



Capítulo especial, en los reconocimientos y agradecimientos, merece la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en conjunto con la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI), por su apoyo técnico y financiero en la realización del “Proyecto de Fortalecimiento Institucional dirigido a diseñar e implementar una academia o centro de formación para el Ministerio Público”, desarrollado en el marco del Programa Bilateral de Cooperación Hispano Chileno y los respectivos convenios de la Fiscalía con ambas Agencias.

MANUAL SOBRE INVESTIGACIÓN PARA CASOS DE VIOLENCIA DE PAREJA Y FEMICIDIOS EN CHILE

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Agencia de Cooperación Internacional de Chile

Fiscalía Nacional. Ministerio Público de Chile

Santiago de Chile, Enero 2012.

Diseño y Diagramación:

Gráfica Lom Ltda.

Concha y Toro 25

Fonos: (56-2) 672 2236 - (56-2) 671 5612

Impreso en los talleres de Lom Ediciones.

Miguel de Atero 2888 - Quinta Normal

Fonos: (56-2) 716 9695 - (56-2) 716 9684



MANUAL SOBRE INVESTIGACIÓN PARA CASOS DE VIOLENCIA DE PAREJA Y FEMICIDIOS EN CHILE

Autores

Raquel Barrero Alba
Juan Manuel Cartagena Pastor
Emilio Donat Laporta
Teresa Peramato Martín
Unidad Especializada en Responsabilidad Penal
Adolescente y Delitos de Violencia Intrafamiliar de la
Fiscalía Nacional de Chile.

Coordinador versión española

Juan Manuel Cartagena Pastor.

Coordinadora versión chilena

María José Taladriz Eguiluz.

PRESENTACIÓN.

Este trabajo responde al fenómeno de la violencia intrafamiliar, su problemática y el deber de protección asumido por el Estado de Chile –a nivel nacional¹ y a nivel internacional²–. El Ministerio Público ha sido protagonista del abordaje de este fenómeno desde el año 2005, año en que entró en vigencia la Ley N° 20.066. Por ello, en diciembre de ese año se crea la Unidad Especializada en Violencia Intrafamiliar, con miras a integrar la comprensión del fenómeno en el quehacer del Ministerio Público, en materia de persecución penal y protección a las víctimas. Sin embargo, para una adecuada intervención en la materia, es necesario el trabajo conjunto y coordinado de la Fiscalía con los organismos auxiliares y la especialización de todas las personas que intervienen en la investigación de esta clase de ilícitos.

Por este motivo en noviembre de 2010 se llevó a cabo el Seminario sobre Violencia Intrafamiliar “Estado actual y desafíos a diez años de la Reforma Procesal Penal”, organizado por la Fiscalía de Chile, a través de la Unidad Especializada en Responsabilidad Penal Adolescente y Delitos de Violencia Intrafamiliar de la Fiscalía Nacional con la colaboración de la Agencia Española para la Cooperación Internacional y el Desarrollo (AECID), desarrollándose, a partir del mismo, una serie de actividades tendientes a ampliar la base de contenidos para la formación de Fiscales Especializados en el ámbito de los Delitos de Violencia Intrafamiliar, entre las cuales surge la posibilidad de adecuar el trabajo de expertos españoles a la realidad chilena, especialmente ante la reciente tipificación del delito de femicidio en Chile, haciendo presente que algunos aspectos que no se encuadran con la realidad nacional se han mantenido con el fin de orientar con miras a un mejor trabajo en la materia.

1 Mediante la entrada en vigencia de la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar publicada en el Diario Oficial el 07 de octubre de 2005, de la Ley N° 19.968 que Crea Los Tribunales de Familiar publicada en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2004; y de Ley N° 20.480 publicada en el Diario Oficial el 18 de diciembre de 2010, que tipifica y sanciona el femicidio en nuestro país, introduciendo una serie de modificaciones al Código Penal y a las leyes mencionadas;

2 A través de la ratificación por Chile en el año 1989 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y en el año 1998 de la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Para).

Capítulo especial, en los reconocimientos y agradecimientos, merece la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en conjunto con la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI), por su apoyo técnico y financiero en la realización del “Proyecto de Fortalecimiento Institucional dirigido a diseñar e implementar una academia o centro de formación para el Ministerio Público”, desarrollado en el marco del Programa Bilateral de Cooperación Hispano Chileno y los respectivos convenios de la Fiscalía con ambas Agencias.

Especialmente, vayan nuestros agradecimientos al Sr. Juan Manuel Cartagena Pastor, Médico Forense de la Audiencia Provincial de la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid y profesor y Director del Curso de Investigación Judicial y Violencia Femicida de la Escuela de Práctica Jurídica de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid, España, por ser el gestor de esta idea y por facilitar los materiales necesarios para la adaptación del Manual sobre Investigación Criminal para casos de Violencia Femicida a la realidad chilena, respondiendo las consultas necesarias para hacer posible dicha adaptación.

Asimismo, agradecemos a la Sra. María José Taladriz Eguiluz, coordinadora de este trabajo, y al Sr. Sergio Arévalo Waddington, Fiscal de la Fiscalía Regional Metropolitana Sur, experto en la investigación de delitos contra la vida, quienes aportaron la visión doctrinaria, jurisprudencial y práctica de nuestro país, necesarios para el adecuado desarrollo de este manual. Particularmente, en lo que dice relación con los sistemas de trabajo de los organismos auxiliares que intervienen en los homicidios y parricidios de mujeres en manos de sus parejas o exparejas ocurridos en Chile.

Finalmente, agradecemos a la Dra. Viviana San Martín Herrera, Jefa del Departamento de Tanatología del Servicio Médico Legal; a la Dra. Inge Onetto Muñoz, Jefa del Departamento de Salud Mental del Servicio Médico Legal, y al Dr. Jorge Ceballos Vergara, Asesor de la Subdirección Médica del mismo servicio, por su importante colaboración en esta adaptación.

El presente manual busca ser un instrumento útil para todos aquellos profesionales que conocen de este fenómeno desde el ámbito penal, ya sea desde la perspectiva jurídica, investigativa y/o psicosocial.

MARÍA CECILIA RAMÍREZ GUZMÁN

DIRECTORA UNIDAD ESPECIALIZADA EN RESPONSABILIDAD PENAL
ADOLESCENTE Y DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

CONTENIDO

TÍTULO 1

ASPECTOS PENALES Y PROCESALES EN EL DELITO DE FEMICIDIO

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DELITO DE FEMICIDIO	23
1.1. VIOLENCIA DE GÉNERO, FEMICIDIO Y FEMINICIDIO	23
1.1.1. Femicidio y feminicidio	25
1.1.2. Tipos de femicidios	26
1.2. DELITO DE FEMICIDIO	28
1.2.1. Naturaleza jurídica	29
1.2.2. Determinación de pena	30
1.2.3. Delito perseguible de oficio/principio de oportunidad	30
1.2.4. El dolo de matar como elemento diferencial entre el femicidio tentado o frustrado y lesiones consumadas	31
1.2.4.1. Indicios habitualmente utilizados.....	31
1.2.5. Relación del femicidio con otras formas de violencia intrafamiliar.....	32
CAPÍTULO 2: INICIO DE LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL EN EL DELITO DE FEMICIDIO.....	35
2.1. NOTICIA CRIMINIS.....	35
2.2. OBLIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE INFORMAR A LA FISCALÍA DE LOS HECHOS PRESUNTAMENTE DELICTIVOS DE LOS QUE TENGA CONOCIMIENTO	36
2.2.1. Obligación de denunciar.....	36

CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN EN EL DELITO DE FEMICIDIO	43
3.1. PRIMERAS ACTUACIONES Y PRECAUCIONES QUE SE HAN DE TENER PARA PRESERVAR EL LUGAR DE LOS HECHOS	43
3.2. IDENTIFICACIÓN DEL CADÁVER	46
3.3. DATA DE LA MUERTE.....	48
3.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE VESTIGIOS.....	48
3.4.1. Vestigios biológicos.....	49
3.4.2. Indicios no biológicos.....	51
3.5. ESPECIAL REFERENCIA A LA CADENA DE CUSTODIA	51
CAPÍTULO 4: LA PRUEBA TESTIMONIAL.....	55
4.1. LA IMPORTANCIA DE LA PRUEBA TESTIMONIAL: OBLIGACIÓN DE DECLARAR Y EXCEPCIONES	55
4.1.1. Renuencia a comparecer o a declarar	57
4.1.2. Excepción a la obligación de comparecencia.....	57
4.1.3. Excepciones al derecho a declarar	58
4.1.4. Testigos presenciales o directos y de oídas o de referencia. Jurisprudencia.....	60
4.2. ESPECIAL REFERENCIA A LA PROTECCIÓN DE TESTIGOS Y PERITOS.	65
CAPÍTULO 5: LA PRUEBA PERICIAL. OBJETIVIDAD. ANÁLISIS PERICIAL E INFORME PERICIAL	69
5.1. REGLAS GENERALES DE LA PRUEBA PERICIAL	69
5.1.1. Forma de incorporar los informes periciales durante la investigación y en juicio; y las posibilidades de exclusión de estos informes en la audiencia de preparación del juicio oral.....	72
5.1.2. Forma de acreditar o desacreditar la experticia de un perito y declaración en juicio.....	73

5.1.3. Valoración de los informes periciales	74
5.2. ESPECIAL REFERENCIA AL INFORME PERICIAL MÉDICO FORENSE: AUTOPSIA E INFORME SOBRE LESIONES VITALES	75
5.2.1. El informe de autopsia	75
5.2.2. El informe de lesiones y sus variantes.....	78
5.2.3. El informe pericial en casos de agresiones sexuales	79
5.2.4. Examen médico pericial del presunto agresor.....	80
5.3. LA PRUEBA PERICIAL Y LAS CIRCUNSTANCIAS EXIMENTES, ATENUANTES O AGRAVANTES DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL	81
5.3.1. Circunstancias que afectan a las bases de imputabilidad. Medidas de seguridad...	82
5.3.2. Circunstancias objetivas y mixtas (referidas a la forma de comisión del hecho	85
CAPÍTULO 6: MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA DETENER LA VIOLENCIA AL INTERIOR DE LA FAMILIA	89
6.1. MEDIDAS AUTÓNOMAS DE PROTECCIÓN.....	89
6.2. MEDIDAS JUDICIALES DE PROTECCIÓN	90
6.2.1. Prisión preventiva.....	90
6.2.2. Medidas judiciales de protección específicas para víctimas de delitos de violencia intrafamiliar	92
6.3. PROTECCIÓN EN LA ETAPA DE JUICIO	96
6.4. INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS JUDICIALES EN EL CONTEXTO DE LA LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	96

TÍTULO 2

DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES FÍSICAS EN LA MUJER MALTRATADA CON RESULTADO DE FEMICIDIO

CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS LESIONES. VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	105
1.1. CONCEPTO DE LESIÓN	105
1.2. ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN.....	106
1.2.1. Clasificación según resultado.....	107
1.2.2. Clasificación según localización	107
1.2.3. Clasificación según aparición.....	108
1.3. ORIGEN DE LAS LESIONES	108
1.3.1. Agentes externos	108
1.3.2. Agentes internos.....	110
1.4. CONTUSIONES.....	111
1.4.1. Clasificación de las contusiones	113
1.4.2. Contusiones simples y valoración médico forense.....	114

TÍTULO 3

VARIANTES PSICOPATOLÓGICAS DEL AGRESOR EN LA VIOLENCIA FEMICIDA. VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA HABITUAL CONTRA LA MUJER

CAPÍTULO 1: HOMOLOGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES, SEGÚN CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.....	127
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRASTORNO Y ENFERMEDAD	127

1.2. MANEJO DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES: DSM Y APA ..	128
1.2.1. Homologación de diagnósticos y codificación	128
1.2.2. Rigor de diagnósticos, fundamentos y validación jurídica	132
1.3. TRASTORNOS MENTALES DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL.....	134
1.3.1. Esquizofrenia	134
1.3.2. Trastornos delirantes (paranoia).....	139
1.3.3. Trastornos del estado de ánimo	142
1.3.4. Trastornos de la personalidad.....	143
1.3.5. Valoración médico-legal de la imputabilidad. Relación de causalidad entre el estado mental y el hecho delictivo imputado al agresor feminicida.....	151
CAPÍTULO 2: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EL ALCOHOL COMO FACTOR CRIMINÓGENO DE PRIMER ORDEN EN LA VIOLENCIA FEMICIDA.....	153
2.1. ALCOHOL Y CRIMINALIDAD. PARALELISMO ENTRE PROGRESIVIDAD DE CONSUMO Y CONDUCTA ANTISOCIAL.....	153
2.2. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA Y CRÓNICA (ALCOHOLISMO) ...	154
2.2.1. Abuso y dependencia de alcohol (alcoholismo)	157
2.3. ABUSO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	160
2.3.1. Derivados opiáceos	161
2.3.2. Cocaína.....	162
2.3.3. Derivados del cannabis	164
2.3.4. Drogas sintéticas.....	165
2.3.5. Otras	166

2.4. INVESTIGACIÓN ANALÍTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS DE ABUSO	169
2.4.1. Entrevista Clínica.....	170
2.4.2. Examen Psicopatológico	170
2.4.3. Pruebas Complementarias-Investigación Analítica.....	170
2.5. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FEMICIDA. CRIMINALIDAD E IMPUTABILIDAD	173
CAPÍTULO 3: ESTUDIO MÉDICO FORENSE DE LA SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA.....	177
3.1. SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS	178
3.2. SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. AMNESIAS.....	179
CAPÍTULO 4: ESTUDIO DEL AGRESOR. PRINCIPALES ENTIDADES NOSOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA CRIMINALIDAD FEMICIDA.....	181
4.1. ESTUDIO DEL AGRESOR. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE AGRESORES EN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	181
4.2. PERSONALIDAD Y FEMICIDIO.....	187
4.2.1. Asesinato sexual.....	187
4.3. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA	190
CAPÍTULO 5: VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA HABITUAL CONTRA LA MUJER Y EN LAS AGRESIONES SEXUALES.....	193
5.1. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN EL MALTRATO A LA MUJER	193
5.2. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA AGRESIÓN SEXUAL.....	194
5.3. DAÑO PSÍQUICO. PRINCIPALES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN VÍCTIMAS.....	195
5.3.1. Trastornos adaptativos.....	196

5.3.2. Trastornos de estrés postraumático.....	196
5.3.3. Secuelas emocionales	198
5.4. VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS EN VÍCTIMAS	200

TÍTULO 4

LA ESCENA DEL CRIMEN, LOS INDICIOS, METODOLOGÍA Y PROTOCOLOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA FEMICIDA. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CAPÍTULO 1: ESTUDIO DEL SITIO DEL SUCESO O ESCENA DEL CRIMEN EN LOS CASOS DE FEMICIDIO.....	207
1.1. SITIO DEL SUCESO; ESCENA DEL CRIMEN.....	207
1.1.1. Definición	207
1.1.2. Investigación del lugar de los hechos (lo que en Chile se conoce como el análisis científico técnico del sitio del suceso).....	208
1.1.3. La investigación del crimen femicida: pautas de actuación encaminadas a facilitar la coordinación entre el médico forense, el ministerio público y la policía	211
1.2. METODOLOGÍA DE LA INSPECCIÓN OCULAR EN LOS CASOS DE FEMICIDIO	212
1.2.1. Evaluación inicial y preparación.....	215
1.2.2. Acceso a la escena	216
1.2.3. Protección.....	216
1.2.4. Procesamiento del sitio del suceso.....	217
1.2.5. Observación	218
1.2.6. Fijación de la escena.....	221
1.2.7. Recogida de los indicios.....	227

1.2.8. Abandono de la escena.....	229
1.3. CONTAMINACIÓN DE LA ESCENA DEL CRIMEN. LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS	230
1.3.1. Tipos de contaminación	231
1.3.2. Principales causas de contaminación.....	232
1.3.3. La reconstrucción de los hechos.....	234
1.4. PRINCIPALES INDICIOS EN LA ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA. METODOLOGÍA Y PROTOCOLOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL FEMICIDIO	236
1.4.1. Indicio, vestigio, evidencia.....	236
1.4.2. Principales indicios en la escena del crimen femicida.....	240
1.4.3. Procesamiento de las armas de fuego y armas blancas como indicios	251
1.4.4. Huellas dactilares y de pies.....	254
1.4.5. Marcas de objetos.....	257
1.4.6. Tierra	257
1.4.7. Cadena de custodia.....	258
1.4.8. Interpretación de los resultados	261
1.4.9. Metodología para la coordinación entre los diferentes operadores en la investigación.....	263
1.5. EL INFORME MÉDICO FORENSE EN LOS CASOS DE MUERTE POR FEMICIDIO: METODOLOGÍA NORMALIZADA DEL INFORME DE AUTOPSIA.....	265

TÍTULO 5

PATOLOGÍA Y TANATOLOGÍA FORENSE: ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DE AUTOPSIA Y MECANISMOS DE MUERTE EN LA VIOLENCIA FEMICIDA

CAPÍTULO 1: AUTOPSIA EN CASOS DE MUERTES VIOLENTAS.....	273
1.1. CONCEPTO DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL Y DIFERENCIAS CON LA AUTOPSIA CLÍNICA	273
1.1.1. ¿Qué entendemos por muerte violenta y muerte sospechosa de criminalidad? ..	275
1.1.2. Fases de la autopsia	276
1.2. CONDICIONES Y MEDIOS NECESARIOS PARA LA INVESTIGACIÓN NECRÓPSICA	277
1.2.1. Descripción de los métodos. Técnicas de apertura cadavérica. Fundamentos	281
1.2.2. Los fenómenos putrefactivos como elementos desfavorables en la investigación ...	285
1.3. MUERTES VIOLENTAS. PRINCIPALES MECANISMOS LESIVOS	293
CAPÍTULO 2: LESIONES Y MUERTE POR ARMAS BLANCAS	295
2.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.....	295
2.2. CARÁCTERES LESIVOS.....	296
2.2.1. Heridas por armas punzantes	296
2.2.2. Heridas por armas incisas o cortantes.....	298
2.2.3. Heridas por armas inciso punzantes.....	301
2.2.4. Heridas por armas inciso contundentes.....	303
2.3. CUESTIONES MÉDICO FORENSES Y SU VALORACIÓN	304
2.3.1. Relación de las heridas con las manchas de sangre	304
2.3.2. Especificaciones médico legales.....	306

2.3.3. Lesiones de defensa y lucha. Especificaciones de femicidio.....	309
CAPÍTULO 3: LESIONES Y MUERTE POR ARMA DE FUEGO	313
3.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE ARMAS DE FUEGO	313
3.2. BALÍSTICA INTERNA Y EXTERNA. EFECTIVIDAD DE LOS PROYECTILES.....	315
3.2.1. Balística interna y externa.....	315
3.2.2. Efectividad de los proyectiles	317
3.3. LESIONES Y SIGNOS ORIGINADOS POR ARMAS DE FUEGO	318
3.3.1. Plano ropa.....	318
3.3.2. Plano cutáneo. Hallazgo según distancia de disparo.....	319
3.3.3. Plano visceral.....	325
3.3.4. Plano óseo	327
3.4. CUESTIONES MÉDICO FORENSES Y SU VALORACIÓN. ESPECIFICACIONES AL FEMICIDIO	328
CAPÍTULO 4: ASFIXIAS MECÁNICAS.....	333
4.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN	333
4.2. MECANISMO LETAL	334
4.3. AHORCAMIENTO	336
4.3.1. Concepto y etiología	336
4.3.2. Clasificación.....	337
4.3.3. Mecanismo letal	338
4.3.4. Diagnóstico necrópsico y problemas médico-forenses. Especificaciones de femicidio	338
4.3.5. Problemas medico forenses. Especificación de femicidio	340

4.4. ESTRANGULACIÓN.....	342
4.4.1. Etiología.....	342
4.4.2. Clasificación.....	342
4.4.3. Mecanismo letal	343
4.4.4. Diagnóstico necrópsico y problemas médico-forenses. Especificaciones de femicidio.....	343
4.4.5. Problemas medico forenses. Especificaciones de femicidio.....	345
4.5. SOFOCACIÓN.....	346
4.5.1. Tipos.....	346
4.5.2. Mecanismo letal	346
4.5.3. Diagnóstico necrópsico y problemas médico forenses. Especificaciones de femicidio.....	347
4.5.4. Problemas médicos forenses	349
4.6. MUERTE POR SUMERSIÓN.....	351
4.6.1. Tipos.....	351
4.6.2. Etiología.....	351
4.6.3. Mecanismo letal	352
4.6.4. Diagnóstico necrópsico y problemas médico-forenses. Especificaciones de femicidio.....	353
BIBLIOGRAFÍA.....	361
JURISPRUDENCIA.....	370
PÁGINAS WEB.....	371

TÍTULO 1

ASPECTOS PENALES Y PROCESALES EN EL DELITO DE FEMICIDIO

TÍTULO 1:

ASPECTOS PENALES Y PROCESALES EN EL DELITO DE FEMICIDIO.

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DELITO DE FEMICIDIO. 1.1. VIOLENCIA DE GÉNERO, FEMICIDIO Y FEMINICIDIO. 1.1.1. FEMICIDIO Y FEMINICIDIO. 1.1.2. TIPOS DE FEMICIDIOS. 1.2. DELITO DE FEMICIDIO. 1.2.1. NATURALEZA JURÍDICA. 1.2.2. DETERMINACIÓN DE PENA. 1.2.3. DELITO PERSEGUIBLE DE OFICIO/PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD. 1.2.4. EL DOLO DE MATAR COMO ELEMENTO DIFERENCIAL ENTRE EL FEMICIDIO TENTADO O FRUSTRADO Y LESIONES CONSUMADAS. 1.2.5. RELACIÓN DEL FEMICIDIO CON OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DELITO DE FEMICIDIO.

