de las conductas imprudentes, recuperada en el vigente texto.

En lo atinente al iter criminis, cabrá hablar de tentativa en los supuestos en que el sujeto comienza a desarrollar la violencia o la intimidación pero, por causas ajenas a su voluntad, no se llega a alcanzar el fin de la agresión sexual (art.16 CP), vgr. en casos de resistencia de la víctima o por presencia de terceros. No parece posible el desistimiento en esta figura básica, aunque sí en las modalidades agravadas.

B) Modalidad cualificada

ART. 179: "Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de seis a doce años."

Como es conocido, el CP anterior, tras la reforma de 1989, caracterizaba el delito de violación por el acceso carnal por las vías vaginal, anal o bucal. Apartándose totalmente de la anterior regulación, el vigente texto diferencia el acceso carnal de la penetración bucal o anal, añadiendo la introducción de objetos, que en el anterior CP constituía una agravación de las agresiones sexuales violentas, subsidiarias de la violación (art.430, CP de 1973). Por "acceso carnal" ha de entenderse "ayuntamiento carnal", cópula, o coito vaginal heterosexual, no siendo ahora preciso buscar un concepto amplio, capaz de abarcar otras modalidades, que hoy se singularizan con la expresa tipificación de la "penetración anal o bucal".

Permanecen, en cambio, todos los problemas en la determinación de los sujetos activo y pasivo del delito. En la modalidad de acceso carnal podrán ser sujetos activos tanto el hombre como la mujer. Según ORTS BERENGUER, lo mismo delinque el hombre que vence el rechazo de la mujer, -o de otro hombre-, a través de violencia o de intimidación, que la mujer que en iguales circunstancias yace con un hombre. Para MUÑOZ CONDE la cuestión es más de carácter valorativo, preguntándose si debe tener la misma gravedad la conducta cometida por un varón. La cuestión queda resuelta si se sigue un criterio estricto de acceso carnal como coito heterosexual. En el caso de ataque sexual de mujer a hombre la cuestión es más compleja, pues parece difícil pensar en la posible imposición violenta o por intimidación del acceso carnal. La precitada Circular de la Fiscalía General del Estado se muestra decididamente partidaria de la posibilidad del sujeto activo femenino, a pesar de reconocer la dificultad práctica, dada la exigencia de erección en el varón para poder lograr la penetración, pese a lo cual afirma que "la literatura erótica contiene

ejemplos de esa imposición de relaciones sexuales forzadas al varón y de uso de medios mecánicos o químicos para lograr la erección...", a lo que añade el argumento de que "hay que romper con el estereotipo tradicional de que la mujer es la protagonista inactiva de la relación sexual, en la que toda iniciativa corresponde al varón, manteniendo también en esto la igualdad de sexos."

Sujeto activo en la modalidad de penetración anal o bucal ha de serlo sólo el hombre, entendiéndose la penetración como la introducción del miembro genital masculino en cualquiera de las cavidades típicas del sujeto pasivo, que, es claro, podrá serlo el varón o la mujer.

El momento de la consumación delictiva plantea problemas diferentes en cada una de las tres formas típicas. Así, en el supuesto del acceso carnal se volverán a plantear todas las dudas acerca de si basta la *coniuctio membrorum* o bien es exigible, en mayor o menor medida, la *inmissio penis*, no siendo preciso que se alcance la eyaculación o, en su caso, la desfloración. Personalmente estimo acertado el criterio seguido por la sentencia del Tribunal Supremo de 29.09.92 (ponente Sr. BACIGALUPO), cuando afirma que "en un sentido puramente literal es indudable que hay penetración una vez que el pene ya ha superado el umbral del *labium majus*... no hay ninguna razón idiomática que imponga afirmar que la cavidad genital femenina comienza en la vagina, toda vez que desde el punto de vista puramente físico tal cavidad comienza en el *labium majus*, por tanto a partir de éste ya habrá penetración y, naturalmente, acceso carnal... cuando se accede con el órgano sexual masculino al ámbito del órgano femenino que delimita el *labium majus*, pues en ese momento ya se ha penetrado en una zona interior del cuerpo de la mujer, extraordinariamente reservada e íntima, con lo que la lesión del bien jurídico protegido es ya completa."

En el supuesto de la introducción de objetos, se requiere, obviamente, dicha introducción, en mayor o menor medida, en las cavidades típicas. Objetos que, dicho sea de paso, han de ser de carácter material (no siéndolo, por ejemplo, los dedos), exigiéndose, igualmente, una tendencia o contexto sexual. Dígase también, respecto de esta modalidad, que el objeto ha de introducirlo el sujeto activo del delito, de propia mano; si, por el contrario, obliga a la víctima a introducírselo, se estará en presencia del tipo básico.

En lo que hace a la penetración bucal, algunos autores se muestran partidarios de exigir eyaculación para la perfección del delito, siguiendo el argumento práctico de la imposibilidad probatoria de la consumación en otro caso. No parece exigirlo así el texto legal. La dificultad probatoria es algo que ordinariamente acompaña a todo delito sexual, como casi a diario se encarga de recordar la jurisprudencia y nos enseña la práctica.

En cuanto a la posibilidad del concurso de delitos, habrá que estar a la normativa general contenida en los arts. 75 a 77, admitiendo supuestos de concurso ideal o real. En supuestos de detención ilegal habrá de tenerse en cuenta la supresión en el nuevo CP del delito de rapto. Problemas de mayor enjundia presenta la posibilidad de la continuidad delictiva.

C) Tipos cualificados

ART. 180: "Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del art. 178, y de doce a quince años para las del art.179, cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

"1ª.- Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio."

Se fundamenta la agravación en el hecho de que la conducta atentatoria contra la libertad sexual no precisa de tales actos para alcanzar su fin. Surge, por tanto, cuando además se pisotea, humilla o mancilla la dignidad del ofendido, "porque la penetración vaginal no tiene por qué pasar necesariamente por tales aberraciones." (STS 16.05.94)

"2ª.- Cuando los hechos se cometan por tres o más personas actuando en grupo."

No será preciso que todos los componentes del grupo realicen el acto de trascendencia sexual, bastando con que participen en la fuerza o en la intimidación, reforzando la ventaja del que los ejecuta de propia mano, lo que inevitablemente conlleva una mayor debilidad de la víctima. Excluirá la agravante de abuso de superioridad (art. 22.2 CP).

"3ª.- Cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación."

Ha de tenerse presente que se está ante un subtipo agravado de la agresión sexual, por lo que se precisa de violencia o de intimidación, también frente a estos sujetos especialmente vulnerables. Comprende a cuantas personas se encuentren en una posición de mayor indefensión frente al agresor, por causa de su edad (niños, ancianos), enfermedad (física o psíquica), o, en general, por su situación, derivándose, además, una mayor facilidad para la comisión del delito, lo que agrava el reproche de culpabilidad.

"4ª.- Cuando el delito se cometa prevaliéndose de su situación de parentesco, por ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza, por adopción o afines de la víctima."

Será exigible en este supuesto, además de la relación de parentesco -en todo caso en la línea recta, y hasta los hermanos en la colateral, con extensión a los afines y adoptivos-, la presencia adicional del elemento del prevalimiento, posición que origina "una menor libertad del consentimiento de la víctima, al faltar las condiciones de igualdad que son substrato de la necesaria libertad para la entrega voluntaria al acto carnal" (STS 30.10.82). El parentesco ha de ser aprovechado como elemento de mayor facilidad para la comisión del delito.

"5ª.- Cuando el autor haga uso de medios especialmente peligrosos o susceptibles de producir la muerte o cualquiera de las lesiones previstas en los arts. 149 y 150, sin perjuicio de las penas que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas."

El fudamento de la agravación se encuentra en el mayor peligro para otros bienes jurídicos de especial valor o trascendencia, y que pueden ser fácilmente lesionados en ataques de esta naturaleza. Resulta evidente que basta el uso, -incluso meramente intimidatorio-, no precisando la causación de resultado alguno, que, caso de producirse, se castigará siguiendo las reglas del concurso.

Finaliza el precepto comentado con una agravación de segundo grado, del siguiente tenor:

"Si concurriesen dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior."

BIBLIOGRAFÍA

COMENTARIOS AL CODIGO PENAL DE 1995. TOMAS S. VIVES ANTON. Ed. Tirant lo Blanch 1996.
"DERECHO PENAL, PARTE ESPECIAL", MUÑOZ CONDE Y GARCIA ARAN, 2ª Edición revisada. Tirant lo Blanch, 1996.
"LA VIOLACION EN LA DOCTRINA Y EN LA JURISPRUDENCIA", JOSE AUGUSTO DE VEGA RUIZ. Ed. Cólex, 1991.
"DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL", ORTS BERENGUER. Ed. Tirant lo Blanch, 1995.
"LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL EN LA REFORMA DEL CP 3/89". MARCHENA GOMEZ.
"ABUSOS SEXUALES". HERNANDEZ GALLEGO. En "Congreso sobre el nuevo CP", C.G.P.J., 1996.
"CODIGO PENAL DE 1995", MOYNA MENGUEZ, y otros. COLEX, 1996.

ESQUEMAS DE PATOLOGIA CORONARIA

BEATRIZ AGUILERA [1]

RESUMEN: La autora aporta conceptos de patología coronaria de forma muy esquemática pero abarcando prácticamente todas las lesiones de importancia en la muerte súbita.

Para estudiar las coronarias, es conveniente examinar:

- Origen de las coronarias.
- Trayecto epicárdico.
- Ramas intramiocárdicas.

