boletin galego de

medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

Numero 12 Novembro 2003

SUMARIO

1. *Editorial.*

2. *ASPECTOS MEDICO-LEGALES DE LA MEDICINA DE URGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA. Bañón de Juan E, Rodes F, Bañón R, Martí Lloret JB, Gómez MS.*

3. *LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LAS MUERTES INESPERADAS DE LACTANTES PARA DIFERENCIAR LAS MUERTES POR CAUSAS NATURALES DE LAS VIOLENTAS. Aguilera Tapia B.*

4. *LAS SECTAS: ANÁLISIS CONCEPTUAL, PROCESO DE INTEGRACIÓN SECTARIA Y APROXIMACIÓN A LA TIPOLOGÍA DEL CANDIDATO SECTARIO. Presentación Blasco JA, Ventura Álvarez ME, Pons Cuquerella E, Ballester Comins A, Andreu Roca MA.*

5. *EL ABUSO SEXUAL A MENORES. Rodes Lloret F, Martí Lloret JA, Giner Alberola S, Dorado E, Jiménez Moreno S.*

6. *ARROLLAMIENTO POR HÉLICES. A PROPÓSITO DE UN CASO. Cascón Gutiérrez AI, Riera Táboas A, Pérez Gómez B, de la Fuente Pérez MJ.*

7. *CURSO DE PATOLOGÍA CLÍNICA PARA MÉDICOS FORENSES. Forteza Vila J.*

8. *NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.*

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 Tesorero , Dña Maria José De la Fuente Pérez como Secretaria, 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: 118.666.

DEPOSITO LEGAL: OR-86/1995.
ISSN 1136-078X.
IMPRIME: Imprenta DIXITAL (Verín-Ourense).
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 12 y contiene información previa al 31 de octubre de 2003.

Las comunicaciones con el BOLETIN se dirigirán a la atención del Médico Forense del **JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 DE VERÍN. Código Postal 32600 VERIN (Orense).**

boletin galego de
medicina legal e forense

ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES

DIRECTOR

Fernando Serrulla Rech

COMITÉ EDITORIAL

José Ramón González G. Yebra
Fernando Martinez López
Enrique Dorado Fernández

COMITÉ CIENTÍFICO

Excmo.Sr.Dn Jesus Cristín Pérez (Presidente Audiencia Provincial Ourense)
Excmo.Sr.Dn Fernando Alañón Olmedo (Magistrado Audiencia Provincial Ourense. Sección Segunda)
Dr.Dn Angel Carracedo Alvarez (Universidad de Santiago de Compostela)
Dr.Dn Manuel Sancho Ruiz(Instituto Nacional de Toxicologia)
Dr.Dn.Juan Bautista Martí Lloret (Universidad Miguel Hernandez)
Dr.Dn.Francisco Etxeberría Gabilondo (Universidad Pais Vasco)
Dr.Dn.José Antonio Sánchez Sánchez (Univ. Complutense de Madrid)
Dr.Dn. Antonio Piga Rivero (Universidad de Alcalá)
Dr.Dn.José Luis Prieto Carrero (Médico Forense)
Dra.Dña.Beatriz Aguilera Tapia (Instituto Nacional de Toxicologia)
Dr.Dn.Benito A.López de Abajo Rodriguez (Médico Forense)
Dra.Dña.MªPaz Suárez Mier(Instituto Nacional de Toxicología)
Dra.Dña.MªSoledad Sánchez de León (Instituto Nacional de Toxicología)
Dr. Dn. Jerónimo Forteza Vila (Universidad de Santiago)

editorial

Inauguramos una nueva etapa en el BOLETIN. Hemos comenzado a mejorar la calidad científica de ésta publicación, que nació en 1994 con el objeto de servir de medio de comunicación entre los asociados a la AGMF. En éste número hemos nombrado un Comité Científico que se encargará de asesorar en las materias correspondientes al Comité Editorial, que sigue formado por los mismos integrantes del Equipo de Redacción. Además hemos hecho un esfuerzo editorial importante en lo relativo a las exigencias a los autores, la maquetación y la calidad gráfica. Nos falta mucho por mejorar, pero creemos estar en el buen camino.

Nos hubiera gustado felicitarnos por la publicación del Decreto de creación del Instituto de Medicina Legal de Galicia, pero no puede ser. Nuestras noticias son que la Consellería está trabajando en ello y que muy pronto el Instituto estará en funcionamiento, pero la triste realidad es que seguimos como estábamos.

Queremos agradecer a los autores de los textos su participación así como a los integrantes del Comité Científico quienes han brindado su colaboración de forma absolutamente desinteresada y con un derroche de generosidad en algunos casos.

Fernando Serrulla Rech

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA MEDICINA DE URGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA

BAÑÓN DE JUAN E[1], RODES F[2], BAÑÓN R[2], MARTÍ LLORET JB[1]. GÓMEZ MS[3].

RESUMEN

La atención sanitaria que se presta en los Servicios de Urgencias, constituye un reto cotidiano para el personal sanitario; en ellos, se pretende dar una respuesta adecuada e inmediata a variados procesos médicos y traumáticos. La asistencia a la población infantil en los Servicios de Urgencias Pediátricas, presenta unas características propias que implican una particular problemática médico-legal. Con frecuencia se plantean interrogantes sobre la actuación correcta del médico ante situaciones concretas. En el presente trabajo, se abordan los aspectos médico-legales de mayor interés para el profesional sanitario: emisión del parte de lesiones, cumplimentación de la historia clínica, obtención del consentimiento informado y delimitación de la responsabilidad profesional. Así mismo, se revisa la legislación vigente al respecto.

Palabras clave: Medicina de Urgencia, Medicina Legal, Lesiones.

Los Servicios de Urgencia pediátrica hospitalaria, generan una importante actividad asistencial, que supone un constante desafío para los distintos profesionales sanitarios que trabajan en los mismos.

Dos peculiaridades presentan estos servicios hospitalarios: la corta edad de los pacientes y las situaciones de urgencia que se presentan y que requieren, habitualmente, una actuación sanitaria rápida Ni los apoyos técnicos más avanzados, ni los fármacos más eficaces, ni la mayor competencia del médico, consiguen evitar la premura, el dramatismo y la ansiedad, tanto del niño como de los acompañantes, que genera este tipo de atención sanitaria.

Los rápidos avances de la medicina y el desarrollo de

1 División de Medicina Legal y Forense de la Universidad Miguel Hernández. Alicante.
2 Instituto de Medicina Legal de Alicante.
3 Universidad de Alcalá de Henares.

técnicas terapéuticas y de diagnóstico, han hecho cambiar el concepto de asistencia médica urgente. La medicina de urgencia, ha dejado de ser un deber moral para, convertirse hoy en día, en una mera cuestión de derecho.

Desde una perspectiva médico-legal, la actuación del personal sanitario en los Servicios de Urgencia Pediátrica hospitalaria, presenta unas características especiales, que se relaciona con:

- El aumento progresivo de asistencias a niños lesionados que se producen en los Servicios de Urgencia, la importancia de las lesiones y las secuelas que conllevan.
- La amplitud y diversidad de causas que originan estas lesiones, desde el accidente de tráfico, en el hogar o en el parque de juegos, hasta el maltrato infantil o el abuso sexual
- La actuación del personal sanitario en los casos en que los padres o tutores manifiesten su negativa al ingreso o tratamiento prescrito.
- La intervención del personal sanitario como peritos ante el Juez.
- La exigencia de posibles responsabilidades profesionales.

La gran complejidad de estos servicios hospitalarios, en los que actúan diferentes profesionales sanitarios, plantea una problemática médico-legal específica, que por su importancia y trascendencia, creemos adecuado señalar. Trataremos, respecto a esta cuestión, los aspectos de mayor interés: Parte de lesiones, Historia clínica e informe de alta, Información y consentimiento y responsabilidad profesional.

PARTE DE LESIONES.

Concepto de lesión.

El Código Penal, en su artículo 147, alude al concepto de "lesión", como "todo menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental"[1].

Artículo 147 (Código Penal).
1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa,

tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Desde el punto de vista médico-legal, se entiende por lesión "toda alteración anatómica o funcional, física o psíquica, producida de forma violenta, que finaliza con la curación completa o con el establecimiento de secuelas".

Parte de lesiones.

El parte de lesiones, es un documento médico-legal, por medio del cual se comunica a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones[2].

La finalidad de este documento es que dicha Autoridad tenga conocimiento del hecho y de sus consecuencias (lesiones), a efecto de que pueda llevar a cabo la pertinente investigación y en su caso, adoptar las medidas oportunas con respecto al autor[3].

La Ley de Enjuiciamiento Criminal4, en sus artículos 262 y 335, hace referencia, a la obligación de informar a la justicia, por parte del médico, en los casos de lesiones.

Artículo 262 (Ley de Enjuiciamiento Criminal)
Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.
Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el art.259, que se impondrá disciplinariamente.
Lo dispuesto en este art. se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes.

Artículo 355 (Ley de Enjuiciamiento Criminal).
Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.

Podemos deducir, que el médico, además de asistir al lesionado, realizar un diagnóstico

y aplicar un tratamiento adecuado, actúa como garante o protector del bien jurídico en ese momento, es decir, de la salud del lesionado.

Así pues, el acto de dar parte al Juez instructor, se realizará en el caso de tener conocimiento de un hecho que consistiere en lesiones. Ahora bien, no significa que el médico tenga que comunicar a la justicia, todas las lesiones que atienda, sino, únicamente en los casos que puedan ser constitutivas de una conducta delictiva.

No existe uniformidad, en cuanto al modelo de parte judicial, aunque todos deben tener unas características comunes y adecuadas que, permitan identificar al lesionado, las lesiones producidas y, las circunstancias que las originaron.

Este documento constará de tres partes[3]:

- El preámbulo, donde consten los datos del médico.
- El cuerpo, que debe contener: Datos de identificación del paciente. Fecha y hora de llegada. Descripción de la lesión que debe ser minuciosa: localización, extensión, morfología, afectación de órganos vitales y posible mecanismo lesivo, según lo refiera el paciente. Asistencia prestada: juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y a donde ha sido remitido.
- Pronóstico *quo ad vitam* (riesgo que para la vida supone la lesión) se consignará el lugar y la fecha y será firmado por el médico.

La información suministrada por el parte de lesiones, resulta importante por dos motivos. Uno, el estrictamente asistencial (exploración, diagnóstico, tratamiento) y, otro, el cumplimiento de un deber profesional, que tendrá una posterior trascendencia en el ámbito judicial[5].

En la mayoría de las ocasiones, el reconocimiento médico-forense tiene lugar transcurrido un tiempo más o menos prolongado, tras el cual puede ya no quedar ninguna lesión física y/o psíquica objetivable[6] y, en consecuencia, el Médico Forense solo podrá basarse para su valoración en el parte de lesiones y, en su caso, en la Hoja de Urgencias, redactados en el momento de la asistencia médica en el Servicio de Urgencias.

HISTORIA CLÍNICA E INFORME DE ALTA.

La historia clínica, no sólo constituye un elemento básico e indispensable en el proceso de asistencia sanitaria, sino también, un documento fundamental que permite valorar, en su caso, por la autoridad judicial, la responsabilidad profesional del médico[6].

Es un documento médico-legal importante, ya que, ha pasado de ser una documentación asistencial, que permitía valorar los criterios médicos aplicados al paciente, a un documento con criterios médico-legales. La Ley General de Sanidad[7], se refiere a la historia clínica, en los artículos 10.11 y 61.

Artículo 10 (Ley General de Sanidad).
Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.

Artículo 61(Ley General de Sanidad).
En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial.
Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.
Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

La Ley General de Sanidad, está presidida por el deseo de garantizar una prestación sanitaria respetuosa, con la dignidad de la persona y con la libertad individual, interesándose por los derechos de los pacientes, como pilar fundamental de la labor asistencial.

En esta línea, el Consejo de Europa, suscribió el 4 de Abril de 1997, el Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, el cual entró en vigor en España el 1 de Enero de 2000.

Dicho Convenio, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, estableciendo un marco común, para la protección de los derechos humanos y la dignidad de la persona, persiguiendo alcanzar una armonización de las distintas legislaciones existentes.

Se refiere explícitamente, a la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

Por todo ello, y al amparo de La Ley General de Sanidad, algunas Comunidades Autónomas, con capacidad legislativa en materia de sanidad interior, han promulgado leyes[8,9,10], que regulan los derechos de los pacientes en las instituciones sanitarias, en beneficio de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

Las circunstancias anteriores, aconsejaron una adaptación de la Ley General de Sanidad, con la finalidad de clarificar la situación jurídica y ofrecer, en el ámbito de la información y documentación clínicas, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado. Así, el 14 de Noviembre de 2002, se aprobó la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica[11].

Esta Ley (B.O.E. nº 274, de 15 de Noviembre de 2002) que entró en vigor el pasado mes de mayo, en su disposición derogatoria única, indica la derogación, entre otros, del apartado 11 del artículo 10 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La citada Ley 41/2002 establece, en su artículo 3, entre otras, las siguientes definiciones legales:

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los

datos, variaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

La Ley 41/2002, se refiere a la historia clínica en los artículos 14,15 y 17.

Artículo 14 (Ley básica reguladora).
La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Artículo 15 (Ley básica reguladora).
1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

Artículo 17 (Ley básica reguladora).
1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas,

de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial12 hace referencia a la historia clínica en el artículo 13.

Artículo 13 (Código Ética y Deontología).
1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.
2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por el transcurso del tiempo, podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda, deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.
3. Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar dicha sucesión, el archivo podrá ser destruido de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.
4. Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.
5. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.
6. El médico está obligado a la solicitud y, en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

Por todo lo expuesto, es evidente, la obligación de cumplimentar la historia clínica en la asistencia médica, en sus diferentes modalidades y especialidades, incluyendo la

Medicina de Urgencia.

En la asistencia médica de urgencia pediátrica, es difícil, en ocasiones, realizar una historia clínica detallada, dado el volumen de asistencias en momentos concretos, la amplitud y complejidad de las patologías, así como el amplio abanico de profesionales que intervienen. A pesar de ello, siempre es necesario que se haga constar la máxima información posible, ya que, no sólo supondrá una mayor calidad asistencial, sino que además, va a ser el documento médico-legal básico de defensa del médico ante los jueces, como consecuencia de una posible demanda de responsabilidad profesional.

La mayoría de los niños asistidos en los Servicios de Urgencia Pediátrica, son diagnosticados y tratados en el propio servicio, por ello, toda la información de la asistencia, queda reflejada en la Hoja de Urgencias.

La historia clínica, entre otros documentos, debe contener, la hoja de urgencias y el informe de alta.

En la hoja de urgencias, debe constar lo siguiente:

- Datos de identificación del paciente: Nombre y apellidos, número de historia clínica y/o número de registro de urgencias, edad y fecha de nacimiento, sexo, domicilio actual y teléfono.
- Datos del responsable y/o acompañante.
- Datos relativos a la asistencia: Unidad que realiza la asistencia, fecha y hora de entrada al servicio, motivo de la consulta, anamnesis, exploración física inicial, exámenes complementarios realizados, impresión diagnóstica, tratamiento administrado "in situ", tratamiento recomendado, destino, fecha y hora en que el paciente abandona el área de urgencias, firma del responsable y/o acompañante.
- Datos de identificación profesional: Nombre y apellidos, nº de colegiado y firma del médico que realiza la asistencia en urgencias, firma del personal de enfermería en tratamientos administrados.

El *informe de alta*, es un documento que pertenece a la propia historia clínica, y debe contener, un resumen de la asistencia realizada. En el

momento del alta, dicho informe se entregará en mano al paciente o representante legal.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica11, establece en su artículo 3, las definiciones legales:

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Artículo 20 (Ley básica reguladora).
Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

La propia Ley 41/2002, indica en su Disposición transitoria única que "*El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley*".

A este respecto, la citada Orden de 6 de septiembre de 1984, establece la obligatoriedad de elaborar un informe de alta, para pacientes atendidos en los establecimientos sanitarios, en aquellos casos que se haya producido al menos una estancia (la Orden establece como estancia, el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería a una comida principal).

En la práctica, la hoja de urgencias, constituye, asimismo, el informe de alta, si no ha habido hospitalización.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.

La Ley General de Sanidad[7], y el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial[12], establecen el deber de

informar al paciente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Asimismo, es un derecho del paciente, la libre elección entre las opciones terapéuticas que se le plantean.

Ambos textos, recomiendan la obtención del consentimiento preferentemente por escrito.

Artículo 10. (Ley General de Sanidad).
Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Artículo 10 (Código Ética y Deontología).
1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.
2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.
3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.
4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico la proporcionará información suficiente y

ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.
5. Si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.
6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica[11], en relación con el derecho del paciente a la información sanitaria establece:

Artículo 4 (Ley básica reguladora).
1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Y, sobre el titular del derecho a la información,

Artículo 5 (Ley básica reguladora).
1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El concepto de consentimiento informado, queda definido en el artículo 3 de la Ley 41/2002:

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El capitulo VI, de la Ley 41/2002, sobre la autonomía y respeto del paciente, establece, en su articulado, las condiciones del consentimiento informado:

Artículo 8 (Ley básica reguladora).
1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Artículo 9 (Ley básica reguladora).
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
c. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene

doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

En ocasiones, en los Servicios de Urgencias Pediátricas, los padres de los menores se niegan a que se administren a sus hijos determinados tratamientos médicos, fundamentalmente, por creencias religiosas.

Recientemente, el Pleno del Tribunal Constitucional, emitió una sentencia (TCS 154/2002), anulando la decisión del Tribunal Supremo (dictada en dos sentencias de 27 de Junio de 1997, ambas con el núm. 950/1997) en la que se condenó a los padres de un menor, de 13 años, muerto a causa de la tardía realización de una transfusión de sangre, a la que se habían opuesto por motivos religiosos tanto los padres como el menor, como autores de un delito de homicidio por omisión.

Al comentar esta sentencia, Santos[13] resalta la importancia de que los menores, tengan la posibilidad de ejercer, por sí mismos, sus derechos fundamentales, otorgando el consentimiento al tratamiento propuesto por los facultativos, si poseen para ello el suficiente grado de entendimiento y madurez.

La Ley 41/2002, considera que corresponde al médico, que atiende al menor, valorar la capacidad del paciente.

En la práctica, no es frecuente que una negativa al tratamiento, por parte de los padres, pueda poner en peligro la vida o la salud de los menores que no tienen la suficiente capacidad para dar el consentimiento, ya que lo habitual en estas situaciones, es que los médicos soliciten la autorización necesaria a la autoridad judicial.

En estos casos, deberá prevalecer la protección clínica del menor. Por lo tanto, si la situación es de urgencia y riesgo vital, el médico le aplicará el tratamiento adecuado[14].

El siguiente cuadro, recoge, los aspectos médico-legales de interés, de la legislación comentada, referentes a la información y al consentimiento en el ámbito del menor.

INFORMACIÓN AL MENOR	
Ley General de Sanidad	No hace referencia al menor
Código Ética Deontología	No hace referencia al menor
Ley 41/2002, básica reguladora	No hace referencia al menor Si carece de capacidad de entender la información →persona vinculada o familia

CONSENTIMIENTO DEL MENOR	
Ley General Sanidad	No hace referencia al menor Si no está capacitado para tomar decisiones ' familiares o allegados
Código Ética Deontología	Sí hace referencia al menor Lo otorga la familia. Se tiene en cuenta la opinión del menor
Ley 41/2002, básica reguladora	Sí hace referencia al menor Lo otorga el representante legal Si > 12 años, representante legal tras escuchar su opinión Si > 16 años, el menor

En relación con aquellos pacientes que se niegan a aceptar el tratamiento propuesto por el médico, la Ley 41/2002, dice:

Artículo 21 (Ley básica reguladora).
1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

Las asistencias médicas que se realizan en los Servicios de Urgencia, presentan características que las diferencian de las que se realizan en el régimen normal hospitalario o los Centros de Salud. La finalidad de la asistencia, es la inmediata atención al paciente, su tratamiento y, si procede, su ingreso en el centro hospitalario.

La necesaria rapidez en la asistencia, la celeridad en la toma de decisiones, sobre todo en niños con lesiones graves, puede provocar errores en estos actos médicos; a pesar de ello, no son frecuentes las demandas por malpraxis en los Servicios de Urgencias Pediátricas.

Así, en un estudio realizado en Cataluña, durante el período 1986-95, por Comas *et al.*[15] sobre un total de treinta millones de asistencias pediátricas de urgencia, se indica una incidencia de demandas de 1/600.000; se contabilizaron 49 denuncias, sólo en 9 de ellas (18%), hubo sentencia condenatoria para el médico.

Las características especiales de los Servicios de Urgencia, hacen recomendable el seguimiento, por parte de los facultativos, de pautas y protocolos validados por la comunidad médica, lo que permitirá un importante respaldo profesional al médico ante la Justicia.

Aunque, como en el resto de actos médicos, la actuación profesional debe regirse por la *lex artis ad hoc*, que es la que se toma en consideración respecto del caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla y tiene lugar, así como respecto de las incidencias inseparables en el normal actuar profesional[16].

BIBLIOGRAFÍA.

1- Rodes F, Vazquez A, Martí Lloret JB. Medicina forense y el daño a las personas. Rev Esp Med Leg 1998; XXII(83): 32-37.

2- Criado MT. Normas relacionadas con las lesiones legales. En: Serrat D, editor. Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: Colex, 1998; 381-406.

3- Gisbert Calabuig JA, Gisbert Grifo MS. Documentos medico-legales. En: Gisbert Calabuig, ed. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998; 136-140.

4- Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Civitas, 1997.

5- Casado M, Hurtado P, Jiménez A. Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. Emergencias 1999; 11: 365-368.

6- Casas J, Rodríguez MS. Manual de actuación médico-legal en urgencias. Madrid: IM&C; 2000.

7- Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de Abril (B.O.E. nº 102 de 29 de Abril de 1986).

8- Ley 21/2000, de 29 de Diciembre, de la Generalitat de Catalunya, Sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica (B.O.E. nº 29 del 2 de Febrero de 2001).

9- Ley 3/2001, de 28 de Mayo, de la Xunta de Galicia, Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (B.O.E. nº 158, de 3 de Julio de 2001).

10- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (B.O.E. nº 48 de 25 de Febrero de 2003).

11- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE Nº 274, 15 de noviembre 2002).

12- Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999.

13- Santos Morón MJ. La ley, jueves 12 de diciembre (Nº 5675).

14- Praxis Clínina y Responsabilidad. Diario Médico. Febrero 2003.