1.1. VIOLENCIA DE GÉNERO, FEMICIDIO Y FEMINICIDIO.

Antes de referirnos a los conceptos de femicidio y feminicidio, consideramos pertinente precisar en qué tipo de violencia se enmarca el fenómeno. Al respecto, es necesario diferenciar el concepto de violencia de pareja del de violencia intrafamiliar debido a que ésta última es más amplia y comprende diferentes tipos de violencia que ocurren al interior de una familia, como pueden ser: el maltrato infantil, hacia ancianos o discapacitados. En estricto rigor, lo que une a estas definiciones es su concepción de violencia, en la que se destaca que una persona que se impone por la fuerza tiene mayor poder que la otra y utiliza la violencia para dominarla.

A su vez, el término violencia de pareja hace referencia a una relación íntima –matrimonio, convivencia, noviazgo u otras afines– que puede llevar a equívocos si se le utiliza como homólogo de violencia de género. Este último es un concepto más amplio, que incluye el de violencia de pareja.

La violencia de género hace referencia a un tipo de violencia que se produce con el objetivo exclusivo de dominar a la mujer en diferentes ámbitos sociales como son la familia o la comunidad en general. Es en esta clase de violencia en la que se enmarca el concepto de femicidio.

Es precisamente la direccionalidad de género, que se explica por la estructura social masculina que coloca a las mujeres en una posición de inferioridad en relación a los hombres, la que obliga a una mirada especial.

La Resolución 2005/41 de la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como:

“Todo acto de violencia sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se producen en la vida pública como la privada y que abarca, sin limitarse a estos actos, la violencia doméstica, los delitos cometidos por cuestiones de honor, crímenes pasionales, la trata de mujeres y niñas, las prácticas tradicionales nocivas para la mujer y la niña incluida la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz y forzado, el infanticidio de niñas, los actos de violencia y asesinatos relacionados con la dote, los ataques con ácido y la violencia relacionada con la explotación sexual comercial y con la explotación económica”.

Según el artículo 2 de la Convención de Belem do Pará, a su vez, incluye la violencia física, sexual y psicológica:

“Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y
- c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.”

A diferencia de lo que ocurre con la legislación española, que en el año 2004 publicó la L. O. 1/04 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género, en que se da un concepto, aunque limitado de la misma, la regulación chilena no la ha definido. En efecto, en Chile se optó por abordar la situación de la mujer de manera preferente, pero conjuntamente

con menores de edad, discapacitados, adulto mayor a través de la Ley N° 20.066 que establece la Ley de Violencia Intrafamiliar, texto en el cual se prescinde del concepto.

1.1.1 FEMICIDIO Y FEMINICIDIO.

El término femicidio, según diversa literatura, se acuñó por primera vez en los años 60 a consecuencia del brutal asesinato en Trujillo de 3 mujeres dominicanas a manos de un policía y fue utilizado ante un organismo institucional por primera vez por Diana Russel en el Tribunal de Crímenes contra la mujer en Bruselas en 1976.

El femicidio tiene sus raíces en los vocablos del latín “fémina”- hembra - y “cadere”- matar.

La ONU. en el año 2001 definió el femicidio como:

“El asesinato de mujeres como resultado extremo de la violencia de género, que ocurre tanto en el ámbito privado como público y comprende aquellas muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas familiares, las asesinadas por sus acosadores, agresores sexuales y/o violadores, así como aquellas que trataron de evitar la muerte de otra mujer y quedaron atrapadas en la acción femicida”.

Ahora bien, no podemos desconocer la existencia de dos vocablos diferentes, femicidio y feminicidio, que en ocasiones se utilizan como sinónimos y en otras como términos de significado distinto, no opuesto, pero sí diferente. Efectivamente, Marcela Lagarde definió el acto de asesinar a una mujer, sólo por el hecho de su pertenencia al sexo femenino, como feminicidio, intentando dar a este concepto un significado político para denunciar la inactividad del Estado, con claro incumplimiento de las convenciones internacionales. En castellano femicidio, en cambio, es una voz homóloga al homicidio y sólo significa asesinato de mujeres.

Así, el término feminicidio incorpora la impunidad al femicidio, lo que dice relación con la respuesta de Estado frente al fenómeno, así, cuando un femicidio queda en la impunidad, debido a una absoluta o patente inactividad de los Estados para la persecución y evitación de tales crímenes, estamos en presencia de un feminicidio. Cabe señalar, que ambos tér-

minos: femicidio y feminicidio, tienen como común denominador el que exista una motivación de género en su acción, como ocurre en los casos de violencia sexual y homicidios seriales o masivos de mujeres. Es este común denominador, el que nos lleva a determinar el alcance y las consecuencias del nuevo inciso segundo del artículo 390 del Código Penal chileno (Ley N° 20.480 de 18.12.10) que, por primera vez, incorpora claramente un componente de género, al emplear el vocablo femicidio, para denominar la muerte de una mujer en un contexto determinado.

1.1.2. TIPOS DE FEMICIDIOS.

De acuerdo con la definición de la ONU y la existencia o no de relación entre la víctima y victimario, podríamos diferenciar tres tipos de femicidio: femicidio íntimo o familiar; femicidio no íntimo y femicidio por conexión.

- **Femicidio íntimo o familiar.** Este concepto engloba los homicidios (simples, calificados, parricidios e infanticidios) cometidos por hombres con quien la víctima tenía al momento de los hechos o tuvo en un momento anterior, alguna relación matrimonial o de análoga afectividad al matrimonio o noviazgo, o alguna relación familiar o de parentesco por consanguinidad o afinidad (ascendencia, descendencia, relación fraternal, etc.). Tales hechos, cuando no existe, en la legislación nacional respectiva, la figura de femicidio se castigarán de acuerdo a las especificaciones de los tipos penales como delito de homicidio (simple o calificado), parricidio, infanticidio.

Es necesario tener presente que, tratándose de la regulación legal chilena, no todos los hechos descritos como casos de femicidio íntimo o familiar se comprenden en la definición legal de femicidio. En efecto, el delito de femicidio (inciso segundo del artículo 390 del Código Penal) denomina como tal: matar a quien es o ha sido la cónyuge o conviviente. Por lo tanto, se ha optado por un concepto acotado de femicidio íntimo. Las otras situaciones referidas a muertes de mujeres por parte de hombres, no comprendidas en el inciso segundo del referido artículo 390, se castigarán como delitos de homicidio simple o calificado, parricidio o infanticidio, según corresponda.

- **Femicidio no familiar (no íntimo).** Este concepto engloba los homicidios (simples o calificados) cometidos por hombres con quien la víctima mujer nunca mantuvo ninguna relación o vínculo de los referidos anteriormente, aunque exista otro como de vecindad o de ser compañeros de trabajo, clientes sexuales incluyendo también en este concepto los femicidios provocados por explotadores sexuales u hombres de maras o pandillas.
- **Femicidio por conexión.** Se da en aquellos supuestos en que la víctima es una mujer que acudió en auxilio de otra que está siendo atacada por un hombre.

Los tipos penales en los cuales se puede subsumir en el Código Penal chileno la muerte dolosa de una mujer, corresponden a:

DELITO DE PARRICIDIO Y DELITO DE FEMICIDIO: El artículo 390 del Código Penal, modificado por la Ley N° 20.480 de 18 de diciembre de 2010, establece:

“El que, conociendo las relaciones que los ligan, mate a su padre, madre o hijo, a cualquier otro de sus ascendientes o descendientes o a quien es o ha sido su cónyuge o su conviviente, será castigado, como parricida, con la pena de presidio mayor en su grado máximo a presidio perpetuo calificado.

Si la víctima del delito descrito en el inciso precedente es o ha sido la cónyuge o la conviviente de su autor, el delito tendrá el nombre de femicidio”.

Cabe observar que en el tipo penal de parricidio, se regula en el inciso primero, el supuesto que corresponde a lo que, según la definición de la ONU, se identificó como femicidio familiar. En el inciso segundo, se viene a llamar femicidio a una clase de femicidio, reservando este término legalmente a la muerte de la cónyuge, la conviviente, la ex cónyuge o ex conviviente. No hay diferencia de penalidad asociada a una u otra clase de muerte.

DELITO DE HOMICIDIO: El artículo 391 del Código Penal establece:

“El que mate a otro y no esté comprendido en el artículo anterior, será penado:

1. Con presidio mayor en su grado medio a presidio perpetuo, si ejecutare el homicidio con alguna de las circunstancias siguientes:

Primera. Con alevosía.

Segunda. Por premio o promesa remuneratoria.

Tercera. Por medio de veneno.

Cuarta. Con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor al ofendido.

Quinta. Con premeditación conocida.

2. Con presidio mayor en sus grados mínimo a medio en cualquier otro caso”.

Para el caso, el N° 1 de este artículo corresponde al delito de homicidio calificado, en tanto que el N° 2 a la figura de homicidio simple.

DELITO DE INFANTICIDIO: *El artículo 394 del Código Penal establece: “Cometen infanticidio el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos que dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto, matan al hijo o descendiente, y serán penados con presidio mayor en sus grados mínimo a medio”.*

1.2. DELITO DE FEMICIDIO³.

El artículo 1° de la Ley N° 20.480, modificó el artículo 390 del Código Penal, que tipifica el parricidio, para sancionar de manera específica el delito de femicidio. Con ese objetivo el delito de parricidio fue modificado en dos aspectos. En primer lugar, se incluyó como sujetos activo y pasivo, al ex conviviente y al ex cónyuge, puesto que anteriormente sólo estaba previsto el cónyuge y conviviente⁴, pero no los sujetos que hubiesen perdido tales calidades. En segundo lugar, se tipifica del delito de femicidio, mediante la incorporación al referido artículo 390, de un nuevo inciso segundo, en los siguientes términos:

“Si la víctima del delito descrito en el inciso precedente es o ha sido la cónyuge o la conviviente de su autor, el delito tendrá el nombre de femicidio”.

³ Este apartado se basa en TALADRIZ, M. y RODRIGUEZ, R. El delito de femicidio en Chile. Revista Jurídica del Ministerio Público N°46: 213-229, 2011.

⁴ Sobre el concepto de convivencia ver en: TALADRIZ, M. Decisiones judiciales acerca del concepto “convivencia”. Revista Jurídica del Ministerio Público N°38: 268-288, 2009; RAMÍREZ, M. Comentario a sentencia del Tribunal Constitucional. Artículo 390 del Código Penal: convivencia. Revista Jurídica del Ministerio Público N°44: 248-277, 2010; y TALADRIZ, M. Existencia de convivencia entre personas que cohabitan en un vagón de ferrocarriles. Revista Jurídica del Ministerio Público N°42: 285-292, 2010.

La Ley N° 20.480 reformula con una visión de género el delito de parricidio, estableciendo una nueva nomenclatura de éste en los casos en que el sujeto pasivo reviste las características de ser o haber sido la cónyuge o la conviviente del autor. Por ello, es posible perseguir y sancionar como femicida al hombre que mata a quien es o ha sido su cónyuge o conviviente de sexo femenino. Recordemos que el concepto de femicidio parte de una definición de violencia contra las mujeres que se basa en considerar como su causa la existencia de relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, siendo el femicidio la forma extrema y mortal de esa violencia.

1.2.1. NATURALEZA JURÍDICA.

Teniendo presente la ubicación del delito de femicidio en el primer artículo del Título VIII “Crímenes y Simples Delitos contra las Personas”, del Libro II “Crímenes y Simples Delitos y sus Penas” del Código Penal, se trata de un delito cuyo bien jurídico protegido es la vida humana independiente.

Tal como el delito de parricidio, el femicidio es una figura agravada de homicidio, rigiéndose por las mismas limitaciones en la construcción de la comisión por omisión (vulneración del principio *non bis in idem* al considerar dos veces la relación de parentesco). No obstante, autores como Garrido Montt y Grisolia admiten esta posibilidad, discusión que es replicable a la figura de femicidio.

Es importante tener presente que de acuerdo con la legislación chilena, el femicidio se trata de un delito de violencia intrafamiliar, cuyos sujetos activos y pasivos se encuentran mencionados en el artículo 5° de la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar. En atención a ello, rige lo dispuesto en el artículo 16 de dicha ley, debiendo imponerse como sanción accesoria en los femicidios en grado de tentativa, cuando respecto del imputado concurren circunstancias atenuantes de responsabilidad penal, una o más de las medidas referidas en el artículo 9 de la Ley N° 20.066.

Por otra parte, se debe considerar el estatuto proteccional de violencia intrafamiliar en los casos como el mencionado, en los que el sujeto no queda sujeto a prisión preventiva o es condenado al cumplimiento de una medida alternativa en el medio libre.

1.2.2. DETERMINACIÓN DE PENA.

En la consideración a la mayor o menor extensión del mal producido por el delito, para efectos de determinar la cuantía de la pena, de conformidad al Artículo 69 del Código Penal debería necesariamente ponderarse la existencia o no de hijos de esa relación o de hijos de la víctima con otro hombre. Además, tratándose de femicidios frustrados resulta necesario ponderar: la muerte del embrión, las marcas físicas de la víctima que dejan secuelas de por vida (quemaduras, pérdida de dentadura o del globo ocular), la provocación de lesiones que la incapaciten para el trabajo y/o para el cuidado personal de sus hijos, entre otros.

1.2.3. DELITO PERSEGUIBLE DE OFICIO/PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD.

Nos encontramos ante un delito perseguible de oficio en el que no es necesaria la denuncia de la víctima o sus familiares (femicidio tentado o consumado) y en los que el perdón del ofendido no extingue la acción penal que ha de ejercer la Fiscalía, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 93 N° 5 en relación con el artículo 19, ambos del Código Penal⁵.

Las normas referidas son claras en el sentido de exigir, para la procedencia de esta causal de extinción de responsabilidad penal, que se trate de delitos de acción penal privada o de aquellos que no pueden ser perseguidos sin previa denuncia o consentimiento del ofendido, respectivamente.

El principio de oportunidad, que en el derecho chileno está reglado, atendido el marco penal del delito de femicidio –en su tramo inferior excede al presidio menor en su grado mínimo– y a que se trata de un hecho que compromete gravemente el interés público, por regla general, no procede en esta clase de delitos.

⁵ Ver sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso y su alcance en TALADRIZ, M. Delitos cometidos en contexto de violencia intrafamiliar son de acción penal pública, siendo improcedente la extinción de ésta por perdón del ofendido. Revista Jurídica del Ministerio Público N°34: 347-348, 2008. En el mismo sentido, sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 05 de octubre de 2010, Rol N° 2004-2010.

1.2.4. EL DOLO DE MATAR COMO ELEMENTO DIFERENCIAL ENTRE EL FEMICIDIO TENTADO O FRUSTRADO Y LESIONES CONSUMADAS.

La distinción entre femicidio tentado y lesiones dolosas va a resultar dificultosa, pues la misma radica en el dolo del sujeto, lo que nos obligará a concretar si el autor tenía intención de matar a la mujer víctima de unas lesiones o si sólo quería lesionarla.

El dolo de matar que constituye el elemento subjetivo del delito de homicidio en general, y por tanto también del parricidio y femicidio, pertenece al ámbito interno de la persona y para su acreditación se hace necesario hacer un juicio de inferencia, partiendo de los datos fácticos demostrados, para llegar a través de las reglas lógicas o de la experiencia a la certeza moral de que efectivamente el autor pretendía dar muerte a aquella mujer.

Este planteamiento nos servirá no sólo para acreditar el dolo de matar o lesionar cuando la víctima ha sobrevivido al ataque y, por tanto, distinguir el delito tentado del de las lesiones consumadas, sino también para distinguir el homicidio doloso del preterintencional, tratado como un concurso ideal entre lesiones dolosas y homicidio imprudente, en aquellos supuestos en que tras la agresión fallece la víctima, pero el autor manifiesta no haber tenido la intención de matar y sí sólo de lesionar. Si no se acreditara ese elemento subjetivo, dolo de matar, efectivamente, podríamos hallarnos ante un delito de lesiones dolosas en concurso ideal con un delito de homicidio imprudente si el resultado era previsible.

1.2.4.1. INDICIOS HABITUALMENTE UTILIZADOS.

- La dirección, el número y la violencia de los golpes.
- Las condiciones de espacio y tiempo.
- Las circunstancias conexas con la acción.
- Las manifestaciones del propio culpable, palabras precedentes y acompañantes a la agresión y actividad anterior y posterior al delito; o sea, las incidencias habidas en los momentos precedentes al hecho, tales como insultos, provocaciones o amenazas, y las manifestaciones hechas durante la contienda o tras la perpetración del delito.
- Las relaciones previas existentes entre el autor y la víctima.
- La causa del delito.

- La clase, características y dimensiones del arma utilizada, y si ésta es idónea para causar resultados mortales.
- El lugar o zona del cuerpo afectado por la acción agresiva y su vulnerabilidad e importancia para la vida de la víctima.
- La intervención posterior del agente, auxiliando o desatendiendo a la víctima, pese a comprender la gravedad del acto.
- Personalidades del imputado y la víctima.

1.2.5. RELACIÓN DEL FEMICIDIO CON OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Desde el año 2007 la Fiscalía de Chile registra sistemáticamente las muertes de mujeres por razones de género, incluyendo en este registro: femicidios íntimos, no íntimos y por conexión, alcanzando la primera categoría, un promedio de 50 muertes al año (contexto de pareja)⁶. Las fuentes para la obtención de datos han sido los registros del sistema Informático de Fiscalía (SAF); la información divulgada por el Servicio Nacional de la Mujer; y la información que ha sido difundida por los medios de comunicación de circulación nacional y regional. La tendencia es que en Chile mueran 50 mujeres como promedio anual a manos de sus parejas o ex parejas.

Las cifras de muertes de mujeres desagregadas por la relación o vínculo de pareja entre víctima e imputado demuestran que el 84% de los casos corresponde a sujetos comprendido en el artículo 5° de la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar, correspondiendo el 81 % de los casos a mujeres que mantienen o han mantenido una relación de matrimonio o convivencia con el homicida. Es decir, del total de muertes de mujeres en Chile, el 81% corresponde al delito de femicidio. Además, del total de muertes en contexto de pareja, un tercio presenta denuncia previa en el sistema penal por causas de violencia intrafamiliar de menor intensidad: lesiones menos graves (clínicamente leves), amenazas y maltrato habitual.

En estos casos, no cabe duda alguna que el maltratador actúa estratégicamente para alcanzar un solo objetivo: dominar a la víctima sometiendo a ésta a un estado de permanente sumisión. Para ello, ante cualquier com-

⁶ Sobre el fenómeno ver en RODRÍGUEZ, R. Análisis estadístico descriptivo de los femicidios ocurridos durante el año 2007. Revista Jurídica del Ministerio Público N°35: 336-341, 2008.

portamiento de la mujer que no se adapte a sus parámetros, el dominador va a reaccionar con cambios imprevistos de estado de ánimo hasta descargar finalmente sobre la mujer con diferente y, cada vez, mayor intensidad y de distintas maneras para después entrar en una fase manipuladora con el objeto de conseguir el perdón de la víctima. Estos ciclos se repiten, disminuyendo el tiempo necesario para completarse, aumentando la intensidad de la violencia y desapareciendo finalmente la llamada fase de luna de miel y consiguiendo, a través de diferentes mecanismos agresivos (control, prohibiciones, desvalorizaciones, amenazas, agresiones físicas y sexuales), la dominación y el aislamiento de la víctima.

La violencia sobre la mujer en el ámbito intrafamiliar, y en concreto en el ámbito de pareja, tiene un carácter instrumental (por cuanto persigue asegurar el dominio de uno sobre otra), es una violencia discontinua (ya que no es predecible por la víctima y se va construyendo en un proceso global y continuo que se inicia con la desigualdad, continúa con el dominio y se completa con la violencia como forma de mantener esa desigualdad, es una violencia invisible, que genera daños en diversas dimensiones. Genera daños en la familia y en la sociedad.

Entendida así la violencia sobre la mujer en el ámbito de pareja se aprecia claramente la relación existente entre esta violencia y el femicidio como último acto de dominación y consecuencia del incremento paulatino de la agresividad del hombre sobre la mujer, lo que no excluye que también existan femicidios desvinculados de cualquier historia de maltrato precedente.

Tratándose de hechos de violencia contra la mujer que generalmente anteceden los femicidios, cabe señalar que en Chile, las causas previas más frecuentes corresponden a los delitos de lesiones – que en el ámbito familiar no pueden calificarse nunca como falta⁷ (lesiones leves) (artículos 397, 398 y 399 del Código Penal)⁸, amenazas (artículos 296 y 297 del Código Penal)⁹ y maltrato habitual (artículo 14 de la Ley N° 20.066).

⁷ Sobre la calificación de las lesiones en contexto de violencia intrafamiliar, ver: sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 03 de noviembre de 2006, Rol N°2031-2006 y sentencia de la Corte de Apelaciones de Arica, de 24 de agosto de 2007, Rol N°136-2007.

⁸ En cuanto al delito de lesiones y su agravación en contexto de violencia intrafamiliar, ver en RAMÍEZ, M. Comentario a sentencia de la Corte Suprema que rechaza recurso de apelación de amparo en causa sobre delito de lesiones en contexto de violencia intrafamiliar. Revista Jurídica del Ministerio Público N°45: 279-295, 2010. En el mismo sentido, ver sentencia de la Corte de Apelaciones de Antofagasta, de 13 de mayo de 2011, Rol N° 84-2011.