I. ORIGEN DE LAS CORONARIAS

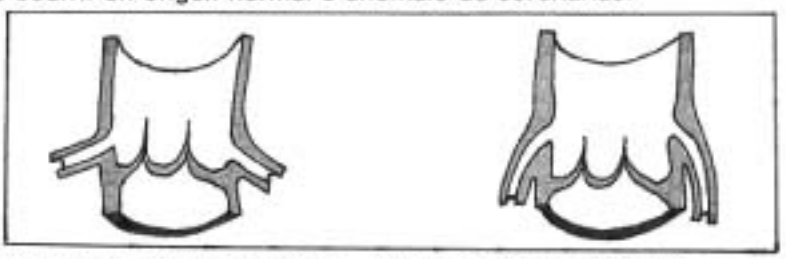
a) Normalmente la coronaria derecha (CD) se origina del seno aórtico derecho y la coronaria izquierda (CI) del seno aórtico izquierdo. Aproximadamente en un 20% de los casos existe un ostium accesorio vecino al de la CD, correspondiente a la arteria conal. Lo más frecuente es que los ostium se localicen en el centro de los senos, pero a veces están muy abajo, vecinos de la comisura o por encima del anillo de inserción valvular, considerándose variante normal hasta 1 cm por encima del anillo.

Los ostium tienen un diámetro aproximado de 4-5 mm.

El ángulo que forman las coronarias con la pared aórtica es por lo general entre 45 y 90 grados.

b) ORIGEN ANOMALO DE LAS CORONARIAS

1.- ORIGEN TANGENCIAL O EN ANGULO AGUDO de una o las dos coronarias (menor a 45 grados). Puede ocurrir en origen normal o anómalo de coronarias.



- OSTIUM CON PSEUDOVALVULA. OSTIUM EN HENDIDURA.

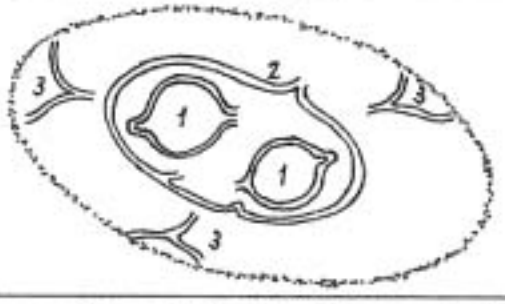
Virmani define Pseudoválvula cuando ocupa más del 50% del área del osteum (J.AM. Coll Cardiol, 1984).

2.- CLASIFICACION ORIGEN ANOMALO DE LOS OSTIUM CORONARIAS

Se comprenden mejor las anomalías si se recuerda el origen embriológico, a partir de tres esbozos, de las coronarias.

---

[1] Sección de Histopatología. Instituto Nacional de Toxicología. Madrid.



1. Gemaciones a partir de troncos arteriales.
2. Gemaciones a partir de anillo o corona alrededor de arterias aorta y pulmonar.
3. Plexo epicárdico.

Las anomalías en el origen pueden ocurrir en forma aislada o asociada a otra malformación cardíaca.

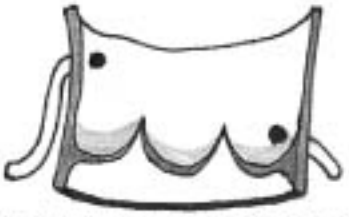
- CLASIFICACION DE ANOMALIAS CONGENITAS DE LOS OSTIUM CORONARIOS:

-Situación ectópica en el seno aórtico propio:

Situación en el plano vertical:
- origen bajo (low take-off).
- origen alto (high take-off).

- Situación ectópica en un seno aórtico distinto:
  - origen de CD y CI en seno aórtico derecho.
  - origen de CD y CI en seno aórtico izquierdo.
  - origen de DA o CX en seno aórtico derecho.
  - origen de CD y/o CI en el seno aórtico posterior.
- Situación ectópica extra-aórtica:
  - origen de CD y/o CI (o sus ramas) de la arteria pulmonar.
  - origen de CD y/o CI (o sus ramas) de una arteria sistémica
- Anomalías por defecto:
  - arterias del ostium coronario.
  - ostium coronario único.
- Anomalías por exceso:
  - ostium múltiples en seno aórtico derecho.
  - ostium múltiples en seno aórtico izquierdo.
  - ostium múltiples en ambos senos aórticos.

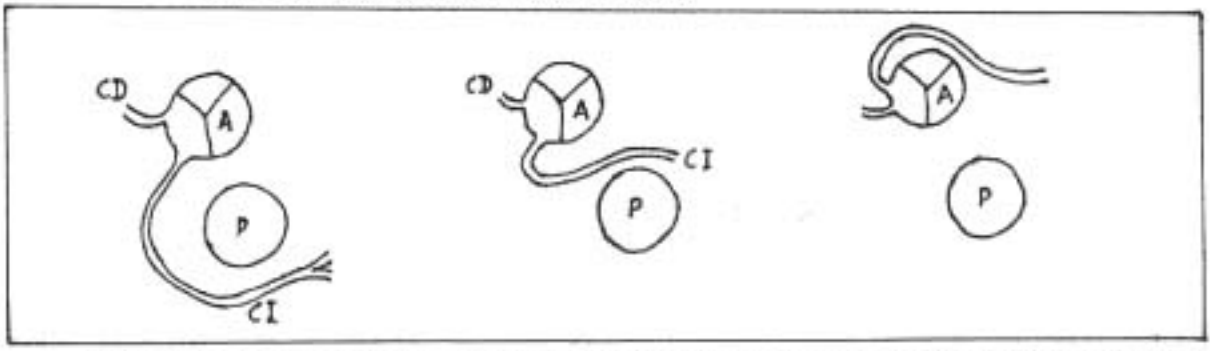
-Origen alto de una coronaria



Puede ocasionar patología por dos razones:

- al no estar protegido el ostium por valva durante la sístole, es más susceptible de sufrir embolizaciones.
- suele tener el ostium forma anómala con pseudoválvula y origen en ángulo agudo.

- Situación ectópica en seno aórtico distinto:
  - CD Y CI DE SENO AORTICO DERECHO



El trayecto para la CI vaya a dar a la circunfleja (CX) y descendente anterior (DA) puede hacerse en tres variantes, según se observa en el esquema. La variante con más peligro de fallecer por muerte súbita, es la que CI hace su trayecto entre la arteria pulmonar y la aorta.

Según Roberts, Am Heart J. May 1986,

De 34 casos, 26 (76%) fallecen antes de los 20 años, lo hacen súbitamente y en relación con el ejercicio y es más frecuente en varones (24 V : 2 M).

- CD Y CI ORIGINADAS DEL SENO AORTICO IZQUIERDO

Es una anomalía que se ha considerado como "variante anatómica" hasta hace poco.

Según la experiencia de A. Taylor de la AFIP, de 52 casos con esta anomalía, el 25% fallece súbitamente.

También puede ocasionar dolor precordial o IAM.

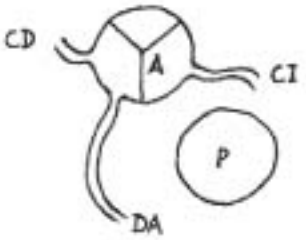
Cuando el trayecto lo hace entre arteria pulmonar y aorta, por angiografía Keren ha demostrado estrechamiento de la CD durante la sístole.

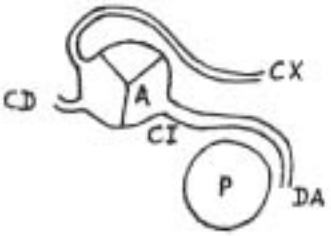
MECANISMO DE ISQUEMIA: relacionada con ejercicio cuando una de las coronarias cursan entre la aorta y la pulmonar.

1. Ostium en hendidura o con pseudoválvula que se ve comprimido por aorta que se dilata con ejercicio.
2. Compresión de la coronaria que cursa entre aorta y pulmonar.
3. Combinación de ambos factores.

- ARTERIA CIRCUNFLEJA O ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR DEL SENO AORTICO DERECHO.

Lo pueden hacer por ostium separados (dos ostium en seno aortico derecho) o pueden originarse de la coronaria derecha.





a) El origen de DA del seno o coronaria derecha es una variante que puede considerarse anatómica.

Por el contrario, el origen de la circunfleja del seno o coronaria derecha puede ser la única anomalía encontrada en casos de muerte súbita, que ocurre, según Taylor en el 10% de los portadores de esta anomalía.

En el trabajo de D. Corrado "Anomalous origin of the left circunflex coronary artery from the right aortic sinus of Valsalva and sudden death". (Cardiovasc Pathol 1994, 3: 269-271), relaciona esta mortalidad o la presencia de angina o infarto, con un origen en ángulo agudo y con ostium en hendidura o con pseudoválvula.

-ORIGEN ECTOPICO EXTRA-AORTICO DE UNA O DOS CORONARIAS

Es una anomalía que debe buscarse intencionadamente en caso de muerte súbita del recién nacido y del lactante.

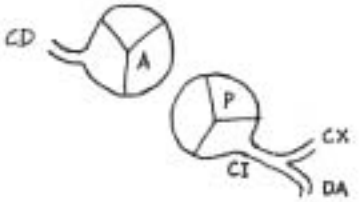
El origen de las dos coronarias (CD y CI) de la arteria pulmonar es incompatible con la vida.

- CORONARIA IZQUIERDA ORIGINADA DE ARTERIA PULMONAR O SINDROME DE BLAND-WHITE-GARLAND:

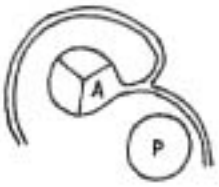
Son niños que se ponen cianóticos al amamantar.

Frec: 6/9152 angiografías según Donaldson 79% fallecen antes del año de edad por muerte súbita o insuficiencia cardíaca.

Se produce hipertrofia del ventrículo izquierdo.



- ANOMALIAS POR DEFECTO DE OSTIUMS:
CORONARIA UNICA
    - Ostium derecho único.
    - Ostium izquierdo único.



Se asocia en un 70% con otra anomalía. Transposición troncos arteriales válvula aórtica bicúspide, etc.

Pueden ser causa de muerte súbita (14%).

Macroscópicamente existe una coronaria única que ocupa todo el surco A-V, alrededor del corazón, de la cual sales todas las ramas.

C) TAMAÑO DE OSTIUM CORONARIOS:

Siempre debe constatarse el tamaño y forma de los ostium. Pueden verse estenosados por:
- arterioesclerosis (lo más frecuente).
- aortitis.