15- Comas Ll, Perramón X, Sábado C, Ballabriga J, Fernández P. Consenso mádico-legal en Urgencias Pediátricas. An Esp Pediatr 1997; 46: 538-541.

16- Garcia Blázquez M, Molinos J. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (Aspectos jurídicos y médico-forenses). Granada: Comares; 1995.

LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LAS MUERTES INESPERADAS DE LACTANTES PARA DIFERENCIAR LAS MUERTES POR CAUSAS NATURALES DE LAS VIOLENTAS.

AGUILERA TAPIA B[1].

No existe nada más doloroso ni traumático que la pérdida de un hijo.

Frente a la muerte inesperada y súbita de un lactante debemos determinar si se trata de una muerte por causa natural, un accidente o un homicidio y las investigaciones para determinar la causa del fallecimiento deben realizarse acorde a los criterios científicos vigentes.

Entre los fallecimientos por causas naturales, el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante(SMSL) es la primera causa de muerte durante el primer año de vida, si se descartan las asociadas a anomalías congénitas y las patologías secundarias a prematuridad y bajo peso al nacer en los países del llamado primer mundo, entre los que se cuenta España.

DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.

El **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante** ha sido definido como la muerte de un lactante hasta el año de edad que permanece inexplicada después de una exhaustiva investigación que incluye una autopsia completa, el examen del lugar de la muerte y la revisión de la historia clínica[1].

1 Anatomopatóloga de la Sección de Histopatología. Instituto Nacional de Toxicología. Madrid.

En la década pasada, tras las campañas que se han hecho en los países occidentales recomendando que los recién nacidos duerman en posición supina (boca arriba), se ha observado una considerable reducción de los casos de SMSL[2], demostrando el valor de las campañas preventivas. Sin embargo, en un trabajo reciente realizado en Chicago, cuyo objetivo era investigar por qué la frecuencia de casos de SMSL era el doble entre la población de origen africano comparada con la población blanca, demostró que entre los afroamericanos persistía la costumbre de hacer dormir a los lactantes boca abajo[3]. Este sólo factor de la posición en que se pone al lactante a dormir hace que se duplique el riesgo de SMSL e indica lo fundamental que es que las campañas preventivas lleguen a toda la población y no sólo a los sectores más educados y favorecidos. Los autores concluyen que se podrían haber prevenido un tercio de los casos de SMSL entre los afro-americanos si se hubiera colocado a los lactantes en posición supina o boca arriba al dormir.

En la última Conferencia Internacional sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, ocurrida en Florencia en septiembre del 2002 (The Seventh Sudden Infant Death Syndrome International Conference), los diferentes exponentes demostraron la gran relevancia que tiene que los casos de muerte súbita e inesperada del lactante sean estudiados por un **equipo multidisciplinario especializado en el tema**, para llegar a un diagnóstico y clasificación más exacta de cada uno de estos casos.

¿POR QUÉ SE PRODUCE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE?

Si se habla de síndrome es porque se postula que pueden intervenir varios mecanismos fisiopatológicos. La hipótesis más aceptada es que se debe a alteraciones que ocurrirían a nivel del tronco del encéfalo determinando un fallo en la neurorregulación de la función cardiorrespiratoria y del reflejo del despertar. Se postula que algunos lactantes, por mecanismos aún no bien conocidos, tendrían una inmadurez o retraso en el desarrollo de los centros nerviosos que regulan las funciones cardio-respiratorias y

que condiciones como infecciones intercurrentes o factores medioambientales como la posición al dormir, humo del tabaco, un ambiente muy caluroso o el exceso de abrigo, favorecerían esta disregulación.

En los estudios efectuados sobre la función de los neurotransmisores y sus receptores en varios núcleos del tronco del encéfalo, se ha podido determinar disfunción en aquellos como el núcleo arcuato y en los derivados del labio rómbico, que juegan un rol fundamental en la regulación del despertar, de la respiración, de la frecuencia cardiaca y de la temperatura corporal[4].

¿POR QUÉ LA POSICIÓN PRONA FAVORECE EL SMSL?

Diversos estudios han demostrado que la posición prona, especialmente si se asocia a colchones mullidos hace que el lactante respire el mismo aire, aire que en forma progresiva va a tener menor concentración de O2 y mayor concentración de CO2, determinando hipoxia e hipercapnea del lactante. Aquellos lactantes que tienen inmadurez o disfunción de los núcleos del tronco del encéfalo, no responden a esta situación adversa con el reflejo de despertar que sería la respuesta adecuada. Por otra parte, se ha constatado que la respuesta de los quimiorreceptores laríngeos está disminuida en la posición prona.

Otro factor de riesgo de que se produzca un SMSL es la hipertermia, la que puede aparecer por colocar al lactante en un ambiente muy cálido y/o por exceso de abrigo; es de especial riesgo el que los lactantes duerman con la cabeza cubierta. También se ha observado interacción entre la posición al dormir y el exceso de calor, habiendo demostrado un estudio en Tasmania un riesgo mayor de 10 veces de que ocurra un SMSL si ambos factores coinciden[5].

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL SMSL.

La muerte ocurre en la cuna, durante el sueño, las más de las veces entre los 2 y 4 meses de edad. El 80% de los casos de SMSL se producen durante el primer semestre de vida. Afecta más a lactantes del sexo masculino (3:2). Ocurre con

mayor frecuencia en los meses fríos del año. El SMSL afecta con mayor frecuencia a lactantes procedentes de familias de estratos socioeconómicos bajos, hijos de madres solteras, de bajo nivel educacional, desempleadas y que no han controlado su embarazo o lo han hecho tardíamente.

El hábito tabáquico de la madre durante el embarazo, es el factor de riesgo más importante obtenido en las diversas encuestas epidemiológicas. También constituye un riesgo el que el lactante se críe en un ambiente de fumadores. El SMSL también es más frecuente en hijos de drogadictas.

Afecta especialmente a niños que han nacido en forma prematura, con bajo peso al nacer o retraso del crecimiento intrauterino.

Por el contrario, tienen efecto protector, la lactancia materna, el seguir las pautas de vacunación, compartir habitación y el uso de chupetes[2].

La incidencia que se produzca otro caso de SMSL en los hijos sucesivos de la familia es menor del 2%.

ESTUDIO DE LOS CASOS DE MUERTE SÚBITA E INESPERADA DEL LACTANTE.

La autopsia debe ser obligatoria y completa. Tiene como fin determinar si hay una causa natural, accidental o signos de violencia que expliquen el fallecimiento. El cuerpo se debe pesar y medir. Se deben buscar signos de deshidratación o desnutrición. Buscar lesiones cutáneas como petequias que indiquen una probable patología infecciosa. Si tras el examen macroscópico y estudio radiológico no hay signos de violencia, se deben tomar muestras de todos los órganos para estudio histopatológico (encéfalo, médula espinal, músculo esquelético y bloque visceral cérvico-tóraco-abdominal), y además muestras para estudio microbiológico, análisis químico-toxicológico, determinación de glucosa y electrolitos en humor vítreo e investigación de toxina botulínica en heces[6].

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.

La muerte de un lactante sólo se puede catalogar de SMSL si se

cumplen los siguientes requisitos[7]:

1. Se ha efectuado una autopsia completa y los hallazgos son compatibles con el SMSL.
2. No hay evidencias macro-microscópicas de trauma, quemaduras, de un proceso patológico o error congénito del metabolismo que puede explicar el fallecimiento.
3. No hay evidencias de trauma al examen radiológico del esqueleto.
4. El análisis quimicotoxicológico no ha demostrado alcohol, drogas, monóxido u otros tóxicos.
5. El examen del lugar de la muerte y la revisión del historial clínico son negativos.

No existen hallazgos autópsicos patognomónicos del SMSL ni existen requisitos morfológicos para hacer el diagnóstico de este síndrome. El forense se encuentra con un niño bien cuidado, con talla y peso adecuados para su edad. Puede salir un hongo de líquido sero-hemático por la boca y fosas nasales. Al examen interno, las petequias en órganos intratorácicos (timo, pleura y epicardio) están presentes en aproximadamente un 70% de los casos al igual que es casi constante una congestión y edema pulmonar que pueden ser muy extensos, apareciendo los pulmones aumentados de consistencia.

Los hallazgos autópsicos en casos de SMSL pueden ser indistinguibles con los casos de sofocación ya sea accidental como intencional, si la presión sobre la cara se ha hecho con un objeto blando o con la mano[8].

Por ello es fundamental que el forense examine el lugar de la muerte para investigar si se ha podido producir una sofocación accidental. Se debe interrogar a los padres, familiares o a la persona que estaba al cuidado del lactante dentro de las 24 horas desde que ha ocurrido el fallecimiento, para que los datos obtenidos sean lo más próximos a la realidad de los hechos. Es importante ver el tipo de reacción ante el fallecimiento del lactante y si hay testimonios contradictorios entre ellos.

El medir la temperatura ambiente o verificar la ropa de abrigo y de cama que portaba en el momento del fallecimiento, permite sospechar una hiper o hipotermia como posible mecanismo de muerte[9].

Las pautas para la Investigación del lugar del fallecimiento en casos de muerte súbita e inexplicada infantil del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos consta de la definición de lugar de la muerte o ESCENA y puntos a examinar[10]:

Se debe investigar el sitio en que el lactante se encontró sin respuesta o muerto, así como el sitio en que lo atendieron y entrevistar a todas las personas relacionadas. Ej. Si lo encuentran sin respuesta o carente de vitalidad en la guardería y el personal lo traslada a un ambulatorio, hay que revisar el domicilio, la guardería e interrogar a quienes le atendieron en el ambulatorio o iniciaron las medidas de reanimación. Estas pautas recomiendan:

- Recoger toda la información que debe incluir el historial médico y sobre cómo ocurrieron los hechos.

- Llevar una muñeca de tamaño natural para que se trate de reproducir en la forma más veraz como ocurrieron los hechos. Sitio, posición, relación de las ropas, colchón, objetos que habían en la cuna. Indagar si compartía cama o sofá en el momento del incidente.

- Si el lactante todavía está presente al realizar el examen del lugar de la muerte, documentar la distribución de las livideces, determinar presencia de rigidez y la posición del cuerpo (descartar sofocación por ropa de camas, por deslizamiento de la cabeza entre la cuna y el colchón o por lazos de la ropa del bebé).

- Ver el estado de conservación y limpieza de la habitación y del hogar. Buscar si existe alcohol, drogas de abuso, fármacos u otras substancias potencialmente tóxicas.

- Buscar y preguntar sobre el uso de otros remedios caseros o populares como hierbas, agua de anís, etc.

- Verificar si existe agua potable o la fuente de dónde se obtiene.

- Tomar la temperatura del lactante y de la habitación en que estaba en el momento del deceso.

- Comprobar o averiguar el tipo de calefacción usado, la distancia que existe con la

cuna o si existe una fuente que pueda desprender monóxido de carbono.

- Determinar la cantidad y calidad de la ropa de cama que había en la cuna y si estaban húmedas por sudoración.

- Recoger el pañal y la ropa que usaba en el momento del incidente.

- Recoger muestras del último biberón y de la fórmula que usaba.

- Verificar si había cables o electrodomésticos vecinos a la cuna o donde fue hallado el lactante. Determinar su estado.

- Revisar si la bañera o el lavabo estaban llenos de agua, ver si hay ropas mojadas del lactante en el baño y dejar constancia si el cabello del lactante estaba mojado, húmedo o seco.

- Inspeccionar el o los servicios buscando restos de sangre.

- Buscar en la basura o por la habitación bolsas plásticas que pudieran haber servido para asfixiar al niño (Se debe buscar restos de saliva).

- Determinar si cerca de la cuna había algún cordón como de una cortina que pudiera en forma accidental haber estrangulado al bebé.

- Verificar si el colchón ajusta bien a la cuna, si no, medir la distancia que queda entre el colchón y la cuna.

- Documentar el estado de la cuna y de todos los objetos que en ella había. Recoger todos los objetos que potencialmente sean tan pequeños que pudieran haber obstruido la vía aérea del lactante.

- Determinar si el lugar donde fue encontrado muerto el lactante era el sitio donde dormía habitualmente (cuna, cama de los padres).

- Si compartía cama, relatar con quién y determinar el sitio preciso que cada uno ocupaba en el momento del incidente (Ej. estaba entre los dos padres, o estaba en la cama matrimonial al lado de la madre).

- Hacer inventario de las medicinas que habían en el hogar y de quién las usaba.

- Verificar la existencia de plantas y tipo que hay en el domicilio.

- Determinar si el hogar estaba parasitado por insectos, roedores, o la existencia de animales de compañía.

- Ver si existía en el hogar un olor especial que indicara el uso reciente de productos de limpieza, pinturas o quita pinturas que puedan desprender gases tóxicos.

- Tomar fotografías o hacer esquemas.

- *Si el niño usaba monitor, éste debe recogerse y precintarse, con el fin de analizar su registro y las incidencias ocurridas por un pediatra especializado en estos registros y por técnicos de la firma encargada de los monitores.*

Junto a la investigación del lugar de la muerte es fundamental averiguar:

- Si la policía ha sido llamada antes a ese domicilio, cuántas veces y por qué causa.

- Si esa familia ha requerido de asistencia social y si es así, entrevistar a los asistentes sociales.

- Determinar si hay historia documentada de maltrato a los niños en la familia.

- Indagar si hay hermanos, su salud y sobre el antecedente de fallecimiento de otros hermanos.

- Indagar sobre cambios de domicilio y en lo posible determinar dirección de estos últimos[10].

Si bien es cierto que es imposible diferenciar en la autopsia un caso de SMSL de una sofocación hecha con un objeto blando, el Comité para el estudio de Maltrato y Negligencia del niño de la Academia Americana de Pediatría estima que ciertas circunstancias indican la posibilidad de sofocación intencional[7]:

- ANTECEDENTE DE CRISIS RECIDIVANTES DE CIANOSIS, APNEA O EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES (EAL), BAJO EL CUIDADO DE UNA MISMA PERSONA.

- LACTANTE MAYOR DE 6 MESES EN EL MOMENTO DEL

FALLECIMIENTO.

- ANTECEDENTE DE MUERTE INESPERADA E INEXPLICADA EN UNO O MÁS HERMANOS.

- LA MUERTE SIMULTÁNEA O CASI SIMULTÁNEA DE DOS MELLIZOS O GEMELOS.

- EL ANTECEDENTE DE FALLECIMIENTOS PREVIOS DE OTROS NIÑOS BAJO EL CUIDADO DE LA MISMA PERSONA.

- EL HALLAZGO DE SANGRE EN LA NARIZ O BOCA EN ASOCIACIÓN CON EPISODIO APARENTEMENTE LETAL (EAL).

La mayoría de los casos de SMSL ocurren en el hogar. Debido a la incorporación de la mujer al trabajo, también pueden ocurrir en guarderías y en la revisión de los casos estudiados en el INT-Madrid, en dos ocasiones el SMSL ocurrió el primer día de guardería.

Es fundamental ver cómo se comportan los padres o la persona al cuidado frente a la muerte inesperada del lactante. Lo habitual es que los padres estén totalmente choqueados, desconsolados y perplejos. Los padres inocentes se culpan a sí mismos e imaginan diferentes circunstancias o actitudes que les podría haber evitado el fallecimiento de su hijo. Estos padres que en forma tan inesperada se enfrentan con este trance tan doloroso, deben recibir por parte del personal médico y judicial un trato deferente que les ayude a soportar ese inmenso dolor. Se les debe tratar con gran humanidad y compasión. Pero a la vez hay que hacerles entender que se debe seguir una investigación con el fin de tratar de determinar la causa de la muerte de su hijo.

En aquellos casos en que el examen externo y el estudio macroscópico ha descartado una muerte violenta, se puede dar a los padres un diagnóstico preliminar de probable SMSL. Esto permite explicarles en un lenguaje sencillo sobre la existencia del SMSL, en qué consiste y que el fallecimiento no ha ocurrido por falta de cuidados ni que ellos son culpables de la muerte de su hijo.

La posibilidad que un lactante fallezca en forma súbita e inesperada se ha estimado que es de 1/1000. Pero la posibilidad que esto ocurra por dos veces en la misma familia, es de 1/1.000.000. Por lo tanto, es muy improbable que dos o más niños de una

misma familia fallezcan de causas naturales[11]. Por ello es fundamental frente a la muerte inesperada de un lactante, averiguar si han fallecido otros hijos en esa familia y si esto ha ocurrido, lo más probable es que no se trate de una muerte natural.

Sin embargo, pueden ocurrir muertes naturales múltiples cuando existen causas hereditarias como son los síndromes que ocasionan arritmias letales como el síndrome de QT largo[12,13] o el de Brugada[14], errores innatos del metabolismo, enfermedad de Werdnig-Hoffmann,etc. También puede ocurrir cuando persiste en la familia el mismo tipo de cuidado a los lactantes y que pueden ser de riesgo para su vida (si no se ha corregido el dejarlos en decúbito prono, muy abrigados, con las mantas cubriendo la cabeza o en un ambiente muy caliente).

Si todo esto se ha investigado, el antecedente de dos muertes inesperadas de un lactante en la misma familia obliga a una meticulosa investigación por un equipo multidisciplinario que incluye al pediatra, forenses, patólogos y personal policial, ojalá especializado en estos casos, ya que lo más probable es que el fallecimiento no sea por causas naturales.

A pesar de que aquí en España hace ya más de una década que Lucena publicó la encuesta epidemiológica[15] y recalcó el valor que tiene la actuación de los médicos forenses en el estudio de los casos de muerte súbita del lactante, en nuestra experiencia con más de doscientos casos estudiados en la última década en el INT-Madrid, la encuesta epidemiológica no siempre se rellena, la investigación del lugar de la muerte por el forense no siempre se realiza y debido a la dispersión geográfica de los casos, la valoración por un equipo multidisciplinar de cada caso, es excepcional.

En una serie de 173 casos estudiados entre 1995 y 2001 en el INT de Madrid, se comprobaron 2 muertes por sofocación accidental gracias a los datos obtenidos por los forenses en la investigación del lugar de la muerte. En estos dos casos, ocurridos en familias de bajos recursos, se encontró a un lactante con la cabeza atrapada entre el colchón (de menor tamaño) y la cuna en una ocasión y en el otro caso, el lactante fue descubierto con su cabeza atrapada entre dos camas[16].

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SMSL Y SOFOCACIÓN INTENCIONAL.

Ya se ha comentado que tanto en los casos de SMSL como en casos de Sofocación intencional los hallazgos autópsicos son negativos y por lo tanto la muerte queda inexplicada después de haber realizado un estudio autópsico completo.

La mayoría de las sofocaciones intencionales las ejecuta la madre (a diferencia de lo que ocurre con los casos de maltrato que con mayor frecuencia están producidos por el padre, padrastro o compañero sentimental de la madre y en los que en la autopsia hay signos de violencia). Son muertes que ocurren cuando la madre está sola con su hijo.

En el trabajo de Meadow[11], basado en casuística inglesa, se revisan 81 casos en los que se pudo demostrar homicidios, basado en el estudio de los antecedentes médicos, la autopsia, los informes de los servicios sociales, las entrevista con los padres, familiares o cuidadores y el informe policial. Estos casos fueron reestudiados al existir denuncias por maltratos en otros niños o cuándo sucedieron otras muertes infantiles en la misma familia. En 42 casos el diagnóstico inicial fue de SMSL. En 14 familias habían fallecido dos o más niños. La mayoría de las familias eran de bajas condiciones socio económicas, sin ingresos regulares, que vivían de ayudas sociales y las madres fumadoras. Al revisar la historia clínica, se detectó que en el 70% de estos casos, los padres habían buscado asistencia médica para el lactante, refiriendo que sufría crisis de cianosis, dejaba de respirar, tenía convulsiones, episodios nunca comprobados por los médicos o personal sanitario. En 24 había el antecedente de episodios aparentemente letales (EAL).

La mitad de los casos ocurrieron en el contexto del Síndrome de Munchausen by proxy (por poderes). Este síndrome por lo general lo sufren las madres, las que ocasionan daño a sus hijos para llamar la atención y recibir compasión por parte del personal sanitario. Por lo general se sospecha y se llega al diagnóstico de este síndrome sólo después de múltiples consultas, donde la madre relata historias o signos muy atípicas y en los que los médicos no han llegado a un diagnóstico concluyente. Por ejemplo la madre refiere que el

hijo tiene episodio de apnea o cianosis, pero estos episodios no han podido ser comprobados por el personal sanitario. Es una forma de maltrato infantil, porque a estos niños se le somete a una serie de exámenes y tratamientos innecesarios.

En otro trabajo publicado con casuística norteamericana[17], en el que se revisan los antecedentes en 2776 casos de homicidios cometidos sobre menores de un año, se concluye que la mitad de los casos se cometen antes del cuarto mes de vida y por lo tanto en un período de la vida que coincide con en el que se observa la mayor incidencia del SMSL. Estos resultados nos ponen de manifiesto la gran importancia de hacer un minucioso estudio autópsico en busca de signos de violencia en los casos de muerte inesperada del lactante.

Este estudio demuestra que los homicidios durante la primera semana de vida generalmente fueron cometidos por la madre. Después de la primera semana, es más frecuente que los cometa el padre o el padrastro. El factor de riesgo mayor para que la madre cometa el homicidio fue una maternidad precoz, en general con menos de 17 años y el tener dos embarazos consecutivos.

Diversos estudios han demostrado que dentro de los casos diagnosticados como SMSL, entre un 2 y 5% podrían ser homicidios.

CONCLUSIONES.

1. Para llegar en la forma más precisa a establecer la etiología médico-legal de una muerte súbita e inesperada del lactante se requiere de un estudio multidisciplinario, preferiblemente por personal entrenado en este campo específico.

2. El diagnóstico de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante es un diagnóstico de exclusión y sólo se puede emitir cuando todas las pruebas son negativas.

3. Las familias que sufren el fallecimiento inesperado de un lactante, están pasando probablemente por el momento más doloroso de sus vidas y que merecen recibir un trato humano y compasivo.

4. Una vez obtenidos los resultados, los familiares deben recibir una explicación sobre cual ha sido la causa de la muerte inesperada del

lactante.

5. Si tras el análisis de todas las pruebas el caso queda diagnosticado como SMSL, los padres deben recibir explicaciones comprensibles sobre el SMSL.