⁹ Sobre el delito de amenazas en contexto de violencia intrafamiliar, ver en CURIA, E. y

A través de la autopsia en muchas ocasiones se nos informará por el médico forense sobre la existencia de diversas lesiones de diferente data; ello determinará que la investigación policial y fiscal se oriente no sólo hacia la investigación del delito de femicidio de esa mujer, sino de un presunto delito de lesiones anteriores a la fecha de la muerte. Si no existen denuncias anteriores que se refieran a esas lesiones, se podrán hacer investigaciones policiales en el entorno familiar, vecinal o laboral y sobre actuaciones médicas anteriores; investigación de la que se pueden obtener datos importantísimos sobre aquellas agresiones, pues los vecinos pueden haber oído gritos, peleas y voces con habitualidad u ocasionalmente, los compañeros de trabajo pueden haber apreciado diversas lesiones en el cuerpo de la víctima aunque ésta haya pretendido ocultar o incluso puede haber referido la víctima a las personas de su entorno más íntimo (familiares o amigos), haber sufrido agresiones y por quien; la existencia de uno o varios datos de atención de urgencia o historias médicas por lesiones que resulten incompatibles con el mecanismo de producción indicados por la mujer al médico. Todas ellas son investigaciones que pueden reflejar la situación de constante violencia a la que fue sometida la víctima.

Si con anterioridad fueron denunciadas otras agresiones, quizá proceda efectuar las correspondientes acumulaciones procesales, según el estado en que se hallen los procedimientos incoados por aquellas denuncias o bien traer testimonio de aquellos al nuevo procedimiento.

TALADRIZ, M. Aspectos jurisprudenciales sobre el delito de amenazas en violencia intrafamiliar. Revista Jurídica del Ministerio Público N°43: 237-266, 2010. Además, ver en SAN MARTÍN, M. Seriedad y verosimilitud de las amenazas, según bienes jurídicos protegidos. Revista Jurídica del Ministerio Público N°36: 249-264, 2008.

CAPÍTULO 2: INICIO DE LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL EN EL DELITO DE FEMICIDIO.
2.1. NOTICIA CRIMINIS. 2.2. OBLIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE INFORMAR A LA FISCALÍA DE LOS HECHOS PRESUNTAMENTE DELICTIVOS DE LOS QUE TENGA CONOCIMIENTO. 2.2.1. OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.

CAPÍTULO 2: INICIO DE LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL EN EL DELITO DE FEMICIDIO.

2.1. NOTICIA CRIMINIS.

En Chile, la noticia criminis o primera información del presunto hecho delictivo puede llegar al Fiscal a través de una denuncia de la víctima, de un tercero o de la policía (Carabineros de Chile e Investigaciones de Chile) o bien mediante, aunque menos usual, la remisión de la respectiva querrela desde el Tribunal de Garantía. La recepción de esta noticia criminis determina la obligación (salvo que el hecho denunciado no fuere constitutivo de delito) para el Fiscal que recibe la misma, de adoptar las decisiones que procedan en orden a la adecuada y eficaz investigación tendiente a la comprobación del hecho (si éste se ha cometido o no y sus circunstancias), la determinación del autor y su culpabilidad, así como la de adoptar las medidas de protección para resguardar a la víctima, testigos y peritos.

En los supuestos de femicidios, lo habitual es que la noticia criminis llegue al Fiscal a través de la policía, por requerimiento de los familiares o de terceras personas que acuden al lugar donde se halle el cadáver o el lesionado, en el caso de femicidio tentado o frustrado.

La rápida actuación policial en orden a la investigación del lugar del hecho o escena del crimen, el levantamiento del cadáver, el aseguramiento de las pruebas que puedan hallarse en el lugar, la recogida de objetos relacionados con la comisión del crimen y de los restos o vestigios biológicos y su posterior análisis, será fundamental para la investigación y la determinación de los culpables; la celeridad en la identificación de posibles testigos y en recibirles declaración evitará problemas que se puedan presentar en la investigación, pues la dilación en la práctica de estas diligencias conllevará, no en pocas ocasiones, que estos testigos no sean identificados nunca o que no quieran colaborar con la policía o el fiscal por miedo a represalias, dependencias familiares u otras circunstancias; además, en la proximidad

a los hechos, sus declaraciones serán más detalladas, más convincentes y espontáneas y será más fácil determinar aquellas situaciones en las que los testigos requieran protección durante la sustanciación del procedimiento e incluso después. Todo ello requerirá que, por parte del investigador, se tenga una preparación adecuada para abordar la situación, desde que se produce la noticia criminis, con rigor, siguiendo técnicas complejas que no siempre están al alcance por carencias de personal o infraestructura, pero no por ello podemos desconocer que en muchas ocasiones, siguiendo métodos criminalísticos básicos y muy consolidados, se pueden obtener importantes avances en la investigación de estos crímenes.

2.2. OBLIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE INFORMAR A LA FISCALÍA DE LOS HECHOS PRESUNTAMENTE DELICTIVOS DE LOS QUE TENGA CONOCIMIENTO.

En Chile, de conformidad a lo establecido en el artículo 173 del Código Procesal Penal, la regla general es que la denuncia sea facultativa. La denuncia puede realizarse en:

- Fiscalía
- Carabineros
- Policía de Investigaciones
- Tribunales con competencia en materia criminal
- Gendarmería de Chile (delito cometido en los centros penitenciarios)

2.2.1. OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.

El artículo 175 del Código Procesal Penal establece que están obligados a denunciar, las siguientes personas:

Miembros de Carabineros, Policía de Investigaciones, Gendarmería de Chile, los delitos que presenciaren o llegaren a su noticia. Miembros de las fuerzas armadas, los delitos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

Fiscales y demás empleados públicos, los delitos de que tomaren conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

Jefes de puertos, aeropuertos, estaciones de trenes o buses, capitanes de naves o aeronaves.

Directores, inspectores y profesores.

Jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito.

Esta obligación de denunciar se enfatiza en los delitos de violencia intrafamiliar, en virtud de lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley N° 19.968 que Crea Los Tribunales de Familia. La norma extiende la obligatoriedad, no sólo a las personas referidas en el artículo 175 del Código Procesal Penal, sino también a quienes ejercen el cuidado personal de aquellos que en razón de su edad, incapacidad u otra condición similar, no pudieran formular por sí mismos la respectiva denuncia.

El fundamento de la obligación de denunciar, en relación a los profesionales de la salud, quizá deba buscarse en el entendimiento de la violencia como un problema de salud pública, cuya consecuencia fundamental son los efectos que produce sobre la persona víctima directa de los ataques físicos y psíquicos, así como los efectos que se producen sobre las víctimas secundarias (hijos, familiares y personas cercanas a la agredida) y las consecuencias sobre el conjunto de la sociedad.

Estamos ante un problema de salud con repercusiones jurídicas, no ante una cuestión jurídica con consecuencias clínicas, de manera que las actuaciones sanitarias deben ir dirigidas tanto a las cuestiones individuales, como a las sociales. Las primeras alcanzando como objetivo prioritario el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones que presenta la víctima; y las segundas, dirigiendo la atención y asistencia de manera multidisciplinaria y coordinada a todos los elementos que necesitan ser solucionados y emitiendo el informe que se remitirá al Fiscal para que se resuelvan las cuestiones jurídicas.

Se trata de la obligación que surge de un imperativo legal, que consiste en colaborar en la persecución de los delitos y, por tanto, que se haga justicia, lo que adquiere más importancia en los supuestos en los que la violencia no se trata de un hecho aislado, cosa que ocurre en los supuestos de violencia intrafamiliar contra la mujer en el ámbito de pareja, en los que esa violencia tiene un carácter instrumental, es discontinua (a veces ni la propia mujer

puede predecir cuando se va a producir el siguiente brote violento), invisible, que genera daños en diversas dimensiones de la víctima, en la familia y en la sociedad y que es cíclica.

En términos más concretos, la obligación del profesional de la salud, es la de poner en conocimiento de la Fiscalía un hecho presumiblemente delictivo del que se tiene conocimiento por el ejercicio de la profesión, mediante el dato de atención de urgencia (DAU), formulario de atención primaria (FAP), informes sexológicos u otros informes médicos. La obligación del médico consiste en denunciar, por escrito, a la Fiscalía directamente los hechos o ponerlos en conocimiento del superior jerárquico del establecimiento de salud correspondiente para que éste transmita la comunicación a la Fiscalía.

Esta vía indirecta es muy interesante para comunas pequeñas donde el médico puede sufrir amenazas, toda vez que permite aclarar que el médico debe comunicar esa eventualidad al superior jerárquico y es éste entonces el que debe asumir la responsabilidad de recibirla y enviarla a quien corresponde. También debe considerarse que no es un diagnóstico de certeza, sino que la simple presunción debe ser suficiente para poner el hecho en conocimiento de la autoridad, con el fin de realizar las investigaciones pertinentes.

En cuanto a la forma y contenido de la denuncia, podrá formularse por cualquier medio y deberá contener la identificación del denunciante, su domicilio, la narración circunstanciada del hecho, la designación de quienes lo hubieren cometido y de las personas que lo hubieren presenciado o que tuvieran noticia de él, todo en cuanto le constare al denunciante.

En el caso de la denuncia verbal, se levantará un registro en presencia del denunciante, quien lo firmará junto con el funcionario que la recibiere. La denuncia escrita debe ser firmada por el denunciante. En ambos casos, si el denunciante no pudiere firmar, lo hará un tercero a su ruego (artículo 174 del Código Procesal Penal).

Plazo para efectuar la denuncia: dentro de las 24 horas siguientes al momento en que tomen conocimiento del hecho criminal (artículo 176 del Código Procesal Penal).

Sanción para el incumplimiento de la obligación de denunciar: multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales (artículo 177 del Código Procesal Penal).

La denuncia efectuada por uno exime al resto de los obligados a denunciar.

Informe denuncia.

En este Manual se sugiere a los médicos y demás profesionales de la salud denunciar comprendiendo los siguientes elementos:

Tratándose de médicos:

- *Antecedentes de la denuncia:* Datos de identidad del médico; centro de salud donde ha sido atendida la paciente; región, lugar, fecha, hora; funcionario que la recepciona, cargo; y demás profesionales u auxiliares de la salud que hayan atendido a la víctima.
- *Antecedentes del hecho:* Causa de la consulta y circunstancias del hecho/s por el que acude a consulta médica; fecha, hora de ocurrencia, fecha del último hecho, lugar de ocurrencia.
- *Víctima, Imputado y Testigos:* RUT, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación/oficio, domicilio laboral, comuna, teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico.
- Datos relevantes de la anamnesis.
- Datos relevantes de las lesiones.
- Interpretación clínica de hallazgos de la exploración.
- Firma, nombre y RUT de denunciante.

Tratándose de otros profesionales de la salud:

- *Antecedentes de la denuncia:* Región, lugar, fecha, hora, funcionario que la recepciona, cargo.
- *Antecedentes del hecho:* Hecho/s denunciado/s, fecha, hora de ocurrencia, fecha del último hecho, lugar de ocurrencia.
- *Denunciante, Víctima, Imputado y Testigos:* RUT, nombres y apellidos, fe-

cha de nacimiento, nacionalidad, ocupación/oficio, domicilio laboral, comuna, teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico.

- *Relato de los hechos.*
- *Firma, nombre y RUT de denunciante.*

Si los profesionales del área de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos) tienen conocimiento de un hecho de violencia contra la mujer, aún cuando su percepción pueda ser otra, es muy posible que éste no sea el primero que sufre la mujer, ni mucho menos que vaya a ser el último. En algunas ocasiones tendrá, además, el relato de la mujer sobre la reiteración de esa violencia, por lo que la obligación de denunciar se erige además en una necesidad de dar protección a esa víctima, cosa que hará, sin perjuicio de las derivaciones que tales profesionales deban hacer (a trabajadores sociales, sicólogos) para procurar la atención y protección inmediata de esas víctimas al poner en conocimiento del Fiscal tales hechos a fin de que éste adopte las medidas cautelares oportunas y eficaces.

En cuanto al secreto profesional, el artículo 303 del Código Procesal Penal establece que:

- *“Tampoco estarán obligadas a declarar aquellas personas que, por su estado, profesión o función legal, como el abogado, médico o confesor, tuvieren el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado, pero únicamente en lo que se refiere a dicho secreto.*
- *Las personas comprendidas en el inciso anterior no podrán invocar la facultad allí reconocida cuando se las relevare del deber de guardar secreto por aquél que lo hubiere confiado”.*

Si bien los médicos y demás profesionales de la salud tienen la facultad de abstenerse de declarar en juicio por razones de secreto, ello no implica que estos profesionales estén sujetos por encima de todo al secreto profesional, ya que cuando hay conflictos de intereses, debe primar el bien jurídico superior, como sucede con los delitos de violencia intrafamiliar, en los que el bien protegido es el Derecho a la vida, a la integridad física y/o psíquica.

Además, debe tenerse presente lo siguiente:

Los médicos de los servicios de urgencia, y en general aquéllos que realizan la constatación de lesiones, no se encuentran amparados por el secreto profesional, en relación a dicha actuación. En primer término, porque se trata de una actuación autónoma de dicho profesional, en virtud de la cual por sus propios sentidos ha percibido y constado unos hechos, por lo que no existe forma alguna de postular que ello sea una forma de confiar secreto por parte del lesionado. En segundo término, porque ello entraría en pugna con la norma que establece la obligación de denunciar (letra d) del artículo 175 del Código Procesal Penal), no obstante regular situaciones absolutamente diversas. En consecuencia, un médico citado a declarar a juicio ya sea como testigo o perito no puede abstenerse de declarar amparado por el secreto profesional, respecto de este tipo de actuaciones que no suponen confiar hechos depositados en virtud de una relación de confianza establecida voluntariamente por el paciente con el facultativo.

Al respecto, la Corte Suprema ha establecido: “... que el artículo 303 del Código Procesal Penal concede a los testigos sólo una facultad de abstenerse de declarar cuando, como el médico, tuvieren el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado. Dejando de lado el que la norma no impone la abstención sino que se limita a permitirla, así como que no se refiere directamente a los peritos sino únicamente a los testigos, interesa aquí destacar que ella sólo se refiere a los secretos que al médico se le hubieren confiado, esto es, de que se le hubiere hecho depositario en virtud de una relación de confianza establecida voluntariamente por el paciente con el facultativo...”¹⁰.

¹⁰ Sentencia de la Corte Suprema, de 11 de agosto de 2003, Rol N° 2.662-03, Considerando 6°, letra d).

CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN EN EL DELITO DE FEMICIDIO. 3.1. PRIMERAS ACTUACIONES Y PRECAUCIONES QUE SE HAN DE TENER PARA PRESERVAR EL LUGAR DE LOS HECHOS. 3.2. IDENTIFICACIÓN DEL CADÁVER. 3.3. DATA DE LA MUERTE. 3.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE VESTIGIOS. 3.4.1. VESTIGIOS BIOLÓGICOS. 3.4.2. INDICIOS NO BIOLÓGICOS. 3.5. ESPECIAL REFERENCIA A LA CADENA DE CUSTODIA.

CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN EN EL DELITO DE FEMICIDIO.

3.1. PRIMERAS ACTUACIONES Y PRECAUCIONES QUE SE HAN DE TENER PARA PRESERVAR EL LUGAR DE LOS HECHOS.

La legislación chilena no contiene normas específicas para la investigación de delitos contra vida, sin embargo, el artículo 181 del Código Procesal Penal contiene una norma genérica para la investigación de todo tipo de delitos.

Dicha norma prescribe lo siguiente:

‘Para los fines previstos en el artículo anterior, la investigación se llevará a cabo de modo de consignar y asegurar todo cuanto condujere a la comprobación del hecho y a la identificación de los partícipes en el mismo. Así, se hará constar el estado de las personas, cosas o lugares, se identificará a los testigos del hecho investigado y se consignarán sus declaraciones.

Del mismo modo, si el hecho hubiere dejado huellas, rastros o señales, se tomará nota de ellos y se los especificará detalladamente, se dejará constancia de la descripción del lugar en que aquél se hubiere cometido, del estado de los objetos que en él se encontraren y de todo otro dato pertinente.

Para el cumplimiento de los fines de la investigación se podrá disponer la práctica de operaciones científicas, la toma de fotografías, filmación o grabación y, en general, la reproducción de imágenes, voces o sonidos por los medios técnicos que resultaren más adecuados, requiriendo la intervención de los organismos especializados. En estos casos, una vez verificada la operación se certificará el día, hora y lugar en que ella se hubiere realizado, el nombre, la dirección y la profesión u oficio de quienes hubieren intervenido en ella, así como la individualización de la persona sometida a examen y la descripción de la cosa, suceso o fenómeno que se reprodujere o explicare. En todo caso se adoptarán las medidas necesarias para evitar la alteración de los originales objeto de la operación.”.

En relación a la inspección ocular, en la mayoría de los casos de muertes violentas y en concreto de femicidios, los primeros que acuden al lugar

de los hechos son los agentes de la Policía (Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile), quienes en lo posible, deberían ir acompañados de un médico, dependiendo de si la víctima ha sobrevivido o no. Como en Chile no existe una única policía nacional, debe distinguirse la policía que primero concurre al sitio del suceso, de aquella que trabaja el mismo, la cual es definida por el fiscal del Ministerio Público, a quien se le dé cuenta de los hechos. En este sentido, una vez definida la unidad policial especializada que trabajará el sitio del suceso, resulta de suma importancia que este equipo investigativo vaya acompañado por un médico criminalista.

De lo actuado en el sitio del suceso, deberá dejarse constancia de todo lo obrado en las actas respectivas. En particular, en el acta de levantamiento del cadáver se deja constancia del lugar donde fue encontrado el mismo, quién ordenó el levantamiento, de las vestimentas del cadáver y el personal policial que concurrió al lugar.

La policía tendrá que proteger y preservar el lugar de los hechos o escenario del crimen. En Chile, normalmente, la policía que realiza el resguardo del sitio del suceso es distinta de aquella que realiza la investigación del caso.

El trabajo investigativo pretende buscar todo tipo de rastros en el sitio del suceso. Será conveniente marcar un perímetro sin que ello suponga descartar nunca un perímetro algo mayor del acotado para buscar pruebas, porque el autor del delito cuanto más lejos se encuentra se siente más seguro y se puede haber desprendido de elementos incriminatorios una vez alejado del lugar de comisión del hecho. Se ha de hacer una minuciosa inspección del lugar acotado y sin precipitaciones, reflejando de forma escrita, con claridad y precisión todo lo observado; se pueden utilizar, para apoyar la descripción de lo observado, diversas técnicas: confección de planos y/o dibujos, es importante hacer fotografías y grabaciones con testigos milimétricos para luego hacer las mediciones y, en su caso, moldeados. Para resguardar estos elementos, en el caso chileno, las policías han elaborado protocolos indicando los pasos a seguir.

Fundamental es la recogida y etiquetado de indicios, utilizando para ello las técnicas adecuadas a fin de que no se produzcan alteraciones o con-

taminaciones en los tales indicios (utilización de guantes, torundas y recipientes adecuados), procediendo al traslado y envío de las muestras al laboratorio, con especial cuidado de la cadena de custodia, de manera que se tendrán que adoptar las medidas necesarias para que la recogida, custodia y examen de las muestras se verifique en condiciones que garanticen su autenticidad.

Por regla general tratándose de femicidios, el levantamiento del cadáver deberá hacerse por orden del Fiscal según lo dispuesto en los artículos 181 y 201 del Código Procesal Penal. Sin embargo, en los casos de muerte en la vía pública, la orden de levantamiento del cadáver podrá realizarla el jefe de la unidad policial, personalmente o por funcionario a su cargo, conforme lo dispone el artículo 90 del mismo cuerpo legal.

Teniendo presente lo anterior, será el Fiscal quien ordenará el traslado del cadáver de la mujer al Servicio Médico Legal, a fin de procederse a la autopsia, extendiendo acta del levantamiento efectuado, por parte del funcionario del Servicio Médico Legal que realiza el traslado del cadáver, en el que se harán constar las circunstancias en las que se halle el cadáver (posición y lesiones aparentes, vestimenta, objetos que se hallen con él o junto a él, las circunstancias del lugar en el que es hallado, personas que se hallaran en el lugar y referencias efectuadas por éstas y por los agentes policiales).

La presencia de un médico forense en el levantamiento del cadáver es fundamental pues recordemos que el estado y las características del cadáver son el primer paso de la autopsia. Lamentablemente, no en todos los casos se puede contar con su presencia.

En los atestados o diligencias policiales será importante que se haga constar con absoluta claridad la identificación de los agentes intervinientes (todos, los que acuden por el requerimiento inicial y los demás que puedan acudir en auxilio de los primeros), así como el personal del equipo de salud que haya acudido a su requerimiento o que se hallara en el lugar a la llegada de aquéllos; la razón de la intervención policial: si ésta ha sido motivada por aviso de la Central de Comunicaciones de Carabineros –CENCO–, por el requerimiento de la víctima, por requerimiento de un tercero o del presunto autor. Se concretará exactamente en qué ha consistido ese reque-

rimiento (transcripción de la noticia criminis), con identificación completa de las personas requirentes. Si se tratara de una llamada de un ciudadano, será importante que se hagan constar todos los datos que al respecto se conozcan del interlocutor: su identidad, identificación (si se conoce), teléfono desde el que se avisa, etc.

Además de la detallada descripción del lugar de los hechos y de la relación numerada de los vestigios u objetos recogidos debidamente identificados (con referencia en su caso al número de muestra y su concordancia con el número de testigo utilizado para determinar su localización en los reportajes fotográficos y/o videográficos), deberán ser identificadas todas las personas que se hallan en el lugar de los hechos a la llegada de la policía: no sólo es importante que sean identificados correctamente la víctima (si es posible) y su presunto agresor (si se hallare en el lugar), sino que será esencial la identificación de cualquier otra persona que se halle en el escenario del crimen. Nos encontramos en numerosas ocasiones con atestados en los que figura que por varias personas que se hallan en el lugar se pone en conocimiento de los agentes, haciendo referencia a datos que pueden ser de importancia para la investigación y sin embargo esas personas no se identifican por la premura de la actuación policial o por otras circunstancias; la declaración de esas personas puede devenir imprescindible para el esclarecimiento de los hechos y la determinación del o los culpables.

3.2. IDENTIFICACIÓN DEL CADÁVER.

La identificación del cadáver es un elemento esencial para la investigación, pues a partir de ahí la investigación se podrá dirigir a ámbitos más definidos, pues en la mayoría de los homicidios existe un móvil basado en la relación de la víctima con el agresor.