Pueden existir anomalías congénitas como ostium en hendidura o semiluna.

NORMAL EN HENDIDURA EN SEMILUNA

II. EXAMEN DEL TRAYECTO EPICARDICO DE LAS CORONARIAS.

Una vez constatado el ángulo que forman las coronarias con la pared aorta, deben estudiarse por cortes transversales cada 3-5 mm. Si están calcificadas, deben disecarse y descalcificarse antes de ser seccionadas.

A. ALTERACIONES CONGENITAS:

a) HIPOPLASIA CORONARIA:

Generalmente hay ostium pequeño acompañado de diámetro luminal menor a 1,5 mm.

b) CORONARIAS INTRAMUSCULARES:

También llamado puentes miocárdicos o tunelización, es una variante muy frecuente y sin mayor significación patológica a menos que tenga profundidad mayor a 5 mm y se asocie a fibrosis.

Puede encontrarse como única anomalía en casos de muerte súbita asociados a ejercicios muy intensos.

c) CALCIFICACION IDIOPATICA INFANTIL DE CORONARIAS.

d) DISPLASIA FIBRO-MUSCULAR.

e) PSEUDOSANTOMA ELASTICO. Calcificación de elásticas de coronarias.

B. ALTERACIONES ADQUIRIDAS:

La lesión puede ser primariamente:

1.-Extraparietal.
2.-Luminal.
3.-Parietal.

1) Lesiones extraparietales que compriman coronarias:

- tumor cardíaco primario.
- metástasis.
- quistes hidatídicos.
- hematomas post traumáticos, especialmente afectan a arteria D.A.

2) Embolismos coronarios: obstrucción aguda de la luz coronaria por émbolos originados en:

- trombos valvulares
- trombos cavitarios
- tumores (mixomas-papilomas)
- ateromas rotos
- embolia grasa y gaseosa
- de material de sutura en cirugía valvular.

3) Lesiones que afectan primariamente la pared coronaria:

- ATEROESCLEROSIS es la lesión más frecuente. Se debe considerar causa de muerte cuando reduce en más de un 75% la luz de una o más ramas coronarias.
- DISECCION O HEMATOMA DISECANTE DE CORONARIAS:
Pueden ser primarios o secundarios por extensión de una disección aórtica.
Se manifiestan por angina, IAM o muerte súbita.
- VASCULITIS (enf. Kawasaki).
- ANEURISMAS: Pueden ser cilíndricos o saculares. La mayoría son ateroescleróticos, en menor proporción secundarios a vasculitis o tumores. Se considera aneurisma la dilatación de 1,5 veces el diámetro normal de una coronaria.

CILINDRICO SACULAR

III. RAMAS INTRAMIOCARDICAS.

A. PATOLOGIA DE LAS PEQUEÑAS ARTERIAS CORONARIAS:

a) Obstrucción de la luz por:

- trombos, coagulación intravascular diseminada, púrpura trombótico trombocitopenia.
- émbolos.

b) Arteritis: PAN, Whipple, A. Reumatoide. LED, Sarcoidosis.

c)Engrosamiento parietal:

- amiloidosis.
- displasia fibromuscular (pura, asociada a miocardiopatía idiopática)

B. DISPLASIA DE LA ARTERIA DEL NODO AURICULO-VENTRICULAR.

Proliferación fibrointimal con destrucción de la elástica interna y depósito de mucopolisacáridos.

Nonatherosclerotic narrowing of the A-V node artery and sudden death.
Burk et al. JACC 1993, 21: 117-22:
De 27 casos con Muerte súbita la encuentran en 12, y sólo en uno de los 17 casos control.
Edad media: 24 años (15-32).
En 1/3 de los casos hay historia familiar.

En 1/2 fallece en relación con ejercicio,
Postulan que producen ISQUEMIA DEL SISTEMA DE CONDUCCION y ARRITMIAS.

RESUMEN

- Examinar OSTIUM CORONARIOS (Número-origen-tamaño-forma).
- Disecar trayecto inicial y determinar ángulo que forman las coronarias con aorta.
- Seguir trayecto epicárdico con cortes transversales seriados cada 3-5 mm.
- Descalcificar.
- Examinar RAMAS INTRAMUSCULARES, por estudio histológico de paredes cardíacas y del sistema de conducción, dando especial importancia a la arteria del nodo aurículo-ventricular.

"INFORMES DE PSICOLOGIA-PSIQUIATRIA FORENSE"

MARISOL FILGUEIRA BOUZA[1]
LUIS FERRER I BALSEBRE[2]

RESUMEN: *Se trata de la elaboración de un informe pericial psicológico y psiquiátrico sobre un caso de tentativa de homicidio en el medio rural gallego, donde se entremezclan factores antropológico-culturales y clínicos en la explicación de los hechos. Han sido eliminados los datos que pudieran permitir la identificación del sujeto examinado*

DATOS PERSONALES

NOMBRE:
SEXO: Varón **EDAD:** 77 años **RAZA:** Blanca
FECHA DE NACIMIENTO: 23.1.1919 **LUGAR:**
PADRE: Panadero. Fallecido a los 64 años, de infarto (hace más de 30 años).
MADRE: Panadera. Fallecida a los 95 años, de muerte natural (hace 3-4 años).
HERMANOS: Dos varones, de 62 y 57 años, casados.
ESTUDIOS: Básicos (Lee y escribe; sumar, restar, multiplicar).
PROFESION: Pensionista.
OCUPACION: Jubilado (fué panadero, hostelero y confitero). **ESTADO CIVIL:** Casado
ESPOSA: 63 años
HIJOS: Uno, varón, 44 años, casado. **NIETOS:** Uno, varón, 11 años.
RESIDENCIA: **TF.:**
MEDIO: Rural
TIPO DE CONVIVENCIA: Familia nuclear (él y la esposa).

DATOS DE LA DEMANDA

Varón de 77 años, medio rural, nivel socioeconómico y cultural bajo, casado, con un hijo emancipado y un nieto. Ingresa en el **Centro Penitenciario de La Coruña** el 14 de Octubre de 1995 por haber **intentado matar a su esposa.**

Con fecha 18 de Diciembre de 1995, el **Juzgado de Instrucción de** envía exhorto al Decanato de Instrucción de La Coruña para que se practiquen Diligencias en relación al Procedimiento Sumario por Homicidio en Grado de Tentativa, requiriendo **examen e informe psiquiátrico** del detenido por el Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria 'Juan Canalejo' de La Coruña. Con fecha 15 de Enero de 1996, llega dicho requerimiento, vía Juzgado de Instrucción nº 1 de La Coruña, al Jefe de Psiquiatría, Dr. Luis Ferrer i Balsebre, quien solicita la colaboración de la Dra. Mª Soledad Filgueira Bouza para **examen e informe psicológico** adicional.

---

[1]Doctora en Psicología , Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza (La Coruña).

[2]Doctor en Medicina. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Jefe de los Servicios de Salud Mental. Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo Oza (La Coruña).

DATOS DE LA EXPLORACION

FECHA DEL EXAMEN: 29.1.1996 **HORA:** 11'30 a 13'30 h. **T° TOTAL:** 4 h.
5.2.1996 11'30 a 13'30 h.

LUGAR: Centro Penitenciario de La Coruña.

MOTIVO DE CONSULTA: Se solicita examen psiquiátrico por el Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria 'Juan Canalejo', e informe correspondiente, para adjuntar al procedimiento Sumario seguido por Homicidio en Grado de Tentativa.

DERIVANTE: Del Juzgado de Instrucción de , vía Decanato de Instrucción de La Coruña, y Juzgado de Instrucción n° 1 de La Coruña, al Departamento de Psiquiatría del Hospital 'Juan Canalejo' de La Coruña.

EXAMINADORES: Luis Ferrer i Balsebre (Doctor en Medicina, Psiquiatra) y María Soledad Filgueira Bouza (Doctora en Psicología, Psicólogo Clínico).

PRUEBAS REALIZADAS: Entrevista Clínica, Psicodiagnóstico de Rorschach, Cuestionario de Personalidad MMPI, Test de Retención Visual de Benton (TRVB) Forma C, Indice de Inteligencia Premórbida (IIP) del Laboratorio de Neuropsicología Cognitiva Humana de Sevilla, Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS).

DESCRIPCION DE LA EVALUACION:

El examen se realiza en **dos sesiones de dos horas**, como medida de control del 'efecto fatiga', considerando la edad del sujeto. La primera tiene lugar catorce días después de la recepción del requerimiento (29/1/96), y la segunda una semana más tarde (5/2/96). Se celebran en el **despacho de Servicios Técnicos del Centro Penitenciario de La Coruña**, en posición frente-a-frente, con luz suficiente, sin interferencias ni interrupciones.

En primer lugar, se somete al paciente a una **entrevista de recopilación de datos personales y clínicos**, donde están presentes e intervienen ambos examinadores.

Seguidamente, en la primera sesión, ya ausente el psiquiatra, procede la psicóloga a la **Evaluación de Personalidad**, mediante la aplicación 'in situ' del Psicodiagnóstico de Rorschach, y la explicación de las instrucciones de autoaplicación para responder al Cuestionario de Personalidad MMPI, cuyo cuadernillo y hoja de respuestas se dejan en poder del examinado para que él mismo lo cubra a lo largo de la semana. En la segunda sesión, se recogen las respuestas al MMPI, y se procede a la **Evaluación Neuropsicológica** (TRVB) y de la **Inteligencia** (IIP y WAIS).