6. Las circunstancias del fallecimiento, el historial clínico, el antecedente de maltrato a otros niños de la familia, la reacción anómala de los padres, el obtener datos contradictorios sobre las circunstancias de la muerte, sospechas referidas por familiares o vecinos, un embarazo no controlado, nivel socioeconómico bajo, etc, nos pueden hacer sospechar que la muerte del lactante no es natural si no que intencional.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Beckwick JB. A proposed new definition of sudden infant death syndrome. En: Walker AM, Mc Millen C. Second Sids International Conference. Perinatology Press, Ithaca, NY, 1993:421-424.

2. Hauck Fern R. Changing Epidemiology. En Sudden Infant Death Syndrome editado por R. Wyard y H. Krous, Arnold, London, 2001:31-57.

3. Hauck F.R., Merrick Moore C., Herman S.M. et al. The Contribution of Prone Sleeping Position to the Racial Disparity in Sudden Infant Death Syndrome: The Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics 2002;110:772-780.

4. Hunt,Carl E. Sudden Infant Death Syndrome and others Causes of Infant Mortality. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:346-357.

5. Changing Concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and sleep position of The American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2000;105:650-656.

6. Normas de Remisión de Muestras para el Estudio del Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante del Instituto Nacional de Toxicología. Ministerio de Justicia, septiembre de 1993.

7. Committee on Child Abuse and Neglect of American Academy of Pediatrics: Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome from Child Abuse Fatalities. Pediatrics 2001;107:437-441.

8. Valdés-Dapena M, McFeeley P, Hoffman HJ et al. Histopathology Atlas for the Sudden Infant Death Syndrome. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1993 pp 118, 144.

9. Byard RW and Krous HF. Differential diagnosis of sudden infant death. En Sudden Infant Death Syndrome editado por R.Byard and HF Krous, Arnold 2001, Gran Bretaña, Cap 12:214.

10. Hanzlick R. Death Scene Investigation en Sudden Infant Death Syndrome editado por R. Byard y H. Krous, Arnold 2001, Gran Bretaña, Cap 4:58-65.

11. Meadow R. Unnatural sudden infant death. Arch Dis Child 1999;80:7-14.

12. Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Segantine A, et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. N Engl J Med 1998;338:1709-14.

13. Schwartz PJ, Priori SG, Dumaine R, et al. A molecular link betwwen the sudden infant death syndrome and the long QT syndrome. N Engl J Med 2000;343:262-7.

14. Napolitano C, Memmi M, Giordano G, et al. Clinical and Molecular evidences supporting the role of Brugada Syndrome as a determinant of sudden infant death. European Heart J 2000;21:449 (abstract).

15. Lucena J. Importancia de la aportación Médico-Forense en la muerte súbita del lactante: presentación de un estudio multidisciplinar epidemiológico, clínico, anatomopatológico y médico-legal. Rev Esp. Med Legal 1991; Año XVIII:73-85.

16. Aguilera B. y Suárez-Mier MP. Postmortem investigation of sudden infant death in Spain(1195-2001). Poster. En: Conference Handbook on the Seventh SIDS International Conference, Florence, September, 2002, pp 128.

17. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC et al. Risk factors for infant homicide in the United States. N Engl J Med 1998; 339:1211-6.

Boletín Galego de Medicina Legal e Forense nº. 12. Noviembre 2003.

LAS SECTAS: ANALISIS CONCEPTUAL, PROCESO DE INTEGRACION SECTARIA Y APROXIMACION A LA TIPOLOGIA DEL CANDIDATO SECTARIO.

PRESENTACIÓN BLASCO JA[1,2,3]; VENTURA ÁLVAREZ ME[1,2,4]; PONS CUQUERELLA E[5]; BALLESTER COMINS A[5]; ANDREU ROCA MA[2].

RESUMEN

Una secta, en un sentido global, no es más que un grupo de personas aglutinadas por el hecho de seguir una determinada doctrina y/o líder, no obstante, hay un grupo de ellas, que merecen una atención y crítica específica por los métodos que utilizan, son las denominadas sectas destructivas.
Nosotros hemos realizado una revisión conceptual, atendiendo al perfil del candidato presectario y sectario, a las fases del proceso de transformación para la captación y adoctrinamiento, a las alteraciones psicológicas por la adscripción sectaria y finalmente, planteamos la prevención como la opción ideal para la contención o atenuación del fenómeno sectario.
PALABRAS CLAVE: Adicción sectaria, Integración sectaria, Secta, Secta destructiva, Síndromes, sectarios, Tipología sectaria.

INTRODUCCIÓN.

El mundo de las sectas es tan amplio como complejo y sus múltiples matices hacen caer frecuentemente en generalizaciones erróneas. Una secta, en un sentido más global, no es más que un grupo de personas aglutinadas por el hecho de seguir una determinada doctrina y/o líder y que, con frecuencia, se han escindido previamente de algún grupo doctrinal mayor respecto del cual, generalmente, se muestran críticos. Según esta definición, una secta es un tipo de agrupación tan honorable y defendible como cualquier otro.

Dentro del variopinto campo de las sectas (religiosas, esotéricas,

1 Médico Especialista en Medicina Legal y Forense.
2 Médico Forense.
3 Jefe de Servicio de Clínica Médico-Forense.
4 Director IML Castellón
5 Lda. Psicología.

mágicas, políticas, extraterrestres, cientificistas, etc.), hay un grupo de ellas, que sí merece una atención y crítica específica por los métodos que utilizan. Son las denominadas sectas destructivas.

Los conceptos de religión, iglesia y secta a no pueden ni deben compararse entre sí de forma lineal. "Religión" define un ámbito específico de creencias y comportamientos humanos, mientras que "iglesia" supone una de las formas posibles de organización burocrática de una religión y "secta" identifica, básicamente, el origen de un grupo y, cuando se le añade matiz peyorativo, identifica a grupos muy replegados sobre si mismos y autoreferenciales.

Los sociólogos de la religión contemporáneos más representativos consideran que una religión es una dinámica social que como elementos característicos presenta:

- Creencias, prácticas, relaciones e instituciones relacionadas con fuerzas, seres o metas sobrenaturales.

- Prácticas que suponen comportamientos de obediencia, reverencia o culto.

- Carácter colectivo o grupal de la expresión de la vida religiosa.

Troeltsch propuso que la presencia o no de sentido ecuménico podría ser un criterio válido para diferenciar entre iglesia y secta.

El término "secta destructiva" (Troeltsch, 1982), permite diferenciar entre dos grandes grupos de sectas: las que presentan comportamientos lícitos y aceptables -según los valores y normas aceptados de una sociedad- y las que mantienen dinámicas estructurales más o menos abusivas, ilícitas y patógenas. Este calificativo no pretende tanto etiquetar a grupos concretos como identificar dinámicas grupales muy específicas; así, este será sinónimo de "sectarismo destructivo" antes que de "secta destructiva", eso es de un conjunto de comportamientos que pueden darse tanto en grupos reconocidos socialmente como "sectas", como en otros que no son identificados ni identificables como tales.

Desde este planteamiento inicial, proponemos reconocer lo que hemos dado en llamar secta destructiva basándonos en tres

tipos de actuaciones lesivas: en el ámbito psicológico, en el social y en el jurídico. Así pues, para identificar a grupos o dinámicas grupales de riesgo podremos basarnos en la definición siguiente: Una "secta destructiva" será todo aquel grupo o dinámica grupal que, en su proceso de captación y/o adoctrinamiento, utilice técnicas de persuasión coercitiva que propicien la destrucción (desestructuración) de la personalidad previa del adepto o la dañen severamente. El que, por su dinámica vital, ocasione la destrucción total o severa de los lazos afectivos y de comunicación efectiva del sectario con su entorno social habitual y consigo mismo y por último, el que su dinámica de funcionamiento le lleve a destruir, a conculcar, derechos jurídicos inalienables en un Estado de Derecho.

TIPOLOGIA PRESECTARIA.

Los expertos en problemática sectaria suelen repetir que prácticamente cualquier persona puede ser captada por una secta si es abordada en el momento oportuno. Y este "momento oportuno" es la resultante de diversidad de elementos de predisposición caracteriológica y, muy especialmente, de una serie de circunstancias sociales, que momentáneamente, hacen al sujeto más vulnerable a la manipulación emocional.

Para que pueda darse la captación sectaria deben coincidir a un mismo tiempo -el "momento oportuno"- las cuatro condiciones siguientes:

- Tener perfil de personalidad presectaria.

- Estar atravesando un momento de crisis merme la capacidad del sujeto para resistir el estrés y la ansiedad, "Ser contactado de un modo adecuado por un reclutador sectario”.

- Y, que el mensaje sectario propuesto encaje con las necesidades, intereses, y mentalidad del sujeto.

Los adeptos que son captados por sectas no son personas diferentes al resto, salvo que su perfil psicosocial les hace más vulnerables y frágiles. Son personalidades con una serie de carencias para controlar sus emociones frente a las dificultades de la vida, y como todos los que son adictos a algo, necesitan algún reductor de

ansiedad para poder sentirse bien, sólo que pierden el control del mismo y acaban esclavizados, siendo estos los sectadependientes los que tienen problemas serios y acaban víctimas de la explotación.

Entre los factores de predisposición que puedan decantar una personalidad presectaria destacaremos:

- Problemas derivados de la edad: adolescencia/juventud.

- Problemas derivados de un sistema familiar disfuncional: pautas decativas extremas, malos tratos, sobreprotección, carencias de patrón referencial, etc.

- Problemas derivados de rasgos morbosos de la personalidad: inseguridad, incertidumbre, ambivalencia, inmadurez afectiva, sobrevaloración, baja autoestima, tendencia al idealismo ingenuo, etc.

- Problemas derivados de dificultades de adaptación social: insatisfacción, rebeldía, dificultades de adaptación, desarraigo, etc...

- Problemas derivados de una búsqueda religioso-espiritual: aspiración de perfección, trascendencia espiritual, pensamiento mágico, etc...
- Problemas derivados del desconocimiento de los factores de vulnerabilidad personal ante estos procesos persuasivos-manipuladores.

Una vez superada la fase de atracción, la manipulación del marco doctrinal llevará al neófito hacia las etapas de seducción y despersonalización, siendo la cuestión, no el que haya muchas sectas, sino que cada vez hay más personas con un perfil presectario (perfil psicosocial de riesgo derivado principalmente de pautas de maduración y socialización muy deficientes, producto de actuaciones familiares erróneas durante el proceso de crecimiento del sujeto).

TIPOLOGIA SECTARIA.

Hay muchos elementos para analizar y detectar la posible relación de una persona con una dinámica sectaria. Lo primero que debe valorarse es la sujeto, atendiendo al perfil psicosocial de

riesgo (ya que el "problema sectario" depende mucho más de la fragilidad personal que de las características de un grupo determinado), y a la presencia y origen de cambio radicales en el comportamiento, aficiones, relaciones, grupos, etc. Cuanto más claro esté el perfil presectario y más rápidos y radicales sean los cambios observados, más posibilidad habrá de poder estar frente a una situación de relación o dependencia sectaria.

Por otra parte, aunque secundario, analizaremos el grupo con el que se relaciona, atendiendo a los siguientes parámetros:

- Grupo cohesionado por una doctrina "religiosa o socio-trascendental en general" transmitida de forma demagógica y encabezado por un líder carismático.

- Estructura teocrática, vertical y totalitaria, donde la palabra de los dirigentes es dogma de fe.

- Exigencia de adhesión total al grupo y obligación -bajo presión psicológica- de distanciarse de todas o parte de las relaciones sociales y lazos afectivos y/o actividades anteriores al ingreso en la secta. Residencia en comunidad cerrada o en total dependencia del grupo (aunque hay sectas que no obligan a sus adeptos a vivir de forma comunitaria, pero conservan el control mediante frecuentes y obligados contactos).

- Supresión o limitación de las libertades individuales y el derecho a la intimidad.

- Control de la información que llega hasta los adeptos.

- Utilización de técnicas de manipulación y persuasión coercitiva.

- Rechazo total de la sociedad y de sus instituciones.

- Proselitismo como actividades primordial.

- Recaudación y donación, bajo-coacción psicológica, del patrimonio personal y de considerables sumas de dinero en conceptos varios,

Estos puntos describen situaciones detectables, que representan trasgresiones a la legalidad, y que utilizados para analizar a los grupos sospechosos, pueden ser un buen indicador para detectar situaciones de riesgo.

PROCESO DE INTEGRACIÓN SECTARIA.

La adicción sectaria o sectadependencia, base del problema sectario, es un proceso adictivo por lo general largo - depende de las condiciones psicosociales del sujeto- y perceptible, que pasa por las llamadas fases del proceso de transformación para la captación, que aún particulares para cada caso, las podemos sistematizar en las siguientes:

PRIMEROS CONTACTOS.

La entrada en una secta destructiva suele producirse como resultado de la aplicación de estudiadas técnicas de proselitismo y reclutamiento sobre personas y en lugares que reúnan las circunstancias preestablecidas como más idóneas para la captación.

La mayoría de los que se inician es a través amigos o familiares, otros a través del proselitismo directo en la calle sin discriminación, a sabiendas que, al contactar con mucha gente, estarán ya incluidos aquellos cuyo perfil les resulta más propicio a priori.

ATRACCIÓN-SEDUCCION.

La fase de atracción-seducción se inicia ya desde los primeros contactos, y se basa en una táctica de aproximación afectiva, en donde al reclutado le corresponde un rol pasivo, el de consentir y dejarse llevar, rol que perdurará como característica de su comportamiento mientras mantenga su vinculación con la secta.

En este punto nos preguntamos ¿cuáles son los elementos que la persona contactada puede percibir como atractivos en una secta para que le empujen a continuar la integración en la misma?, ¿qué deseos, fantasías o expectativas surgen en el contactado ante la posibilidad de integrarse?; y cuya respuesta está en los factores de atracción:

- Grupo de pertenencia intensamente cohesionado (satisface deseo de pertenencia, proporciona señas de identidad y aleja el fantasma de la soledad).

- Proyecto de vida comunitaria (supone la posibilidad de abandonar una convivencia familiar insatisfactoria y encontrar una alternativa en la

que predomina la solidaridad y el compartir o disfrutar comunitariamente.

- Creencia consensual y eficacia doctrina (sensación de doctrina profunda e ideología como medio de unión).

- Grupo pacífico, homogéneo y sin luchas internas (imágenes de grupo de iguales, sin luchas o ambiciones de poder, con una estructura y una jerarquía aceptadas o inamovibles, que libera del estrés cotidiano).
- Canalización de energías y delegación de responsabilidades.

- Hacer el bien a la gente, a la humanidad y trabajar para la salvación (es un objetivo fundamental, por el que se canalizan los deseos y necesidades de ser útiles). Sentido de la vida realización espiritual y la paz mental (objetivos de gran fuerza movilizadora y como sólida alternativa a lo religioso).

- Experiencias sobrenaturales y conocimientos y hallazgos trascendentes (posibilidad de experimentar fenómenos paranormales o esotéricos y conocer lo inexplicable).

- Amistad, comunicación y sociabilidad (espacio para la manifestación amplia de emociones y sentimientos, dada la intensa convivencia).

- Seguridad (alcance de la plenitud personal y de la felicidad.

- Cambio de vida, nuevas fórmulas y alternativas (atracción por un nuevo estilo, un nuevo compromiso, que signifiquen un cambio en el rumbo vital).

- Secretismo y halo misterioso (carácter oculto de ciertos saberes y connotación de grupo especial).

- Y, líder carismático.

CAPTACIÓN.

El proceso de captación, está presidido por la intención de conmover profundamente al sujeto y hacerle sentirse querido y protegido; las sectas destructivas ofrecen al sujeto una atmósfera de alta sugestionabilidad que le invita a abandonarse y dejarse contagiar emocionalmente por los nuevos estímulos, de tal forma, que el proceso de la

captación se realiza siempre por vía emotivo-afectiva, nunca por vía racional, hasta la conversión definitiva del sujeto; y para ello utilizan técnicas coercitivas de manipulación y control para la persuasión (técnicas que coaccionan, controlan y manipulan al sujeto, bien de forma directa y activa, bien de forma indirecta mediante el encubrimiento y ocultación deliberada de la realidad), que pasamos a describir:

1. Manipulación ambiental.

- AISLAMIENTO. SEPARACION DE LA SOCIEDAD y DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

El sujeto es introducido en el espacio vital de la secta, se puede hablar de encapsulamiento geográfico, en donde el aislamiento conlleva más alto grado de manipulación, imponiendo al sujeto una desvinculación del mundo exterior, un desarraigo y un desprendimiento de la red social de la que el sujeto gozaba hasta entonces (familia, amigos, estudios, intereses, trabajo, etc...).
El aislamiento influye también sobre las fuentes de información, con dificultad y limitación de las vías y canales de información, que les suelen ser vedados, y por otro, la información que les llega es interna de la secta o filtrada por ella.

- CREACION DE UN ESTADO DE DEPENDENCIA FÍSICA:

Las personas pertenecientes a una secta, en la medida en que se van integrando, van despreocupándose de la tarea de satisfacer sus necesidades, delegándola implícitamente en el grupo, incluso las necesidades físicas, de manera que con esta práctica, una parte de las funciones de autogobierno de cada sujeto es absorbida por la secta, así, el funcionamiento del colectivo sectario marca una disciplina y un reglamento que llevan a una reducción de la autonomía de sus miembros.

- DEBILITAMIENTO PSICOFÍSICO:

La interacción entre los mundos físicos y psíquicos hace que el funcionamiento irregular en uno de ellos tenga consecuencias sobre el otro. Las sectas utilizan tres sistemas fundamentales para provocar el debilitamiento: uno es la imposición de un régimen

alimenticio empobrecido mediante una dieta insuficiente y desequilibrada; otro, es la limitación de las horas de sueño, y el tercero consiste en la explotación de las energías hasta el agotamiento físico y psíquico.

2. Manipulación afectiva.

- APLICACIÓN SELECTIVA DE PREMIOS y CASTIGOS SOBRE LAS ACCIONES, ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS SUJETOS:

El empleo del premio o aprobación, por un lado, y del castigo o reprobación, por otro, se utiliza para ir, de forma paulatina, moldeando el comportamiento del sujeto, transformándolo a través de la eliminación de algunas conductas previas, reforzamiento de otras e implantación de nuevas conductas comunes al resto sectario, hasta conseguir la perfecta adaptación al estímulo; siendo tal el uso, aunque abusivo, de las técnicas de aprendizaje y modificación del comportamiento propio de la Psicología, que se ha dicho que las sectas se convierten en verdaderos laboratorios de conducta (Javaloy).

- INDUCCIÓN A LA INCERTIDUMBRE, EL MIEDO, LA ANSIEDAD y LA CULPA:

El uso indiscriminado del premio y del castigo, provoca incertidumbre y confusión sobre la correcta aplicación de las normas, y miedo generalizado a una imposición arbitraria de la autoridad. Con este proceder el líder se reserva para sí la única y definitiva interpretación correcta de la doctrina, así como la capacidad de juzgar a los adeptos y aplicarles la pena o recompensa adecuada.

3. Manipulación cognitiva.

- DENIGRACIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO:

La pretensión es conseguir instaurar en el sujeto el maniqueísmo como estructura definitiva de pensamiento, inhibiendo en la producción de pensamiento autónomo y fomentado el pensamiento doctrinal sectario, interesando que el sujeto margine sus procedimientos cognitivos y adopte una postura receptiva hacia los contenidos del grupo, hasta el punto de que cuando surjan pensamientos

independientes, el sujeto llega a experimentar el desagradable estado que Festinger denomina disonancia cognitiva, con eliminación inmediata del pensamiento y recuperación de la congruencia intelectual, interrumpiendo o debilitando la capacidad de reacción y los potenciales racionales del sujeto como individuo autónomo.

- USO DE LA MENTIRA Y EL ENGAÑO:

La realidad y la información son distorsionadas para mejor consecución del fin, siendo los propósitos reales e inmediatos ocultados o disfrazados con interpretaciones variopintas mientras en su lugar se reiteran las ambiguas promesas de alcanzar estados de espiritualidad superiores, casi paradisíacos.

- DEMANDA DE CONFORMIDAD E IDENTIFICACIÓN CON EL GRUPO:

La necesidad de someterse estrictamente a la pureza doctrinal, la exaltación del poder del grupo y de su líder, libera al adepto del sentimiento de inadaptación. La presión grupal es constante, imponiendo sobre los adeptos el sentido de sometimiento a una identidad colectiva homogeneizadora; defensa y reforzamiento de esa identidad que permite la alineación del sujeto en el grupo, adoptando el sujeto la conciencia del grupo como conciencia propia, hasta alcanzar la desindividualización.

- MANIPULACION DE LA ATENCIÓN:

El debilitamiento y dependencia conductual, unidos a la omnipresencia de la doctrina en los procesos de sentir, pensar y actuar del adepto, determinan un estrechamiento y enlentecimiento en sus facultades cognitivas.

La atención mermada y conducida hacia los puntos de interés para la secta, hace que los adeptos desarrollen una gran capacidad de concentración, que puede llegar incluso a estados similares al trance; la percepción recibida en esas circunstancias sufre unos procesos de selección y acentuación que le llevan a alterar y distorsionar la realidad, que en conjunto conducen a un estado disociativo similar al trance hipnótico, en el que se produce una pérdida gradual del sentido de la realidad, debido a la desconexión entre ésta y su mundo cognoscitivo.

- MANIPULACIÓN LINGÜÍSTICA:

Las sectas suelen cambiar el significado de muchas palabras de uso cotidiano e inventar otras nuevas; con ello elaboran una jerga común da la sensación de exclusividad y unidad, fortaleza y protección.

- ALTERACIONES DE LAS FUENTES DE AUTORIDAD:

Las sectas aplican métodos de desocialización, desvinculándose de las referencias y modelos de su entorno, ofreciendo nuevos patrones y modelos sustitutivos: la nueva autoridad está representada por el líder y su doctrina, a partir de un modelo piramidal y totalitario, situando al lider en el vértice dela pirámide y la doctrina como ciencia sagrada.

4. Manipulación y alteración de estados de conciencia.

Las sectas alteran la conciencia de los sujetos induciéndoles a entrar en estados desde los que se les puede dirigir y canalizar, limitándoles la elección de otras posibles opciones y disminuyéndoles la capacidad de evaluarlas. Estos estados alterados de conciencia son de tipo disociativo, similares al trance, y se inducen principalmente mediante: cánticos, meditaciones, hipnosis, privación o -sobrecarga sensorial, debilitamiento físico, tareas monótonas y repetitivas, aislamiento, subustancias psicotrópicas y drogas de abuso, etc.