Para la identificación de cadáveres se cuenta con nuevas técnicas que serán diferentes según el estado en que este aparezca; si aparece en buen estado y es un cadáver reciente, podrá acudir a técnicas dactiloscópicas (necrodactilia) y fotográficas; si el cadáver aparece en estado de putrefacción o carbonizado, se tendrá que acudir a técnicas más complejas pero muy seguras, como la radiológica y análisis del ADN.

En esta materia, el Código Procesal Penal establece la regulación en los siguientes artículos:

Artículo 201:

“Hallazgo de un cadáver. Cuando hubiere motivo para sospechar que la muerte de una persona fuere el resultado de un hecho punible, el fiscal procederá, antes de la inhumación del cadáver o inmediatamente después de su exhumación, a practicar el reconocimiento e identificación del difunto y a ordenar la autopsia.

“El cadáver podrá entregarse a los parientes del difunto o a quienes invocaren título o motivo suficiente, previa autorización del fiscal, tan pronto la autopsia se hubiere practicado”.

Artículo 202:

“Exhumación. En casos calificados y cuando considerare que la exhumación de un cadáver pudiere resultar de utilidad en la investigación de un hecho punible, el fiscal podrá solicitar autorización judicial para la práctica de dicha diligencia.

“El tribunal resolverá según lo estimare pertinente, previa citación del cónyuge o de los parientes más cercanos del difunto.

“En todo caso, practicados el examen o la autopsia correspondientes se procederá a la inmediata sepultura del cadáver”.

Artículo 199:

“Exámenes médicos y autopsias. En los delitos en que fuere necesaria la realización de exámenes médicos para la determinación del hecho punitivo, el fiscal podrá ordenar que éstos sean llevados a efecto por el Servicio Médico Legal o por cualquier otro servicio médico.

“Las autopsias que el fiscal dispusiere realizar como parte de la investigación de un hecho punible serán practicadas en las dependencias del Servicio Médico Legal, por el legista correspondiente; donde no lo hubiere, el fiscal designará el médico encargado y el lugar en que la autopsia debiere ser llevada a cabo.

“Para los efectos de su investigación, el fiscal podrá utilizar los exámenes practicados con anterioridad a su intervención, si le parecieren confiables”.

Artículo 199 bis:

“Exámenes y pruebas de ADN. Los exámenes y pruebas biológicas destinados a la determinación de huellas genéticas sólo podrán ser efectuados por profesionales y técnicos que se desempeñen en el Servicio Médico Legal, o en aquellas instituciones públicas o privadas que se encontraren acreditadas para tal efecto ante dicho Servicio.

“Las instituciones acreditadas constarán en una nómina que, en conformidad a lo dispuesto en el Reglamento, publicará el Servicio Médico Legal en el Diario Oficial”.

3.3. DATA DE LA MUERTE.

Conocer el momento en que se haya producido la muerte con la mayor precisión posible es un dato clave en la investigación que permitirá dirigir esta con mayor precisión, además de poder contrastar las declaraciones de los testigos o sospechosos.

La data de la muerte se concretará de manera diferente y con diferente exactitud según estemos ante un cadáver reciente, en estado de putrefacción o restos óseos. Por ello, es importante la presencia del forense durante el levantamiento del cadáver, pues si es un cadáver reciente, los fenómenos cadavéricos –livideces, rigidez cadavérica, temperatura corporal, entre otros– en los primeros momentos de la investigación serán datos fundamentales para la determinación de la data; si estamos ante un cadáver en estado de putrefacción, las técnicas forenses serán más complejas, incluyendo estudios antropológicos y entomológicos, además del estudio de las circunstancias del lugar donde se halle, como el color de la hierba y el grado de humedad de la tierra.

3.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE VESTIGIOS.

Como ya apuntamos en el primer epígrafe de este capítulo, la intervención de la policía ha de ser minuciosa, cautelosa (para no contaminar el lugar de los hechos), meticulosa y tranquila para que todo aquello que pueda aportar pistas sobre la comisión del hecho y del autor sea debidamente constatado; es fundamental que se recojan todas y cada una de los objetos que puedan tener relación con el hecho y cualquier vestigio que puedan aportar información a la investigación.

Podemos distinguir entre vestigios o restos biológicos y los no biológicos.

3.4.1. VESTIGIOS BIOLÓGICOS.

- **Sangre.** Cada uno de los restos de sangre que aparezcan en el lugar de los hechos o proximidades, ya sea en charcos, regueros, salpicaduras, manchas de aparente arrastre, han de ser debidamente fotografiadas y recogidas, para su posterior análisis, con una tórula de algodón u objeto similar, pues de su estudio se podrán obtener datos imprescindibles para el éxito de la investigación tanto en relación a la forma de comisión del hecho como de la identidad de la persona a quien corresponda esa sangre.
- **Semen y fluidos vaginales.** Pueden hallarse restos de semen y otros fluidos corporales en el lugar de los hechos, bien en forma de mancha sobre determinados objetos (suelo, sábanas, ropa de la víctima) como en preservativos u objetos utilizados; así mismo durante la autopsia se pueden recoger fluidos vaginales para su posterior análisis, lo que junto a la descripción de las lesiones que el cadáver pueda presentar puede poner en evidencia que no sólo estamos ante una muerte dolosa sino también ante un presunto delito de violación o agresión sexual. Teniendo en cuenta que no en pocas ocasiones el femicidio va unido a la agresión sexual, será imprescindible que los investigadores extremen su diligencia para el hallazgo de tales restos.
- **Otros fluidos.** La orina, saliva, sudor, lágrimas, también pueden darnos datos sobre el hecho y el autor tras su análisis; pensemos que en muchas ocasiones, el autor comete el hecho tratando de humillar a la víctima de sobre manera, orinando encima de ella, o ensuciando con heces el lugar de los hechos, o escupiendo sobre el cadáver (antes o después de darle muerte) o que abandona en el lugar de los hechos o en las proximidades colillas, jeringuillas, botellas de bebidas, en los que aparezcan restos biológicos; la recogida de esas restos y su análisis biológico nos puede dar la identidad del autor además de datos certeros sobre la dinámica comisiva.
- **Pelos, uñas, piel.** Son otros indicios de gran valor en la investigación; en aquellos supuestos en los que el homicidio va acompañado de un delito de agresión sexual, violación, es muy probable que en el peinado del pubis el forense encuentre pelos que no son de la víctima y que

delatarán al agresor; los restos de piel en las uñas del cadáver nos hablarán de la defensa que haya podido hacer la víctima y nos aportará un indicio biológico para la identificación del autor al igual que las uñas rotas que pueden no pertenecer a la víctima.

- **Huellas.** Ya sean dactilares o palmares, o de otra parte del cuerpo como orejas o labios; huellas de pisadas y mordeduras, todas son indicios que nos pueden llevar a la identidad del autor y que deben ser debidamente acotadas y fotografiadas para su posterior análisis.

En relación a estos vestigios y para garantizar éxito en el posterior análisis podemos establecer una serie de reglas básicas en su recogida:

- En cuanto a la cantidad, se remitirá, siempre que sea posible, más de la que se entienda precisa para la realización del análisis teniendo en cuenta que puede ser acordado después, por resultar necesario, un contra análisis.
- Se han de utilizar envases independientes sin mezclar en el mismo diversos vestigios (uñas y pelos, por ejemplo).
- Se ha de proceder a una identificación concreta de cada vestigio a través de su etiquetado en el que se harán constar los extremos a los que haremos referencia al tratar de la cadena de custodia.

Los vestigios biológicos recogidos en el lugar de los hechos tales como pelos, semen, saliva, lágrimas u orín se erigen como muestras dubitadas, de los que se podrá obtener el ADN, haciéndose necesario recoger muestras biológicas del imputado para comprobar los resultados del ADN identificado de la muestras dubitadas con el que resulte de las indubitadas a fin de obtener en su caso esa prueba incriminatoria sobre la permanencia de aquél en el lugar de los hechos o de su participación directa en los mismos.

En relación a este último extremo, cuando el imputado se niega a colaborar no consintiendo en el arranque de unos pelos o en la entrega de una muestra de su saliva o sangre, el fiscal debe solicitar la correspondiente autorización judicial, exponiéndose al juez las razones del rechazo.

Si fuere necesario para constatar circunstancias relevantes para la investigación, podrán efectuarse exámenes corporales del imputado o del ofendido por el hecho punible, tales como pruebas de carácter biológico, extracciones de sangre u otros análogos, siempre que no fuere de temer menoscabo para la salud o dignidad del interesado.

Si la persona que ha de ser objeto del examen, apercibida de sus derechos, consintiere en hacerlo, el fiscal o la policía ordenará que se practique sin más trámite. En caso de negarse, se solicitará la correspondiente autorización judicial, exponiéndose al juez las razones del rechazo.

El juez de garantía autorizará la práctica de la diligencia siempre que se cumplieren las condiciones señaladas en el inciso primero del artículo 197 del Código Procesal Penal.

3.4.2. INDICIOS NO BIOLÓGICOS.

- *Tóxicos, drogas o medicamentos.* Se ha de prestar atención a todo y en su caso efectuar la recogida de envases con o sin contenido, vasos, tazas, pues de existir restos de medicamentos, drogas o tóxicos puede llevarnos a diversas conclusiones, entre ellas la posibilidad de apreciar, como después veremos, si la muerte es dolosa y si concurre la circunstancia de alevosía.
- *Plásticos, vidrios, pinturas, tierras o polvo, ceras explosivos o combustibles o aceleradores de la combustión, cenizas, fibras o telas, grabaciones de voz o de imagen, artículos de limpieza.* Cualquier objeto que se halle en el lugar de los hechos ha de ser objeto de observación minuciosa, pues pueden aportarnos datos tan importantes como el lugar donde con anterioridad pueden haber estado la víctima y/o agresor (por la tierra o polvo hallados); los fragmentos, aún cuando sean microscópicos, de cristales o vidrios (de lentes por ejemplo), lugar de procedencia de los plásticos o ceras halladas en lugar de los hechos, la utilización de combustibles o acelerantes en el caso de incendios son indicios que pueden abrir nuevas líneas de investigación.

3.5. ESPECIAL REFERENCIA A LA CADENA DE CUSTODIA.

La prueba de indicios biológicos o no biológicos implica que desde su recogida hasta su análisis, e incluso en la posterior remisión al juzgado de

las piezas analizadas para llevarlas a juicio como “piezas de convicción”, se ha producido la intervención de diferentes personas.

Dada la diferente naturaleza de los vestigios o restos que pueden ser hallados (biológicos o no biológicos, y dentro de cada uno de ellos los diversos tipos a los que hemos hecho referencia en el capítulo anterior), lo primero que tendremos que plantearnos es la necesidad de que tales vestigios sean debidamente tratados para evitar contaminaciones y cualquier alteración que pudieran sufrir como consecuencia de un indebido envasado. En la recogida de las muestras biológicas se han de utilizar objetos para su recogida y análisis debidamente esterilizados para evitar contaminaciones ajenas a las propias de la muestra (pues evidentemente, los restos biológicos pueden aparecer degradados, por la antigüedad de la mancha o estar contaminados por la existencia de otros agentes químicos no biológicos, como detergentes, o por estar mezclados con fluidos biológicos de diferentes personas o incluso animales). Una vez recogida la muestra tomando las precauciones para su adecuada conservación, será primordial garantizar el transporte adecuado de tales muestras, lo que puede conllevar la utilización de técnicas concretas tales como, por ejemplo, en la recogida de fibras sobre la piel con cinta adhesiva, una vez efectuada la recogida ésta se ha de colocar sobre una hoja de acetato transparente para su transporte.

La naturaleza de la muestra también va a influir en la determinación del laboratorio al que debemos remitirla en atención a una serie de criterios tales como la capacidad y fiabilidad del laboratorio para efectuar ese análisis, la proximidad (lo cual puede ser muy importante para evitar el deterioro de la muestra) y la rapidez en el análisis y elaboración del correspondiente informe (piénsese que en muchos casos las pruebas biológicas van a ser prácticamente determinantes de la autoría del imputado, por lo que la rapidez –sin que ello suponga restar eficacia a la prueba– en la elaboración de tales informes puede ser determinante para acordar lo procedente en orden al mantenimiento de medidas cautelares tan graves como la prisión preventiva).

En Chile, normalmente sólo tenemos dos laboratorios: LABOCAR y LACRIM, y sólo por excepción se pueden externalizar algunas pericias, no así las autopsias.

Por último y para que esos vestigios y su posterior análisis desplieguen en el procedimiento toda su eficacia de prueba válidamente constituida, se deberá garantizar la cadena de custodia.

Por Cadena de Custodia, relacionándola con el delito de femicidio, entendemos el procedimiento destinado a garantizar la individualización, seguridad y preservación de los elementos materiales y evidencias recogidos de acuerdo a su naturaleza y a garantizar su autenticidad, para los efectos del proceso y que tiene el propósito de garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad de elementos materiales de prueba, como documentos, muestras (orgánicas e inorgánicas), armas de fuego, proyectiles, vainas, armas blancas, estupefacientes, etc., entregados a los laboratorios científicos o forenses por la autoridad competente a fin de analizar y obtener, por parte de los expertos, técnicos o científicos, un dictamen pericial teniendo en cuenta que, a través del mismo, se puede probar la comisión de un delito, relacionar al sospechoso con la víctima o con la escena del crimen, establecer las personas asociadas con el delito, corroborar el testimonio de una víctima, definir el modo de operación del agresor y relacionar casos entre sí o exonerar a un inculpe. En otras palabras, asegurar que la evidencia que se levantó en el sitio del suceso es la misma que luego fue periciada y que se pretende incorporar al juicio.

La cadena de custodia se inicia con el aseguramiento, inmovilización o recogida de las muestras u objetos en el lugar donde se hallen, y concluye con lo que se resuelva sobre su destino final.

En Chile, la remisión de evidencias nunca es a los Tribunales, sino que a la Fiscalía o a los laboratorios de la Policía, conforme a los protocolos para la remisión y recepción de la evidencia por parte de la Fiscalía. Además, entre los Laboratorios de la Policía hay protocolos para la remisión y recepción de las evidencias por parte de la Fiscalía, en particular por los custodios de evidencias, respetando siempre la ininterrupción de la cadena de custodia.

La ruptura de uno de los eslabones que constituye la cadena de custodia de muestras, desde su inicio hasta el destino final, puede ser causa de invalidación de la prueba pericial, invalidación jurídica de la prueba, por lo que la minuciosidad en el manejo y tratamiento documentado en cada uno de los pasos necesarios serán las garantías del adecuado actuar desde

su preservación, obtención, recogida, envío a laboratorios, recepción, registro, procesado, documentación, informe y custodia hasta indicación de destino final.

CAPÍTULO 4: LA PRUEBA TESTIMONIAL. 4.1. LA IMPORTANCIA DE LA PRUEBA TESTIMONIAL: OBLIGACIÓN DE DECLARAR Y EXCEPCIONES. 4.1.1. RENUENCIA A COMPARECER O A DECLARAR. 4.1.2. EXCEPCIÓN A LA OBLIGACIÓN DE COMPARECENCIA. 4.1.3. EXCEPCIONES AL DERECHO A DECLARAR. 4.1.4. TESTIGOS PRESENCIALES O DIRECTOS Y DE OÍDAS O DE REFERENCIA. JURISPRUDENCIA. 4.2. ESPECIAL REFERENCIA A LA PROTECCIÓN DE TESTIGOS Y PERITOS.

CAPÍTULO 4: LA PRUEBA TESTIMONIAL.

4.1. LA IMPORTANCIA DE LA PRUEBA TESTIMONIAL: OBLIGACIÓN DE DECLARAR Y EXCEPCIONES.

Antes de entrar en la prueba testimonial hemos de hacer unas precisiones generales sobre los elementos probatorios durante la investigación y su eficacia en la audiencia de juicio oral.

En el proceso penal la prueba se obtiene en la fase de investigación en la que se persigue determinar la naturaleza y las circunstancias del hecho investigado así como las personas que hayan participado en él; por ello, en el procedimiento penal se distinguen dos fases, la de investigación y la del juicio oral o de algunos de los procedimientos especiales regulados en la ley. Tratándose del delito de femicidio generalmente va a ser el juicio oral. En la fase de investigación se prepara el juicio oral, fase en la que se practica la prueba solicitada por las partes precisamente en base a los resultados obtenidos durante la investigación. Pero los elementos probatorios que se determinen en la fase de investigación sólo adquirirán rango de verdadera prueba sobre la que el Tribunal pueda basar su pronunciamiento absoluto o condenatorio, cuando sean reproducidos en el acto del juicio oral o vista en condiciones que permitan a la defensa del acusado someterlas a contradicción. Los únicos medios válidos para desvirtuar la presunción de inocencia serán por tanto aquellos utilizados en el juicio oral y los preconstituidos –prueba anticipada– que sean de imposible o muy difícil reproducción, cuando se hayan observado las garantías procesales necesarias para la defensa.

En otro capítulo hicimos referencia a la facultad de denunciar de todo ciudadano que presencia la perpetración de un delito público. Ello está íntimamente relacionado con la obligación de declarar de aquellas personas ante el fiscal cuando sea llamado para ello en la calidad de testigo.

Uno de los elementos probatorios que se van a utilizar en la investigación de todo delito será la prueba testimonial, por lo que se erige en un medio de prueba fundamental en el proceso penal.

Testigo es toda persona física, citada por el fiscal a fin de que preste declaración sobre hechos pasados relevantes para la investigación y constancia de la perpetración de delitos. Tales testigos pueden tener conocimiento directo de los hechos delictivos por haberlos presenciado directamente o haber percibido por cualquier sentido, o bien, por ser testigo de hechos que pueden ser relevantes para la investigación, directamente relacionado con el hecho objeto de investigación (expresiones precedentes, adquisición de las armas, etc.), pero también pueden serlo por haber recibido noticia de su comisión a través de terceras personas, por lo que podemos distinguir entre testigos directos o presenciales de los hechos objeto de enjuiciamiento o de indicios de su comisión o autoría y testigos de oídas o de referencia.

Por otra parte, y para el estudio de este medio de prueba, y por lo que se refiere al delito de femicidio y violencia sobre la mujer tendremos que hacer referencia expresa al testigo-víctima.

En nuestro ordenamiento se regula la obligación de las personas a concurrir ante el fiscal, cuando para ello sean debidamente llamados, como testigos.

El artículo 298 del Código Procesal Penal en cuanto al deber de comparecer y declarar, establece que:

- *“Toda persona que no se encuentre legalmente exceptuada tendrá la obligación de concurrir al llamamiento judicial practicado con el fin de prestar declaración testimonial; de declarar la verdad sobre lo que se le preguntare y de no ocultar hechos, circunstancias o elementos acerca del contenido de su declaración.*
- *Para la citación de los testigos regirán las normas previstas en el Párrafo 4° del Título II del Libro Primero.*

En casos urgentes, los testigos podrán ser citados por cualquier medio, haciéndose constar el motivo de la urgencia. Con todo, en estos casos no procederá la aplicación de los apercibimientos previstos en el artículo 33 sino una vez practicada la citación con las formalidades legales.”

4.1.1. RENUENCIA A COMPARECER O A DECLARAR.

Si el testigo legalmente citado no compareciere sin justa causa, se procederá conforme a lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 33. Además, podrá imponérsele el pago de las costas provocadas por su inasistencia.

El testigo que se negare sin justa causa a declarar, será sancionado con las penas que establece el inciso segundo del artículo 240 del Código de Procedimiento Civil (artículo 299 del Código Procesal Penal).

Lo que aquí interesan son las excepciones a la obligación de comparecencia y las excepciones al derecho a declarar.

4.1.2. EXCEPCIÓN A LA OBLIGACIÓN DE COMPARECENCIA.

No estarán obligados a concurrir al llamamiento judicial, y podrán declarar en la forma señalada en el artículo 301 del Código Procesal Penal:

- a) El Presidente de la República y los ex Presidentes; los Ministros de Estado; los Senadores y Diputados; los miembros de la Corte Suprema; los integrantes del Tribunal Constitucional; el Contralor General de la República y el Fiscal Nacional;
- b) Los Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, el General Director de Carabineros de Chile y el Director General de la Policía de Investigaciones de Chile;
- c) Los chilenos o extranjeros que gozaren en el país de inmunidad diplomática, en conformidad a los tratados vigentes sobre la materia, y
- d) Los que, por enfermedad grave u otro impedimento calificado por el tribunal, se hallaren en imposibilidad de hacerlo. Con todo, si las personas enumeradas en las letras a), b) y d) renunciaren a su derecho a no comparecer, deberán prestar declaración conforme a las reglas generales. También deberán hacerlo si, habiendo efectuado el llamamiento un tribunal de juicio oral en lo penal, la unanimidad de los miembros de la sala, por razones fundadas, estimare necesaria su concurrencia ante el tribunal.

El artículo 301 del Código Procesal Penal establece que las personas comprendidas en las letras a), b) y d) del artículo anterior serán interrogadas en el lugar en que ejercieren sus funciones o en su domicilio. A tal efecto, propondrán oportunamente la fecha y el lugar correspondientes. Si así no lo hicieren, los fijará el tribunal. En caso de inasistencia del testigo, se aplicarán las normas generales. A la audiencia ante el tribunal tendrán

siempre derecho a asistir los intervinientes. El tribunal podrá calificar las preguntas que se dirigieren al testigo, teniendo en cuenta su pertinencia con los hechos y la investidura o estado del deponente. Las personas comprendidas en la letra c) del artículo precedente declararán por informe si consintieren a ello voluntariamente. Al efecto se les dirigirá un oficio respetuoso por medio del ministerio respectivo.

4.1.3. EXCEPCIONES AL DERECHO A DECLARAR.

Estas excepciones pueden clasificarse de la siguiente manera: por razón de parentesco, por incapacidad, y por razón de su cargo o profesión.