INFORME CLINICO

DATOS PRELIMINARES:

Antes de proceder a la evaluación, se estudian los datos del expediente, donde se hace constar que **el 14/10/95, a las 12'00 horas, se presentó el sujeto, objeto de este examen, en el Juzgado de Instrucción de , manifestando que acababa de matar a su mujer, habiéndole asestado un golpe en la cabeza con una azada.** La esposa fué trasladada en ambulancia, tras haber sido atendida por la médico de guardia del Ambulatorio de , al Hospital , de , **en estado, muy grave, de coma, con traumatismo cráneo-encefálico, fracturas y heridas inciso-contusas, y fractura mandibular.** Las Fuerzas del Juzgado que inspeccionaron el lugar de los hechos observan en la cocina desorden de causa desconocida, manchas de sangre y una azada, manchada de sangre, con la que supuestamente se cometió la agresión. Debido al **estado de depresión** en que se encontraba, el detenido fué examinado por la médico de guardia, quien

extiende un volante de traslado al Hospital , para ser sometido a observación por un especialista en psiquiatría, haciendo constar **riesgo de suicidio.** Una vez valorado por el citado especialista, **no se encuentra procedente su ingreso en un centro psiquiátrico.** Es remitido de nuevo al Juzgado de Instrucción de (18'15 horas) y, de allí, trasladado a los **calabozos de la Comandancia de la Guardia Civil de la Coruña,** donde queda ingresado a las 19'30 horas. A las 9'00 horas del día 16/10/95, el detenido pasa a disposición del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción de , con el correspondiente atestado, el arma empleada en la agresión, una escopeta con la que intentó suicidarse y las llaves del domicilio, todo lo cual quedó allí depositado. Revisados los ficheros de delincuencia, se le encuentran **antecedentes** por su detención como presunto autor de un **delito de lesiones** por el que fué **condenado a un año de prisión** por sentencia del Juzgado de lo Penal nº 1 de La Coruña.

En el curso de la entrevista, se observa en el paciente **buen aspecto físico, con el deterioro correspondiente a su edad, bien aseado, indumentaria adecuada, facies ligeramente depresiva, bien orientado, comportamiento correcto, y excelente colaboración.** Responde a las preguntas en detalle, preocupándose en todo momento por facilitar la información solicitada sin abusar del tiempo de los examinadores. Con frecuencia, pregunta si procede o interesa determinado relato, o si debe ajustarse a respuestas más escuetas. Interrogado por su estado, refiere **intenso malestar "por nervios que se le ponen en el estómago", insomnio y llanto frecuente,** que se manifiesta varias veces a lo largo del examen. Se encuentra a **tratamiento con Lexatin 1,5 mg. (1-0-0), Tepazepan (0-0-1) y Distraneurine (0-0-1).** Se muestra **interesado por el objetivo del examen,** preguntando en varias ocasiones si servirá "para ponerle en la calle".

HISTORIA BIOGRAFICA:

Es el **primogénito de tres hermanos,** los otros dos también varones, quince y veinte años menores que él respectivamente. Nació en , el 23 de Enero de 1919, en el seno de una familia humilde del **medio rural.**

Cuando contaba nueve meses, **su padre emigró a Cuba** y regresó cuando había cumplido ya los once años. Se crió con su madre y con la abuela materna.

Fué a la escuela para los **estudios básicos:** sabe leer y escribir, sumar, restar, multiplicar (no divide), y tiene un nivel muy básico de cultura general.

A los 19 años, se incorporó al **ejército,** durante la Guerra Civil Española, prestando sus servicios en Toledo (once meses), después en la frontera con Portugal, en el servicio de carabineros y, finalmente, en el Cuartel de Infantería de Salamanca (tres años). No entró nunca en combate.

Entre 1939 y 1942, trabajó en el **negocio familiar:** una panadería que pertenecía a su padre.

Entre 1949 y 1950, vivió en **Buenos Aires,** a donde emigró en busca de fortuna. Estuvo trabajando en una fábrica de galletas y licores. No le fué bien y regresó a su lugar de origen.

Se casa en 1950 y, junto con su mujer ( ), que hoy cuenta 63 años, lleva una **panadería** en durante un año. Como no va bien el negocio, su padre le cede su propia panadería, poniendo él otro negocio. Con unos ahorros y un préstamo, el matrimonio **construye una casa** en y pone su propia panadería, devolviendo la familiar a su padre. Más adelante compran otra casa a medias con un hermano e instalan un **bar.** Al casarse, el hermano deja el bar, y ellos lo cierran y ponen una **confitería,** que dejaron hace aproximadamente 17 años. Desde entonces, **viven de los ahorros y las pensiones.**

Tuvieron **un hijo** ( ), que actualmente está casado, tiene 44 años, un niño de once, y trabaja en la banca. Vive a 300 mtrs. de la casa de sus padres.

Al parecer, las **relaciones familiares** eran buenas: tan sólo tenía ciertas desavenencias con su padre, que era muy severo, y se enfadaba cuando salía por la noche. Hay que tener en cuenta que le conoció con once años, no relacionándose con él por tanto en la primera infancia. El vínculo

con su madre era mucho más estrecho; también entre sus hermanos y su padre, porque nacieron cuando éste había regresado de la emigración.

También afirma que siempre fueron buenas las **relaciones conyugales.** Han tenido tan sólo las discusiones propias de cualquier matrimonio. Hace unos años, sin embargo, decidieron hacer **separación de bienes,** para vender una parte con el fin de pagar ciertas deudas. La parte que le correspondía a él, se puso **a nombre del hijo en usufructo de la esposa,** argumenta que por su edad -al hacerse mayor- y en previsión de su fallecimiento. Por tanto, "ahora es todo de su mujer".

HISTORIA CLINICA:

No hay antecedentes psiquiátricos relevantes en la historia familiar. Tan sólo cabe reseñar el carácter fuerte en los varones de la línea paterna, rasgo que él reconoce compartir con su padre ("la ligereza").

En cuanto a los **antecedentes personales,** refiere lo siguiente: "Estos nervios me entraron en una ocasión hace más de 30 años. Trabajaba en la panadería y tomaba mucho café. Un día, en casa de un amigo, me parecía que caía la casa. Me puse tan mal... era cosa nerviosa. Me llevaron al médico y me dieron la pastilla. A la mañana siguiente, me levanté para trabajar y me empecé a poner mal... Eran nervios, del café: me parecía que estaba en el aire y que no podía poner los pies en el suelo. Le dije a mi mujer que llamara al practicante, <porque me muero, me encuentro muy mal>. El médico al que fuí la víspera no me hizo pregunta ninguna, pero éste enseguida me dijo, <tú tomas mucho café, ¿verdad?. Pues, tienes que dejar de tomarlo>. Nunca más tomé café, desde hace 50 años". No es bebedor ("sólo un vaso de vez en cuando"), y hace más de 20 años que dejó de fumar.

Hace 3 ó 4 años, tuvo **problemas con unos vecinos:** el edificio donde vivían pertenecía a las dos familias. En el contrato de edificación, la fachada, las escaleras y el patio de luces eran comunales. El interior podía hacerlo cada cual a su gusto. Afirma que, entre el contratista y el otro propietario, le robaron un millón de pesetas (500.000 cada uno) en la instalación de unas escaleras de mármol. El y su mujer vivían entonces en un chalet en . Todos los días se desplazaba hasta para supervisar las obras. En una ocasión, estuvo 4 ó 5 días sin ir y, al volver, descubrió que habían puesto aquellas escaleras, que no eran las acordadas. La mujer de su vecino quería cambiar las escaleras, y él había advertido que sólo podían cambiar el tramo que les pertenecía o, en todo caso, poner por su cuenta todas las escaleras comunales con el mismo material y diseño. La vecina hizo lo que quería y él puso una denuncia en el juzgado. Ganó el proceso: en la sentencia, se obligaba a los vecinos a poner las escaleras primitivas, y ella las cambió, pero puso otras distintas. Volvió a denunciar y hubo una nueva orden judicial por la cual los vecinos debían reponer las escaleras primitivas. Todavía hoy es el día que no lo han hecho. Al final, las puso él mismo, y "todavía se debe el dinero". Un día fué la vecina a su casa con un cuchillo, y empezó a rascarle la puerta. El salió y le dijo: "Pero, tú eres una hija de puta". Justifica su reacción descontrolada, explicando la ira que le producía la agresión gratuita de la vecina, habiendo transgredido además la sentencia que le daba la razón. Continúa: "Me vino el genio y le dí una patada en el vientre, le quité el cuchillo y le dí unos pinchazos por los brazos. No quería matarla, pero me dije, <tú vas a quedar marcada de mí>". Después ella le denunció, y le sometieron a un proceso judicial por el que le sentenciaron a **un año de cárcel.** Supo por una prima de la vecina que ésta había ido a un 'meigo' (curandero) que le dijo, <tú coges un cuchillo y le haces cruces en la puerta>, "y a mí eso me puso loco. Yo estoy loco. Yo nunca le hice daño a nadie. Nunca tuve problemas con nadie, sólo con esa familia. A mí me parece que siempre fuí una persona normal, me lo parece, a lo mejor estoy equivocado... Desde esa época, ando mal de la cabeza. Ahora mismo tengo los nervios en el estómago, mientras hablo con ustedes". Cree que sus problemas se originaron en este incidente, pero no cree ser víctima de un 'meigallo': "Yo no creo en esas tonterías". Abandonó aquella casa (hoy arrendada a otros inquilinos) para evitar problemas, y los dueños de un hostal de Ordenes le arreglaron y le cedieron una casa, sin cobrarle renta alguna: "Yo tengo muy buenas amistades, no tengo problemas con nadie en el pueblo". Es la casa donde vive en la actualidad y donde acontecieron los hechos.

En cuanto a su **historial médico**, ha sido intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones: úlcera de duodeno, fístula anal (hace 18 años), hernia inguinal (hace aproximadamente 10 años) y próstata (hace 5 ó 6 años). Padece una hernia de hiato, tiene una lesión vertebral por una contusión, y debe ser operado de nuevo de próstata.