La conversión implica un profundo cambio, una nueva identidad, una modificación generalizada en todos los modos de proceder en la vida y una expectativa de superación y reorientación de la anterior problemática vital. Según su duración, la conversión se divide en dos clases: repentina y gradual. La repentina es la más espectacular y en ella predominan las vivencias emocionales profundas, a menudo ligadas a experiencias transcendentales, es la que muestra una actitud más pasiva de sometimiento a la nueva identidad. La gradual se da en personas que buscan activamente una alternativa, la valoran cognitivamente sin dejarse arrastrar de las emociones y van poco a poco incrementando su compromiso y madurando los diferentes contenidos de la misma.

ADOCTRINAMIENTO.

Tras la conversión, el adepto continua sometido a las técnicas de manipulación y control, aunque ahora más dirigidas a fortalecer la identidad del convertido a través del adoctrinamiento, que a la persuasión propiamente dicha. Además del dominio conceptual de la doctrina, el adepto ha de practicarla de múltiples formas y llevar a cabo actos de compromiso que sirvan de reforzamiento de su nueva personalidad y de olvido de la antigua para evitar así entrar en disonancia cognitiva.

A través del incesante adoctrinamiento se efectúa la resocialización del sujeto en la secta, después de haber pasado previamente el proceso de desocialización ya explicado.

SÍNDROMES SECTARIOS.

En todos los casos de adscripción a sectas destructivas se producen alteraciones psicológicas y emocionales, que están en función de la personalidad previa del sujeto, de su nivel de integración en la secta y de la dinámica despersonalizante de ésta; que se van a expresar en una serie de conjuntos sindrómicos que describiremos a continuación:

El denominado Trastorno Disociativo no especificado supone un marco genérico de diagnostico a las alteraciones producidas por las sectas, y es definido en el DSM-IV-TR, como una categoría residual a utilizar para aquellos sujetos que demuestren tener una perturbación disociativa no específica, como por ejemplo: estados parecidos al trance, desrealización no acompañada de despersonalización y estados disociados más prolongados que pueden darse en personas que han estado sujetas a periodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva.

El llamado Síndrome de Secta Destructiva, es un conjunto de alteraciones que, con múltiples combinaciones en cuanto a cantidad y calidad, dibujan el amplio y no siempre bien definido perfil mórbido de sectarios y ex sectarios, y que incluye: pérdidas del sentido de la realidad, imposibilidad de realizar juicios objetivos e independientes, capacidad intelectual afectada, alteraciones de la atención, problemas de memoria, dificultades para expresar

necesidades de forma concreta, para concentrarse y tomar decisiones, alteraciones en los mecanismos de defensa del yo, desidentificaciones severas con el propio pasado biográfico, regresión infantil, ralentización del proceso evolutivo personal, estados alterados de conciencia, equivalentes somáticos de base psicopatológica, etc...

Y el Síndrome Postsecta, cuya repercusión en la dinámica social del ex sectario oscila en función de diversos considerandos de la vida sectaria pasada. En los casos más patéticos, en sectas que aíslan a sus adeptos, el tránsfuga deberá reconstruir su vida después de años de haber perdido el pulso real de su entorno social, y en función de los considerandos sociopersonales, podrá remontar la situación o abocar al deterioro como persona. En los casos más benignos, volver a e lo cotidiano llevará un cierto tiempo, en torno de un año como mínimo.

El proceso terapéutico y rehabilitador de un sectario, por personal especializado, es laborioso, lento y requiere el abordaje del problema con el adecuado orden cronológico. Durante años se a abordado la dependencia sectaria mediante la desprogramación, controvertida técnica de recuperación, que básicamente consiste en una confrontación dialéctica entre un sectario y uno o varios especialistas y/o ex adeptos, bajo un esquema simple, poner en discusión y analizar una serie de informaciones sobre la secta en cuestión, para conseguir crear la duda en el sectario. No obstante, el proceso que se considerado idóneo en la actualidad es el siguiente:

- Evaluación correcta y objetiva del problema.
- Evaluación del sistema familiar.
- Evaluación global de la personalidad y circunstancias del sectario.
- Abordaje terapéutico del sistema familiar.
- Diseño y puesta en práctica de las estrategias de aproximación con finalidad descondicionadora y terapéutica.
- Abordaje específico para ayudar al sujeto a superar su dependencia de la secta.
- Abordaje terapéutico del síndrome postsecta.
- Abordaje terapéutico de los conflictos originados en el perfil de personalidad presectaria.
- Apoyo para el reajuste a la vida fuera de la secta y la adquisición de nuevos compromisos vitales para el futuro.

CONCLUSION.

Finalmente y tras lo expuesto podemos considerar que los elementos fundamentales a tener en cuenta en el tema que nos ocupa son: la personalidad presectaria y los factores favorecedores, en cuanto a la predisposición y motivación; y los cambios radicales de comportamiento y la relación con grupos sospechosos en cuanto a la detección.

Así, los factores favorecedores del fenómeno sectario en general y del destructivo en particular, cabe apuntar los derivados de situaciones de conflicto y crisis social: pérdida de referencias éticas, morales, políticas, culturales o generacionales; pérdida de credibilidad de los grandes sistemas ideológicos (religión y política); situación de crisis de la estructura familiar; debilitamiento personal derivado de cambios sociales bruscos; etc...

Las sectas ofrecen creencias para orientar la vida, tareas, y un grupo de gente con quien hacer y compartir; proporcionan identidad a sujetos que no la encontraban; satisfacen necesidades de afiliación y afecto. En conjunto una serie de ventajas subjetivas que hacen que el sectario se sienta mejor dentro que fuera.

La personalidad presectaria es consecuencia de los errores de la sociedad en el proceso de maduración y socialización desde la infancia; es por ello, que la prevención es la mejor inversión que puede plantearse respecto del fenómeno sectario, prevención que debe alcanzar a tres ámbitos: la familia, las instituciones educadoras y el resto de la sociedad, con la finalidad última de formar personas con límites definidos, con capacidad de reflexión y con un control emocional suficiente para poder resistir los niveles de estrés y ansiedad propios del modelo social occidental.

BIBLIOGRAFÍA.

1. ACERO, A. (1997). Familia y factores de protección: una estrategia preventiva. Revista de estudios de juventud (40) pp. 61-69.

2. CANTERAS, A; RODRíGUEZ, P.; RODRíGUEZ, Á.. Jóvenes y sectas. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. (1992).

3. MOTILLA, A. (1990). Sectas y derecho en España: un estudio en torno a la posición de los nuevos movimientos en el ordenamiento jurídico. Madrid: editoriales de derecho reunidas.

4. RODRíGUEZ, P. (1985). Las sectas hoy y aquí. Barcelona: Tibidabo Ediciones. Total ediciones: 4.Última ed. 1993.

5. RODRÍGUEZ, A.; GONZALEZ, S. (1989). Fenómeno sectario y drogodependencia. Barcelona: Grup Igia.

6. RODRíGUEZ, P. (1989). El poder de las sectas. Barcelona: Ediciones B. Prologo de Joan Manuel del Pozo, Presidente de la Comisión Parlamentaria de Estudios de Sectas en España (1988-1989).Total ediciones: 9.Última ed. 1998.

7. RODRIGUEZ, P. (1991). Traficantes de esperanzas. Barcelona: Ediciones B.

8. RODRIGUEZ, P. (1994). Tu hijo y las sectas (Guía de prevención y tratamiento para padres. educadores y afectados). Madrid: Temas de Hoy. Última edición: 1994.

9. RODRIGUEZ, P. (2000). Adicción a sectas (Pautas para el análisis, prevención y tratamiento). Barcelona: Ediciones B.

10. DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Ed. Masson. Barcelona 2002.

11.www.pepe-rodríguez.com/Sectas/ Sectas_menu.htm.

12. www.sectas.org.ar

13. www.sectas.net

14. www.sectas.org

EL ABUSO SEXUAL A MENORES.

RODES LLORET F[1], MARTÍ LLORET JB[2], GINER ALBEROLA S[3], DORADO FERNÁNDEZ E[4], JIMÉNEZ MORENO S[5].

RESUMEN.
Se aborda en el presente trabajo el abuso sexual a menores desde diferentes perspectivas: la figura del pederasta, epidemiología, obligación de su denuncia, tipos de abuso sexual en la infancia, indicadores del mismo y el examen pericial de la víctimas.

Palabras clave: Abuso sexual, menores, pederasta.

CONCEPTOS BASICOS.

Se entiende por abuso sexual infantil: "Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto" (1).

Para que exista abuso sexual, no es imprescindible la existencia de contacto físico del adulto con el niño, aunque es frecuente, en forma de tocamientos en los genitales o incluso penetración anal o vaginal.

También es abuso sexual:

- la utilización del niño como objeto de estimulación sexual, como ocurre cuando se induce o fuerza al niño a que realice tocamientos sobre el adulto.
- aquel realizado sin contacto físico, como ocurre en la exhibición de genitales a un niño, solicitud indecente, realización del acto sexual o masturbación en presencia del niño, etc.

1Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Alicante.
Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.
2 Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.
3 Jefe de Servicio de Patología Forense del Instituto del Medicina Legal de Alicante. Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández.
4 Instituto de Medicina Legal de Alicante.
5 Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández
Correspondencia: Fernando Rodes Lloret, Instituto de Medicina Legal de Alicante, Palacio de Justicia de Benalúa, 03007. Alicante. ESPAÑA. E-mail: rodes_fer@gva.es.

Un concepto más amplio de abuso sexual infantil, es el que establece que:

"Todas aquellas caricias que incomoden, hagan daño, o generen sentimientos de culpabilidad en el niño, pueden ser abuso sexual"(2).

El pederasta.

El término pederastia procede del vocablo griego "paiderastía", que a su vez proviene de "pais, paidos": niño y "erastes": amante y significa: abuso deshonesto cometido contra los niños.

El pederasta viene recogido en las actuales clasificaciones de psiquiatría como pedófilo (DSM-IV) o paidófilo (CIE-10).

Puede tratarse de un familiar directo del niño, como el padre, padrastro, hermano u otro pariente, de un conocido, como un amigo, la persona que lo cuida, un vecino, un maestro, etc. o bien de un desconocido (3).

Pedofilia.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (4), incluye dentro de los Trastornos sexuales y de la identidad sexual, a la Pedofilia (302.2), estableciendo los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: *No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.*

Este manual destaca, entre otras cosas, que:

- los pedófilos declaran sentirse atraídos por los niños dentro de un margen de edad particular y que algunos sujetos prefieren niños, otros niñas y otros ambos sexos.

- los pedófilos que se sienten atraídos por las niñas, generalmente las prefieren entre los 8 y 10 años, mientras que los que se sienten atraídos por niños, los prefieren algo

mayores.

- la pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños.

- el curso de la pedofília es habitualmente crónico.

Paidofilia.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (5), incluye dentro de los Trastornos de inclinación sexual, la Paidofilia (F65.4):

> "Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana....
>
> La paidofilia se presenta raramente en mujeres.
>
> Los varones que abusan sexualmente de sus propios hijos prepuberales suelen abordar en ocasiones también a otros niños, pero en ninguno de estos casos hay nada más en su comportamiento que sugiera una paidofilia."

Podríamos considerar el siguiente, como el perfil-tipo del pederasta español (6):
- varón
- mayor de 35 años
- sin antecedentes delictivos
- integrado en su entorno social
- profesional cualificado o jubilado
- no consumidor de alcohol u otras drogas.

No hay que olvidar, por otra parte, que en algunas enfermedades como la demencia, se produce de forma paulatina y progresiva una pérdida del juicio crítico y desinhibición, siendo frecuentes los atentados sexuales, con predilección sobre los niños debido a la mayor facilidad de convicción de los mismos. Suelen ser delitos sin violencia, como exhibicionismo, atentados leves al pudor, tocamientos, etc.

Estos atentados sexuales, se suelen producir en el "período médico-legal", que corresponde a los primeros momentos del proceso demencial. A medida que la demencia progresa, estos enfermos son lógicamente, menos peligrosos (7).

EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

El abuso sexual infantil ha sido y es muy frecuente en nuestra sociedad, aunque en la mayoría de las ocasiones queda sin descubrir, como ocurre cuando el niño es pequeño y no se le han causado

lesiones físicas.

Es un fenómeno antiguo. Camps (8) estudia 14 delitos sobre la libertad sexual ocurridos en Lleida durante el siglo XV, llamando la atención que en el 43 % de los casos, la víctima es un menor o adolescente (tabla 1).

AÑO	VÍCTIMA	AGRESIÓN
1400	Adolescente	Violación
1401	Prostituta	Violación
1406	Niña	Agresión sexual
1412	Viuda	Violación
1428	Prostituta	Violación
1446	Niña	Agresión sexual
1446	Mujer	Tentativa de violación
1446	Mujer	Tentativa de violación
1447	Niña	Agresión sexual
1458	Varón	Sodomía
1458	Adolescente	Violación
1485	Mujer	Tentativa de violación
1499	Varón	Sodomía
1500	Adolescente	Agresión sexual

Tabla 1. Delitos sobre la libertad sexual en Lleida (siglo XV).

Según Carrera (9), resultados de encuestas a población adulta, expresan que el 18.9 % manifiesta haber sufrido abusos sexuales en la infancia, siendo las niñas de 11 y 12 años la población de mayor riesgo.

La ONG Medicus Mundi, en el dosier informativo "Los niños de la calle" (10), revela que el sexo forzado es una realidad cotidiana para los niños de la calle de Kenia. Su indefensión frente a los mayores los expone a todo tipo de abusos. Tanto las niñas como los niños suelen sufrir agresiones sexuales contra las que prácticamente no pueden hacer nada. El agresor suele ser un adulto en busca de sexo o, simplemente, compañeros mayores que viven igualmente en la calle.

En un estudio realizado por la delegación española de la ONG Save the Children (11), se estima que en España, el 23 % de las niñas y el 15 % de los niños sufren abusos sexuales antes de los 17 años, y que en el 46 % de los casos, se repiten estos abusos más de una vez sobre la misma víctima.

Este estudio añade que, en uno de cada cuatro casos de abusos sexuales infantiles se trata de conductas muy íntimas y exigentes, como el coito vaginal o anal, el sexo oral y la masturbación. Considera como factores de riesgo: ser niña, tener entre 10 y 13 años y tener problemas familiares.

Concluye, afirmando que el 30 % de las víctimas no le cuenta sus problemas a nadie.

Según la Academia Americana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (3), en EE.UU. se denuncian anualmente 80.000 casos de abuso sexual infantil, aunque, el número de casos que no se denuncian es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de

decirle a alguien lo que les pasó.

Sin embargo, estas cifras alarmantes, contrastan con los datos obtenidos en estudios realizados en Centros Hospitalarios y en Juzgados.

En una tesis doctoral actualmente en elaboración en nuestra División de Medicina Legal y Forense, se estudian los partes médico-legales emitidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario de Alicante, durante 1997 y 1998.

En esos dos años, se atendieron 49.828 urgencias infantiles, de las que se emitieron 235 partes al juzgado.

Llama poderosamente la atención, que sólo 2 de ellos corresponden a abusos sexuales: en un niño de 7 años (penetración anal por el compañero sentimental de la madre) y en uno de 4 años (abuso sexual por otro menor).

Nosotros (12), hemos estudiado las denuncias formuladas por malos tratos físicos en el ambiente familiar, en el Partido Judicial de Elche (Alicante), durante el año 1990.

De un total de 81 casos denunciados, solo 4 correspondían a niños: de 6, 8 (dos), y 12 años, lo que supone, el 4.9 % de las denuncias. Es importante señalar que ninguno de estos 4 casos correspondía a abuso sexual, sino que se trataba de maltrato físico.

Ambos estudios, vienen a corroborar que no todos los menores que sufren abusos sexuales, son asistidos por personal médico y mucho menos son conocidos a nivel judicial.

Esto, es debido a que en numerosas ocasiones, el abuso sexual no produce daño físico, aunque sí psicológico, en el menor, como ocurre cuando existen tocamientos, y además, con frecuencia, el niño oculta lo ocurrido por respeto o temor hacia el adulto que abusó de él.

Para algunos autores (9), se acepta que por cada caso de malos tratos detectado, existen otros diez sin detectar, lo que da una idea de la magnitud del problema.

OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.

La sospecha de que un menor está siendo objeto de abuso sexual debe llevar a su denuncia.

Destacamos tres textos legales, que hacen referencia a esto.

A) La **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, establece:

Artículo 13.
Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.
1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

B) La **Ley de Enjuiciamiento Criminal**, recoge la obligación de denunciar:

Artículo 262.
Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.
Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.
Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250.
Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.
Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes.

C) El **Código de Etica y Deontología Médica**, de la Organización Médica Colegial, establece:

Artículo 30.
2. El médico que conociere que cualquier persona, y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente.

TIPOS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

Básicamente, se pueden resumir en cuatro los tipos de abuso sexual infantil:

- Tocamientos del adulto al niño

- Tocamientos del niño al adulto
- Atentado pederástico
- Penetración vaginal

a) Tocamientos del adulto al niño.

Estos tocamientos pueden ser realizados con los dedos, el pene o incluso utilizando cuerpos extraños y recaen casi siempre, en la región genital o anal.

Dependiendo de la violencia que se utilice y de la edad de la víctima, los tocamientos podrán producir lesiones en el menor, que habitualmente, son de escasa gravedad, siendo, por otra parte, frecuente, la ausencia de las mismas.

b) Tocamientos del niño al adulto.

No hay que olvidar este tipo de abuso sexual, en el cual el adulto obliga al niño a realizarle tocamientos sobre sus genitales, con frecuencia obligándole a masturbarle. Evidentemente, no quedan señales físicas en el menor, pero sí psicológicas y muy importantes.

c) Atentado pederástico.

Consiste en la introducción del pene a través del ano del menor. Es una forma de abuso sexual muy frecuente y puede ocasionar lesiones anorrectales en función de la desproporción existente entre las partes y si se ha realizado de forma brusca o contando, mediante engaño, con la permisividad del niño.

d) Penetración vaginal.

Es menos frecuente. Se acompaña habitualmente de lesiones graves, por la desproporción existente entre los genitales del adulto y de la niña.

Gisbert Calabuig (13), refiriéndose a las lesiones genitales en los casos de penetración vaginal, establece que:

- En las niñas menores de seis años, el coito es anatómicamente imposible, pues el ángulo subpúbico es aún muy agudo, constituyendo una verdadera barrera.
- En las niñas de seis a once años, es ya posible la cópula, pero las dimensiones de los genitales son tan reducidos que la penetración del pene de un adulto lleva aparejada la rotura del periné o incluso del tabique rectovaginal.
- A partir de los once años, se produce la rotura del himen y si existen otras lesiones genitales su gravedad varía en función de la fuerza empleada.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

No hay niño preparado psicológicamente para hacer frente al estímulo sexual. Por un lado, el niño de dos-tres años, que no sabe que la actividad sexual a que le están sometiendo es "mala", desarrollará problemas como resultado de su inhabilidad para hacer frente a la sobre-estimulación.

Por otro, el niño de cinco o más años, que conoce y aprecia a la persona que está abusando de él, se siente atrapado entre el afecto, lealtad o respeto que siente hacia la misma y el conocimiento de que lo que está haciendo o sufriendo está mal (3).

Se pueden considerar, entre otros, como indicadores de que un niño está siendo objeto de abuso sexual, los siguientes (3) (14):

- demuestra conocimientos o comportamientos sexuales inusuales para su edad
- trata de evitar todo lo de naturaleza sexual
- tiene dificultades para sentarse o caminar
- depresión o aislamiento de sus amigos y familia
- comportamiento seductor o simula tener actividad sexual con otros compañeros menores o de su edad
- dice que tiene el cuerpo sucio o tiene miedo de que haya algo malo en sus genitales
- evidencia de abusos sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías
- agresividad excesiva
- cambios severos en su comportamiento.

EXAMEN PERICIAL.

El examen que el perito médico deberá efectuar sobre un menor que ha sido maltratado sexualmente, reúne unas características propias.

En primer lugar, hay que ganarse la confianza del niño. Es un ser que ha sufrido mucho y quizá sea reacio a ser reconocido.

Se debe examinar la región genital con detenimiento, para buscar señales que evidencien las agresiones sufridas, aunque el examen no debe limitarse solo a esa región, sino que debe extenderse al resto del organismo: región mamaria, cara, etc.

Región anal:

La existencia de lesiones en esta región, como hemos comentado anteriormente, está en función de dos factores:

- la desproporción de volumen entre el objeto agresor (habitualmente el pene) y el esfinter anal
- la violencia empleada.

Se pueden encontrar lesiones anorrectales como excoriaciones, desgarros o grietas de la mucosa anal, pérdida de la disposición radiada del esfinter anal, e incluso llegar a la parálisis del mismo.

Es frecuente la existencia de escozor o dolor al andar y sobre todo al defecar, lo que da lugar en algunos niños a un estreñimiento pertinaz.

Las lesiones descritas, evolucionan, por lo general en un plazo muy breve, de ordinario menor de cinco días (13).

Aunque, en ocasiones, cuando el niño es mayor y no ha existido violencia, sino que la penetración ha ido precedida de tentativas lentas o incluso utilizando alguna sustancia lubricante, puede no encontrarse ninguna lesión que delate el atentado cometido. En estos casos es de extrema importancia la toma de muestras en la región anal.

El tacto rectal permite explorar la tonicidad muscular y comprobar si existe una parálisis del esfínter.

Región vaginal:

Puede haber una vulvovaginitis traumática, que consiste en una inflamación vulvovaginal tras tocamientos con los dedos. Existirá en este caso: dolor, tumefacción, enrojecimiento y en ocasiones flujo purulento, pudiendo incluso llegarse a producir desgarros en el himen con los dedos del agresor.

En los casos más graves, habrá lesiones importantes, como desgarros del periné o incluso del tabique rectovaginal.

Región bucal:

Lo habitual es la inexistencia de lesiones a este nivel. Es muy importante aquí, la toma de muestras.

Otras regiones (lesiones a distancia):

Hay que examinar, además de las regiones mencionadas, el resto del organismo, buscando lesiones en muslos, escroto, región mamaria, cuello, etc.

Podremos encontrar lesiones en la cara, sobre todo, alrededor de la boca, en un intento del agresor de silenciar los gritos de la víctima.

TOMA DE MUESTRAS.

Desde una perspectiva médico-legal, hay que destacar la gran importancia de la toma de muestras en este tipo de

agresiones.

En ocasiones, una correcta toma de muestras procedente tanto de la víctima como del presunto agresor permitirá confirmar o descartar la autoría del mismo.