- *Por razón de parentesco.* Se establece la facultad de abstenerse a declarar respecto del cónyuge o conviviente del imputado, sus ascendientes o descendientes, sus parientes colaterales hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, su pupilo o su guardador, su adoptante o adoptado (inciso primero del artículo 302 del Código Procesal Penal). El fundamento de esta excepción se halla en los vínculos de solidaridad que existen entre los que integran el mismo círculo familiar y la colisión que podría surgir entre el deber de veracidad del testigo y el deber de fidelidad para su pariente.
- *Por razón de incapacidad.* Comprende a las personas que por su inmadurez o por insuficiencia o alteración de sus facultades mentales no comprendieren el significado de la facultad de abstenerse. En estos casos se requerirá la decisión del representante legal o, en su caso, de un curador designado al efecto. Si el representante interviniera en el procedimiento, se designará un curador, quien deberá resguardar los intereses del testigo. La declaración se llevará siempre a cabo en presencia del representante legal o curador.
La sola circunstancia de que el testigo fuere menor de edad no configurará necesariamente la excepción referida.
Las personas comprendidas en los números 1 y 2 deberán ser informadas acerca de su facultad de abstenerse, antes de comenzar cada declaración. El testigo podrá retractar en cualquier momento el consentimiento que hubiere dado para prestar su declaración.
En relación a los testigos menores de edad, sin despreciar la impor-

tancia que pueda tener la práctica de tal diligencia para la averiguación del delito y para el castigo de los culpables, a la hora de proponer su declaración, hemos de tener en cuenta las peculiaridades que se producen precisamente en atención a su edad, sobre todo cuando nos enfrentemos ante delitos tan graves como son los femicidios, especialmente en aquellos casos en los que la mujer víctima es su madre, hermana o familiar cercano, pues a los daños sufridos directamente en su integridad psíquica como consecuencia de haber presenciado aquellos actos violentos o haber sufrido la violencia habitual ejercida en el círculo familiar por el agresor, con la práctica de esta diligencia, se le pueden producir daños colaterales por la inexperiencia o falta de conocimientos específicos de los operadores jurídicos en relación a la forma y tiempos del interrogatorio a un niño, niña o adolescente. Por ello, es necesario plantearse la necesidad de evitar la reiteración de esas declaraciones una y otra vez para evitar así la llamada “victimización secundaria”¹¹.

Nuestro legislador ha dispuesto en el artículo 310 del Código Procesal Penal que “...*El testigo menor de edad sólo será interrogado por el presidente de la sala, debiendo los intervinientes dirigir las preguntas por su intermedio*”.

En relación a este tema, cabe señalar que la Fiscalía adopta medidas especiales para tomar declaración a menores de edad. La más usada es la declaración del menor mediante circuito cerrado de televisión en el tribunal y biombo, en subsidio de la anterior. Estas medidas de protección se solicitan al tribunal y es frecuente que se haga con fundamento en un informe de Unidad Regional de Atención a Víctimas testigos de la Fiscalía (en adelante URAVIT). En algunos casos más complejos, también puede haber acompañamiento del menor durante la declaración por parte de un profesional –psicólogo o asistente social– de la URAVIT.

- *Por razón de su profesión.* Se exceptúan de la obligación de declarar a aquellas personas que, por su estado, profesión o función legal, como el abogado, médico o confesor, tuvieren el deber de guardar el secreto

¹¹ De ahí, que en los casos en que resulte fundamental para comprobar los hechos en sede jurisdiccional, contar con la declaración de estos testigos menores de edad, quienes por lo demás pueden estar amparados por el artículo 302 del Código Procesal Penal, se realice oportunamente por parte del Fiscal titular de la causa, su derivación a la Unidad de Víctimas y Testigos respectiva, a fin de disminuir, en lo posible, los efectos de la victimización secundaria.

que se les hubiere confiado, pero únicamente en lo que se refiriere a dicho secreto. Las personas señaladas no podrán invocar la facultad allí reconocida cuando se las relevare del deber de guardar secreto por aquél que lo hubiere confiado (artículo 303 del Código Procesal Penal).

4.1.4. TESTIGOS PRESENCIALES O DIRECTOS Y DE OÍDAS O DE REFERENCIA. JURISPRUDENCIA.

Pues bien, es lo cierto que en muchísimas ocasiones nos encontramos con que tras la intervención de terceras personas que acuden en auxilio de la víctima, la intervención de la policía en el lugar de los hechos y de los profesionales de la salud para atender a la mujer víctima, a los que aquella manifiesta haber sido agredida por su esposo o pareja o ex cónyuge o ex pareja, en el proceso se acoge a su derecho a no declarar contra aquél. Ello, y en atención a que, como ya hemos referido en otro momento, la mayoría de estos hechos se cometen en la más absoluta intimidad con la finalidad perseguida por el agresor no sólo de evitar la defensa que pudiera provenir de terceros y por tanto la mayor facilidad en la ejecución de la agresión, sino también de buscar su impunidad, nos lleva a la necesidad de valorar las declaraciones que puedan hacer sobre el conocimiento que tengan de los hechos los terceros, las policías intervinientes y los profesionales de la salud.

Sobre este punto, destacamos un fallo de noviembre de 2010, que condena por el delito de amenazas previsto en el artículo 296 N° 3 Código Penal en contexto de violencia intrafamiliar, pese a no contar con la declaración de la víctima quien niega los hechos denunciados, al realizar una valoración de los demás medios de prueba, dentro de los cuales resultan destacables: el registro del llamado telefónico de la víctima a la Central de Comunicaciones de Carabineros (CENCO) y las declaraciones del personal de Carabineros como testigos¹².

“UNDECIMO: Que para dar por probados estos hechos y la participa-

¹² Sentencia de Décimo Juzgado de Garantía de Santiago, de 19 de noviembre de 2010, RUC: 1000245814-K.

ción directa e inmediata del requerido en los mismos, esta juez ha ponderado el testimonio prestado en el juicio por, Coronel de Carabineros, Jefe Cenco Subrogante en cuanto se ha referido a la llamada telefónica recibida en la Central de Comunicaciones de Carabineros, nivel 133 el día y hora de los hechos por una persona que dijo llamarse Que del análisis de esta declaración unida a la transcripción de la llamada, ratificada, además, con el registro de audio presentado y oído en la audiencia, es posible concluir que efectivamente el día de los hechos, exactamente a las 15:51:52 horas una mujer se toma el trabajo de hacer una llamada a un servicio de utilidad pública como es el 133 de Carabineros, sabiendo que su llamada puede ser grabada, responde atinentemente a todas las consultas que le hace el operador, refiere al mismo que tiene una emergencia al pedir una patrulla para que acuda a su domicilio, y de paso enrostra al operador que había llamado “anoche” y al parecer no tuvo respuesta; que la mujer señala inmediatamente donde se encuentra ubicado su domicilio diciendo “Yo estoy en Gil de Castro” complementando luego la dirección con el número, el departamento, la villa y hasta dando detalles como que la vivienda se encuentra en toda la esquina; la mujer verbaliza de inmediato y sin mayor dificultad cuál es su emergencia, señalándole al operador, incluso antes de señalar su nombre, que el motivo de su llamada se debe a que “su marido está tomando hacen días y se transforma, se pone loco, me quiere matar, trata mal a su hijo, que no sabe que hacer”. El operador acto seguido trata de precisar el reclamo consultándole si el marido le pega y la mujer responde con un categórico SÍ. Que la misma mujer sostiene la comunicación por varios segundos, aportando datos al operador, individualizándose casi al terminar la comunicación con su nombre... y concluye pidiendo por favor y dando las gracias a Carabineros porque un carro va a ir a su casa. Luego de haber escuchado el audio de la llamada telefónica y de haber percibido esta Juez con sus propios sentidos el tono de voz y forma de expresarse de la víctima doña ... en audiencia, esta sentenciadora adquirió y no tiene duda de ningún tipo, aún a falta de peritaje de voz, en orden a que la Testigo doña ... que ha prestado declaración en el juicio es la misma ... que requirió la intervención de Carabineros en su domicilio, por cuanto vio en riesgo su vida y la de su hijo, debido a que el conviviente estaba ebrio y esta ebriedad se remontaba a varias horas antes, incluso por el decir de la víctima, su conviviente se encontraba tomando desde hace(sic) días. Que cabe preguntarse por qué Cenco deriva esta solicitud telefónica a uni-

formados que se encontraban en un carro policial al interior de la comuna donde vive la víctima. La respuesta la da el propio Coronel jefe subrogante de Cenco al señalar a la Fiscal que “se determinó mandar a carabineros porque la denuncia versaba sobre violencia intrafamiliar” y dentro de los cánones que manejan de la prioridad de un procedimiento, lo cual implica un peligro inminente para una persona, de hecho la requirente lo hace saber en el segundo diálogo que mantuvo con el operador donde dice que la quieren matar haciendo una acusación respecto de su marido.

DUODECIMO: Que, aparte del audio, también permite concluir la existencia de la llamada telefónica de emergencia, la sola circunstancia que Carabineros de la Tenencia más cercana sí concurrieron al domicilio de la recurrente. Así lo declara el funcionario aprehensor ... al indicar al Tribunal “que recibieron una comunicación de Cenco a las 16:10 horas para acudir a Gil de Castro ..., comuna Lo Espejo, que en el lugar se entrevistan con la víctima quien dijo que a las 12:00 horas su conviviente, desde hace 27 años, la insultó y la menoscabó como mujer ya que se encontraba con ingesta de alcohol desde el día anterior; motivo por el cual el imputado se ofuscó, pescó un cuchillo con el cual la intimidó, con la intención de agredirla no logrando su objetivo, y el imputado huye del lugar motivo por el cual llegan al domicilio y proceden a la detención del imputado”. Que lo declarado por este testigo guarda perfecta armonía con lo relatado por la denunciante al nivel 133, en la medida que coinciden en referencias tales como que “el conviviente se encontraba con ingesta de alcohol” según descripción del primero y que “el marido está tomando”, en palabras de la segunda. Además el Carabinero afirma que la denunciante le dijo que el conviviente tenía ingesta de alcohol “desde el día anterior”, concordante con lo expresado telefónicamente por la recurrente al decir que se marido está “tomando hacen días”. Que además la versión dada por el funcionario aprehensor es fiable por cuanto incorpora una información especialísima, que solo pudo haber conocido de labios de la denunciante. En efecto el funcionario afirma en su declaración que la denunciante le dijo que convivía con el imputado desde hace 27 años, misma información entregada por doña... en esta audiencia y que el funcionario jamás habría podido saber, si no es revelada por la víctima”.

En cuanto a los terceros que acuden en auxilio de la víctima, esas perso-

nas son testigos directos en todo aquello que percibieron con sus sentidos. En todo caso, sólo serán testigos de referencia en lo referido a la autoría de las lesiones. Pero las circunstancias que declaran como percibidas con sus sentidos pueden además, constituir la base de “prueba indiciaria” y concluye que “la prueba testifical permite configurar un horizonte indiciario jurídicamente no objetable... las declaraciones pueden probar la huida de la mujer del domicilio, las lesiones graves que presentaba, el pedido de auxilio en forma desesperada, el estado de pánico en el que se encontraba al abandonar precipitadamente el domicilio, etc. Este tipo de indicios podría autorizar a inferir la autoría de las lesiones de la víctima e inculpar al acusado por las siguientes razones: a) no hubo solución de continuidad entre la estancia en el domicilio del acusado y la búsqueda desesperada de auxilio; b) en el momento de salir de ese lugar la víctima presentaba un grave y manifiesto deterioro físico; c) no existe la menor sospecha que las lesiones pudieran ser explicadas por otras causas. Estas circunstancias constituyen indicios fuertes, cuya conexión lógica es indudable, de que las lesiones sólo puede haberlas causado el acusado y de que la víctima se vio obligada a escapar.

En relación a los policías intervinientes tras la comisión de la agresión, entendemos que la valoración de sus declaraciones ha de ser la misma: serán testigos de referencia en cuanto a la autoría de las lesiones (cuando la víctima les manifiesta quién ha sido el agresor), pero son testigos directos de todo aquello que perciben directamente por sus sentidos.

Por ejemplo: Los policías acuden a un domicilio avisados por los vecinos y tras llamar a la puerta les abre una mujer alterada y llorosa que presenta sus ropas rotas, y con lesiones sangrantes visibles; el domicilio se halla visiblemente revuelto con objetos por el suelo y rotos; sólo se hallan en el domicilio la víctima y su esposo y ésta les dice a los agentes que su marido la ha golpeado reiteradamente causándole las lesiones que presenta. La víctima al ser atendida por personal de salud manifiesta que ha sido agredida por su esposo. La víctima se acoge a su derecho a no declarar”.

La declaración de los testigos será un testimonio de referencia en relación a aquello que le refiere la víctima, pero será testimonio directo en relación a las lesiones que presenta la víctima en el momento de su intervención, el estado de alteración de la mujer, el estado en que se halla el ves-

tuario de la víctima y el domicilio y de la ausencia de terceras personas en el lugar de los hechos. Las declaraciones de los policías y del médico que atendió a la víctima y serán pruebas indiciarias que son objeto de prueba directa y que permitirán llegar a un pronunciamiento condenatorio, pues no hay solución de continuidad entre la agresión y la intervención de la policía (la mujer aún se halla en estado de alteración y llorosa y presenta lesiones aún sangrantes), no hay otras personas en el domicilio (no hay razón para sospechar que las lesiones se deban a otra causa) y además la víctima refirió de forma espontánea al médico (también a la policía) que le ha agredido su marido.

En relación a la excepción a la obligación de declarar de los testigos que mantienen una relación de parentesco con el imputado y sobre todo en relación a la mujer que es su cónyuge o conviviente, parece claro que el legislador, cuando estableció tales excepciones a la obligación de declarar, no estaba previendo aquellos supuestos en los que el delito imputado fuere cometido contra la persona a quien se refiere la dispensa prevista en el artículo 302 del Código Procesal Penal, sino más bien a esa pariente que sin ser sujeto pasivo del delito tiene conocimiento de su comisión por haberlo presenciado o haber conocido su perpetración por otros medios.

La excepción referida se funda en el principio de no autoincriminación. Así, los testigos pueden negarse a responder las preguntas, cuya respuesta pudiere acarrearles peligro de persecución penal o incriminar a algunos de los parientes referidos en el inciso primero del artículo 302 del Código Procesal Penal. Esta norma constituye una manifestación del derecho que tiene el imputado a guardar silencio, lo que se extiende a la posible incriminación de ciertos parientes cercanos, pues en estos casos el interés público en el establecimiento de la verdad en el proceso penal cede ante el interés considerado superior: la conservación de los vínculos familiares y afectivos más inmediatos del imputado que, evidentemente, se verían afectados si tales personas se sienten conminadas, bajo amenaza penal, a declarar contra éste.

Entendida así la norma, la dispensa o excepción se estableció para salvaguardar los deberes de solidaridad existentes entre parientes; deberes que en ningún caso debieran prevalecer cuando uno de ellos ha atentado contra los bienes jurídicos personalísimos del otro. Esta posición se mantiene

con más fuerza en los casos de violencia contra la mujer, supuestos en lo que, como ya hemos visto, la violencia se erige como un instrumento tendente a la dominación y perpetuación de una situación de inferioridad de la mujer respecto de su agresor, lo que lleva a esta a un aislamiento crónico y la hace dependiente de su agresor, y temerosa a sus reacciones, viéndose obligada a posicionarse habitualmente en el proceso penal acogiéndose a esa dispensa o derecho a no declarar o a retractarse o, incluso, a auto-imputarse para conseguir la más absoluta impunidad para su agresor, precisamente por las dependencias a que está sumida o por razones de temor a una violencia mayor o a represalias sobre otros seres queridos.

Sólo una interpretación como la señalada permitiría evitar que queden en la más absoluta impunidad hechos tan execrables como los femicidios, así como también la reiteración de actos violentos. Sin embargo, es necesario reconocer que por la literalidad de este artículo —artículo 302 del Código Procesal Penal—, si la víctima retractada se ampara en esta disposición para no declarar, hace uso de una facultad. De ahí la importancia de construir un caso sobre la base de otros elementos probatorios.

Al respecto, es necesario precisar que la dispensa a la obligación general de declarar concurre en el cónyuge o conviviente sólo cuando el vínculo matrimonial o la convivencia subsisten en el momento de prestar declaración. Es decir, si tras el acto violento se ha extinguido el vínculo matrimonial (divorcio o nulidad) o se ha puesto término a la convivencia que sí concurría al momento de cometer los hechos, no procede la dispensa, toda vez que el citado artículo 302 no comprende a los ex cónyuges o ex convivientes.

4.2. ESPECIAL REFERENCIA A LA PROTECCIÓN DE TESTIGOS Y PERITOS.

En muchas ocasiones los testigos (ajenos al hecho) manifiestan temor a la hora de hacer sus manifestaciones; en otras muchas ocasiones y aunque estos no lo manifiesten se aprecia con claridad que su declaración está condicionada por temor o miedo a represalias del presunto agresor o de personas próximas a él y ello conlleva a que en muchas ocasiones no se pueda contar con testimonios muy valiosos en la investigación de los delitos.

Esta situación que no es desconocida por nuestros legisladores ha sido abordada estableciendo una regulación especial para darles protección (artículo 308 del Código Procesal Penal), protección que se hace extensible a los peritos (artículo 322 del Código Procesal Penal) que se hallan en situación de riesgo por su posición en el proceso y que tienen el deber de colaborar con la administración de justicia.

El artículo 308 del Código Procesal Penal dispone: “...*El tribunal, en casos graves y calificados, podrá disponer medidas especiales destinadas a proteger la seguridad del testigo que lo solicitare. Dichas medidas durarán el tiempo razonable que el tribunal dispusiere y podrán ser renovadas cuantas veces fuere necesario. De igual forma, el ministerio público, de oficio o a petición del interesado, adoptará las medidas que fueren procedentes para conferir al testigo, antes o después de prestadas sus declaraciones, la debida protección.*”

Las medidas tienen por objeto preservar la identidad del testigo o perito, sin perjuicio de la acción de contradicción que asista a la defensa del procesado.

La Fiscalía puede adoptar en virtud de los artículos 308 y 322 del Código Procesal Penal respecto de testigos y peritos, toda la gama de medidas de protección autónomas antes, durante el juicio y en ocasiones que lo ameriten, después del mismo por un tiempo acotado. Las medidas autónomas que la Fiscalía generalmente adopta son las siguientes:

- alarmas personales,
- teléfono celular,
- tarjeta para celular,
- asistencia telefónica,
- reubicación temporal en domicilio de familiares, hotel, u otro escogido al efecto,
- reubicación definitiva,
- reforzamiento domiciliario a través de cerraduras, rejas, etc.,
- cambio de número de teléfono, teléfono privado, entre otros,
- protección policial para traslado de testigo o perito a diligencias de investigación y audiencias ante los tribunales,
- rondas periódicas de Carabineros al domicilio de la persona protegida,

- contacto prioritario con Carabineros,
 - consultas periódicas de la policía,
 - punto fijo policial en el domicilio de la persona protegida (sólo excepcionalmente, previa instrucción del Fiscal Regional).
- Durante la investigación el Fiscal puede disponer la reserva de datos del testigo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 182 del Código Procesal Penal, manteniéndola hasta la acusación de acuerdo a lo establecido en el artículo 259 inciso 2° en relación al artículo 307, ambos del mismo código.
 - Por su parte, se puede solicitar al Tribunal a favor del testigo la medida establecida en el artículo 307 inciso 2° del Código Procesal Penal, esto es, autorizar a la testigo a no responder en público la individualización de su domicilio y la prohibición de la divulgación de ese dato y de la identidad del testigo.
 - También se pueden solicitar medidas de protección al Tribunal a favor de testigos para efectos de la declaración en juicio, tales como, utilización de biombos y distorsionadores de voz.
 - Se puede utilizar caracterización de testigos, y es una práctica generalmente aceptada por tribunales sin necesidad de solicitud previa.
 - De acuerdo al artículo 322 del Código Procesal Penal, las medidas de protección establecidas para la declaración de testigos pueden ser solicitadas para peritos y terceros involucrados en el procedimiento, aunque son menos frecuentes.
 - Además el Tribunal podrá adoptar a favor de testigos y peritos, las medidas señaladas en el artículo 289 del Código Procesal Penal, respecto de la audiencia de juicio oral, cuando considerare que ellas resultan necesarias para proteger la intimidad, el honor o la seguridad de cualquier persona que debiere tomar parte en él: a) impedir el acceso u ordenar la salida de personas determinadas de la sala donde se efectúa la audiencia, b) impedir el acceso del público en general u ordenar su salida para una prueba específica, c) prohibir a los demás intervinientes y

a sus abogados que entreguen información o formulen declaraciones a los medios de comunicación social durante el desarrollo del juicio.

La protección de testigos se hace imprescindible en los supuestos en los que se cometen los atroces delitos que aquí estamos estudiando, pues la agresividad manifestada por los agresores provoca un temor racional y comprensible de padecer en sus propios bienes jurídicos, o en los de las mujeres de su entorno, ataques de semejante entidad cobrando especial relevancia estas medidas cuando nos enfrentamos ante delitos de femicidios.

Problema distinto es aquél que se refiere a la tranquilidad del testigo a la hora de hacer su deposición; en algunas ocasiones nos encontramos con que este manifiesta encontrarse violentado si ha de declarar en presencia del imputado; para evitar perjuicios innecesarios en el testigo y garantizar que la declaración sea lo más rigurosa posible, existe la posibilidad de acordar la utilización de medios para evitar la confrontación visual del testigo e imputado como la utilización de biombo. Y así, estos testigos serán de referencia en relación a aquellos hechos que le fueron manifestados por la víctima o por terceros, pero serán testigos directos en relación a aquellos hechos que perciben a través de sus sentidos, erigiéndose como prueba indiciaria que, conjuntamente con el resto de indicios puede abocar a una respuesta condenatoria.