PROBLEMA ACTUAL:

"Tuve problemas con mi mujer. Le dí un trancazo a mi mujer en la cabeza, me volví loco. En 45 años nunca le llegué a pegar. Hemos tenido riñas como todos los matrimonios, pero nada más. Aquella mañana me volví loco y le dí un trancazo en la cabeza. Yo quería que me diera la mitad de lo que tenemos, para ponerlo a mi nombre. Se me metió en la cabeza. Desde que me han hecho todas esas marranadas esa gente... Yo estaré loco, pero ella está más loca todavía (se está refiriendo a la vecina). Pertenece a una familia mala, de lo peor que hay... Me levanté loco y, nada más levantarme, sin desayunar ni nada, le dije, <te voy a matar>. Le dí con la azada en la cabeza, y yo también me iba a matar, si no llega mi hijo... Yo tenía la escopeta ya cargada para morirme al lado de ella. Yo estaba triste y con los nervios. Mire, yo no tengo idea de matar a nadie, pero de matarme yo sí".

Insiste en que se volvió loco desde aquel problema, y una de sus locuras consiste en **exigir que se ponga a su nombre la mitad de lo que tiene su mujer, por temor a que ella se vaya con otro hombre** y le dejen solo, o a que otro hombre disfrute de sus bienes cuando él haya muerto. La mujer se resistía a complacerle. "Se me metió aquéllo en la cabeza (hace más de un año), no me daba cuenta de nada. Cuando vino mi hijo, me quitó la escopeta...". Había tardado en encontrar los cartuchos y tenía el seguro puesto; de no ser así, no habría llegado a tiempo de evitarlo, "porque ya la tenía puesta en el cuello". Después de golpear a la mujer, llamó a casa de un vecino, donde sabía que estaría o bien su hijo o su nuera, para que le dijeran a su hijo que había matado a la madre y ahora se iba a matar él. Mientras relata ésto, refiere continuamente su **deseo de morir e intención de matarse.**

En los días inmediatamente anteriores a los hechos, no estaba más nervioso ni más triste de lo habitual; tampoco había tenido discusión alguna con su mujer. Pero llevaba un **tratamiento psiquiátrico de larga duración, con controles ambulatorios** periódicos en , desde hacía aproximadamente 6 años, primero en el Hospital y después, desde hace algo más de dos años, en (Dr.), donde le fueron reduciendo progresivamente la medicación (antidepresivos y ansiolíticos).

Reconoce que, efectivamente, **ya estaba a tratamiento antes del incidente con la vecina,** pero después se puso peor. Inició tratamiento específico hace 6 años. Al preguntarle por el **inicio de su malestar,** dice que, desde lo ocurrido con el café, nunca se restableció completamente. El médico de cabecera le remitió al psiquiatra. "No me encontraba bien (apoya las manos sobre el vientre). Me encontraba mal, lloraba mucho...". En el momento actual, está tomando Lexatin 1,5 mg. (1-0-0), Tepazepan (0-0-1) y Distraneurine (0-0-1).

Su mujer ha sido intervenida y ya está en casa recuperándose. Le han dicho que se va a poner bien aunque, por el momento, necesita ayuda para caminar. Ella desconoce lo ocurrido. Le han contado que se cayó por las escaleras. Al preguntarle por ella, llora sin poderse controlar: no comprende cómo pudo hacerle esto, está deseando volver a su lado para cuidar de ella y, al mismo tiempo, teme el reencuentro, porque no sabe qué le va a contar y, de decirle la verdad, probablemente ella ya no le querrá -con razón- a su lado, y tendrá que irse a una Residencia. **Está arrepentido: "daría saltos de alegría" si la viese totalmente recuperada.**

RESULTADOS:

1. PERSONALIDAD (Rorschach, MMPI).

- **Psicodiagnóstico de Rorschach.** Se trata de una prueba proyectiva de utilización preferente en evaluaciones de la personalidad y psicopatología que, no obstante, arroja también información sobre el nivel intelectual y posibles daños de sustrato orgánico, útil para contrastar con los datos de las pruebas propiamente de inteligencia y neuropsicológicas.

El protocolo obtenido en este caso indica que el sujeto examinado **realiza esfuerzos intelectuales para obtener un buen rendimiento, demostrando una aceptable capacidad de análisis-síntesis y abstracción, atención-concentración y exactitud perceptiva, si bien el nivel intelectual global es limitado.**

Las operaciones de control de la realidad son eficaces, apreciándose un estilo convencional y conformista de percepción e interpretación de los estímulos, que puede determinar el sacrificio de la propia singularidad, pero permite un buen ajuste y adaptación al entorno. Buena capacidad para las relaciones interpersonales, así como para la internalización. Cierto egocentrismo.

En el nivel de las emociones, se detecta un **estado de ánimo deprimido, deprivación y necesidades afectivas no expresadas: embotamiento afectivo y reacción de alarma/choque frente a este tipo de estímulos.**

- **Cuestionario de Personalidad MMPI.** Esta prueba psicométrica cuenta con unas escalas de sinceridad y validación que permiten detectar la tendencia a distorsionar deliberadamente las respuestas en sentido positivo o negativo, así como los errores de respuesta por fallos en la interpretación de las instrucciones.

En el protocolo de este sujeto no se aprecian tendencias a dar una buena o mala imagen de manera deliberada, pero sí existen **errores de respuesta suficientes como para invalidar la fiabilidad de los datos.** A pesar de ello, se informa sobre los rasgos más relevantes, que resultan útiles en la medida de su congruencia con los resultados obtenidos en las demás pruebas. Interesa particularmente resaltar las coincidencias con la información del Rorschach, donde no es posible la distorsión deliberada de las respuestas, por tratarse de una prueba proyectiva que impide al sujeto impresionar con signos psicopatológicos simulados voluntariamente (en el Rorschach, no es posible conocer qué tipo de respuestas son deseables o indeseables).

Se aprecia un **buen nivel de integración y equilibrio personal** (Es: 61), **capacidad de autocontrol** (Cn: 58), **ligera disminución en la consideración de las normas sociales, las obligaciones y las consecuencias de la propia conducta** (Re: 47), **necesidad de estimación** (Dy: 63) **y escasa iniciativa** (Do: 40).

En las escalas clínicas, destaca un **alto nivel de preocupación por el estado de salud** (Hs: 99) **y gran abatimiento ó depresión** (D: 99), **fatiga y tendencia a las conductas compulsivas propias de una personalidad fóbico-obsesiva** (Pt: 83). También están por encima de la media, aunque no tan elevadas, las puntuaciones en la escala de Histeria (Hy: 80), que detecta la **tendencia a la teatralidad,** y en la de Esquizofrenia (Sc: 78), **ó disociación entre la vida subjetiva y la realidad,** aunque este último dato debe considerarse con prudencia, ya que la escala arroja muchos falsos positivos. Dentro de los límites normales quedan las puntuaciones en las escalas de Desviación Psicopática (Pd: 67), Introversión Social (Si: 66), Paranoia (Pa: 65), Hipomanía (Ma: 60) y Masculinidad (Mf: 50), indicando respectivamente **una cierta -pero no elevada- desconsideración de las normas sociales, buen contacto social, cierta tendencia a la susceptibilidad paranoide, productividad adecuada en el pensamiento y en la acción, y adecuada identidad.**

2. INTELIGENCIA (IIP, WAIS).

- **Indice de Inteligencia Premórbida.** A partir de los datos personales, sociodemográficos y

educativos del sujeto, esta prueba permite la estimación del nivel intelectual previo a un supuesto daño cerebral el cual, al contrastarse con el nivel obtenido en el momento de la exploración, informa sobre la existencia o ausencia de deterioro cognitivo.

Los **niveles estimados** para este sujeto son los siguientes: **CI verbal, 92'44 (nivel intelectual medio); CI de ejecución, 90'59 (nivel medio); CI total, 88'12 (nivel normal-bajo).**

- **WAIS**. Escala de inteligencia general y aptitudes específicas, que permite calcular tres tipos de CI: total (inteligencia general), verbal (habilidades dependientes del bagaje cultural) y manipulativo (destrezas visomotrices, no dependientes del bagaje cultural), así como detectar los puntos fuertes y débiles de las capacidades del sujeto, signos de organicidad y deterioro.

Niveles obtenidos en la exploración: **CI verbal, 79 (nivel inferior); CI manipulativo, 63 (déficit mental); CI total, 69 (límite entre la deficiencia y el nivel inferior).**

La capacidad intelectual del examinado se sitúa en el nivel inferior (CI: 70-79), limitando con la deficiencia mental de grado leve (CI < 69), y situándose por debajo de la estimación del nivel normal-bajo que corresponde a sus características (69 < 88).

El perfil de resultados es positivo en dos de los cuatro **índices de organicidad** que el instrumento permite extraer:

- CI Manipulativo superior en más de 10 puntos al CI Verbal: no se cumple (CIM: 63 frente a CIV: 79); sucede al contrario.

- **CI Total obtenido inferior al esperado** por las características del paciente a partir del IIP: sí se cumple. La puntuación obtenida indica un **nivel límite, inferior al nivel normal-bajo que debería dar (69 < 88).**

- Deterioro Intelectual Patológico, hallado con el Cociente de Deterioro (CD), que compara la ejecución resultante de las aptitudes que se conservan a lo largo del desarrollo con la de las aptitudes que se deterioran con la edad. El Deterioro Intelectual Patológico expresa el grado de deterioro que no debería existir a una determinada edad (la cifra se obtiene restando del porcentaje de Deterioro Psicométrico obtenido con el CD, el porcentaje de Deterioro Fisiológico normal a la edad del sujeto examinado): no aparece el Deterioro esperado (en este caso, CD = 13,04%, cuando ya a los 59 años se espera un Deterioro Fisiológico del 16% --> no se facilitan datos en los baremos para edades superiores pero, en todo caso, seguiría confirmándose este hecho ya que, a mayor edad, mayor deterioro fisiológico esperado, y la diferencia seguiría aumentando a favor del examinado).

- **Variabilidad Intertests superior a la deseable**: sí se cumple, quedando por debajo del límite inferior protocolario los subtests de Comprensión (PT: 4, nivel bajo) y Clave de Números (PT: 1, nivel bajo), lo que indica una **afectación especial de las funciones mnésicas (concretamente, memoria visual inmediata), de la atención, coordinación visomotriz y rapidez motora; como también, del juicio práctico para la comprensión y adaptación a situaciones sociales, y para un comportamiento social aceptable y eficaz.**

En un **nivel medio (PT: 7-13)**, se sitúan las siguientes funciones cognitivas:

- **Concentración, razonamiento y cálculo numérico** (Aritmética: 9).