Siguiendo las "Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología" (BOE 23/12/96) (15), en los casos de abuso sexual, se realizarán:

1- Tomas vaginales, anales y bucales para estudio de restos de semen.
- con hisopos secos y estériles
- mediante lavado con suero fisiológico estéril

2.- Recogida de manchas de semen y pelos del agresor en las prendas de la víctima.

3.- En ocasiones se recogerán muestras de sangre de la víctima y del agresor para estudio de ADN y comparar su perfil genético con el de los restos de semen.

4.- Toma vaginales, anales y bucales para estudio de enfermedades de transmisión sexual.

Estas muestras deberán remitirse en recipientes adecuados y por el medio más rápido posible al laboratorio. Asimismo , también es importante que se acredite en todo momento la observación de la "Cadena de custodia" desde la toma de muestras hasta su recepción en el laboratorio.

Cuando el abuso sexual ha consistido, en tocamientos del niño al adulto, o de este hacia el niño y no ha existido eyaculación, difícilmente la toma de muestras proporcionará resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopez Martín E. Maltrato infantil. Mayo-1996. URL: http://www.um.es/facpsi/maltrato.

2. Ontiveros Soto J. Maltrato infantil, entre la inocencia y el dolor. 1996. URL: http://www.debate.com.mx/reportajes/maltrato.htm.

3. American Academy of child and adolescent psychiatry. El abuso sexual a los niños. Abril-1998. URL: http://www.parentshandbooks.org/publications/apntsfam/sexabuse.htm.

4. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.

6. Diario El Mundo 1999, Sept 19; p. 35.

7. Rodes F, Martí Lloret JB. Valoración médico-legal del enfermo mental. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1997.

8. Camps Surroca M, Camps Clemente M. Los delitos contra la libertad sexual en Lleida en el siglo XV. Orfila 7 1995: 87-103.

9. Carrera Manchado. Detección de los malos tratos y la falta de cuidados en el niño. URL: http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Maltrato.htm.

10. Medicus Mundi. Los niños de la calle. Diciembre 1996. URL: http://www.med.unex.es/medmund/infomundi/ncalle.htlm.

11. Diario El Mundo 1999 Jun 23; p 37.

12. Rodes Lloret F, Giner Alberola S, Martí Lloret JB, Moreno A, Jiménez Moreno S. Malos tratos en el ámbito familiar. Acta Medicinae Legalis et Socialis, vol XLI, pp 181-192. 1.991.

13. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Salvat. 1998.

14. Maltrato infantil. URL: http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/escuela.htm.

15. Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología. BOE nº 308, de 23-diciembre-1996.

ARROLLAMIENTO POR HÉLICES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CASCÓN GUTIÉRREZ AI[1]; RIERA TÁBOAS A[2]; PÉREZ GÓMEZ B[3]; DE LA FUENTE PÉREZ MJ[4].

RESUMEN:

El presente artículo ilustra un caso de arrollamiento por hélices de una embarcación marítima pequeña en el que se detalla la morfología típica de las lesiones que producen. Interesa especialmente el diagnóstico diferencial de las mismas, como lesiones vitales o como artefactos postmortem. Esta dificultad revaloriza además, la investigación de las circunstancias que rodean el momento de la muerte, el estudio necrópsico, los resultados de los exámenes complementarios, que en estos casos pueden aportar la información decisiva para alcanzar un correcto diagnóstico médico-legal.

INTRODUCCIÓN:

El daño producido por hélices de buques y embarcaciones pequeñas se ha hecho más frecuente debido al aumento del tráfico marítimo comercial y de actividades náuticas deportivas, que amplían su presencia, no sólo en aguas costeras, sino también en embalses y ríos. La documentación referente a dicha tipología traumática no es muy extensa, de ahí el interés del caso planteado.

Todas las lesiones presentes en un cuerpo procedente del agua deben ser cuidadosamente examinadas.

Tras recuperar un cadáver de un medio acuático pueden evidenciarse diferentes lesiones. Estas dependen del tipo de agua en el que ha estado sumergido (salada, dulce, corriente, estancada), de la temperatura de la misma, de la morfología de los fondos (arenoso, rocoso), del tiempo de permanencia en el agua, fauna del medio acuático, lesiones contra cualquier tipo de obstáculo que se encuentre el cuerpo en su deriva (pilares de los puentes, muelles, rocas, casco de embarcaciones, redes u otros), destacando las hélices de

1,2,3,4: Médicos Forenses.

embarcaciones como mecanismo lesivo de tipo activo[1,2,3].

Las principales cuestiones médico legales que se plantean son:

1. La determinación de la producción vital de estas heridas o la presencia accidental de las mismas como artefacto postmortem[4].
2. Si la sumersión es vital.
3. La etiología médico legal de la muerte.
4. Data de la muerte.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

En enero de 2002 fue hallado un cadáver semisumergido en el mar. Tras su traslado al muelle se procedió al examen externo del cuerpo. Se trataba de un varón, de 57 años de edad, raza caucasiana, de 160 cm de altura, cabellos canosos con avanzada alopecia y constitución normosómica. Destacaba el hecho de encontrarse perfectamente vestido y calzado (foto 1).

Se procedió al **levantamiento del cadáver** y a su traslado al Instituto Anatómico Forense, donde al día siguiente, se realizó un estudio detallado de todas sus ropas, la autopsia y la recogida y remisión de las muestras para posteriores pruebas complementarios (químico-toxicológica, histopatológica y criminalística).

En el registro del **domicilio** del fallecido, realizado en un momento anterior a la autopsia, se observó que todos los habitáculos se hallaban limpios y en perfecto orden. No se encontraron notas de despedida, informes psiquiátricos de interés ni medicación relativa al

Foto 1. Levantamiento del cadáver

padecimiento de una grave enfermedad que se pudiera relacionar con el fallecimiento. Se consultó asimismo con el Instituto Nacional de Oceanografía para conocer el horario de las mareas y las corrientes superficiales de la ría.

Las **ropas** presentaban diversos desgarros irregulares, desflecados en sus bordes, algunos lineales y otros en forma de "V". En la región pectoral derecha presentaba tanto a nivel de la cazadora como de la camisa y del chaleco dos desgarros lineales, paralelos entre sí, separados por 7.5 cm (foto 2). En la pernera izquierda del pantalón había manchas de lodo.

Foto 2. Chaleco.

En el **examen externo** presentaba una herida incisa, de bordes evertidos, 10 cm de longitud total, que se disponía paralelamente a la rama horizontal derecha del maxilar inferior, cuya cola de ataque se encontraba a nivel del mentón y la de salida a nivel del ángulo de la mandíbula. Afectaba al tejido celular subcutáneo y muscular exponiendo el plano óseo sin llegar a producir lesiones en el mismo.

Destacaba una herida inciso-contusa que desde el tercio inferior del dorso nasal se extendía por región malar derecha, a 3.5 cm por encima del pabellón auricular derecho para alcanzar la región occipital, deteniéndose a 4 cm del pabellón auricular izquierdo; en total presentaba una longitud de 43 cm. Dicha herida se disponía paralela a la herida inciso-contusa mentoniana y distaba de ésta 7 cm (foto 3).

Afectaba a todos los planos subcutáneos incluyendo plano óseo, dividiendo la cabeza en dos mitades; por un lado, se observaba la base del cráneo con los dos tercios inferiores de la cara y, por otro, la calota con el tercio superior facial (foto 4).

Foto 3. Bordes aproximados.

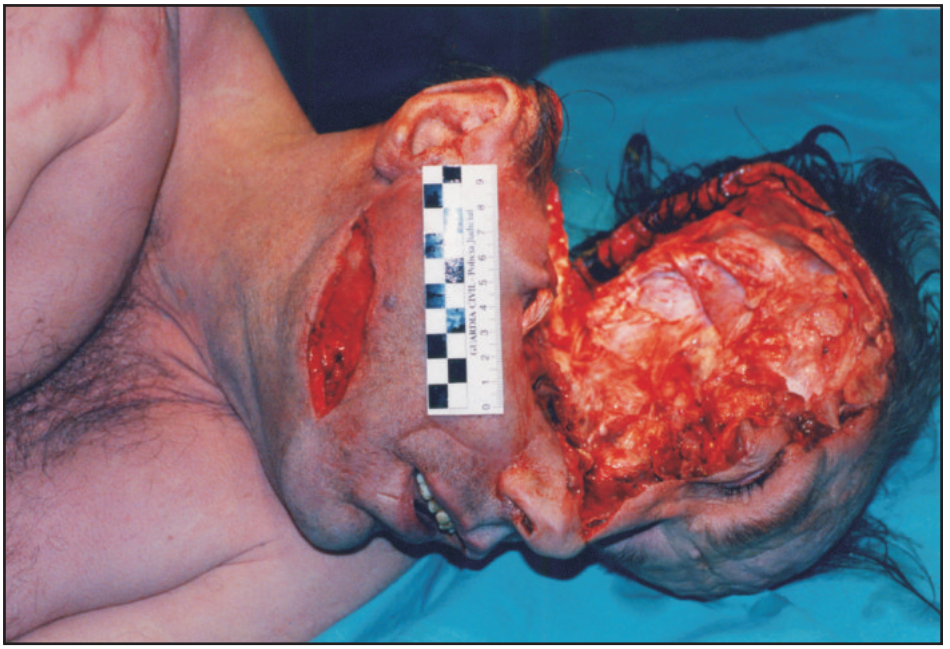


Foto 4. Bordes separados.

En las tres fosas craneales derechas existía una pérdida total de las relaciones anatómicas con gran conminución de los fragmentos óseos. En el lado izquierdo se identificaba el ala mayor del esfenoides, el peñasco, la parte inferior de la tienda del cerebelo, y una línea de fractura que alcanzaba el agujero rasgado posterior, se extendía al vértice del peñasco izquierdo, hasta el límite anatómico entre fosa craneal media y anterior (foto 5).

En la cara anterior del hombro derecho presentaba una herida inciso-contusa de 3.8 cm y bordes separados por un máximo de 1 cm, con una cola de ataque caudal y una cola de salida craneal, exponía plano óseo sin llegar a afectarlo (cabeza humeral). Resultaba concordante con los desgarros presentes en la ropa, en forma y disposición (foto 6).

Paralela a dicha herida se hallaba una equimosis de distribución longitudinal con cortas ramificaciones arboriformes. Tras su disección por planos se objetivaba una colección de líquido seroso que se acompañaba de una rotura muscular del deltoides derecho de 8 cm de longitud (foto 7).

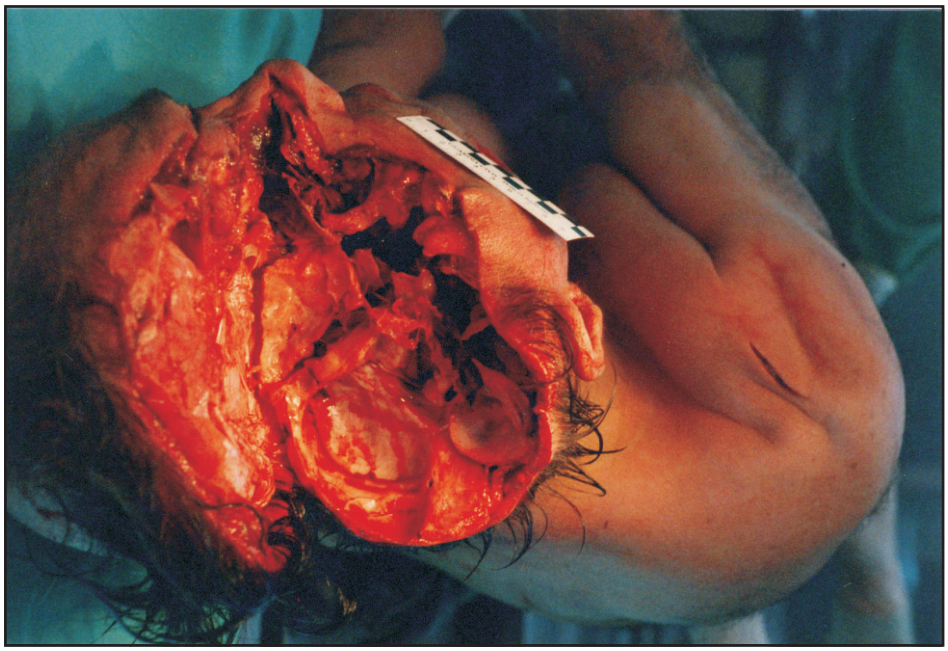


Foto 5. Base del cráneo.

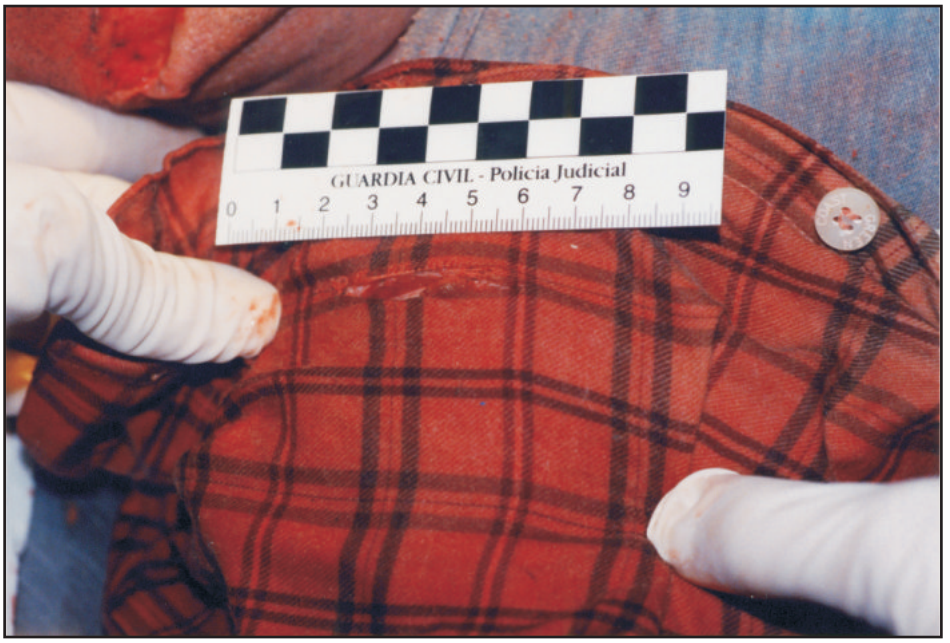


Foto 6. Superposición de planos.

Foto 7. Hombro derecho.

No presentaba signos de lucha y/o defensa.

Se procedió a la apertura del cadáver según la técnica de Virchow y la evisceración y disección de las diversas estructuras anatómicas. Los restantes hallazgos del **examen interno** fueron inespecíficos, compatibles con los típicos de una asfixia por sumersión.

En los **estudios complementarios** realizados (criminalístico, histopatológico y toxicológico) en el Instituto Nacional de Toxicología se determinó que las lesiones eran perimortales aunque los hallazgos histopatológicos no resultaron demostrativos de vitalidad. En dicho estudio además se evidenció una estenosis coronaria focal próxima al 75% en la descendente anterior así como hallazgos inespecíficos pero descritos en casos de sumersión vital (edema alveolar alternante e hiperextensión alveolar). Los resultados de los análisis toxicológicos (muestras de sangre, orina y contenido gástrico) fueron negativos.

DISCUSIÓN:

Ante un caso como el descrito se presentan diversas preguntas no siempre de fácil resolución. Los hallazgos del estudio necrópsico cuestionan las siguientes hipótesis en cuanto a la intervención de diversos mecanismos letales:

- La participación de una caída accidental o secundaria a síncope cardíaco (estenosis DA próxima al 75%).
- La existencia de una sumersión vital, accidental o suicida.
- La producción de heridas inciso contusas perimortales por las hélices de una embarcación.

Todas las anteriores pueden interrelacionarse en diversos tiempos dando lugar a diferentes interpretaciones médico-legales.

El atropello náutico es el resultado del encuentro entre un individuo sumergido o semisumergido y una embarcación en movimiento. Al igual que en los atropellos terrestres se trata de diferenciar tres fases: choque, deslizamiento

y alcance o arrollamiento por las hélices. Según presenten todas estas fases se hablará de atropellos completos o incompletos. Las lesiones producidas en la fase de choque son de localización variable; según algunos autores en las víctimas que se percatan, se localizan preferentemente en la región dorso-lumbar y en las extremidades inferiores; mientras que en aquellas que no se dan cuenta, se localizan en la cara anterior y posterior del cráneo y tórax[5].

Las lesiones producidas por el alcance de las hélices de las embarcaciones marítimas son muy características. Son heridas de tipo inciso - contuso, de grandes dimensiones, profundas, en número generalmente superior a la unidad (variando en función del diámetro de la hélice y de su velocidad de giro); destaca su disposición paralela, separadas por varios centímetros y equidistantes; de morfología curvilínea. Presentan colas en ambos extremos, siendo mas amplia la de salida. Se localizan con mayor frecuencia en la cabeza o espalda. Se afectan ampliamente las partes blandas y los planos óseos llegando a la pérdida de las relaciones anatómicas e incluso, al desmembramiento en caso de grandes hélices[2,5,6,7].

Las lesiones más frecuentes observadas son las producidas por las hélices de embarcaciones rápidas y mas pequeñas, como los fuerabordas[2].

A todas estas lesiones pueden asociarse los hallazgos propios de la sumersión en caso de que las lesiones producidas fueran vitales y de entidad insuficiente para producir la muerte inmediata de la persona.

Para llegar al diagnóstico cierto de la muerte por atropello náutico es preciso descartar la existencia de otra violencia traumática y establecer la vitalidad de las lesiones. Si una vez examinada la lesión, se evidencia la existencia de restos hemáticos en los tejidos blandos, se llegará a la conclusión de que dicha lesión es vital; pero, si por el contrario no se encuentra evidencia de sangrado en dichas lesiones, no puede descartarse de forma definitiva la vitalidad, puesto que la permanencia prolongada en el agua puede "lavar" los restos de sangre de la herida, dándole la apariencia de un artefacto postmortem. La complicación aumenta con la autolisis y

putrefacción, que desvirtúan los hallazgos, pudiendo aparecer áreas de coloración verdosa o negruzca bajo la piel, especialmente en el cuero cabelludo, a veces imposibles de diferenciar de lesiones contusas vitales, incluso tras el estudio estudio histopatológico[2,4].

Por otro lado, el diagnóstico de muerte por sumersión es un diagnóstico en numerosas ocasiones de exclusión[4,7], sin hallazgos patognomónicos, que requiere la realización de una autopsia completa y minuciosa con pruebas complementarias, incluyendo el examen toxicológico y el estudio de las circunstancias de los hechos. Si es posible excluir otras causas de muerte se presume la muerte por sumersión. Se debe recordar que pueden existir diversas circunstancias que contribuyan a la muerte de un individuo como por ejemplo, un ataque cardíaco o una intoxicación aguda que puedan provocar la caída del sujeto al agua o una disminución del nivel de conciencia. Reseñar que el resultado negativo en el estudio de los elementos formes (diatomeas) no descarta la sumersión vital como causa de muerte[4].

En el presente caso, derivado de las circunstancias de los hechos y de las entrevistas mantenidas con los allegados, en relación con los datos obtenidos de la realización de la autopsia, los autores establecen como hipótesis principal la sumersión vital como causa de la muerte, muy probablemente de etiología médico-legal suicida y el posterior arrollamiento por las hélices de una embarcación pequeña.

Dada la ambigüedad de los hallazgos necrópsicos, se considera que para poder alcanzar unas conclusiones definitivas ante un cadáver procedente del medio acuático, es necesario, además de la realización de una autopsia meticulosa y completa y los correspondientes estudios complementarios, el estudio de las circunstancias de los hechos. En ocasiones, deberá completarse la investigación, con la búsqueda de indicios en el domicilio del fallecido, documentación médica, especialmente de tipo psiquiátrico, o, información obtenida a través de familiares y allegados. Todo ello realizado en colaboración con la fundamental investigación policial[8] y la inestimable participación de los auxiliares de autopsia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Knight. B. Simpson´s Forensic Medicine. 10th edition (1991) Edward Arnold.

2. Knight, B. Forensic Pathology. 2nd edition. (1996). Arnold.

3. De Dios Casa Sánchez, J. , Rodríguez Albarrán, M.S. Manual de Medicina Legal y Forense. (2000). Collex.

4. Di Maio, D. J., Di Maio V. J. M. Forensic Pathology. 1993. CRC Press. 5. Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología. 5ª Edición (1998) Masson.

6. Di Nunno N, Di Nunno C. Motorboat propeller injuries. J Forensic Sci. 2000 Jul; 45 (4); 917 -9.

7. Di Maio V.D.J, Dana S. E. Manual de Patología Forense (2003). Díaz de Santos.

8. Davis JH. Bodies found in the water. An investigative approach. Am J Forensic Med Pathol. (1986) Dec; 7 (4); 291 -7.

CURSO DE PATOLOGIA CLINICA PARA MEDICOS FORENSES

Junio 2003

Dr.Dn.Jerónimo FORTEZA VILA
Catedrático de Anatomía Patológica. Universidad de Santiago de Compostela
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

NOTA DEL EDITOR:

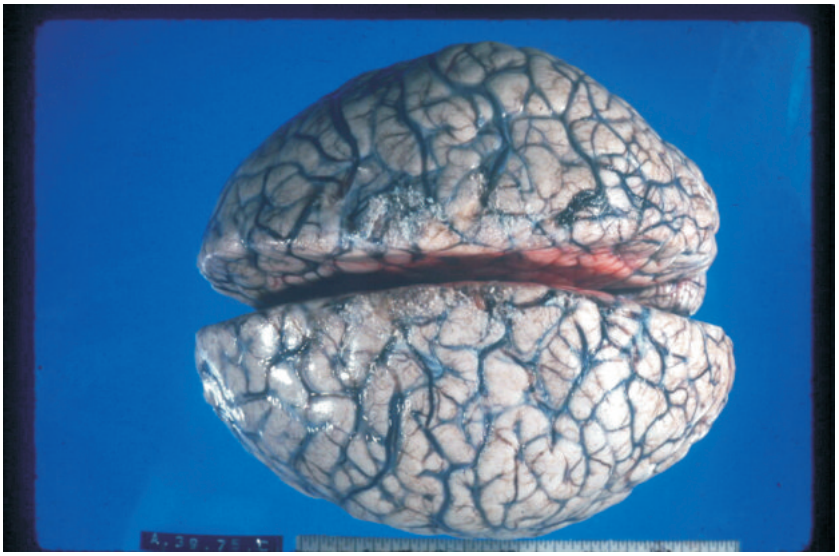
Las imágenes que siguen a continuación son algunas de las presentadas por el Profesor Forteza el pasado mes de junio en el Curso de Patología Clínica para Médicos Forenses organizado por la Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local de la Xunta de Galicia y celebrado en la Escola Galega de Administación Pública.