Además, las dificultades de investigación y probatorias de los femicidios y de las diferentes formas de violencia sobre la mujeres, se agravan pues no es inusual que los testigos (víctima o no, familiares o no) manifiesten temores a represalias como consecuencia de su actuación, por lo que se hace imprescindible una efectiva protección de testigos a fin de conseguir el castigo de los femicidas.

CAPÍTULO 5: LA PRUEBA PERICIAL. OBJETIVIDAD. ANÁLISIS PERICIAL E INFORME PERICIAL.
 5.1. REGLAS GENERALES DE LA PRUEBA PERICIAL: 5.1.1. FORMA DE INCORPORAR LOS INFORMES PERICIALES DURANTE LA INVESTIGACIÓN Y EN JUICIO; Y LAS POSIBILIDADES DE EXCLUSIÓN DE ESTOS INFORMES EN LA AUDIENCIA DE PREPARACIÓN DEL JUICIO ORAL. 5.1.2. FORMA DE ACREDITAR O DESACREDITAR LA EXPERTICIA DE UN PERITO Y DECLARACIÓN EN JUICIO. 5.1.3. VALORACIÓN DE LOS INFORMES PERICIALES. 5.2. ESPECIAL REFERENCIA AL INFORME PERICIAL MÉDICO FORENSE: AUTOPSIA E INFORME SOBRE LESIONES VITALES: 5.2.1. EL INFORME DE AUTOPSIA. 5.2.2. EL INFORME DE LESIONES Y SUS VARIANTES. 5.2.3. EL INFORME PERICIAL EN CASOS DE AGRESIONES SEXUALES. 5.2.4. EXAMEN MÉDICO PERICIAL DEL PRESUNTO AGRESOR. 5.3. LA PRUEBA PERICIAL Y LAS CIRCUNSTANCIAS EXIMENTES, ATENUANTES O AGRAVANTES DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL: 5.3.1. CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTAN A LAS BASES DE IMPUTABILIDAD. MEDIDAS DE SEGURIDAD. 5.3.2. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS Y MIXTAS (REFERIDAS A LA FORMA DE COMISIÓN DEL HECHO).

CAPÍTULO 5: LA PRUEBA PERICIAL. OBJETIVIDAD. ANÁLISIS PERICIAL E INFORME PERICIAL.

5.1. REGLAS GENERALES DE LA PRUEBA PERICIAL.

Antes de entrar en las reglas generales de la prueba pericial parece que es necesario, aun cuando sea de manera esquemática, abordar el concepto de prueba pericial.

Cabe señalar que los peritos son personas que cuentan con información relevante del caso que se investiga, que tienen conocimientos especiales sobre una ciencia, arte u oficio, y que a diferencia de los testigos, deben realizar un informe pericial en los términos del artículo 315 del Código Procesal Penal, sobre los cuales deben deponer en juicio.

El artículo 314 del Código procesal Penal dispone que: *“El ministerio público y los demás intervinientes podrán presentar informes elaborados por peritos de su confianza y solicitar en la audiencia de preparación del juicio oral que éstos fueren citados a declarar a dicho juicio, acompañando los comprobantes que acrediten la idoneidad profesional del perito.*

“Procederá el informe de peritos en los casos determinados por la ley y siempre que para apreciar algún hecho o circunstancia relevante para la causa fueren necesarios o convenientes conocimientos especiales de una ciencia, arte u oficio.

“Los informes deberán emitirse con imparcialidad, ateniéndose a los principios de la ciencia o reglas del arte u oficio que profesare el perito.

No obstante, de manera excepcional, las pericias consistentes en análisis de alcohole-

nia, de ADN y aquellas que recayeren sobre sustancias estupefacientes o psicotrópicas, podrán ser incorporadas juicio oral mediante la sola presentación del informe respectivo. Sin embargo, si alguna de las partes lo solicitare fundadamente, la comparecencia del perito no podrá ser substituida por la presentación del informe”.

El perito, a diferencia de los testigos, no ha presenciado directamente los hechos, sino que emite un juicio a partir del objeto en estudio, conforme a su experticia.

Por otra parte, es necesario distinguir el perito de los llamados testigos expertos, representados por los testigos presenciales o de oídas, que cuentan con un conocimiento especial, por lo que junto a su declaración sobre los hechos que se investigan y de los que han tomado conocimiento, pueden emitir sus apreciaciones de conformidad con su respectiva ciencia, arte u oficio.

A su vez, es importante distinguir la forma de incorporar esta información en el juicio oral. Debe tenerse presente, que durante la etapa investigativa el Fiscal en varias ocasiones realiza consultas a expertos, quienes permiten orientar la investigación, lo que puede traducirse en la elaboración de un peritaje o no; por ende, en caso de pretender incorporar dichos pareceres en un juicio oral, ello sólo sería posible mediante la declaración en calidad de testigo de dicho experto.

La realización de la prueba pericial presupone la existencia de un informe pericial realizado conforme a lo prescrito en el mencionado artículo 315 del Código Procesal Penal:

“Artículo 315.- Contenido del informe de peritos.

“Sin perjuicio del deber de los peritos de concurrir a declarar ante el tribunal acerca de su informe, éste deberá entregarse por escrito y contener:

- a) La descripción de la persona o cosa que fuere objeto de él, del estado y modo en que se hallare;*
- b) La relación circunstanciada de todas las operaciones practicadas y su resultado, y*
- c) Las conclusiones que, en vista de tales datos, formularen los peritos conforme a los principios de su ciencia o reglas de su arte u oficio.*

En todo caso, los informes deberán emitirse siempre con imparcialidad.”

Partiendo del contenido del informe pericial podríamos hacer la siguiente clasificación:

- Informes sobre perfil del imputado.
- Informes sobre el hecho mismo, su existencia o calificación.
- Informes sobre las circunstancias modificatorias, especialmente sobre la imputabilidad (subjetivas) y forma de ejecución del hecho (ensañamiento).
- Informes sobre otras pruebas como la credibilidad de los testigos y autenticidad de documentos.

Dado que en el proceso penal chileno existen dos fases, la de investigación o de instrucción, en la que se investigan los hechos y se prepara el juicio oral, y la de juicio oral, donde se incorporan los antecedentes recopilados en la investigación y estos se transforman en prueba, debemos distinguir entre actos de investigación y medios de prueba, de manera que los primeros son fuentes de prueba y no medios de prueba en sí mismos, en cuanto tanto no se reproduzcan en el juicio oral respectivo. Todo lo cual nos lleva a detenernos en la forma en que los informes periciales son recabados durante la investigación y cómo finalmente estos se constituyen en prueba en el juicio.

Es evidente que el informe pericial es una diligencia de investigación que se practica durante la fase de investigación para acreditar un hecho (el investigado u otro relacionado íntimamente con aquél) o las circunstancias de su ejecución o la autoría, y que puede utilizarse como medio de prueba, si se incorpora correctamente en la audiencia de juicio oral. En este sentido, para que un informe evacuado por experto o perito en la materia sea considerado legalmente un informe pericial, este debe reunir los requisitos establecidos en el artículo 315 del Código Procesal Penal, y luego para que este informe se considere prueba, necesariamente el perito que elaboró este informe debe concurrir a declarar al juicio oral respectivo a fin de que pueda ser considerado como prueba por parte del Tribunal respectivo (salvo la excepción contemplada en el artículo 315, inciso final del Código Procesal Penal, que permite la incorporación del referido informe mediante su sola presentación).

Por ello es que se considera que el informe pericial es una prueba personal, sin perjuicio de que se admita la aportación del informe pericial al juicio; ello implica que, por regla general, los peritos firmantes del informe deberán ser ofrecidos como tales, en la acusación efectuada por el Ministerio Público, en la adhesión a la acusación efectuada por el querellante, y en el caso de la defensa lo podrá hacer por escrito, antes de la audiencia de preparación de juicio oral, o verbalmente en la misma audiencia.

Se debe tener presente que durante la investigación las partes pueden solicitar las ampliaciones a los informes periciales que se incorporen a la carpeta investigativa, facultad que cesa una vez cerrada la investigación, momento a partir del cual sólo existe la posibilidad de ofrecer como prueba los referidos informes periciales y sus ampliaciones si los hubiere. Una vez que estos informes se admitan como prueba en la audiencia de preparación de juicio, los peritos deben exponer su peritaje en el juicio, y allí ser objeto del examen y contra examen de las partes.

5.1.1. FORMA DE INCORPORAR LOS INFORMES PERICIALES DURANTE LA INVESTIGACIÓN Y EN JUICIO; Y LAS POSIBILIDADES DE EXCLUSIÓN DE ESTOS INFORMES EN LA AUDIENCIA DE PREPARACIÓN DEL JUICIO ORAL.

Durante la etapa de investigación, el fiscal podrá solicitar los informes periciales que resulten necesarios para el esclarecimiento de los hechos, como asimismo podrá decretar los informes periciales que soliciten las partes en el evento de estimarlos pertinentes conforme lo dispone al artículo 183 del Código Procesal Penal. El informe pericial deberá ser evacuado por el perito que determine el Fiscal o el designado por la institución a la cual se le encargue el informe pericial.

Este informe deberá constar por escrito con la descripción de la persona o cosa que es objeto del peritaje, el estado y modo en que se hallare, las operaciones practicadas, sus resultados, más las conclusiones a que arribaren conforme a los principios de su ciencia, arte u oficio.

Este informe se incorpora a la carpeta investigativa, pudiendo surgir, a partir del mismo, la posibilidad de solicitar ampliaciones o complementaciones del mismo, o bien nuevas diligencias de investigación.

Sin perjuicio de lo anterior, durante la etapa de investigación o audiencia de preparación de juicio oral los intervinientes pueden solicitar al juez de garantía que dicte las instrucciones necesarias para que sus peritos puedan acceder a examinar los objetos, documentos o lugares a que se refiere su pericia o para cualquier otro fin pertinente. El juez accederá a esta solicitud, a menos que considere necesario postergarla para proteger el éxito de ésta, todo ello conforme lo dispone el artículo 320 del Código Procesal Penal.

Si cualquiera de los intervinientes decide utilizar el informe pericial como medio de prueba (peritaje), deberá ofrecerlo como tal, en la forma y oportunidad que establece la ley conforme sea el interviniente que lo ofrece (Fiscal, defensor y querellante), donde ofrecerá al perito, a fin de que declare sobre el contenido y las conclusiones emitidas en su informe.

El juez de garantía, en la audiencia de preparación de juicio oral, luego de examinar las pruebas ofrecidas y escuchar a los intervinientes que hubieren comparecido a la audiencia, de conformidad con el artículo 276 del Código Procesal Penal, podrá excluir de ser rendidas en el juicio oral algunas pruebas, entre ellas los informes periciales, y para ello es necesario que se configure alguna de las siguientes causales de exclusión de prueba:

- Los que fueren manifiestamente impertinentes,
- los que tuvieren por objeto acreditar hechos públicos y notorios,
- los puramente dilatorios,
- aquéllos que provinieren de actuaciones o diligencias que hubieren sido declaradas nulas; y
- los que hubieren sido obtenidos con inobservancia de garantías fundamentales.

5.1.2. FORMA DE ACREDITAR O DESACREDITAR LA EXPERTICIA DE UN PERITO Y DECLARACIÓN EN JUICIO.

Si bien en la audiencia de preparación del juicio oral el fiscal debe presentar los comprobantes que acrediten la idoneidad profesional del perito, es la audiencia de juicio oral la oportunidad en que se le dirigirán preguntas orientadas a determinar su imparcialidad e idoneidad, así como el rigor técnico o científico de sus conclusiones. Con este propósito, según

sea la parte que lo presente, las preguntas efectuadas por los intervinientes estarán dirigidas a cuestionar la expertiz del perito, la idoneidad del mismo, la coherencia interna del peritaje en relación a sus conclusiones, la pertinencia de éstas últimas, y a evidenciar las contradicciones o inconsistencias con otros peritajes o medios de prueba incorporados al juicio.

Al respecto, cabe señalar que en la audiencia de juicio oral, que en primer término el perito deberá realizar una exposición oral, utilizando un lenguaje común, de manera que las personas que no posean su experticia puedan comprender el alcance de sus declaraciones. En esta exposición debe exponer cuál fue el objeto de su pericia, el método utilizado, los resultados obtenidos y finalmente sus conclusiones. Luego de su exposición se le dirigirán al perito una serie de preguntas efectuadas por los intervinientes, y con los fines señalados en el párrafo anterior. Finalmente el tribunal podrá realizarle preguntas aclaratorias.

Durante el desarrollo del juicio el perito no puede dar lectura del informe, salvo las excepciones señaladas en el artículo 332 del Código Procesal Penal. Asimismo, no se puede dar lectura al contenido de un informe pericial cuando el perito no hubiere comparecido a juicio, salvo las excepciones previstas en el inciso final del artículo 314 del Código Procesal Penal, referida a los informes de alcoholemia, ADN y sobre sustancias estupefacientes o psicotrópicas, y lo dispuesto en el artículo 331 del Código Procesal Penal.

5.1.3. VALORACIÓN DE LOS INFORMES PERICIALES.

En esta materia rige la regla general de valoración de la prueba en materia procesal penal, contenida en el artículo 297 del Código del ramo, que señala:

“Los tribunales apreciarán la prueba con libertad, pero no podrán contradecir los principios de la lógica, las máximas de la experiencia y los conocimientos científicamente afianzados.

“El tribunal deberá hacerse cargo en su fundamentación de toda la prueba producida, incluso de aquella que hubiere desestimado, indicando en tal caso las razones que hubiere tenido en cuenta para hacerlo.

“La valoración de la prueba en la sentencia requerirá el señalamiento del o de los

medios de prueba mediante los cuales se dieren por acreditados cada uno de los hechos y circunstancias que se dieren por probados. Esta fundamentación deberá permitir la reproducción del razonamiento utilizado para alcanzar las conclusiones a que llegare la sentencia”.

Así las cosas, si respecto a un tema concreto se hubieren llevado a cabo distintas pruebas, entre ellas pericial, el órgano jurisdiccional debe realizar la valoración conjunta de la prueba. En virtud de dicho ejercicio, el Tribunal puede discrepar del contenido de las conclusiones del informe pericial, ya sea porque este resulta ser contradictorio con lo establecido con otros medios de prueba, los cuales sean estimados más creíbles por el Tribunal, o porque el informe pericial en sí mismo no fue capaz de formar convicción en los jueces, ya sea por falta de idoneidad del perito, inconsistencia interna o de sus conclusiones.

En este sentido, la existencia de una pluralidad de dictámenes periciales, de declaraciones de testigos expertos, que resulten contradictorios entre unos y otros, obligan al juzgador a hacerse cargo de cada uno de ellos, y conforme a su mérito inclinarse por aquel que aparezca más verosímil, idóneo y concluyente y a su vez consistente con el resto de la prueba incorporada al juicio. Tal ejercicio no supone que éste deba vincularse con el principio *in dubio pro reo*, es decir, no conlleva que el Tribunal deba inclinarse para preferir un informe pericial por sobre otro, u otro medio de prueba, en la medida que sea más favorable al imputado, sino que debe realizar un ejercicio intelectual de ponderar el informe pericial en su mérito en sí mismo y conforme las observaciones que realicen los intervinientes, y en virtud de ello acoger el informe pericial o desecharlo, según sea el caso.

5.2. ESPECIAL REFERENCIA AL INFORME PERICIAL MEDICO FORENSE: AUTOPSIA. INFORME SOBRE LESIONES VITALES

5.2.1. EL INFORME DE AUTOPSIA

En la investigación del femicidio cobra especial relevancia un informe pericial, cual es el informe de la autopsia.

El término autopsia procede de los términos *authos* y *ophis* (examinar con los propios ojos) y se basa en el examen del cadáver a fin de aclarar aquellos extremos relevantes para la investigación criminal, que es la causa de la muerte y todas sus circunstancias. La autopsia concluye con la elaboración del informe que debe incluir entre sus conclusiones si se trata de una muerte natural o de una muerte violenta. En el caso de muerte violenta, se abren tres posibilidades de etiología médico legal, la etiología médico legal homicida, la etiología suicida y la etiología accidental. El perito forense deberá tener especial cuidado en la redacción, pues no es lo mismo la referencia a una etiología médico legal homicida que decir homicidio, que ya es un término jurídico y no médico. Además, el informe deberá establecer el mecanismo o mecanismos lesivos, instrumentos o armas utilizados; si existen diferentes lesiones producidas por diferentes armas, cuales de ellas intervinieron en el mecanismo de la muerte y cuales no. Es decir, la diferenciación entre las lesiones mortales y aquellas otras que no hayan determinado el fallecimiento, la distinción entre lesiones vitales y post mortem (cuáles de las lesiones que presenta el cadáver se han producido en vida de la víctima y cuáles después de su muerte), la data de las lesiones, la existencia de lesiones propias de defensa y lucha, la posición relativa del agresor respecto de la víctima, la existencia o no de agonía, que traduce la forma rápida o lenta de producirse la muerte, etc. Todos estos datos serán fundamentales para la reconstrucción de los hechos y la subsunción de los mismos en los tipos penales.

Tras los datos obtenidos del examen externo e interno del cadáver se incorporan los datos obtenidos de las pruebas complementarias que el perito estimara necesarias y que pudieron ser obtenidas y solicitadas para estudio tanto en la fase de levantamiento de cadáver y estudio en la escena del crimen como durante la apertura cadavérica y que pueden ser radiológicas, anatomopatológicas, biológicas, toxicológicas o criminalísticas. Teniendo en cuenta el conjunto de todos los datos de interés revelados en el levantamiento del cadáver y los que puedan desprenderse de investigación cadavérica, se emitirá el informe pericial de autopsia.

Los vestigios biológicos adquieren un gran valor en la investigación de femicidios, pudiendo ser relevantes para la acreditación de la autoría, tales como restos de semen, pelos en el pubis, piel o sangre en las uñas (a cuyo fin se procederá a cortarlas para la remisión al laboratorio correspondiente).

La regla general es que siempre que llega a conocimiento del Ministerio Público una muerte se ordena la realización de autopsia, ya que los médicos de los servicios de salud, si bien pueden constatar el hecho de la muerte, no la certifican, ya que no se pronuncian respecto de la causa de la misma, la cual es determinada por el Servicio Médico Legal al momento de realizar la autopsia.

Por ello, cada vez que hubiere motivo para sospechar que la muerte de una persona fuere el resultado de un hecho punible, el Fiscal dispondrá, antes de la inhumación del cadáver se realice la respectiva autopsia. A su vez, si el cadáver hubiere sido enterrado sin que se hubiere realizado la autopsia, deberá proceder se su exhumación, para que se practique la autopsia (artículo 201 del Código Procesal Penal).

Conforme al ordenamiento jurídico chileno, no es posible realizar las autopsias en una institución distinta al Servicio Médico Legal, por el tenor literal del inciso segundo del artículo 199 del Código Procesal Penal, que es perentorio, salvo la excepción contemplada en el mismo inciso, que se refiere al caso de que en el lugar no hubiere dependencias de dicha institución, que deben ser realizadas por el médico que el Fiscal designe.

Cabe hacer presente que en la experiencia chilena, no obstante que es el Servicio Médico Legal quien realiza las autopsias, no son sus peritos los que concurren al sitio del suceso, sino que los peritos de las policías los que se apersonan en el mismo, y por ende son ellos los que tiene la primera impresión del sitio del suceso y son los mismos los que realizan los levantamientos de evidencia en dicho lugar. En este sentido, para efectos de determinar la causa de muerte, resulta de particular relevancia el examen externo del cadáver que realiza el médico criminalístico, normalmente perteneciente al Departamento de Medicina Criminal de la Policía de Investigaciones (DEMECRI) o el médico que acompaña a los peritos de LABOCAR. Estos médicos realizan un examen externo del cadáver, y por ende formulan una hipótesis respecto de la causa probable de muerte, la cual debe ser debidamente ponderada por el Fiscal al momento de obtener la causa definitiva de la muerte la cual es establecida por el informe de autopsia, realizado por el Servicio Médico legal, como se señaló mas arriba.

Lo anterior deja de manifiesto la importancia del análisis que debe realizar el Fiscal, de los hallazgos obtenidos en el examen externo del cadáver efectuado en el sitio del suceso y los resultados de la diligencia de autopsia realizada en el Servicio Médico Legal. A su vez, deja en evidencia que es muy útil y orientativo para el trabajo del perito tanatólogo del Servicio Médico Legal, tener conocimiento de los resultados de las primeras diligencias investigativas realizadas en el sitio del suceso.

Cabe tener presente, que para los efectos de la investigación, el Fiscal puede utilizar los exámenes practicados con anterioridad a la autopsia, si le parecieren confiables (incisos segundo y tercero del artículo 201 del Código Procesal Penal).

A su vez, si se diera un caso en que el Ministerio Público no ordenara la autopsia, nada impide a los intervinientes efectuar la respectiva solicitud de autopsia al Fiscal conforme lo dispone el artículo 183 del Código Procesal Penal).

Por último, nuestro Código Procesal Penal no señala específicamente lo que debe contener el informe de autopsia, por lo que rige lo dispuesto en el ya mencionado artículo 315 del Código Procesal Penal. Con todo, el informe debe indicar cuál es la causa precisa de la muerte si la muerte las lesiones víctima, el tipo de estas, cómo se causaron e indicar si han existido causas preexistentes, concomitantes o posteriores o extrañas al hecho investigado.

5.2.2. EL INFORME DE LESIONES Y SUS VARIANTES.

En los informes médico-forenses por lesiones, se deberán hacer constar las lesiones que presenta la víctima en el momento del reconocimiento pericial, su estado, etiología y compatibilidad con el hecho denunciado, asistencia médica y, en su caso, tratamiento necesario para alcanzar su sanidad, especificando en qué ha consistido éste, tiempo invertido en su total curación y concretamente el tiempo de impedimento para las ocupaciones habituales propias de la víctima, así como las secuelas que queden tras su curación.