- **Comprensión y fluidez verbal** (Vocabulario: 8).

- **Asimilación de la experiencia, conocimientos generales y memoria remota** (Información: 7).

- **Comprensión de relaciones conceptuales, pensamiento abstracto y asociativo** (Semejanzas: 7).

- **Atención y memoria auditiva** (Dígitos: 7, nivel medio).

Las restantes escalas quedan a un **nivel bajo (PT: 0-6)**:

- **Percepción visual de relaciones espaciales** (Cubos: 5).

- **Comprensión social y captación de secuencias causales** (Historietas: 5).

- **Orientación espacial** (Rompecabezas: 5).

- **Juicio práctico para la compresión de situaciones sociales** (Comprensión: 4).

- **Agudeza visual** (Figuras Incompletas: 3).

- **Memoria visual inmediata y rapidez motora** (Clave de Números: 1).

No destaca ninguna escala en el **nivel superior (PT: 14-19)**.

3. EVALUACION NEUROPSICOLOGICA (TRVB).

- **Test de Retención Visual de Benton.** La decisión de incluir esta prueba en la batería se fundamenta en la necesidad de valorar el posible deterioro cerebral de tipo orgánico esperable en el sujeto examinado por causa de su edad, y para corroborar, llegado el caso, los datos en el mismo sentido obtenidos con el WAIS, ya que el TRVB permite detectar secuelas cognitivas secundarias a daño cerebral.

Resultados: 1 sóla lámina correcta y 21 errores (2 omisiones en hemicampo izquierdo, 9 omisiones en hemicampo derecho, 4 distorsiones en hemicampo izquierdo, 1 distorsión en figura única, 1 rotación en hemicampo izquierdo, 1 desplazamiento en hemicampo izquierdo, 1 desplazamiento en hemicampo derecho y 2 tamaños en hemicampo izquierdo).

Los datos indican un **déficit intelectual notable** (21 errores, frente a los 10 admisibles por su edad y CI, y una sóla lámina correcta, cuando debería haber al menos tres), **con signos de organicidad** (5 distorsiones, 1 rotación y 1 desplazamiento) **de tipo difuso, esto es, no lateralizada hemicranealmente** (10 errores en hemicampo izquierdo/10 errores en hemicampo derecho), **afectando más a los procesos de memoria.**

CONCLUSIONES:

Los resultados de la exploración reflejan a un **sujeto dependiente y afectivamente coartado, propenso a la llamada de atención, de un nivel intelectual limitado, y con daño cerebral difuso, aún cuando no se haya detectado el deterioro esperado a su edad, afectando preferentemente a las funciones mnésicas, coordinación visomotriz, orientación y comprensión social, pero con buena**

capacidad de adaptación e integración, y buen rendimiento proporcional.

En el terreno de la clínica, destaca depresión, hipocondriasis y propensión a las respuestas compulsivas, así como una cierta susceptibilidad de matiz paranoide (que aquí hay que valorar desde el contexto cultural y la biografía del sujeto), asociada con la tendencia a desconsiderar las normas sociales y las consecuencias de la propia conducta, posiblemente secundaria a la falta de juicio práctico para la comprensión de situaciones sociales, que interfiere el comportamiento social totalmente aceptable y eficaz. Todo ello determina una facilidad para las reacciones en cortocircuito (incontrolables, no deliberadas, no reflexionadas).

JUICIO DIAGNOSTICO.- IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES:

Se trata de un sujeto de nivel intelectual bajo, con temperamento impulsivo que, en el momento de los hechos, padece un cuadro depresivo evidente. Dicho cuadro, aunque atribuible en parte a un proceso involutivo, parece descompensarse al iniciar los problemas con los vecinos. Problemas que gatillan un desarrollo (en sentido Jasperiano) de matiz paranoide en el contenido del pensamiento (perjuicio). Se involucran aquí claros factores de tipo antropológico-cultural, nada despreciables en nuestro medio y en la extracción social del encausado: la "envidia", el "meigo", los "rituales de daño" (cruces en la puerta), el "meigallo"... etc., están presentes e inundan todo el relato del sujeto, y justificarían -por sí solos- una posición psicológica defensiva de "desconfianza" (rasgo cultural) que, a través de una rumiación prolongada recalan en una posición psicológica de "suspicacia" (rasgo psicopatológico), que coloca al individuo en predisposición de "paso al acto" (acting-out), ó "cortocircuito", frente a cualquier estímulo externo o interno susceptible de precipitarlo. Es psicológicamente comprensible la reacción de agresión del sujeto, a través de un mecanismo de "proyección" de todo el malestar psíquico relatado, hacia un contenido y persona (su mujer) en apariencia "desconectados" del conflicto básico, que se manifiesta en la suspicacia con respecto a la separación de bienes conyugales. Ello puede explicar la reacción en "cortocircuito" acaecida en el día de autos.

Los sentimientos de culpa y la angustia con que es vivida la agresión efectuada apuntan hacia una estructura de personalidad neurótica, descartándose rasgos psicóticos o perversos, como sustrato de la acción cometida.

Podemos considerar, pues, que el episodio es compatible, en la práctica totalidad de los ítems, con el diagnóstico de "TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO", a saber:

1. Una perturbación mental pasajera.

2. De aparición brusca.

3. Con alteración notable de las facultades mentales (intelectiva y volitiva).

4. En respuesta a un estímulo externo.

5. No necesariamente injertada sobre un trasfondo psicopatológico previo (aunque puede haberlo y, en este caso, existe).

6. Con desaparición espontánea, sin dejar huellas.

Dicho diagnóstico es congruente con los resultados de las pruebas psicológicas realizadas, donde se evidencia esa facilidad para las reacciones en "cortocircuito", tanto en la estructura como en la dinámica de la personalidad, favorecida por la inmersión del sujeto en un entorno inmediato hostil y, culturalmente, favorecedor de la producción de contenidos mentales de tipo paranoide.

En cuanto al estado de las **facultades mentales** en el momento de los hechos, estimamos que **existía la voluntad de cometer la agresión, pero la volición estaba supeditada a la distorsión en el nivel intelectivo, esto es, la falta de entendimiento o comprensión puntual ("ofuscación") sobre los elementos involucrados en dicho comportamiento, ilustrada en frases del sujeto como:** "Me volví loco", "Me levanté loco", "Se me metió en la cabeza"..., **y en verbalizaciones que desvelan la ira largamente contenida en relación a los altercados vecinales, y que desata una actitud suspicaz, favorecedora del "paso al acto", frente a cualquier situación interpretable, desde este contexto, como similar en los contenidos y, por lo tanto, en las presuntas consecuencias (la amenaza de pérdida de bienes):** "Yo quería que me diera la mitad de lo que tenemos", "Desde que me han hecho todas esas marranadas esa gente"... **Otros ingredientes a tener en consideración son el arrepentimiento, que impresiona como sincero** (llora copiosamente mientras relata los hechos, y su llanto conmociona), **el deseo de reparación, el síndrome ansioso-depresivo previo** ("Yo estaba triste, y con los nervios"), **y la intención suicida, que todavía perdura.**

Como **RECOMENDACIONES** al caso clínico, estimamos indicado un **tratamiento psiquiátrico, que puede establecerse en régimen ambulatorio, con controles periódicos de seguimiento, inicialmente frecuentes, que se podrán espaciar paulatinamente a medida que se constate una estabilización duradera.**

En La Coruña, a 12 de Febrero de 1996

MARIA SOLEDAD FILGUEIRA BOUZA
Doctora en Psicología, Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta.
Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza.

LUIS FERRER I BALSEBRE
Doctor en Medicina, Psiquiatra, Psicoterapeuta.
Jefe de los Servicios de Salud Mental.
Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

CABRERA FORNEIRO, J. Y FUERTES ROCAÑIN, J.C. *"La enfermedad mental ante la ley"*. Ed. Libro del Año. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1994.

INVESTIGACIONES ANALITICAS REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGIA. JULIO 1.996.

1. SECCION DE BIOLOGIA

MUESTRAS	OBJETIVO	AREAS DE INTERES
Sangre	Investigación biológica de la paternidad	Causas civiles Causas criminales: identificación del autor de un delito (violación, etc...)
Huesos Dientes Tejidos Biopsias	El mismo, cuando el presunto padre ha fallecido	
Restos fetales (líquido amniótico, vellosidades, coriónicas)	El mismo, en caso de aborto.	
Sangre V.D. Sangre V.I.	Investigación de hidremia y diatomeas	Muerte por Sumersión
Organos cerrados Agua	Investigación de diatomeas	
Sangre	Determinaciones bioquímicas: Diagnóstico colinesterasas, glucosa, urea, creatinina, test de embarazo.	Diagnóstico clínico Autopsia judicial
Orina	Test de embarazo	
Sangre post-mortem, tejidos (carbonizados), huesos,dientes	Invest. biológica maternidad paternidad para investigación genética de restos cadavéricos a través del análisis de sus familiares directos (padres e hijos)	Identificación de restos cadavéricos
L.C.R., Organos y Tejidos, Sangre, Aspirado bronquial, Secreciones naso-faríngeas. Oido medio, Contenido intestinal.	Estidios microbiológicos	Muerte súbita del lactante niño y adulto.
Alimentos Agua	Estudios microbiológicos	Intoxicaciones alimentarias y análisis de aguas

Setas Vegetales	Clasificación botánica	Intoxicaciones
Manchas de semen hisopos	Investigación de esperma, identificación genética	Agresiones sexuales
Manchas de sagre	Investigación de sangre, identificación genética.	Agresiones, homicidios...
Restos de saliva (sellos, colillas)	Identificación genética mediante estudios de polimorfismos de ADN nuclear	
Pelos y otros restos celulares	Identificación genética	
Sangre	Determinación de enfermedades de transmisión sexual.	Agresiones sexuales
Sangre	Determinación anticuerpos anti-VIH y anti-Hepatitis	Diagnóstico

(En todos los casos de identificación, una vez que se obtenga ADN a partir de las muestras remitidas, se pedirá el envío de muestras obtenidas de la/s persona/s implicadas (sangre, hisopo bucal,...) para el correspondiente cotejo.