El Director del BOLETIN solicitó al Profesor Forteza cediera las imágenes para presentarlas en la revista. Deseamos desde aquí agradecerle la generosidad y amabilidad que ha mostrado para que fuera posible que contáramos con ésta selección de imágenes y casos clínicos.

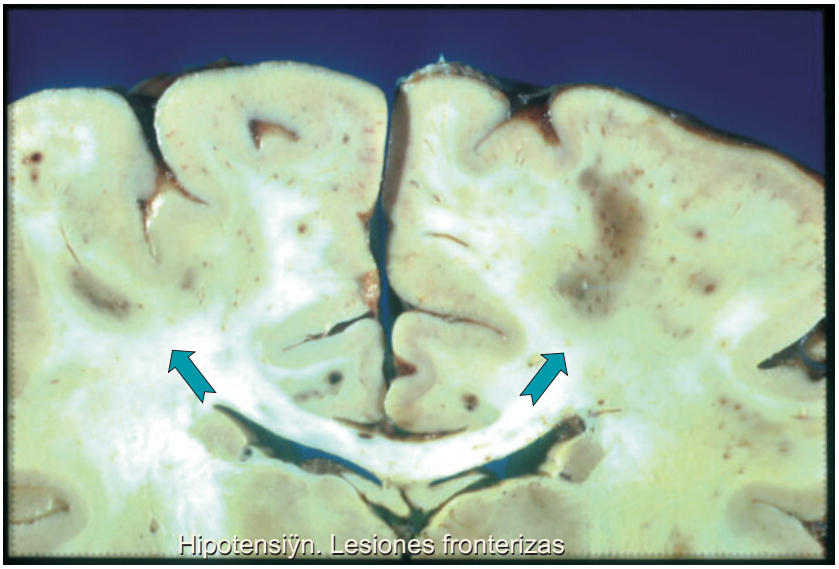
El Comité Editorial del BOLETIN entiende que tiene un elevado interés disponer de un recuerdo de lo que allí se expuso y por ello no se han escatimado esfuerzos para conseguir este valioso documento que, por otro lado nos permite continuar en la línea de aportar información útil para el trabajo del día a día.

Desgraciadamente nos es imposible por razones presupuestarias editar todas las imágenes que el Dr.Forteza nos entregó. No obstante creemos haber realizado una selección de las imágenes más interesantes así como de los casos clínicos que pudieran tener un mayor interés médico forense.

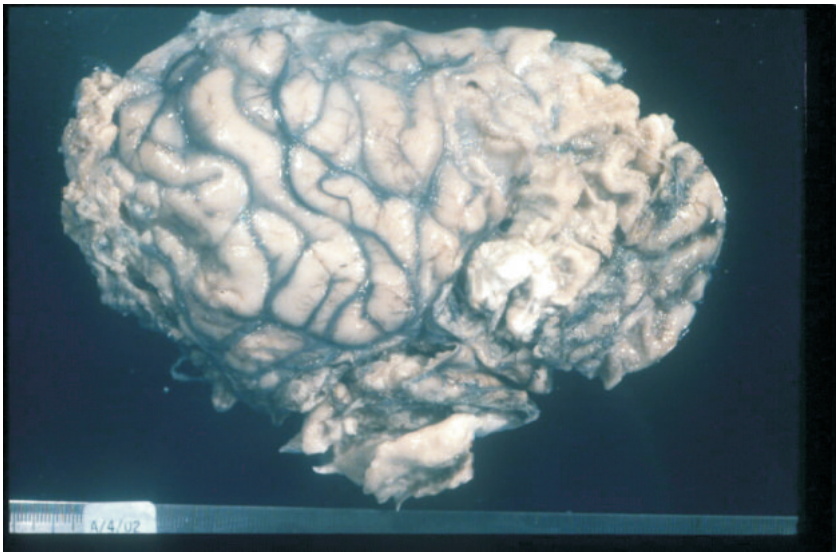
1.NEUROPATOLOGIA.



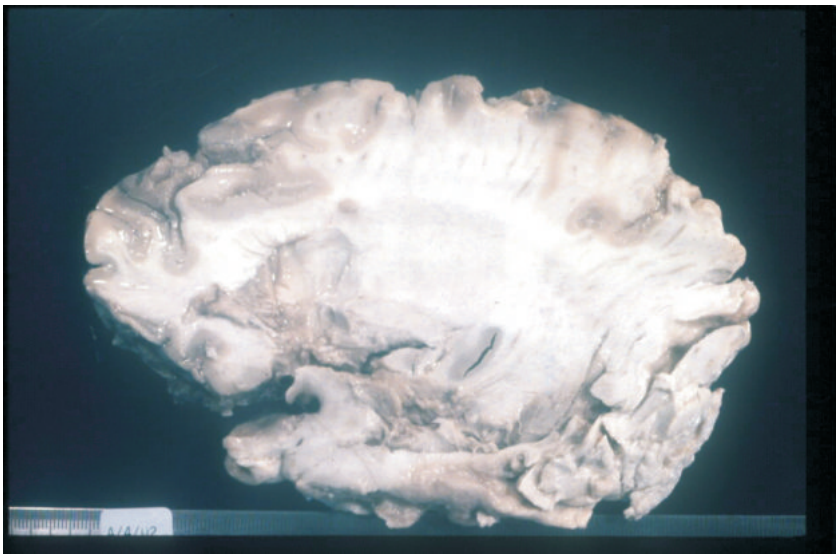
FOTOGRAFIA 1: Isquemia cerebral global.



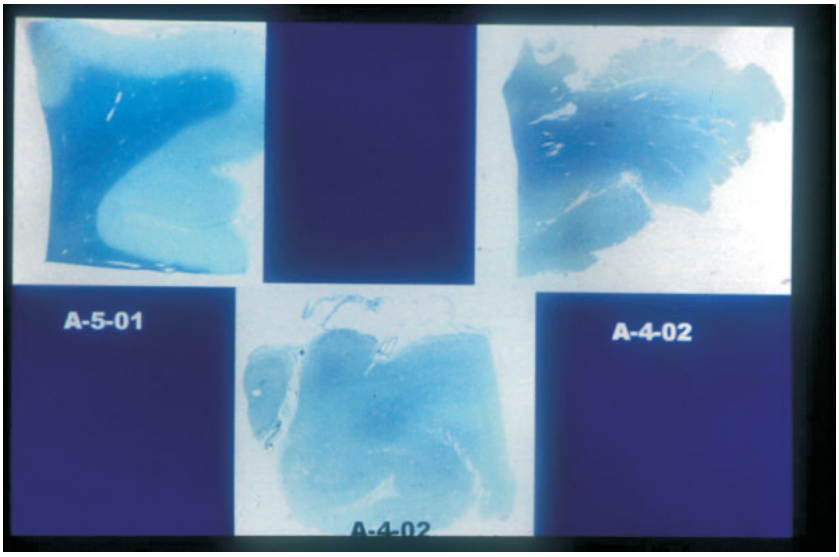
FOTOGRAFIA 2: Hipotensión. Lesiones fronterizas.



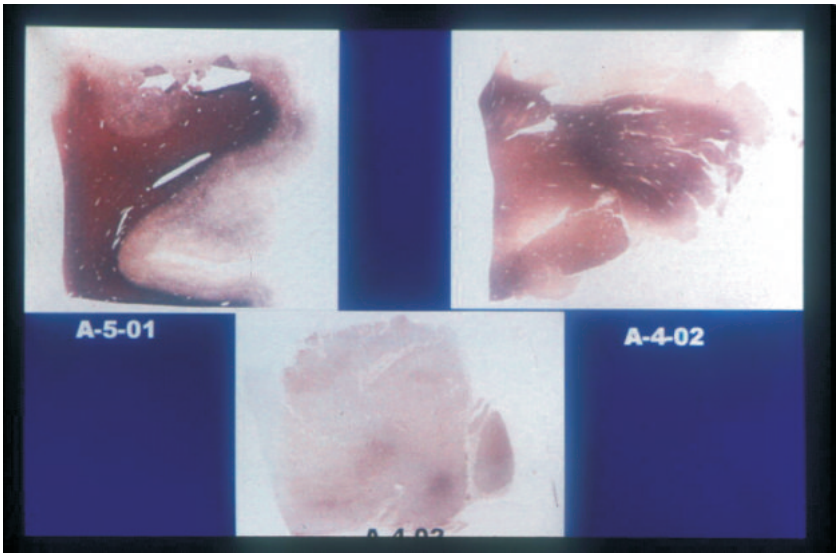
FOTOGRAFIA 3-A:Isquemia cerebral global (días de muerte cerebral).
Imagen macroscópica superficie externa.



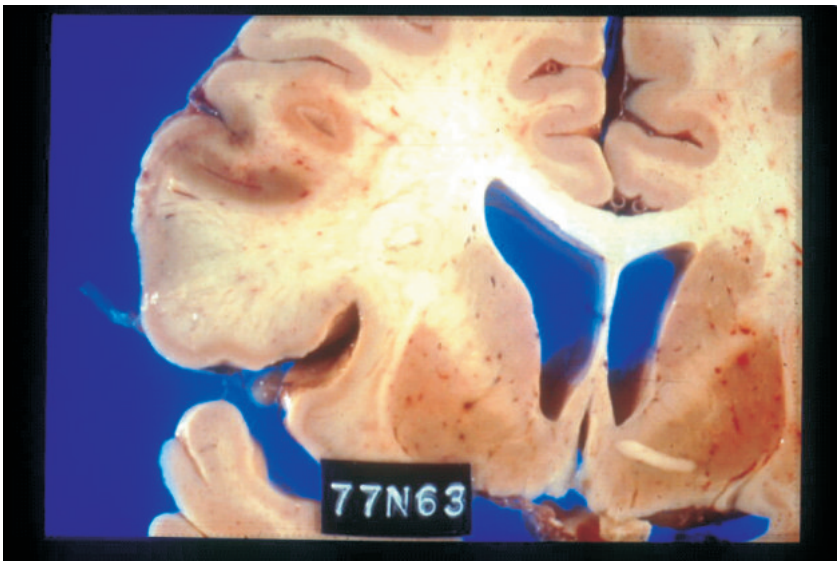
FOTOGRAFIA 3-B:Isquemia cerebral global (días de muerte cerebral)
Imagen macroscópica sección sagital.



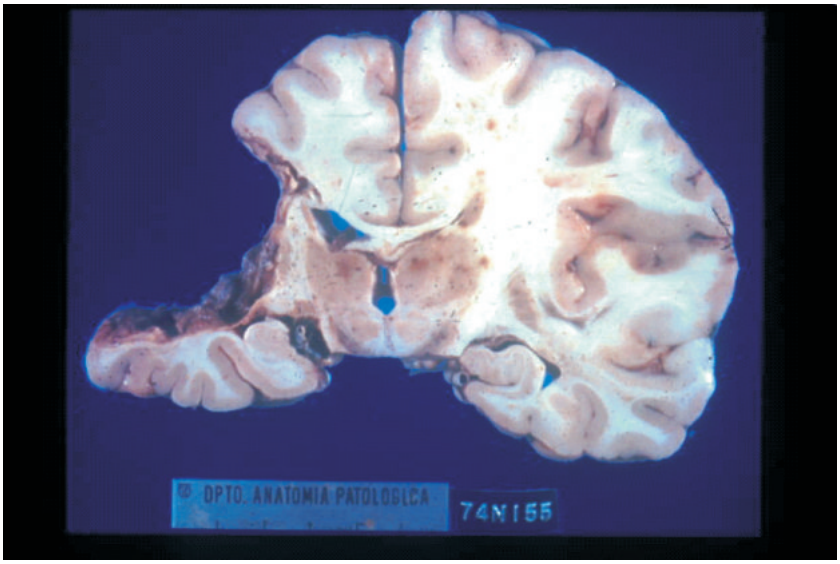
FOTOGRAFIA 3-C: Isquemia cerebral global (días de muerte cerebral):
Imagen microscópica. (A-5-01: cerebro normal. A-4-02: cerebro con isquemia.
Inmunohistoquímica. Proteína glial fibrilar ácida).



FOTOGRAFIA 3-D:Isquemia cerebral global (días de muerte cerebral).
Imagen microscópica. (A-5-01: cerebro normal y A-4-02: cerebro con isquemia.
Tinción histoquímica de la mielina).

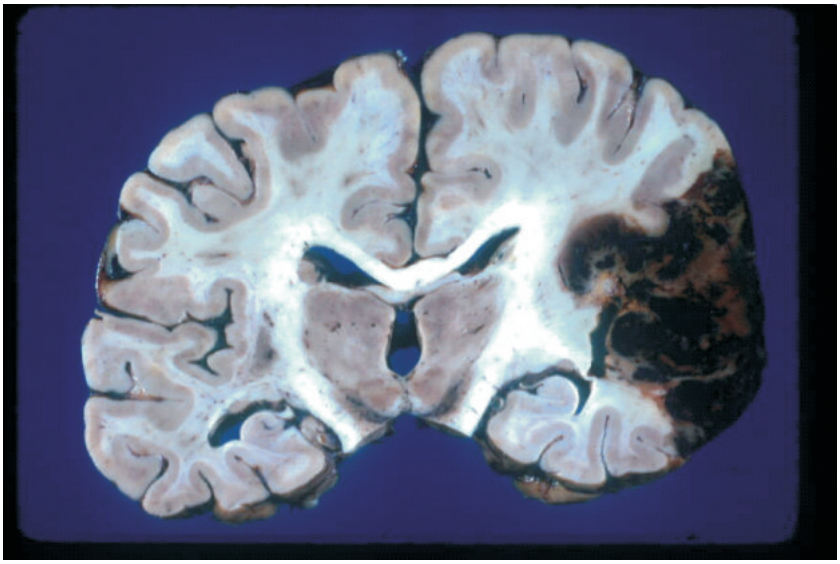


FOTOGRAFIA 4-A: Infarto cerebral no hemorrágico.

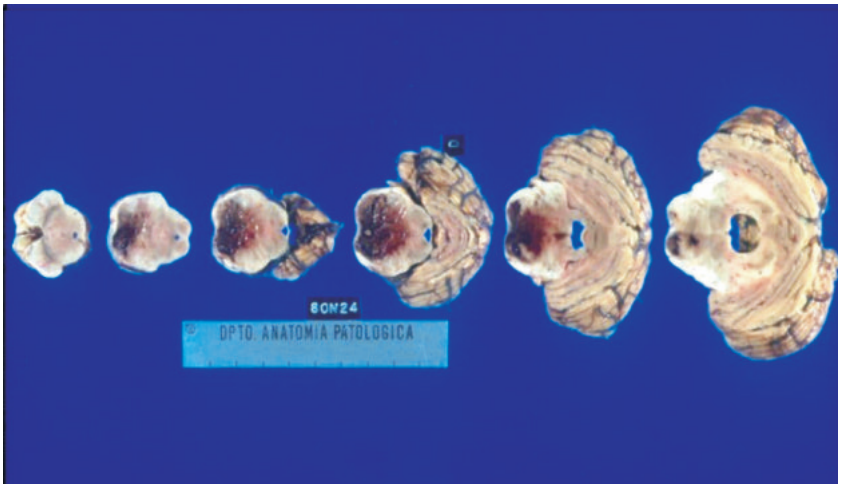


FOTOGRAFIA 4-B:Infarto cerebral no hemorrágico antiguo.

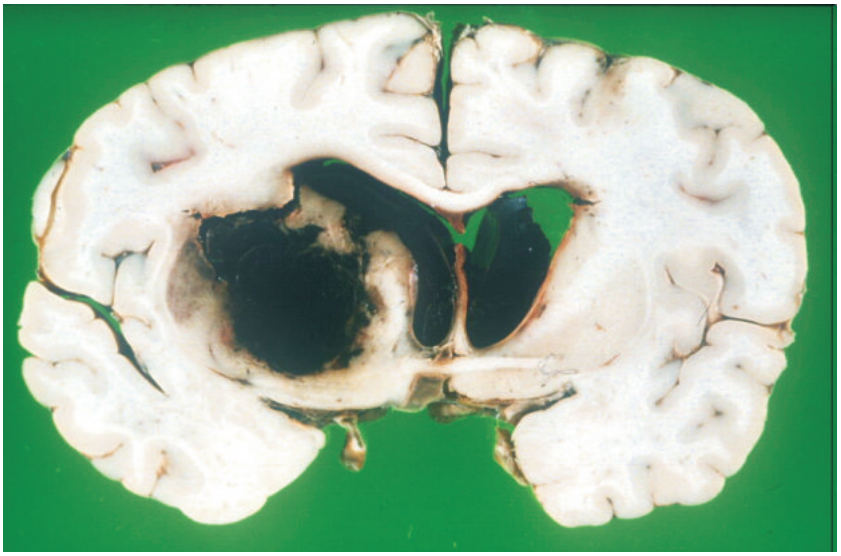
FOTOGRAFIA 4-C:Infarto cerebral hemorrágico.



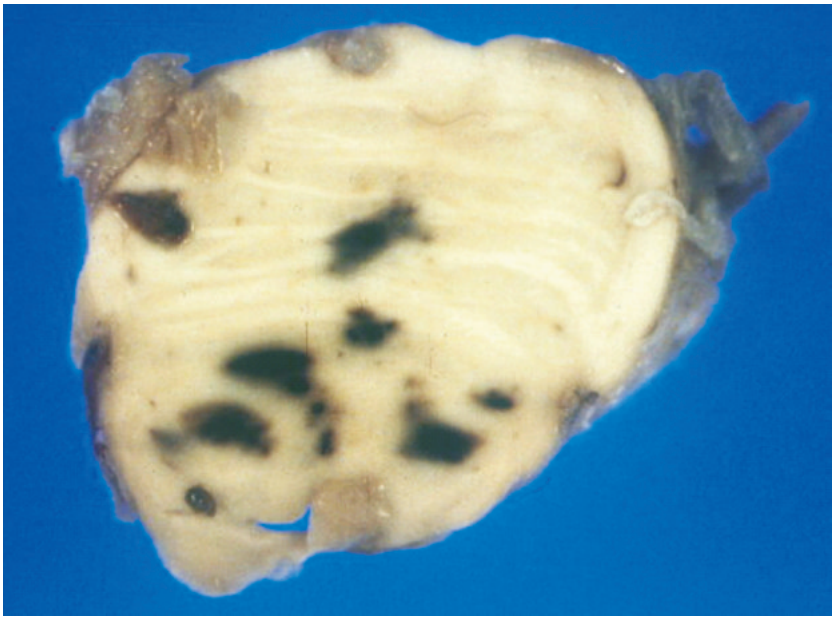
FOTOGRAFIA 4-D:Infarto cerebral hemorrágico.



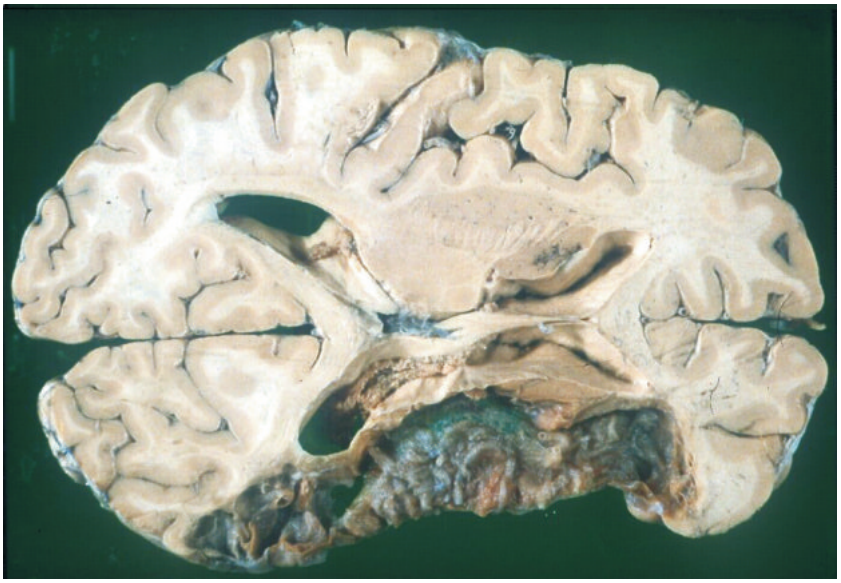
FOTOGRAFIA 5: Infarto pontino.



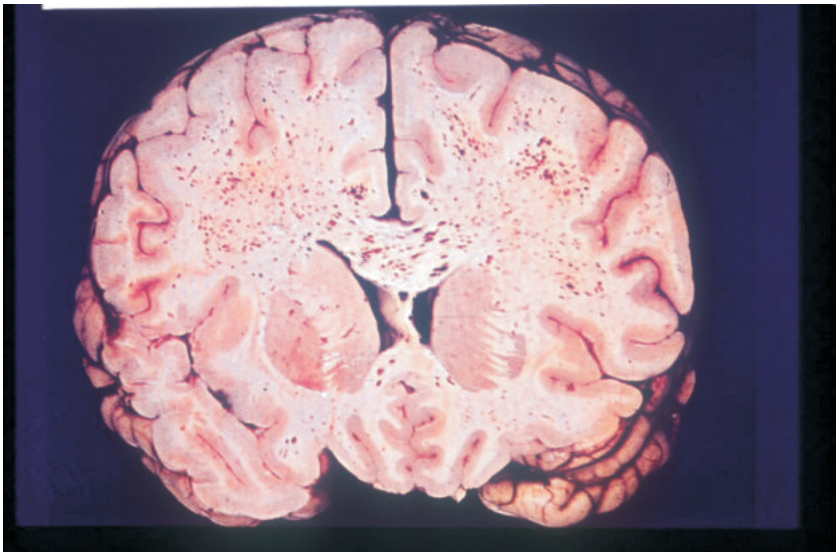
FOTOGRAFIA 6: Hemorragia cerebral en arterioesclerosis.