En nuestro país, el contenido de los informes de lesiones emitidos por los servicios de salud se encuentra preestablecido, en virtud de los acuer-

dos institucionales acordados con la implementación de la Reforma Procesal Penal en la Región Metropolitana, que son los que utilizan estos servicios, los cuales buscan ser precisos y acotados, cumpliendo los requisitos del referido artículo 315 del Código Procesal Penal, distinguiéndose así con los informes médico-legales efectuados por los peritos del Servicio Médico Legal.

Al respecto cabe señalar que el dictamen pericial forense es fundamental para aquellos casos en los que se investigan femicidios tentados o frustrados o agresiones físicas o sexuales, pues del estudio de las lesiones que presente la víctima, ya sea la determinación de la parte anatómica afectada, instrumento utilizado en la agresión, número de lesiones, contundencia o brutalidad en los golpes proporcionados, necesidad de intervención médica, el carácter mortal de una lesión si no hubiere existido atención médica, así como la observación de otros datos evidenciados en la investigación, como la recogida de vestigios biológicos para su posterior análisis, son antecedentes todos que podrán ser utilizados por el Fiscal y demás intervinientes en un proceso para poder distinguir entre un femicidio tentado, frustrado o distinguirlo de unas lesiones consumadas, graves o menos graves, toda vez que este cúmulo de consideraciones resulta valioso para determinar o dar indicios del dolo utilizado por el hechor, todo lo cual permite precisar el tipo de lesiones de que estamos hablando y la figura penal que se configura.

En este sentido, si bien es labor del Fiscal a cargo de la causa hacer el ejercicio intelectual arriba propuesto, ello deja de manifiesto la importancia de este tipo de pericias esenciales para orientar la investigación y determinar la calificación jurídica de los hechos.

5.2.3. EL INFORME PERICIAL EN CASOS DE AGRESIONES SEXUALES.

De acuerdo a la experiencia chilena, los informes periciales en relación a agresiones sexuales, y a diferencia de lo que ocurre con las lesiones, normalmente son realizados por el Servicio Médico Legal, ya que es este el que cuenta con la expertiz para ello.

Ahora bien, cuando se investigan delitos contra la libertad e indemnidad sexual, es imprescindible la pronta intervención del médico forense, quien

además de proceder a la cuidadosa recogida de vestigios para su análisis posterior (pelos, posibles restos de semen, etc.) informará sobre el estado físico y emocional o psicológico de la víctima, las lesiones que presente (muchas de las cuales serán características de este tipo de agresiones, como desgarros vaginales o anales, hematomas por presión en parte interior de muslos) y los demás datos referidos a su curación y secuelas, ya referidos al tratar la pericia sobre las lesiones físicas.

Con todo, debe tenerse especialmente en cuenta que, en contra de lo que se cree comúnmente, en muchos casos de agresión sexual no se producen lesiones o estas se producen mínimamente. Por ejemplo, es frecuente que la mujer sea agredida y amenazada con un cuchillo en el cuello. La lesión que queda por presión del arma en el cuello es mínima, aunque inmoviliza a la víctima y permite ejecutar la agresión sexual sin que queden grandes signos físicos de la misma. Por ello, se recomienda, igualmente, realizar un informe psicológico de la mujer víctima de agresión o abuso sexual.

5.2.4. EXAMEN MÉDICO PERICIAL DEL PRESUNTO AGRESOR.

Podemos diferenciar varios tipos de informes, pues unos pueden derivarse de las lesiones que presenta el agresor causadas por la defensa de la víctima durante la agresión y otras son las que están enfocadas a encontrar indicios biológicos de la víctima en el cuerpo y ropas del agresor, como son, por ejemplo, células epiteliales de la mucosa bucal de la víctima al propiciar un mordisco al agresor o sangre de la víctima en éste.

A su vez, es importante el examen psiquiátrico y la emisión del correspondiente informe, en relación a las capacidades intelectivas y volitivas del imputado, a fin de determinar la concurrencia o no de circunstancias eximentes (completas o incompletas) o atenuantes de la responsabilidad criminal, la peligrosidad del imputado y en su caso sobre las medidas de seguridad a adoptar; este informe se refiere por tanto al autor y su imputabilidad mientras que el informe de autopsia es un informe que versa sobre el hecho mismo, su existencia o calificación, al igual que los informes médicos sobre lesiones.

Al informe psiquiátrico que permite valorar la imputabilidad y sus modificaciones nos referimos en el siguiente apartado.

En cuanto a la determinación del número de peritos, normalmente esto es determinado por la institución a quien se solicite el informe y conforme a la especialidad correspondiente, no teniendo mayor injerencia en ello el Fiscal o Juez (en su caso) que lo solicite. En todo caso, el Fiscal sí tiene libertad para solicitar más de un peritaje sobre una materia en particular.

El informe pericial procederá en los casos determinados por la ley y en los demás, conforme sea el mérito de la investigación, y será facultad del Fiscal de la causa decretarlo ya sea por propia iniciativa o a solicitud de parte. Así las cosas, normalmente procederá decretar este tipo de informes cuando para apreciar algún hecho o circunstancia relevante para la causa fuere necesario o conveniente tener conocimientos especiales de una ciencia, arte u oficio (artículo 314 del Código Procesal Penal).

Al efecto, se debe tener presente que el contenido y conclusiones de un informe pericial no es vinculante, para el Fiscal durante la investigación, ni para el Juez durante el juicio, si no que debe ser valorado conforme al principio de libre valoración.

Por último, y en lo que dice relación con los informes periciales psiquiátricos emitidos para determinar imputabilidad de una persona, es tarea del Juez determinar la misma y no del perito, ya que la imputabilidad es concepto jurídico que escapa al parecer exclusivamente psiquiátrico, quedando entregada su definición a los jueces del fondo en forma exclusiva conforme al mérito de los antecedentes que conozcan.

5.3. LA PRUEBA PERICIAL Y LAS CIRCUNSTANCIAS EXIMENTES, ATENUANTES O AGRAVANTES DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL.

Las circunstancias que modifican la responsabilidad criminal, eximentes, atenuantes o agravantes pueden tener una naturaleza objetiva, en cuanto vengan referidas a la ejecución material del hecho o medios utilizados para ello, o subjetiva en cuanto vengan referidas a la situación personal del imputado.

Dentro de las circunstancias eximentes y atenuantes de la responsabilidad criminal de naturaleza subjetiva, aquellas referidas a las situación del

imputado, requerirán en la mayoría de las ocasiones de informes periciales para su acreditación y así será necesario contar con tales informes para acreditar o descartar la concurrencia de circunstancias que afecten sus bases de imputabilidad (inteligencia y voluntad), ya sea por enfermedad o trastorno mental o alteración psíquica, por su grado de intoxicación etílica o por drogas u otras sustancias, o por sufrir alteraciones en la percepción.

En relación a las circunstancias agravantes de la responsabilidad criminal no cabe duda que los informes periciales forenses de autopsia pueden ser importantísimos para acreditar circunstancias tales como la alevosía y el ensañamiento, particularmente en los elementos objetivos de estas agravantes.

Por ello vamos a referirnos al contenido de tales informes según la circunstancia cuya concurrencia en el momento de la ejecución del hecho se investiga.

5.3.1. CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTAN A LAS BASES DE IMPUTABILIDAD. MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Con la prueba pericial psiquiátrica, lo que se persigue es acreditar si el imputado en el momento de la ejecución del hecho contaba con un grado suficiente de inteligencia y voluntad, es decir, si sabía lo que hacía y quería efectivamente cometerlo.

Para que una persona sea imputable se requiere:

- Que en el momento de la ejecución del hecho posea inteligencia
- Que goce de la libertad de su voluntad, es decir facultad de poder elegir.

De ello se deduce que la imputabilidad se centra en la capacidad del sujeto de entender y querer. Por tanto, esta puede aparecer total o parcialmente afectada por padecer el imputado al tiempo de los hechos anomalías o alteraciones psíquicas, o alteraciones en la percepción.

Anomalías o alteraciones psíquicas: como tales podemos considerar toda patología psiquiátrica como causa capaz de producir anomalía o alteración

psíquica, por lo tanto, se incluirán no sólo las enfermedades mentales, sino también otros trastornos o alteraciones psíquicas graves no comprendidos en la psicosis o neurosis y que provoquen que el sujeto no puede comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión. No podrá operar como eximente completa el trastorno mental transitorio cuando hubiese sido buscado de propósito para la comisión del hecho o previendo en tal estado su comisión (*actio libera in causa*).

Alteraciones de la percepción: suponen una perturbación del conocimiento del mundo circundante y sus pautas de comportamiento. Se compone de una base biológica (alteración en la percepción) y un efecto psicológico (alteración de la conciencia de la realidad); en las alteraciones de la percepción se incluyen las deficiencias sensoriales y otras alteraciones de la conducta derivadas de defectos, de situaciones de aislamiento o de graves déficit de educación desde la infancia; en todo caso han de ser graves e innatas o adquiridas en la infancia y tienen que provocar en el sujeto una grave alteración de la conciencia de la realidad.

Cuando las anteriores alteraciones psíquicas o de la percepción producen una anulación de la inteligencia y/o de la voluntad operarán como circunstancias eximentes completas de responsabilidad (artículo 10 N° 1 del Código Penal), lo que determinará la exoneración de pena al imputado. Sin perjuicio de ello, nuestra legislación contempla la posibilidad de que dichas alteraciones operen como eximentes incompletas en los casos en que no tengan la entidad suficiente (artículo 73 del Código Penal, en relación con el artículo 11 N°1 del mismo Código).

El informe pericial psiquiátrico sobre la enfermedad mental o anomalía o alteración psíquica o alteración en la percepción, se erige en imprescindible en aquellos casos en los que se sospeche alguno de estos padecimientos en el imputado por su comportamiento antes, durante o después de la comisión del hecho o porque en el procedimiento se aporten documentos que pongan en duda su sanidad mental.

En los supuestos en que sea necesario contar con aquellos informes, será conveniente que en el informe conste de una anamnesis completa con la biografía del sujeto y hábitos de consumo y la exploración de todas y

cada una de las funciones psíquicas, la memoria, la atención, los sentidos, la percepción, capacidad intelectual, la volición, el lenguaje, pensamiento, afectividad, mímica y motórica, entre otras.

Deberá alcanzarse un diagnóstico y éste homologarse con las clasificaciones internacionales de enfermedades.

Debe identificarse científicamente el padecimiento o alteración y que se determine por el forense el grado de afectación en sus capacidades intelectual y volitiva en relación a los hechos imputados (conservadas, anuladas o gravemente disminuidas) y en su caso si el sujeto precisa de internamiento en algún centro adecuado a su enfermedad o alteración o tratamiento ambulatorio para los efectos de concretar en su caso la imposición de medidas de seguridad.

En todo caso las circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal, y también las agravantes, han de ser objeto de prueba cierta al igual que el hecho, no siendo aplicable el principio *in dubio pro reo*, principio sólo predicable en cuanto a la participación del imputado en los hechos, de manera que si no queda plenamente acreditado que en el momento de los hechos el imputado padeciera una afectación total o parcial de sus capacidades volitivas y/o intelectivas no podrá aplicarse la circunstancia eximente o atenuante.

La constatación de la inimputabilidad del sujeto conlleva la aplicación de las medidas de seguridad a que se refieren los artículos 455 y siguientes del Código Procesal Penal.

Estas medidas de seguridad sólo serán aplicables si el imputado constituye un peligro para sí mismo o para terceros¹³. De lo contrario procede derechamente sobreseer la causa. De ahí la importancia de que estos informes psiquiátricos se pronuncien expresamente sobre este punto, ya que la experiencia práctica indica lo contrario.

13 Sobre medidas de seguridad en delitos de violencia intrafamiliar, ver sentencia del Séptimo Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Santiago, de 02 de septiembre de 2011, RUC N° 1.100.201.011-0, que aplica medida de seguridad al requerido por haber realizado conductas punibles como desacato y amenazas, en contexto intrafamiliar. Se considera al requerido inimputable por padecer de Psicosis paranoide, trastorno de la personalidad y deterioro psico-orgánico.

En efecto, cuando en el curso del procedimiento aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el Ministerio Público o Juez de Garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará el informe psiquiátrico correspondiente, explicitando la conducta punible que se investiga en relación a éste. El juez ordenará la suspensión del procedimiento hasta tanto no se remitiere el informe requerido, sin perjuicio de continuarse respecto de los demás coimputados, si los hubiere.

Existiendo antecedentes acerca de la enajenación mental del imputado, sus derechos serán ejercidos por un curador *ad litem* designado al efecto.

En el proceso penal sólo podrá aplicarse una medida de seguridad al enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que atentará contra sí mismo o contra otras personas.

Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento.

5.3.2. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS Y MIXTAS (REFERIDAS A LA FORMA DE COMISIÓN DEL HECHO).

En este apartado nos vamos a referir únicamente a dos circunstancias en las que los informes periciales médico-forenses pueden resultar relevantes para su acreditación:

Alevosía: Concorre alevosía cuando en la ejecución del femicidio o lesiones el autor emplea medios, modos o formas en su ejecución que tiendan directa o especialmente a asegurar el resultado, sin detrimento para el autor, o bien cuando se actúa a traición, esto es, ocultando su verdadera intención por parte del autor. De manera que en la alevosía han de concurrir dos elementos:

- Un elemento objetivo: la utilización de medios, modos o forma de ejecución.

- Un elemento de carácter subjetivo: elemento tendencial consistente en asegurar la ejecución sin riesgo; es suficiente que se pruebe esta elemento subjetivo aun cuando no se consiga el fin perseguido.

En este sentido, el informe de autopsia será revelador en cuanto el medio empleado (sin perjuicio de que la utilización de determinados medios, como el veneno u otras sustancias tóxicas suponen siempre una ataque alevoso) y la zona de la anatomía de la perjudicada afectada por la agresión. En muchas ocasiones el forense podrá establecer con precisión la situación de la víctima respecto de su agresor, así como si existen o no lesiones de defensa en el cuerpo de la víctima; la posición de esta puede ser reveladora de una ataque alevoso, si se ha recibido por la espalda, o estando acostada la víctima, por ejemplo; la inexistencia de lesiones de defensa en el cuerpo de la víctima también será un indicio para acreditar la alevosía, que no deberá ser descartada por la existencia de aquellas lesiones si se puede probar el ánimo tendencial de ejecutar el hecho sin riesgo para el imputado, aunque no lo consiga por el error en el primer golpe, o una reacción inmediata de la víctima u otras circunstancias.

La Corte Suprema ha señalado que existe esta agravante cuando se emplean medios, modos o formas en la ejecución de un hecho que tienda directa y especialmente a asegurarlo sin riesgo para el ofensor, que proceda de la defensa que pudiera presentar el ofendido, sin que aparezca como imperioso un señalamiento expreso acerca del ánimo alevoso del delincuente. En consecuencia, la situación de aseguramiento o posición de privilegio, en la cual se encuentra el agente, es suficiente para estimar la concurrencia de un ánimo expreso de aprovecharse de esa indefensión para llevar a cabo su actuar¹⁴.

Ensañamiento: Consiste en aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima causando a esta padecimientos innecesarios para la ejecución del delito. Supone una mayor perversidad del agente,

¹⁴ Ver Considerandos 17° y 18° de sentencia de la Corte Suprema, de 10 de agosto de 2004, Rol 2109-2004.

una acentuación de la voluntad dolosa y una mayor causación del daño o sufrimiento al ofendido. Han de converger necesariamente un proceso psíquico con uno material del acto. Hay ensañamiento cuando se emplean medios de tortura, complaciéndose el sujeto activo en causar dolores innecesarios o sufrimientos más intensos que los precisos para la ejecución del hecho finalmente perseguido. Se caracteriza por la presencia de la complacencia en el sufrimiento causado a la víctima, elemento subjetivo que entraña el íntimo propósito de satisfacer instintos de perversidad, provocando, con conciencia y voluntad decidida, los electos objetivos que le son propios consistentes en males innecesarios y máximo dolor y sufrimiento a la víctima en la acción homicida. El número de heridas o golpes, la secuencia y cronología de los mismos e identificación de las zonas afectadas, su irrelevancia para la consecución del resultado fatal, la presencia de signos de agonía, la vitalidad de las lesiones, el orden en que se produjeron, son indicios que se obtendrán de la autopsia y que pueden contribuir a la acreditación de esta circunstancia.

A través de los informes periciales normalmente sólo es posible incorporar los antecedentes fácticos para configurar estas agravantes.

En consecuencia, es tarea del Fiscal, a través de su argumentación en juicio, convencer al Tribunal de la concurrencia de la agravante o calificante, según sea el caso. Por ende, no es tarea del perito pronunciarse sobre la configuración de ellas, por ser su competencia, y además por ello permitiría cuestionar al peritaje y al perito, por parte de la contraparte.

CAPÍTULO 6: MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA DETENER LA VIOLENCIA AL INTERIOR DE LA FAMILIA: 6.1. MEDIDAS AUTÓNOMAS DE PROTECCIÓN. 6.2. MEDIDAS JUDICIALES DE PROTECCIÓN: 6.2.1. PRISIÓN PREVENTIVA. 6.2.2. MEDIDAS JUDICIALES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICAS PARA VÍCTIMAS DE DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. 6.3. PROTECCIÓN EN LA ETAPA DE JUICIO. 6.4. INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS JUDICIALES EN EL CONTEXTO DE LA LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

CAPÍTULO 6: MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA DETENER LA VIOLENCIA AL INTERIOR DE LA FAMILIA.

Ante la presencia de riesgo inminente de la víctima, existen medidas de protección: autónomas y judiciales. Para evaluar la procedencia de ellas, siempre se deberá considerar el riesgo existente para la víctima. Debe tener presente que el riesgo requiere ser evaluado durante todo el proceso penal, debiendo estar los fiscales alertas frente a la variación de las circunstancias particulares del caso que incidan en la seguridad de la víctima.

6.1. MEDIDAS AUTÓNOMAS DE PROTECCIÓN.

El fiscal podrá adoptar medidas autónomas de protección, en concordancia con el nivel de riesgo en que se encuentre la víctima, solicitando el apoyo de la URAVIT, en los casos de riesgo vital/alto y en aquellos casos de riesgo medio que lo requieran.

Dentro de las medidas autónomas, destacamos las siguientes: reubicación en casa de acogida, hospedaje u otro lugar, reforzamiento de seguridad domiciliaria, uso de sistema de familia en línea, cambio de número telefónico de la víctima; entrega de teléfonos celulares con números de emergencia o tarjetas telefónicas, rondas periódicas de carabineros; contacto telefónico prioritario con la policía, y entrega de alarmas personales de ruido que la víctima pueda activar frente a una situación de riesgo.

En los casos de riesgo vital/alto las medidas enumeradas, con excepción de las de reubicación, no bastan por sí solas para contener dicho riesgo y debe procurarse su complemento con otras judiciales.

Asimismo, resulta importante promover en las víctimas la adopción de medidas de autoprotección que pueden realizar por sí mismas, entendidas

éstas como las acciones que puede realizar la víctima, para favorecer su propia protección.

En todo caso, si del resultado de la evaluación de riesgo se concluye que existe riesgo vital o alto, según la instrucción del la Fiscalía en la materia, debe ofrecerse a la víctima la derivación a una casa de acogida de SERNAM, sin perjuicio de adoptar cualquier otra medida de protección necesaria para el caso. Ante la negativa de la víctima de ingresar a la casa de acogida, se ha dispuesto por la fiscalía que el fiscal adopte las medidas autónomas y/o solicitar las medidas cautelares que resulten necesarias, asegurándose de que estas víctimas reciban una intervención especializada de URAVIT. En cualquier caso, deberá hacerse entrega a la víctima del número del teléfono móvil del cuadrante competente, según el domicilio donde decida quedarse.

6.2. MEDIDAS JUDICIALES DE PROTECCIÓN.

Las medidas cautelares, frente a situaciones de riesgo inminente de que ocurra un nuevo delito VIF, y con el sólo mérito de la denuncia, de conformidad con el artículo 15 de la Ley N° 20.066, podrán ser solicitadas en cualquier etapa de la investigación o del procedimiento, y aún antes de formalizar la investigación, siempre que resulten necesarias para proteger a la víctima de manera eficaz y oportuna, tales como las del artículo 92 de la Ley N° 19. 968.

Con respecto a las medidas en particular, se debe tener presente que de las señaladas en el artículo 9 de la Ley N° 20.066, al menos una de ellas debe ser impuesta como sanción accesoria respecto de cualquier condena por un delito de la LVIF, y también como condición en las suspensiones condicionales del procedimiento, según corresponda de conformidad lo dispuesto en los artículos 16 y 17 de la citada ley.

6.2.1. PRISIÓN PREVENTIVA.

La medida cautelar más intensa prevista en el ordenamiento nacional es la prisión preventiva¹⁵. Esta medida cautelar sólo podrá ser solicitada una

¹⁵ Sobre la procedencia de esta cautelar, ver sentencias de la Corte de Apelaciones de Ran-

vez formalizada la investigación, siempre que se acredite el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 140 del Código Procesal Penal. Si la prisión preventiva no es concedida, tratándose de uno de los delitos contemplados en el artículo 149 inciso 2° del Código Procesal Penal, se deberá interponer verbalmente el recurso de apelación verbal, siempre y cuando el imputado fuere puesto a disposición del tribunal en calidad de detenido.