2. SECCION DE CRIMINALISTICA

MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Restos óseos y dentarios. Desapariciones de personas	Identificación, Patologías, Data y causa de la muerte.	Homicidios
Larvas	Clasificación	Data de la muerte
Fotografías, Vídeos	Identificación	Atracos
Radiografías	Determinación de la edad	Delitos de menores
Objetos diversos	Revelado de huellas dactilares	Identificación
Pelos	Diagnóstico de especie, región, individual. Alteraciones traumáticas, cosméticas, etc...	Identificación
Piel, Ropas	Diagnóstico diferencial entre orificio de entrada y desalida en heridas por arma de fuego. Distancia del disparo -estudio morfológico -metales del fulminante	Muertes por armas de fuego
Piel de las manos o portamuestras	Residuos de disparos en manos (SEM-EDX)	Muertes o lexiones por armas de fuego.
Piel, Ropas	Características del arma vulnerante	Heridas por arma blanca

Contenido gástrico	Identificación de alimentos Grado de digestión	Sumarios por homicidios Data de la muerte
Surco,lazo	Correspondencia o no	Muertes por ahorcadura o estrangulación a lazo
Fibras	Clasificación y correspondencia	Identificación
Explosivos. Restos tras las explosiones	Identificación de explosivos	Atentados
Pinturas, Tierras, Vidrios	Estudios comparativos	Identificación
Documentos manuscritos	Estudio de firmas, anónimos recetas, testamentos ológrafos	Falsificaciones
Documentos mecanografiados, fotocopias	Estudios comparativos	Falsificaciones
Documentos oficiales (DNI, pasaportes, carnets de conducir...)	Estudio de autenticidad	Falsificaciones
Tintas	Estudio comparativo de tintas	Falsificaciones

(Son posibles otros muchos análisis, que alargarían el exceso de relación: manchas orgánicas e inorgánicas, impresiones de herramientas, huellas de pisadas, neumáticos, labiales, etc... uñas, manipulaciones fraudulentas de objetos...)

3. SECCION DE DROGAS

BIOLOGICAS		
MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Sangre, Orina, Vísceras	Diagnóstico de muerte relacionada con drogas	Autopsias Judiciales
Orina	Diagnóstico de consumo	Detenidos Vigilancia penitenciaria Control Rehabilitación
Cabello	Diagnóstico de consumo crónico y/o no reciente	Denuncias, Asuntos civiles de separación y custodia. Casos forenses sin posibilidad de otras muestras

NO BIOLOGICAS		
MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Alijos y aprehensiones policiales	Identificación, peso, riqueza y pureza	Tráfico de estupefacientes
Especialidades farmacéuticas	Identificación de psicotropos	Tráfi co de estupefacientes
Drogas	Identificación, riqueza,pureza. (Contraanálisis)	Recursos ante las Audiencias
Jeringuillas, cucharas, etc...	Identificación. Relación con casos de muertes por drogas	Autopsias Judiciales, Juzgados.

1) EN MUESTRAS BIOLOGICAS, se realizarán análisis cualitativos y cuantitativos de:
- Metabolitos de opiáceos derivados de Morfina (Heroina, etc...)
- Otros opiáceos no derivados de morfina (Propoxifeno, Metadona, etc...)
- Cocaína y metabolitos
- Metabolitos de cánnabis
- Anfetamina y derivados (MDA, MDMA,etc...)
- Benzodiacepinas
- Barbitúricos
- LSD (orina)
- En cabello: Heroína, cocaína, cannabis, metadona.

2) EN MUESTRAS NO BIOLOGICAS, análisis cualitativos y cuantitativos de:
- Heroína
- Cocaína
- Otros opiáceos no derivados de morfina (Propoxifeno, Metadona, etc...)
- Anfetamina y derivados (MDA, MDMA, etc...)
- LSD
- Especialidades farmacéuticas
- Adulterantes y diluyentes

4. SECCION DE EXPERIMENTACION TOXICOLOGICA

MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Suero (8ml) Heces, Alimentos	Investigación de toxinas botulínicas	Diagnóstico clínico y forense
Productos diversos	ESTUDIOS DE TOXICIDAD: - Toxicidad aguda por vía oral, cutánea o inhalatoria - Toxicidad subcrónica por vía oral o dérmica. -Irritación dérmica primaria -Irritación ocular -Toxicocinética	Estudios experimentales sobre toxicidad de sustancias Diagnóstico toxicológico-forense

(Especies animales utilizadas: rata ratón y conejo)

MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Vertidos Aguas Tierras Residuos	ESTUDIOS DE ECOTOXICIDAD: - Método de Lixiviación "EP" - Ensayo de Inhibición de la bioluminiscencia con **Photobacterium phosphoreum** -Ensayo de inmovilización de **Daphania magna.**	Delito ecológico

(En la actualidad se está procediendo a montar nuevos ensayos)

5. SECCION DE HISTOPATOLOGIA

MUESTRAS	OBJETIVO	AREAS DE INTERES
Organos Tejidos	Investigación de causas y circunstancias de la muerte	Autopsia judicial

Las investigaciones más habituales son las relacionadas con:

Aborto, embarazo, infanticidio, traumatismos, T.C.E., heridas, lesiones por violación, ahorcadura, estrangulación, sofocación, sumersión, quemaduras, frio, electricidad, explosiones, yatrogenia, anafilaxia, tóxicos (alcohol, drogas, fármacos, anestésicos, gases, plaguicidas, disolventes, cáusticos...), muerte súbita del lactante (0-2), muerte súbita del niño (2-13), muerte súbita del adolescente (14-17), muerte súbitadel adulto (>17), datación de la muerte, identificación, tumores.

6. SECCION DE QUIMICA

BIOLOGICAS		
MUESTRAS	OBJETIVO	AREAS DE INTERES
Sangre, Orina Vísceras Cont. gástrico	Diagnóstico de muerte relacionada con sustancias tóxicas	Autopsia judicial
Sangre Orina	Diagnóstico toxicológico en vivos	Diagnóstico y seguimiento forense
Sangre	Determinación de alcoholemia	Accidentes de tráfico

NO BIOLOGICAS		
MUESTRAS	OBJETIVOS	AREAS DE INTERES
Medicamentos Alimentos Líquidos	Diagnóstico toxicológico	Autopsia. Diagnóstico forense
Vertidos sólidos Vertidos líquidos Aguas	Determinación de sustancias toxicas	Delito ecológico

1)EN MUESTRAS BIOLOGICAS, se realizarán análisis de

-**Gases**: monóxido de carbono como carboxihemoglobina, metano, etano, propano, butano (cualitativo), ácido cianhídrico.

-**Metales**: sodio, potasio, bario, magnesio, calcio, manganeso, arsénico, plomo, hierro, estaño, cromo, cobre, niquel, litio, mercurio, aluminio, antimonio, teluro, cinc, estroncio, selenio, bismuto, cobalto, cadmio y talio.

-**Aniones**: cianuro, cloruro, sulfato, nitrato, fosfato (cualitativo).

-**Plaguicidas**: Organofosforados, organoclorados, carbámicos, cumarínicos, fenoles, fenoxiácidos usuales, paraquat, diquat, estricnina, etc...

-**Alcoholes**

-**Hidrocarburos**

-**Medicamentos**: barbitúricos, benzodiacepinas, salicilatos, pirazolonas, fenotiacinas, antidepresivos, tricíclicos y afines, diuréticos, antidiabéticos tipo sulfonilurea, antihistamínicos, anticoagulantes usuales, propoxifeno, paracetamol, naproxen, ibuprofen, fenitoina, etc...

2) En MUESTRAS NO BIOLOGICAS se realizan análisis de:

-**Metales**
-**Aniones**
-**Tensioactivos**: aniónicos, no iónicos, catiónicos (cualitativo)
-**Plaguicidas**
-**Hidrocarburos**
-**Alcoholes**
-**Medicamentos**

7. SERVICIO DE INFORMACION TOXICOLOGICA

Este servicio, atendido de forma permanente (24 horas de cada día) por Médicos Forenses (Tfno. (91) 562.04.20) puede dar información sobre:

-**Toxicidad**
- **Sintomatología**
-**Prevención**
-**Tratamiento...**

NOTA: Ante cualquier duda sobre envíos de muestras, análisis qu se realizan, etc... recomendamos ponerse en contacto con la Dirección del Centro o los Jefes de las Secciones correspondientes.

novedades bibliográficas

LIBROS.

1. VICTIMOLOGIE CLINIQUE. Lopez. 332 pags. Rústica. PVP. 8.850 pts.

2. TOXICOLOGY AND RISK ASSESSMENT. Fan. 896 pags. Tela. PVP. 29.250 pts.

3. OCULAR TOXICOLOGY. Wiesse. 380 pags. Tela. PVP. 18.900 pt.

4. ATLAS DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE. Dr. G. Font Riera (Universidad de Barcelona). Edición Mayo 96. Dijusa. 290 pags. Más de 400 imágenes comentadas. Encuadernación en guaflex con sobrecubierta. PVP. 12.000 pts.