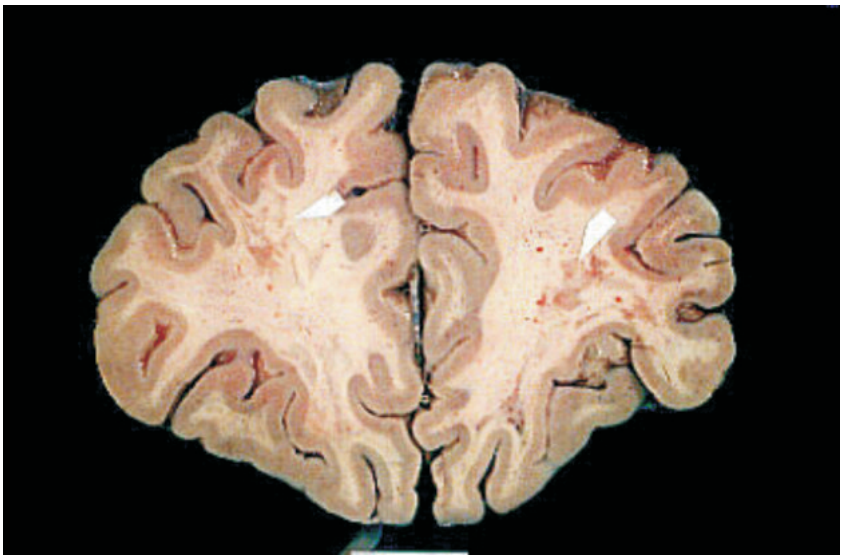
FOTOGRAFIA 7: Hemorragias de Duret (protuberancia).



FOTOGRAFIA 8: Hemorragia cerebral, semanas de evolución.

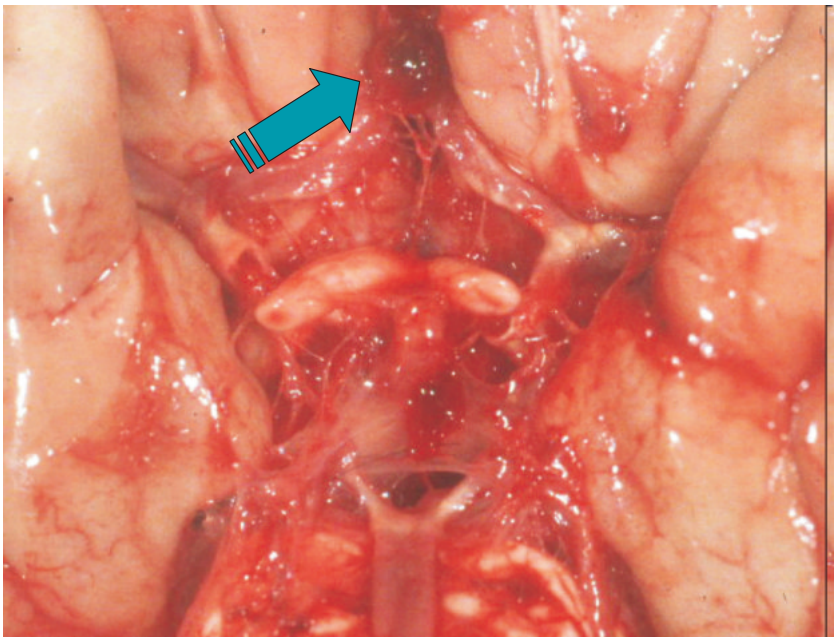


FOTOGRAFIA 9: Vasculitis cerebral.

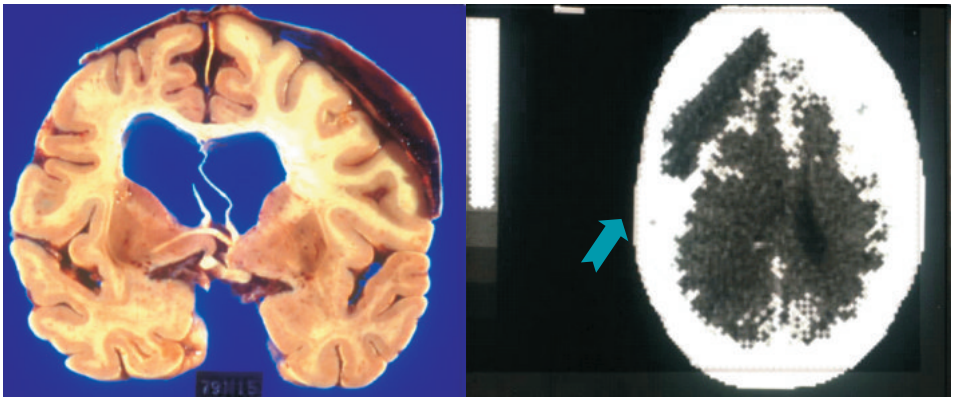


FOTOGRAFIA 10: Linfoma intravascular. Lesiones isquémicas en lóbulo frontal.

FOTOGRAFIA 11:Lesiones isquémicas en sustancia blanca (Enfermedad de Cadasil).



FOTOGRAFIA 12: Aneurisma de la arteria comunicante anterior.



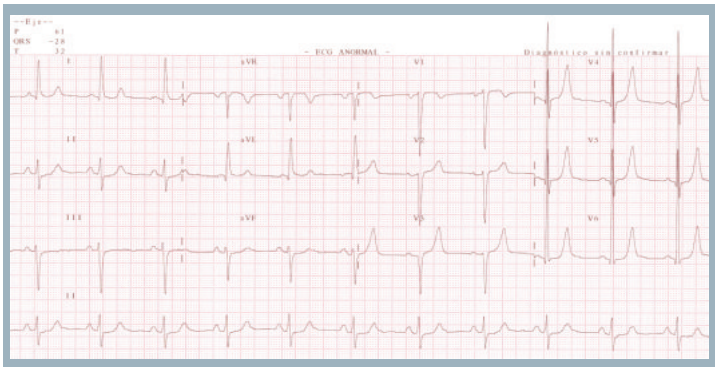
FOTOGRAFIA 13: Hematoma subdural con su imagen correspondiente en TAC.

2.CARDIOPATOLOGIA I.

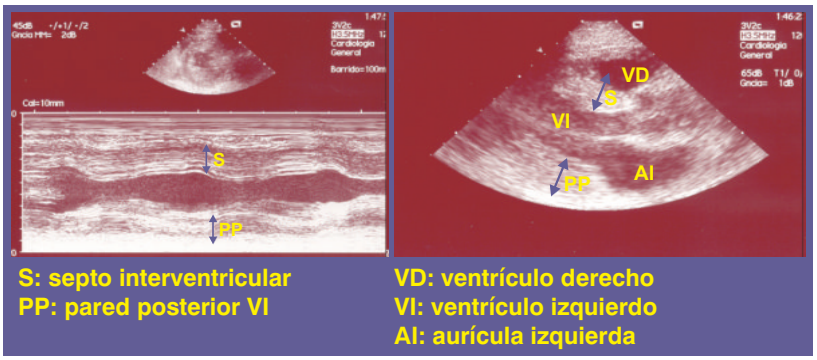
A)CASO CLINICO 1:

Paciente varón de 63 años que consulta por hipertensión mal controlada y palpitaciones. HISTORIA CLINICA: Antecedentes: HTA moderada desde 10 años antes con control irregular; no hábitos tóxicos no otros factores de riesgo cardiovascular; no alergias conocidas; tratamiento actual: diuréticos. Estado Actual: Refiere palpitaciones frecuentes, con sensación de mareo (a veces presincopal) sin llegar a perder el conocimiento. No disnea, dolor torácico ni otros síntomas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:



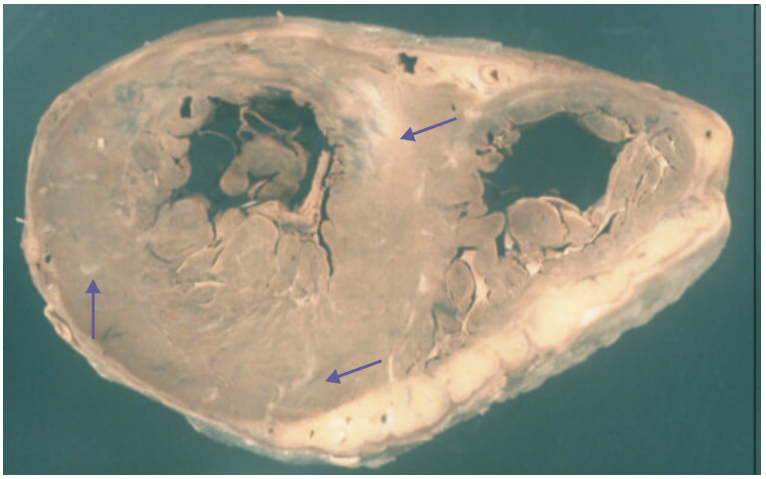
FOTOGRAFIA 14: ECG: Ritmo sinusal a 65x', criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Pobre progresión de onda R en precordiales derechas.



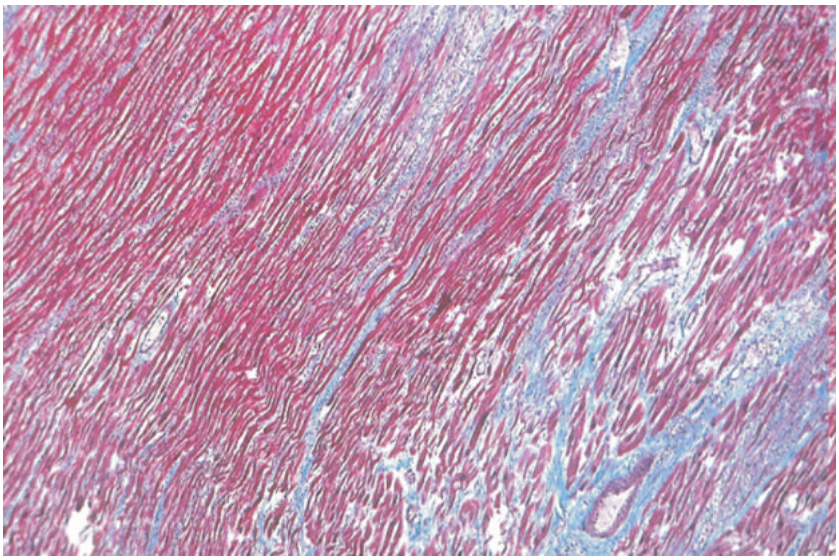
FOTOGRAFIA 15: ECOCARDIOGRAMA: Hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo (septo 17 mm, pared posterior 18 mm), con función sistólica global normal (FE 65%), sin alteraciones segmentarias. No datos de valvulopatía.

EVOLUCION: Se instauró tratamiento con betabloqueantes (Atenolol 50 mg/12 h), con lo que la TA se mantuvo en 130/80, disminuyendo de forma significativa las crisis de palpitaciones. El paciente falleció súbitamente 2 meses después.

NECROPSIA:



FOTOGRAFIA 16: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, aumento de grosor de la pared, disminución de la luz y cicatrices miocárdicas (flechas). Ausencia de ateromatosis coronaria significativa. Fibrosis miocárdica.



FOTOGRAFIA 17: Imagen microscópica (Técnica de Masson) de la fibrosis miocárdica en corazón hipertrófico.

CUESTIONES:

1)Ante la sintomatología que refería el paciente ¿se deberían haber realizado otros estudios complementarios?.

2)¿Era suficiente el tratamiento administrado o debería haber sido algo más?.

3)¿Los hallazgos histopatológicos son los que esperariamos en éste caso?.

B)CASO CLÍNICO 2:

Paciente mujer de 59 años que ingresa por disnea, edemas e hipotensión.

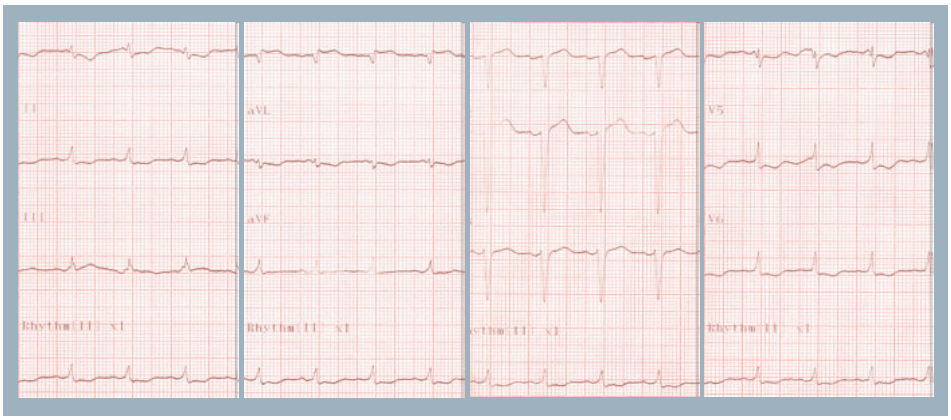
HISTORIA CLÍNICA: Antecedentes:Ingresada un mes antes por fibrilación auricular revertida con Amiodarona. Estaba siendo estudiada por disnea y tos, llegándose a los diagnósticos de: Miocardiopatía hipertrófica moderada con función sistólica normal y alteración de la función diastólica. Insuficiencia Mitral moderada por prolapso de velo

posterior. Arterias coronarias sin estenosis significativas. Insuficiencia cardiaca desencadenada por taquiarritmia. Insuficiencia respiratoria con patrón restrictivo en espirometría. En tratamiento desde el alta con Enalapril, Amiodarona, Torasemida, Corticoides en pauta descendente y broncodilatadores. Estado actual: Desde el ingreso anterior continuó con disnea de mínimos esfuerzos, sin ortopnea, ni crisis de disnea paroxistica nocturna; en los últimos días la disnea se hizo de reposo, acompañándose de edemas importantes en miembros inferiores, oliguria y tendencia a la hipotensión. También referia crisis de taquicardia, insomnio, anorexia, astenia intensa, sin dolor torácico, ni mareos ni síncopes.

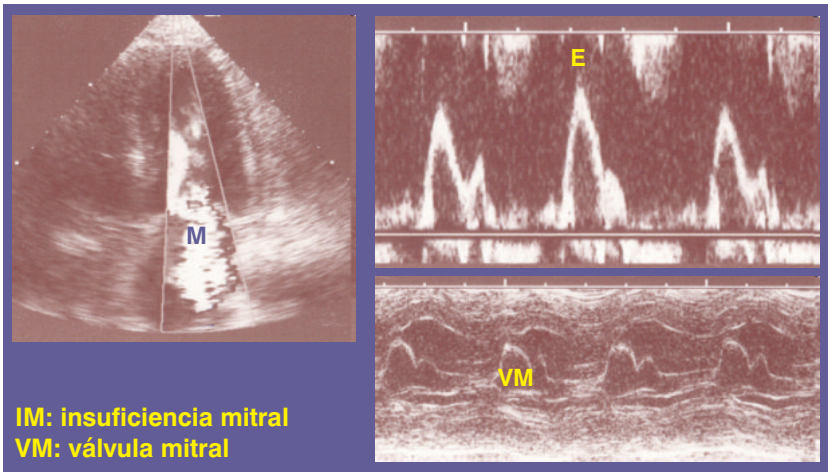
EXPLORACION FISICA: TA 80/60, FC 106, ligera obesidad, taquipnea en reposo, chapetas malares, livideces centrales, macroglosia, IVY ++ a 45º, Rs,Qs,Rs con soplo sistólico de alta frecuencia apical III/IV y 4º ruido, crepitantes finos en bases pulmonares, abdomen globuloso, hepatomegalia dos traveses y edemas +++ hasta rodilla.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANALITICA: Urea 83 mg/dl, Creatinina 1,5 mg/dl, Na 132 mEq/l, T de Quick 79% y hematocrito 34,2%.



FOTOGRAFIA 18: ECG: Ritmo sinusal a 106x', bajos voltajes en derivaciones de los miembros, mala progresión de R en precordiales y alteraciones difusas de la repolarización.



FOTOGRAFIA 19: ECOCARDIOGRAMA: VI hipertrófico, con diámetros y función sistólica normales. Válvula mitral con bordes engrosados. Probable prolapso de valva posterior e insuficiencia mitral moderada. Patrón diastólico restrictivo (tiempo de deceleración onda E 104 mseg). No se pudo realizar eco transesofágico por macroglosia.

NECROPSIA:

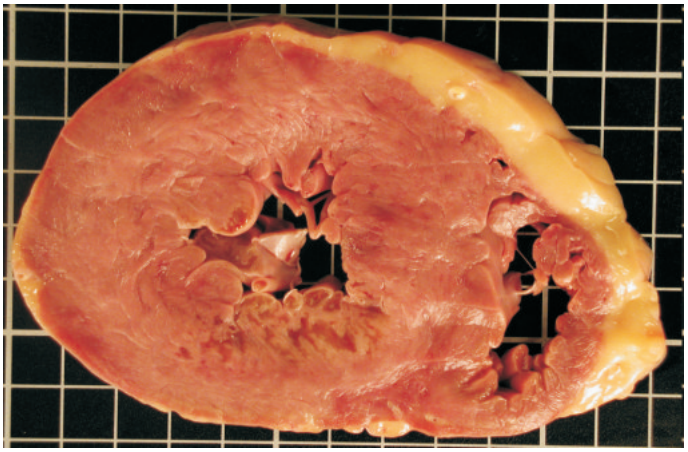
FOTOGRAFIA 20: Diagnóstico: Amiloidosis primaria sistémica, con masiva afectación de miocardio con hipertrofia cardiaca, sistema de conducción cardiaco, glomérulos renales, bazo, páncreas, hígado, lengua, tejido cutáneo y subcutáneo y ambos pulmones.

3. CARDIOPATOLOGIA II.

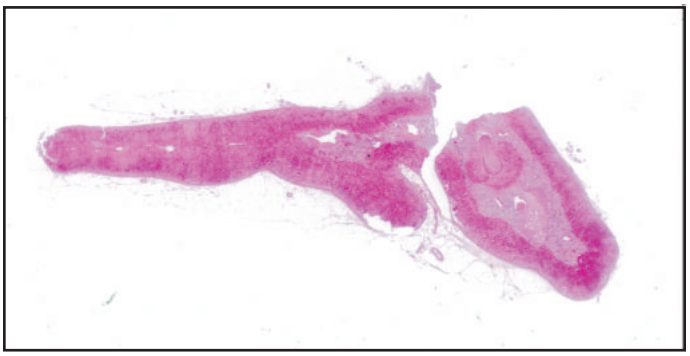
C)CASO CLINICO 3:

DATOS CLINICOS: Varon de 43 años que ingresa por malestar general. Diagnosticado de hipertensión arterial severa 2 semanas antes de su ingreso en la Unidad Coronaria. Estando previamente estable, hace parada cardiorrespiratoria en asistolia. Es exitus sin respuesta a maniobras de reanimación.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:



FOTOGRAFIA 21: Imagen macroscópica del corazón. Infarto agudo de miocardio subendocárdico posterior de días de evolución.

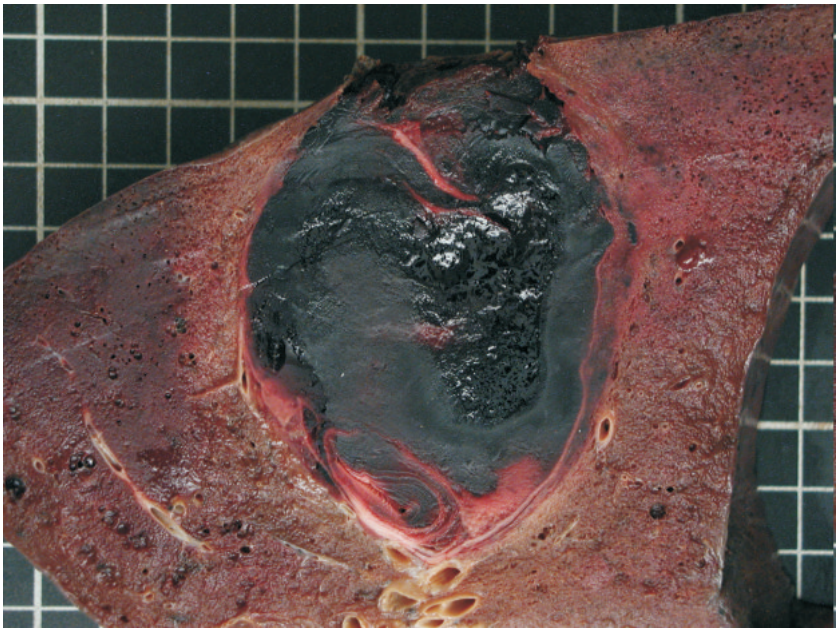


FOTOGRAFIA 22: El hallazgo más significativo es un ganglioneuroma de glándula suprarrenal derecha. Se han descrito en ocasiones como responsables de un incremento de los niveles de catecolaminas produciendo cuadros de hipertensión arterial grave e infarto.

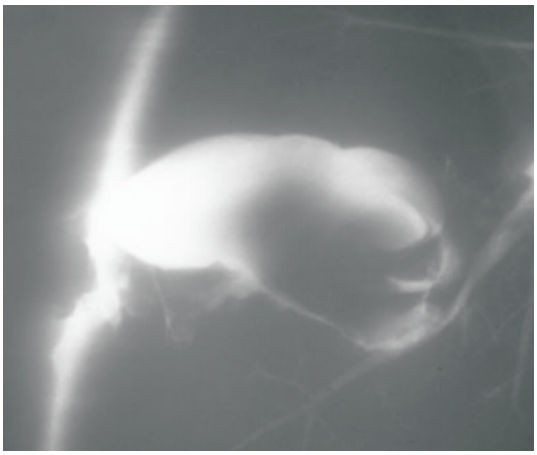
D)CASO CLINICO 4:

DATOS CLINICOS: Mujer de 72 años con antecedentes de fiebre reumática, presencia de doble lesión mitral con predominio de estenosis. Se implantó válvula mitral metálica y se instauró tratamiento anticoagulante. La paciente evolucionaba satisfactoriamente pero de forma súbita presentó deterioro hemodinámico y parada cardiorrespiratoria sin respuesta a maniobras de reanimación. Precisó trasfusión de hematíes por importante anemización coincidiendo con el deterioro hemodinámico.