5. EXTASIS: ASPECTOS FARMACOLOGICOS, PSIQUIATRICOS Y MEDICO-LEGALES. Bobes. 141 pags. Tela. PVP. 3.00 pts.

6. DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE PSIQUIATRIA. 188 pags. Tela. PVP. 5.750 pts.

7. DSM IV - LIBRO DE CASOS. 566 pags. Rústica. PVP. 7.150 pts.

8. CONOCER EL RORSCHACH. Fuster Pérez. 156 pags. Rústica. PVP. 1.000 pts.

9. AGRESION EN LAS PERVERSIONES Y DESORDENES DE LA PERSONALIDAD. Kernberg. 495 pags. Rústica. PVP. 4.000 pts.

10. TRATADO DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE - VII. Lebovici. 399 pags. Tela. PVP. 6.200 pts.

11. LAS SEMILLAS DE LA VIOLENCIA. Rojas Marcos. 228 pags. Rústica. PVP. 1.900 pts.

12. SEXUAL DESVIATION. Rosen. 600 pags. Tela. PVP. 16.950 pts.

13. SOCIOLOGIA Y CAUSAS DEL ALCOHOLISMO. Arboles. 379 pags. Rústica. PVP. 2.080 pts.

14. ADICCION. Auram Goldstein. Ediciones en Neurociencias. 320 pags. Rústica. PVP. 3.600 pts.

15. AVANCES EN DROGODEPENDENCIAS. M. Casas, M. Gutierrez, L.San. Ediciones en Neurociencias. 328 pags. Tapa dura. PVP. 4.040 pts.

16. COCAINA SOLUCIONES. J. Rice Licare, K. Delaney. Ediciones en Neurociencias. 128 pags. Rústica. PVP. 900 pts.

17. MEDICINA INTERNA 13ª Edición. Farreras / Rozman. Mosby. Disponible en CD-ROM al mismo precio. Dos tomos. PVP. 20.08 pts.

18. LAS ESQUIZOFRENIAS. A. Chinchilla Moreno. Ediciones Masson (No disponemos precio).

ultima pagina

1.CUAL DE LOS SIGUIENTES TOXICOS PRODUCE ESPECIFICAMENTE UNA NECROSIS SUPRARRENAL?:

A. Fosfamina.
B. Dinitroortocresol.
C. Arsenamina.
D. Paraquat.
E. La C y D son correctas.

2.CUAL ES LA VIDA MEDIA (T1/2) DEL ROHIPNOL (Flunitracepam)?

A. 70-100 horas.
B. 15-30 horas.
C. 15-38 horas.
D. 40-53 horas.
E. Superior a 72 horas.

3.EN CUAL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE MUERTE SE DESCRIBEN ESPECIFICAMENTE EQUIMOSIS SUBENDOCARDICAS EN EL TABIQUE INTERVENTRICULAR?.

A.En la muerte por pancreatitis aguda necrohemorrágica.
B.En la ocasionada por shock hipovolémico.
C.En la Electrocución.
D.En la Fulguración.
E.En todas ellas.

4.EN CASO DE MUERTE POR ANAFILAXIA CON SUPERVIVENCIA DE UNA HORA, CUAL DE LAS SIGUIENTES DETERMINACIONES NO ES UTIL:

A.Valoración de IgE total.
B.Valoración de N-tao-metilhistamina en orina.
C.Investigación de histamina en sangre.
D.Investigación de triptasa en sangre.
E.Valoración de IgE específica.

5.CUAL DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS NO FORMA PARTE DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRANSTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD?.

A.El sujeto escoge casi siempre actividades solitarias.
B.Deseo sexual escaso ó nulo.
C.Indiferente a la alabanza o a la crítica de los demás.
D.Suspicacia o ideación paranoide.
E.Conducta extraña o excéntrica.

RESPUESTAS:

1. D; 2. B; 3. B; 4. C; 5. D.

CARACTERISTICAS Y CONTENIDO DEL BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE

Características generales:

1.El objeto general y más importante del Boletín es servir de medio de comunicación entre todos los médicos forenses asociados a la AGMF. No obstante está abierto a la colaboración de todos los médicos forenses del Estado Español, a las instituciones relacionadas con la medicina forense, a los miembros de la Administración de Justicia y a cuantos estén interesados en la materia relativa a las Ciencias Forenses.

2.El Boletín lo realizan algunos médicos forenses asociados a la AGMF de modo voluntario y sin fin lucrativo alguno. Es financiado por la Asociación Galega de Médicos Forenses y por lo tanto, su Asamblea General podrá proponer los cambios que estime oportunos en la medida de las posibilidades de las que dispongan los integrantes del Equipo de Redacción.

3.El Boletín se enviará gratuitamente a todos los asociados a la AGMF. Además se enviarán ejemplares al Excmo. Sr.Presidente del Tribunal Superior de Justicia, a las Audiencias Provinciales de Galicia, a la Consellería de Xustiza, Interior e Relacions Laborais y a las asociaciones autonómicas de médicos forenses.

4.Se realiza por un Equipo de Redacción, integrado actualmente por : Dn Julio Jimenez Feliz, Dn. Fernando Martinez López, Dn José Ramón Gonzalez G.Yebra, Médico Forense de Orense y Dn Fernando Serrulla Rech, Médico Forense de Verín.

Secciones y contenido:

El Boletín está compuesto por las siguientes secciones:

1.EDITORIAL:

Texto elaborado por el Equipo de Redacción con una extensión máxima de un folio que comentará los aspectos más destacados de cada número y delimitará la línea editorial del Equipo de Redacción.

2.OPINION:

Sección en la que se incluirán aquellos escritos que reciba el Boletín relativos a temas no científicos en los que se viertan opiniones particulares de temas relacionados co la medicina forense, su organización, críticas, propuestas, etc... En ésta sección los textos deberán enviarse mecanografiados a dos espacios y con una extensión máxima de dos folios. El Equipo de Redacción no se responsabiliza por las opiniones expresadas ni se identifica necesariamente con las mismas. Los textos que se envíen deberán estar correctamente identificados (nombre completo y DNI). No se editarán textos anónimos.

3.INFORMACION A ASOCIADOS:

Sección destinada a servir de comunicación entre la Junta Directiva ó el Presidente y los asociados a la AGMF. Podrá ser utilizada para convocar asambleas generales, para informar de las actuaciones que lleven a cabo la Junta Directiva o el Presidente y para cuantas informaciones procedan relativas al ámbito de la asociación mencionada.

4.CURSOS Y CONGRESOS:

El Boletín se ha suscrito a la revista GUIA MEDICA DE CONGRESOS JANO con el fin de dar puntual información de los Cursos, Congresos, Symposiums, Reuniones, Becas, etc.. que tengan que ver con las Ciencias Forenses y otros campos afines.

5.NOVEDADES DIARIOS OFICIALES:

Sección destinada a aportar puntual información de las novedades publicadas en el Boletín Oficial del Estado y Diario Oficial de Galicia que tengan relevancia para médicos forenses. Se incluirá también la información interesante que puedan aportar los distintos Colegios Oficiales profesionales relacionados con las Ciencias Forenses (Academias Médico-Quirurgicas, C.O.Psicólogos, etc...).

6.COMENTARIOS DIVERSOS:

Sección destinada a incluir todas aquellas cuestiones que se oigan, lean ó vean relacionadas con la medicina forense y que por su caracter noticiable merezcan incluirse en ésta sección. Podrán ser anteproyectos diversos, noticias de prensa, modelos de organización de los Institutos de Medicina Legal, etc..

7.CARTAS AL EQUIPO DE REDACCION:

Se trata de una sección que incluye dos tipos distintos de contenidos:

-Por un lado pretende ser un buzón de sugerencias, críticas y propuestas para la mejora de la calidad del Boletín. Los textos enviados deberán ser cortos y concisos. El Equipo de Redacción pretende con ésta sección conocer la opinión que tienen los lectores del Boletín sobre su contenido. No se editarán textos anónimos.

-En segundo lugar pretende ser un tablero de exposición de casos-problema médico-legales en los que se demande a los lectores soluciones concretas, enfoques, bibliografía, etc... Los textos deberán ser escuetos, exponiendo el problema de modo claro y conciso y remarcando aquello que se demanda. En éstos textos deberán respetarse escrupulosamente los derechos al honor y a la intimidad de las personas y en todo caso se informará al Equipo de Redacción de cual es la situación procesal del problema que se plantea. En ningún caso se editarán textos sobre cuyos casos esté decretado el secreto del sumario. La responsabilidad en todo caso recaerá siempre sobre el autor. Estas mismas especificaciones valen igual para la sección Comunicaciones.

8.COMUNICACIONES:

Pretendemos sea la sección más importante del Boletín. Incluirá los artículos científicos relativos a la medicina legal y forense que envíen los colaboradores que lo deseen. Se admitirán revisiones bibliográficas, estudios de investigación, exposición detallada de casos, propuestas de protocolos, etc... Entendemos que éstos textos deben someterse a unas mínimas normas de estilo. Así todos los textos enviados a ésta sección deberán reunir las siguientes características:

a)Texto mecanografiado a dos espacios y con una extensión máxima de 5 folios por una sola cara. De momento no podrán incluirse fotografías en color, sin embargo éstas pueden enviarse si son claras y contrastadas de modo que su fotocopia permita observar mínimamente lo que se pretenda. Las fotografías, tablas y gráficos vendrán numeradas, con pié explicativo y referencia en el texto. Se admiten textos en formato compatible con WORDPERFECT 5.2 y 6.0.

b)Todos los textos constarán como mínimo, de los siguientes apartados:

-TITULO DEL TRABAJO.

-AUTOR O AUTORES con especificación del cargo y dirección para correspondencia.

-RESUMEN DEL TRABAJO: Texto de un máximo de 8-10 líneas en el que se condensan los resultados y conclusiones del artículo.

-BIBLIOGRAFIA: Para cada epígrafe deberá constar: autor/es, título del trabajo/comunicación/libro, la revista ó libro de donde se ha obtenido, la editorial y el año de edición.

c)Los textos se editarán según su orden de llegada a la redacción, aunque aquellos artículos que por su especial relevancia el equipo de redacción considere su prioridad, éstos se publicarán antes.

9.NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS:

Se incluirán todas aquellas novedades de tipo editorial (libros, revistas, artículos especiales, actualidad informática, etc...) que tengan interés o relación con las Ciencias Forenses.

COLABORACIONES AL APARTADO DE CORREOS 129. C.P. 32600 VERIN. ORENSE