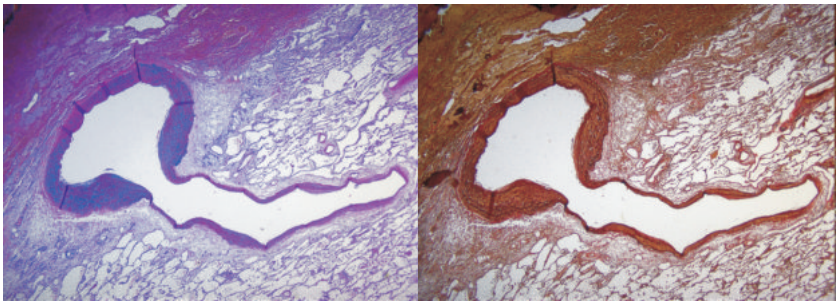
NECROPSIA:



FOTOGRAFIA 23: A la apertura de la cavidad torácica se advierte hemotórax de 600 ml a nivel de tórax derecho. Externamente se aprecia un área de ruptura de pleura visceral del lóbulo inferior derecho. Al corte existe una cavidad de aspecto hemorrágico, bien delimitada de 65x50 mm, sin afectación del parénquima pulmonar circundante.



FOTOGRAFIA 24: Radiografía postmortem con inyección de contraste en arteria pulmonar derecha.



FOTOGRAFIA 25: Hallazgos microscópicos: Estructura arterial dilatada compatible con aneurisma vs fístula arterial pulmonar.

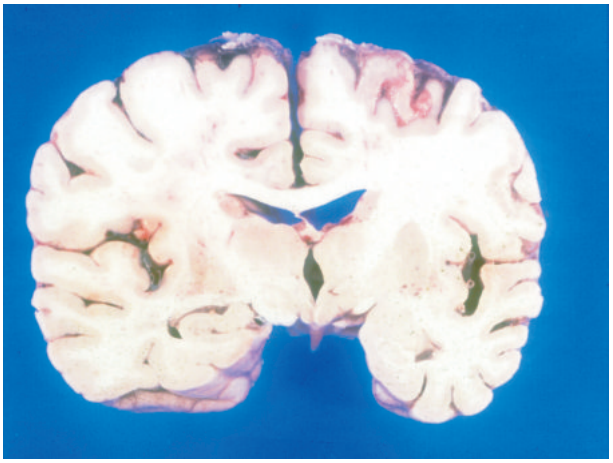
DIAGNOSTICO: Aneurisma arterial pulmonar a nivel de lóbulo inferior derecho, con presencia de cavidad hemorrágica de 65x50 mm debido a rotura aneurismática.

COMENTARIO: Este caso se consultó al Dr.B.Corrin (Brompton Hospital, Londres) cuya opinión fue la siguiente: La marcada diferencia de calibre existente entre las dos estructuras vasculares sugiere una anomalía congénita, por lo que el origen del sangrado sería un aneurisma pulmonar de etiología congénita. Aunque podría existir una fístula arterio-venosa, la angiografía posmortem realizada sólo muestra ruptura de una arteria pulmonar sin paso de contraste hacia una vena, ya que las fístulas AV se demuestran únicamente en estudios angiográficos “in vivo”.

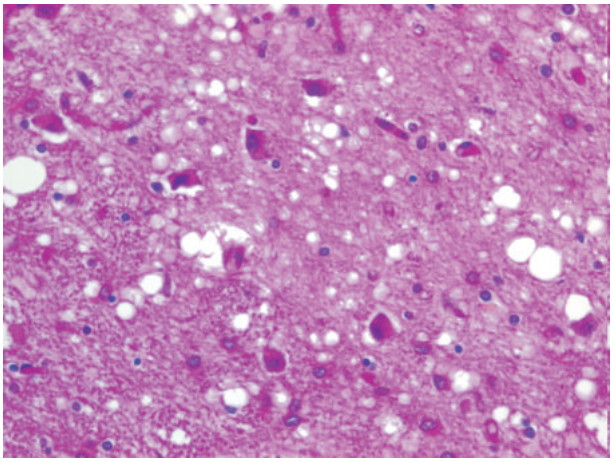
E)CASO CLINICO 5:

DATOS CLINICOS: Mujer de 76 años con demencia de rápida evolución (3 meses) con afasia progresiva, disminución del nivel de conciencia y mioclonías generalizadas. Posteriormente presentó neumonía en pulmón izquierdo. El EEG mostraba un trazado lento con brotes pseudoperiódicos. El LCR mostraba positividad para la proteina 14.3.3.

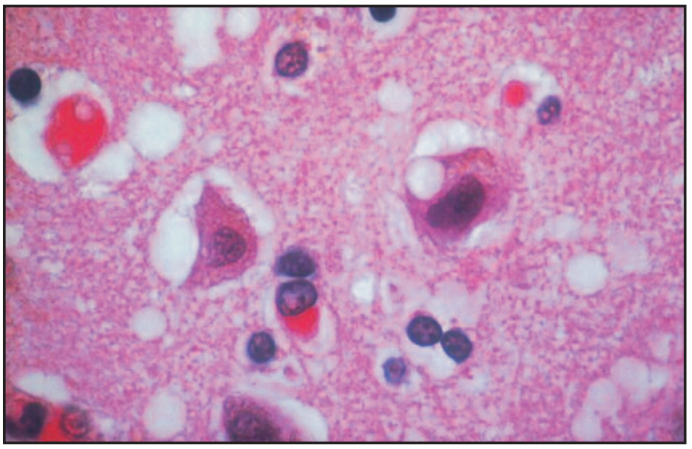
NECROPSIA: (fotografias 26 a 29).



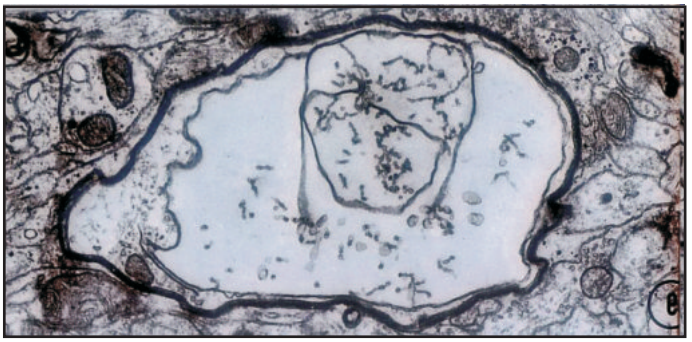
FOTOGRAFIA 26:Imagen macroscópica cerebro.

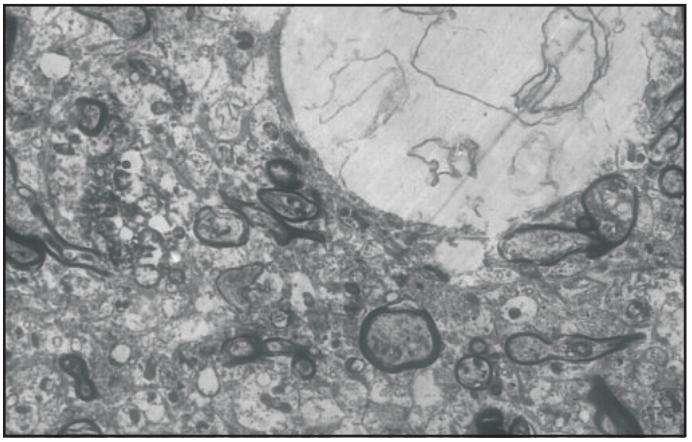


FOTOGRAFIA 27:Imagen microscópica cerebro (HE). Cambios espongiformes: múltiples vacuolas dispersas en el neuropilo del córtex.



FOTOGRAFIA 28:Imagen microscópica cerebro. Vacuolización de cuerpos neuronales y neuropilo.





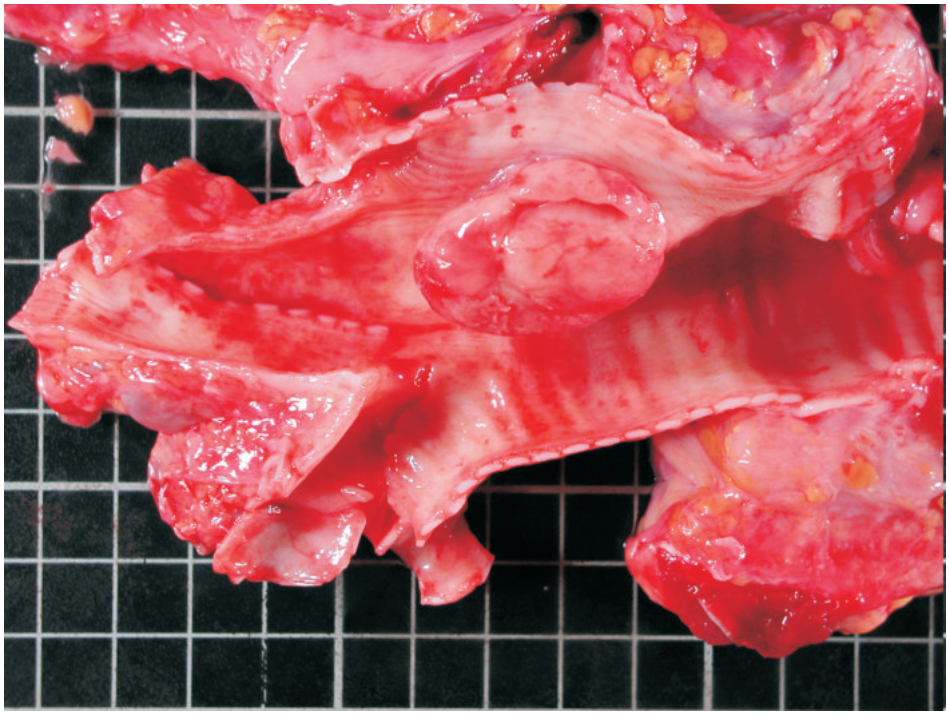
FOTOGRAFIA 29: Imagen microscopio electrónico.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: Encefalopatía espongiforme tipo enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

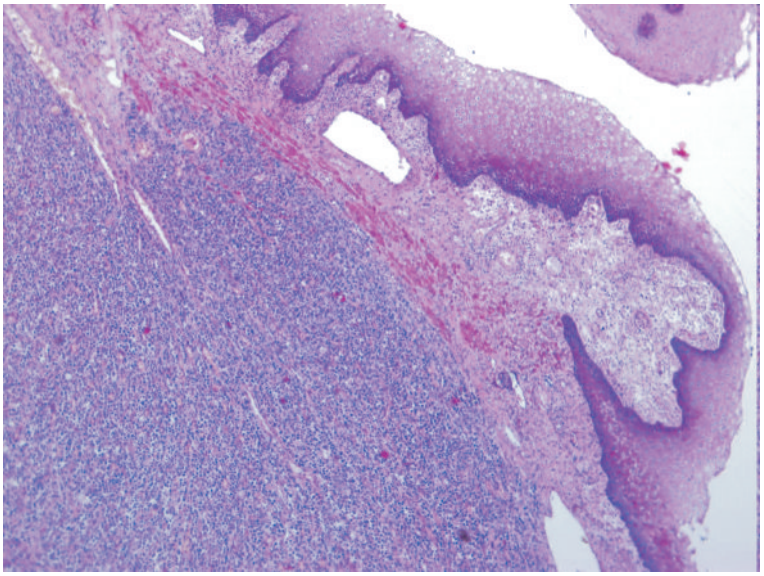
F)CASO CLINICO 6:

DATOS CLINICOS:Varon de 21 años con antecedentes de asma que presentaba un cuadro de tipo catarral de varios días de evolución. Acudió a urgencias por disnea intensa que cedió tras administración de salbutamol y corticoides. A los 6 días acudió de nuevo por disnea de mayor intensidad, con pobre respuesta al tratamiento y empeoramiento clínico, por lo que ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva.

NECROPSIA: DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: Sarcoma de Ewing extraóseo esófago-traqueal.

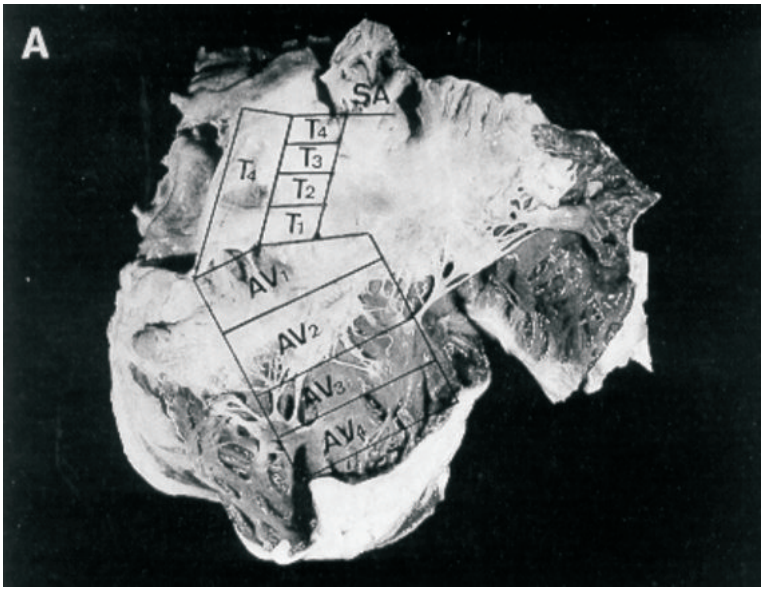


FOTOGRAFIA 30: Imagen macroscópica tráquea con tumoración que obstruye la luz traqueal a nivel de carina.

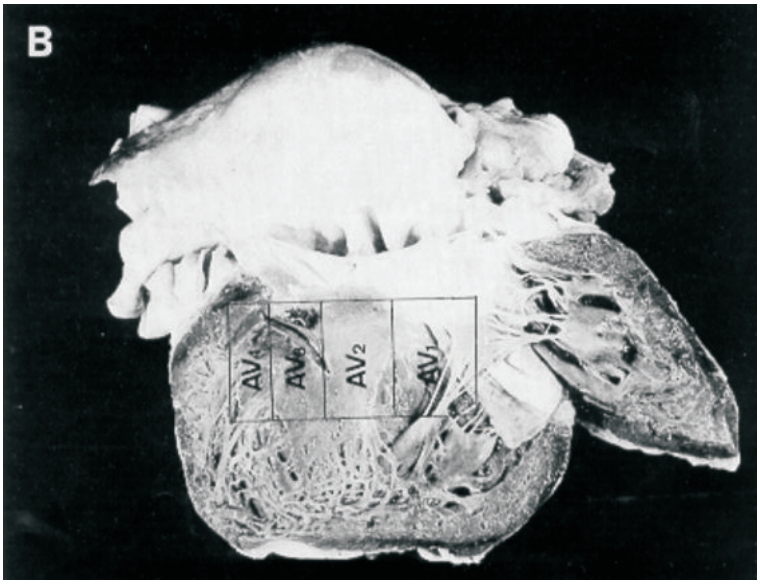


FOTOGRAFIA 31: Imagen microscópica esófago.

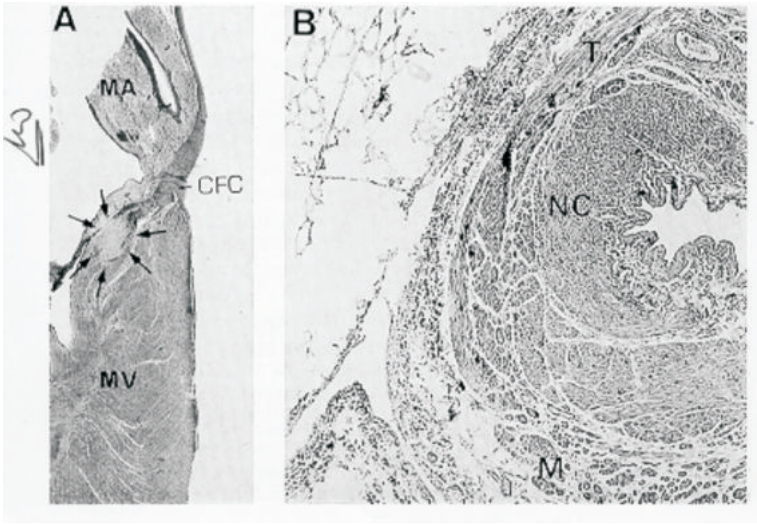
4.SISTEMATICA DE SECCION DEL SISTEMA DE CONDUCCION E IMÁGENES HISTOLOGICAS:



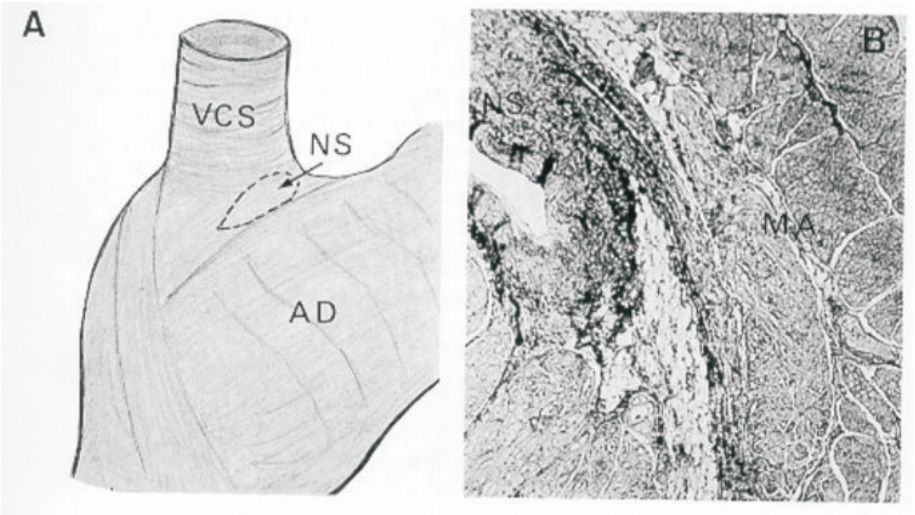
FOTOGRAFIA 32: Localización de los nodos. AV1-AV4: incluye NAV y haz de His y sus ramas.



FOTOGRAFIA 33: Localización del eje nodo ventricular visto por el lado izquierdo.



FOTOGRAFIA 34.



FOTOGRAFIA 35.

COMENTARIO: Estas imágenes son el fruto de más de 35 años dedicado como patólogo a la práctica de autopsias y a la correlación anatomoclínica. Al publicar estas imágenes quiero agradecer su colaboración a dos cardiólogos, los profesores Roberto García (Valencia) y José Ramón González (Santiago de Compostela) y a un neuropatólogo el Dr. José Luis Sarasa (Madrid). El estímulo y enseñanzas de ellos ha sido un constante estímulo en mi trabajo en cardiopatología y neuropatología.

Jerónimo Forteza Vila.

LIBROS

Manual de Psiquiatría legal y forense.
Juan José Carrasco Gómez, José Manuel Maza Martín.
La Ley-Actualidad, S.A., 2003. Madrid.
Segunda edición de esta obra, en la que sus autores J J Carrasco, médico forense y psiquiatra, y J M Maza, Magistrado del Tribunal Supremo, exponen los diferentes temas en tres secciones: Psiquiatría forense, Psiquiatría y Derecho (en los campos penal, civil, administrativo y laboral), y Trastornos psíquicos.

El testimonio de las moscas (cómo los insectos ayudan a resolver crímenes).
M. Lee Goff.
Alba Editorial, 2002. Barcelona.
El autor, experto en entomología y asesor en entomología forense, explica de manera amena, ilustrada con numerosos ejemplos, cuestiones de su especialidad.

Forensic Science.
Stuart H. James y Jon J. Nordby (Eds.).
CRC Press LLC, 2003.USA.
Amplio manual con las siguientes secciones: patología forense (toxicología, traumatología, odontología, antropología, entre otros), estudio de la escena del crimen, el laboratorio en medicina forense, ingeniería forense (incluye la reconstrucción de los accidentes de tráfico o la investigación básica del fuego y las explosiones), aplicaciones de la informática, temas psicosociales y cuestiones éticas y legales.

Bases de datos de perfiles de ADN y criminalidad.
Carlos María Romeo Casabona (Ed.) Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano.
Como reza en la propia obra, "recoge una profunda reflexión sobre los problemas de diferente índole que plantea la posibilidad de archivar en

bancos de datos la información identificativa resultante del análisis de perfiles de ADN con fines forenses: requisitos y cuestiones técnicas, estado de la cuestión en España y en otros países, conflictos jurídicos que pudieran emerger, etc".

Huellas dactilares.
"*Los orígenes de la dactiloscopia y de la ciencia de la identificación criminal*".
Colin Beavan.
Alba Editorial, 2003. Barcelona.
Recorrido, expuesto de forma amena, no sólo por la historia de la dactiloscopia, si no de los diferentes métodos utilizados en la ciencia de la identificación criminal. Como comentario, incompresiblemente no expone los importantes trabajos en este campo del español Federico Olóriz.

ARTICULOS

Health and safety at necropsy.
J L Burton.
J Clin Pathol 2003; 56: 254-260.
Revisión de los riesgos inherentes a la práctica de autopsias de cadáveres infecciosos, o contaminados de forma química o radiactiva.

Determination of sex and race from the subpubic angle in Ugandan subjects.
Patrick S. Igbigbi, Alice M Nanono-Igbigbi.
American Journal Forensic Medicine and Pathology 2003; 24 (2): 168-172.
Estudio de interés en antropología forense, encaminado a la determinación de ambos rasgos básicos identificativos, sexo y raza, mediante el estudio del ángulo subpúbico a través de estudios radiográficos. Realizado sobre 205 adultos de la población de Uganda.

A metod for exposing the intraosseous portion of the carotid arteries and its application to forensic case work.
Neil E I Langlois, Dianne Little.
The American Journal of Forensic Medicine and Pathology 2003; 24 (1):

35-40.
Método de estudio del trayecto intracraneal de las carótidas internas, de la base del cráneo, y de los senos maxilar y etmoidal; con exposición de cuatro casos prácticos.

Myocardial bridging: does it cause sudden death?
Robert M Gow.
Cardiac Electrophysiology Review 2002; 6: 112-114.
Análisis del papel que jugarían las arterias coronarias mayores en la muerte súbita, cuando una parte de su trayecto (habitualmente en el epicardio) discurre a través del miocardio, con lo que puede ser comprimido durante la contracción sistólica.

Sudden unexplained death in adults caused by intracranial pathology
M Black, D I Graham.
J Clin Pathol 2002; 55; 44-50
Importancia de las diferentes patologías intracraneales en la muerte súbita. Tanto de origen natural (epiléptica, hemorrágica, infecciosa, tumoral), con traumática.

Estimación forense de la edad en torno a 18 años. Revisión bibliográfica.
PM Garamendi. MI Landa.
Cuadernos de Medicina Forense 31-Enero 2003.

Estimación forense de la edad en torno a 18 años.Estudio en una población de inmigrantes indocumentados de origen marroquí.
PM Garamendi. MI Landa. Ballesteros J. Solano MA.
Cuadernos de Medicina Forense. 31-Enero 2003.