El Artículo 140 establece que:

“Una vez formalizada la investigación, el tribunal, a petición del Ministerio Público o del querellante, podrá decretar la prisión preventiva del imputado siempre que el solicitante acredite que se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Que existan antecedentes que justifiquen la existencia del delito que se investigare;*
- b) Que existan antecedentes que permitieren presumir fundadamente que el imputado ha tenido participación en el delito como autor, cómplice o encubridor, y*
- c) Que existan antecedentes calificados que permitieren al tribunal considerar que la prisión preventiva es indispensable para el éxito de diligencias precisas y determinadas de la investigación, o que la libertad del imputado es peligrosa para la seguridad de la sociedad o del ofendido, o que existe peligro de que el imputado se dé a la fuga, conforme a las disposiciones de los incisos siguientes.*

Se entenderá especialmente que la prisión preventiva es indispensable para el éxito de la investigación cuando existiere sospecha grave y fundada de que el imputado pudiere obstaculizar la investigación mediante la destrucción, modificación, ocultación o falsificación de elementos de prueba; o cuando pudiere inducir a coimputados, testigos, peritos o terceros para que informen falsamente o se comporten de manera desleal o reticente.

Para estimar si la libertad del imputado resulta o no peligrosa para la seguridad de la sociedad, el tribunal deberá considerar especialmente alguna de las siguientes circunstancias: la gravedad de la pena asignada al delito; el número de delitos que se le imputare y el carácter de los mismos; la existencia de procesos pendientes, y el hecho de haber actuado en grupo o pandilla.

cagua, de 26 de mayo de 2008, Rol N°198-2008 y de 07 de abril de 2009, Rol N°89-2009, ambas referidas al delito de parricidio frustrado. Además, ver sentencia de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, de 17 de enero de 2007, Rol N° 63-2007, que hace procedente la prisión preventiva en delito de desacato originado en el incumplimiento de una medida cautelar decretada por el Tribunal de Familia, es decir, en una medida decretada en una causa de violencia intrafamiliar no constitutiva de delito, fundada en el peligro para la seguridad de la víctima.

Se entenderá especialmente que la libertad del imputado constituye un peligro para la seguridad de la sociedad, cuando los delitos imputados tengan asignada pena de crimen en la ley que los consagra; cuando el imputado hubiere sido condenado con anterioridad por delito al que la ley señale igual o mayor pena, sea que la hubiere cumplido efectivamente o no; cuando se encontrare sujeto a alguna medida cautelar personal, en libertad condicional o gozando de alguno de los beneficios alternativos a la ejecución de las penas privativas o restrictivas de libertad contemplados en la ley.

Se entenderá que la seguridad del ofendido se encuentra en peligro por la libertad del imputado cuando existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que éste realizará atentados en contra de aquél, o en contra de su familia o de sus bienes.”.

6.2.2. MEDIDAS JUDICIALES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICAS PARA VÍCTIMAS DE DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

En el artículo 1° de la Ley N° 20.066 se establece su objeto: prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma, estableciendo en su artículo 2° que es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

Para cumplir con lo anterior, la Ley de Violencia Intrafamiliar consagra una serie de medidas específicas para hacer frente al fenómeno de la violencia al interior de la familia.

- *Obligación de abandonar el ofensor el hogar común (letra a) del artículo 9 de la LVIF).*

Esta es una de las medidas que se emplean con gran frecuencia en las causas VIF, presentado algunos problemas en su ejecución, como la del plazo dentro del cual el sujeto debe hacer abandono del hogar común. En atención a ello, se sugiere solicitar la medida para que se haga efectiva de inmediato. Ahora bien, para los casos en que se establezca un plazo por parte del Tribunal, se recomienda adoptar otras medidas de protección durante ese lapso.

- *Prohibición de acercamiento a la víctima (N° 1 del artículo 92 de la Ley N° 19.968 y letra b) del artículo 9 de la Ley N° 20.066).*

Esta es otra de las medidas más utilizadas en las causas VIF. Al respecto, es importante tener presente lo siguiente:

- Al solicitarla, es importante considerar la extensión de la prohibición, esto es, no restringirla exclusivamente al hogar de la víctima, sino que extenderla a otros espacios que frecuenta la víctima, como por ejemplo: su lugar de trabajo, de estudios, así como también, cualquier otro lugar en que la víctima permanezca, concurra o visite habitualmente.
- Los problemas detectados para controlar su cumplimiento, sugieren acompañar esta medida con otras judiciales, como la salida del agresor del hogar común y/o autónomas, tales como reubicación, entrega de teléfono celular y/o contacto telefónico prioritario con carabineros.
- En ese orden y para hacer efectivo el cumplimiento de la medida, es importante entregar a la víctima copia de la resolución para acreditar la medida ante las autoridades pertinentes, ya sea para hacerla efectiva o denunciar su incumplimiento.
- *Asegurar la entrega material de los efectos personales de la víctima que optare por no regresar al hogar común (N° 2 del artículo 92 de la Ley N° 20.066).*
Para evitar exponer a una nueva situación de riesgo a la víctima no es conveniente que ésta vaya sola a retirar sus efectos personales. Por ello, resulta aconsejable, que junto a la medida, se decrete que un funcionario policial acompañe a la víctima a retirar sus pertenencias y, en casos de menor gravedad, procurar que vaya acompañada de un familiar o persona de confianza.
- *Prohibición de porte y tenencia o incautación de cualquier arma de fuego (N° 6 del artículo 92 de la Ley N° 19.968 y letra c) del artículo 9 de la Ley N° 20.066).*
En los casos de violencia al interior de la familia, siempre constituirá una situación de riesgo inminente la presencia de armas, por ello, se recomienda utilizar esta cautelar, en los casos en que la víctima señale que ha sido amenazada con armas de fuego y cuando refiera que el imputado tiene un arma de fuego.

Para estos efectos resulta fundamental la labor de Carabineros, en el sentido de recabar desde la respectiva base de datos sobre inscripción

de armas –consulta en línea al Registro Nacional de la Dirección General de Reclutamiento y Movilización– información acerca de si el denunciante, denunciado u otra persona vinculada a los hechos o que viva en el domicilio de alguno de ellos, tiene inscrita a su nombre algún arma de fuego o se encuentra solicitando dicho registro, información que deberá consignarse en el respectivo parte policial. En todo caso, una respuesta negativa de dicha institución no obsta a que se decrete esta medida, si la víctima manifiesta tener conocimiento de la existencia de armas en su domicilio o en poder del imputado.

- *Decretar la reserva de identidad del tercero denunciante (N° 7 del artículo 92 de la Ley N° 19.968).*

Esta medida puede resultar de utilidad en los casos en que el denunciante manifieste haber sido amenazado/a o plantee que está en una situación de riesgo de represalias, sugiriéndose su aplicación en todos los casos en que el denunciante sea un niño o adolescente que viva en la familia donde se produce la violencia.

- *Establecer medidas de protección para adultos mayores¹⁶ o personas afectadas por alguna incapacidad o discapacidad (N° 8 del artículo 92 de la Ley N° 19.968).* Tratándose de víctimas especialmente vulnerables, resulta fundamental adoptar algún tipo de medida cautelar, autónoma o judicial, para su protección.

- *Medidas judiciales de protección específicas para niños y adolescentes víctimas de delitos de violencia intrafamiliar (artículo 71 de la Ley N° 19.968, en relación al inciso final del artículo 92 de la Ley N° 19.968).*

El artículo 71 de la Ley de Tribunales de Familia establece las siguientes medidas destinadas a proteger a los niños y adolescentes víctimas de violencia al interior de la familia:

- a) Su entrega inmediata a los padres o a quienes tengan legalmente su cuidado;*
- b) Confiarlo al cuidado de una persona o familia en casos de urgencia. El juez preferirá, para que asuman provisoriamente el cuidado, a sus parientes consanguíneos o a otras personas con las que tenga relación de confianza;*

¹⁶ La Ley N° 20.427 publicada en el Diario Oficial el 18 de marzo de 2010, incluyó al Adulto Mayor, como grupo vulnerable específico en la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar.

- c) El ingreso a un programa de familias de acogida o centro residencial, por el tiempo que sea estrictamente indispensable;*
- d) Disponer la concurrencia de niños, niñas o adolescentes, sus padres, o las personas que los tengan bajo su cuidado, a programas o acciones de apoyo, reparación u orientación, para enfrentar y superar las situaciones de crisis en que pudieren encontrarse, e impartir las instrucciones pertinentes;*
- e) Suspender el derecho de una o más personas determinadas a mantener relaciones directas o regulares con el niño, niña o adolescente, ya sea que éstas hayan sido establecidas por resolución judicial o no lo hayan sido;*
- f) Prohibir o limitar la presencia del ofensor en el hogar común;*
- g) Prohibir o limitar la concurrencia del ofensor al lugar de estudio o de trabajo del niño, niña o adolescente. En caso de que concurran al mismo establecimiento, el juez adoptará medidas específicas tendientes a resguardar los derechos de aquéllos;*
- h) La internación en un establecimiento hospitalario, psiquiátrico o de tratamiento especializado, según corresponda, en la medida que se requiera de los servicios que éstos ofrecen y ello sea indispensable frente a una amenaza a su vida o salud, e*
- i) La prohibición de salir del país para el niño, niña o adolescente sujeto de la petición de protección.*

No obstante la importancia de cada una de estas medidas, se destaca la utilización de aquélla referida a la suspensión del derecho de una o más personas determinadas, a mantener relaciones directas y regulares con el menor de edad, establecidas o no por resolución judicial (letra e) del artículo 71 de la Ley N° 19.968), para los casos en que se decreta la prisión preventiva del imputado de conformidad con el artículo 140 letra c) del Código Procesal Penal, por constituir la libertad del imputado un peligro para el ofendido, es importante solicitar al Juez de Garantía, fundado en la letra e) del artículo 71 de la Ley N° 19.968, que prohíba el ingreso del niño o adolescente víctima del delito sexual, en contexto de violencia intrafamiliar, que se investiga, al recinto penitenciario en el cual se encuentra privado de libertad el imputado, basándose en la necesidad de dar un efectivo cumplimiento al mandato judicial que ha dispuesto dicha medida cautelar como una forma de garantizar la seguridad del ofendido. De decretarse la prohibición es importante solicitar además, que ésta sea notificada, mediante oficio, al jefe del establecimiento penitenciario en que se encuentre privado de libertad el imputado.

No se debe olvidar el carácter esencialmente transitorio de estas medidas en sede de los Tribunales de Garantía, de ahí que resulte fundamental poner en conocimiento del Tribunal de Familia respectivo las situaciones de riesgo o vulneración de derechos que estén afectando a niños o adolescentes víctimas de delitos de violencia intrafamiliar, para que adopten las medidas de protección que resulten pertinentes. Lo señalado es sin perjuicio de las facultades autónomas de Carabineros establecidas en el artículo 16 bis de la Ley N° 16.618.

6.3. PROTECCIÓN EN LA ETAPA DE JUICIO.

Sin duda, una de las mayores dificultades a enfrentar en la etapa de juicio, es evitar la retractación de la víctima o disminuir sus posibilidades, toda vez que sentirá temor y ansiedad al enfrentar al imputado en juicio¹⁷. Para evitar lo anterior y evitar una eventual retractación, se recomienda el uso de medidas de protección en la audiencia, tales como, paneles tipo biombo y/o ingreso y salida de la sala de audiencias diferente a la del público en general. Tratándose de víctima menor de edad, sin duda el uso de circuito cerrado de televisión resulta más idóneo.

Además, debe evaluarse la posibilidad de solicitar reserva de identidad en el juicio respecto de testigos que hayan denunciado el hecho, y de quienes se haya mantenido en reserva su identidad al momento de la denuncia o durante la investigación. Esta medida siempre debe solicitarse en el caso de testigos menores de edad que vivan en el hogar donde han tenido lugar los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar.

6.4. INCUMPLIMIENTO DE MEDIDAS JUDICIALES EN EL CONTEXTO DE LA LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Si bien, en caso de incumplimiento de medidas cautelares, condiciones impuestas en el marco de una suspensión condicional del procedimiento y sanciones accesorias decretadas en causas VIF, debe iniciarse investi-

¹⁷ Ver en: TALADRIZ, M.; SAN MARTÍN, M. y RODRÍGUEZ, R. La retractación en violencia intrafamiliar y su incidencia en el sistema procesal penal. Revista Jurídica del Ministerio Público N°39: 223-243, 2009; y en RODRÍGUEZ, R. Violencia de pareja y retractación de la denuncia: una propuesta de comprensión y análisis desde el paradigma sistémico. Revista Jurídica del Ministerio Público N°36: 241-248, 2008.

gación por el delito de desacato (artículos 10 y 19 de la Ley N° 20.066)¹⁸, es relevante ocuparse siempre de reforzar la protección de las víctimas mediante nuevas cautelares o bien sustituyendo la medida incumplida por otra que resulte más idónea para la adecuada protección de la víctima, pudiendo llegarse a la prisión preventiva, la que se fundará no sólo en el estatuto general del Código Procesal Penal, sino también en el estatuto de protección de violencia intrafamiliar.

Sobre el delito de desacato por incumplimiento de resoluciones decretadas en causas VIF, nuestro máximo Tribunal mediante sentencia de 26 de enero de 2010, Rol ingreso en la Corte N° 8467-09¹⁹, zanja una discusión que se viene presentando a la largo del país, a raíz del efecto del incumplimiento de una condición decretada en el marco de una suspensión condicional del procedimiento por delitos de violencia intrafamiliar. De acuerdo a lo resuelto por el máximo tribunal cabe tener presente que:

- El incumplimiento de una condición en tal contexto da lugar al delito de desacato, puesto que la Ley N° 20.066 consagra una regulación especial frente al artículo 239 del Código procesal Penal.
- Son resoluciones aptas, además, para generar el delito de desacato del artículo 240 del Código de Procedimiento Civil, el incumplimiento de una medida cautelar, aún previa a la formalización de la causa y de una medida –o sanción– accesorio.
- La resolución que aprueba una suspensión condicional del procedimiento es una sentencia interlocutoria.
- El incumplimiento de la condición, decretada en una suspensión condicional del procedimiento en causas sobre violencia intrafamiliar, no requiere ser grave ni reiterado para que se configure el delito de desacato, puesto que no son exigencias previstas en la ley.

18 Sobre este punto, ver en: FERNÁNDEZ, R. Las medidas cautelares en delitos de violencia intrafamiliar y el delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°44: 239-247, 2010; y TALADRIZ, M. El artículo 10 de la Ley N°20.066 no establece una condición previa de procesabilidad ni un elemento del delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°35: 345-350, 2008.

19 Revisar el texto de esta sentencia y su alcance en RAMÍREZ, M. El incumplimiento de la suspensión decretada en una suspensión condicional del procedimiento en causas sobre violencia intrafamiliar y el delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°42: 255-277, 2010.

TÍTULO 2

DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES FÍSICAS EN LA MUJER MALTRATADA CON RESULTADO DE FEMICIDIO

TÍTULO 2:

DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES FÍSICAS EN LA MUJER MALTRATADA CON RESULTADO DE FEMICIDIO

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer y se define como “cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”. En esta Declaración se dice también, que la violencia contra la mujer abarca, entre otras, “la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado”; asociando todas estas formas de violencia a desigualdades de poder entre hombres y mujeres.

De una forma más concreta: se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión y que comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Los datos en conjunto de los diferentes estudios, indican que la violencia doméstica es un problema de dimensiones importantes y generalizadas, que puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias.

Todo ello ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a pronunciarse acerca de que la violencia contra las mujeres y menores es uno de los problemas de salud más importantes por su creciente incidencia y mortali-

dad; en este sentido la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA49.25, reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, e instó a los Estados Miembros que evaluaran el problema de la violencia en sus territorios, y comunicaran a dicha Organización la información que dispongan sobre este problema y su manera de afrontarlo.

La violencia puede ser tanto física como psíquica y tal violencia, la instrumental, manual o física, es la que deja claros signos o señales en la víctima, que permiten un diagnóstico objetivo de los traumatismos causados.

La Medicina Forense es por tanto uno de los eslabones de la larga cadena de la respuesta social frente a la violencia de género. Este eslabón de la respuesta social, que intenta poner en marcha un sistema probatorio forense destinado a mejorar la información que permita adoptar decisiones más eficaces en el procedimiento penal, es necesario y requiere de un aprendizaje en las distintas facetas en que se desarrolla la violencia de género y específicamente en el caso de la mujer maltratada. Por tanto, La respuesta forense se dirige a construir un informe pericial de alta calidad en sus bases científicas y de metodología, que pueda responder a la petición que el juzgador considere necesaria en cada caso.

Así, la Medicina Forense, como parte del sistema probatorio penal, resulta de especial importancia en estos casos. La misión del médico forense es básicamente de tipo pericial, es decir, emite valoraciones técnicas en materia de medicina que tengan alguna relación con temas periciales. Partiendo de este hecho, podemos decir que desempeñan una misión colaboradora en las investigaciones en las cuales participa.

Desde esta perspectiva, el sistema de justicia debe proponer una restitución, reparación e indemnización por los daños y perjuicios de la víctima y por tanto aplicar una justicia retributiva y reparadora del bien antijurídico lesionado.

Por tanto, es importante que el informe médico forense haga constar la

valoración de las correspondientes lesiones físicas, entre las que se encuentran con suma frecuencia las tratadas en este capítulo (haciendo referencia a su mecanismo de producción, si se tratan de lesiones de defensa, tiempo de curación, data de las lesiones, valoración correcta de las concausas y la relación de causalidad etc.).

CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS LESIONES. VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. 1.1. CONCEPTO DE LESIÓN. 1.2. ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN. CLASIFICACIÓN SEGÚN RESULTADO. 1.2.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN. 1.2.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN APARICIÓN. 1.3. ORIGEN DE LAS LESIONES. 1.3.1. AGENTES EXTERNOS. 1.3.2. AGENTES INTERNOS. 1.4. CONTUSIONES. 1.4.1. CLASIFICACIÓN DE LAS CONTUSIONES. 1.4.2. CONTUSIONES SIMPLES Y VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE.

CAPÍTULO 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS LESIONES. VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

1.1. CONCEPTO DE LESIÓN.

El término lesión viene del latín *laedere*, que en medicina significa toda alteración de los caracteres anatómicos e histológicos de un tejido u órgano con la consiguiente alteración de su función, ocasionado por agentes externos o internos. Por tanto, esta definición encierra la posibilidad de que una lesión pueda sobrevenir por un agente o causa interna o natural, sin que medie en su producción un agente externo al propio organismo.

Ello descarta la intervención de terceras personas y serviría desde el punto de vista médico legal para no iniciar investigación. Cuando por el contrario, se determine una causa externa (agentes físicos, químicos, biológicos o psicológicos), se tendrá que valorar si la causa es intencional o accidental con el fin de dirimir responsabilidades jurídicas.

Pero desde el punto de vista jurídico, el concepto de lesión se ha ido ampliando y modificando, pasando de una definición un tanto genérica de lesión como el daño corporal causado violentamente, bien se trate de herida, contusión o erosión donde parecía circunscribirse exclusivamente a lesiones de origen traumático, a otras donde se iban admitiendo otros agentes etiológicos, como en el caso de agentes biológicos, tóxicos o de otro tipo.

En el caso chileno, la regulación de las lesiones, desde el punto de vista penal, tiene importantes limitaciones. Por una parte, no se comprende en

el concepto de lesiones las meras vías de hecho²⁰, siendo necesario para la configuración de las lesiones, la producción de una huella perceptible para la salud que consista en una alteración orgánica o funcional de cierta entidad²¹. Por otra parte, algunos tipos de lesiones tienen limitados los medios de comisión a herir, golpear o maltratar de obra, contruidos sobre la base de hipótesis activas, lo que plantea el problema del tratamiento de las conductas de omisión (lesiones graves del artículo 397 del Código Penal).

La alternativa, para esos casos, es reconducir la lesión provocada por una omisión a la disposición que regula las lesiones menos graves (artículo 399 del Código Penal), que no tiene circunscrito los medios de comisión a herir, golpear o maltratar de obra, con independencia de que el resultado corresponda al descrito por ley para una lesión grave del artículo 397 del Código Penal.

En materia de violencia intrafamiliar las vía de hecho que no dejen una secuela perceptible, en sentido penal de una lesión, que se lleven a cabo en más de una oportunidad sin sanción, podrían subsumirse en el tipo penal de maltrato habitual del artículo 14 de la Ley N° 20.066.

1.2. ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN.

Se entiende por etiología la causa u origen de la lesión. Desde el punto de vista jurídico, la etiología médico-legal se ha dividido clásicamente en función de la posición subjetiva del agente, esto es si ha obrado con dolo o imprudencia. Así podemos hablar de lesiones culposas, en las que se ha infringido el deber de cuidado y lesiones dolosas, para los casos en que el sujeto conocía y quería la realización del tipo penal.

En el caso que nos ocupa de la violencia contra la mujer interesan por

²⁰ Para el profesor Alfredo Etcheberry, si se encuentran sancionadas en nuestra legislación las vías de hecho, y la figura básica de las lesiones se encontraría en el artículo 397 del Código Penal.

²¹ No se debe confundir la existencia del hecho punible con la prueba del mismo, por ende no debe afirmarse categóricamente que si una víctima no tiene lesiones no hay delito, ya que muchas veces el maltrato de obra que sufrió la víctima podrá ser acreditado con otros medios de prueba, como testimonios, fotografías, videos, etc., lo que si nos reconducirá al problema de cual es la entidad de estas lesiones, para poder determinar el quantum de la pena aplicable, si es que no hay una antecedente forense respecto de la gravedad de las mismas, respuesta que se puede encontrarse en la interpretación armónica de los artículos 399, 400 y 494 N° 5, todos del Código Penal, en relación con el artículo 5 de la Ley de Violencia Intrafamiliar.

este criterio de clasificación, las lesiones dolosas por la carga intencional que lleva en su producción.

1.2.1. CLASIFICACIÓN SEGÚN RESULTADO.

Al ser las lesiones consecuencia de un mecanismo violento, cobra inmediatamente sentido clasificar las lesiones por su resultado, en lesiones mortales y no mortales:

- *Lesiones mortales.* Son aquellas que originan el fallecimiento de la víctima, o que resultan idóneas para causar la muerte, de no contarse con atención médica oportuna. En este caso estaríamos hablando de femicidio cuando la víctima es una mujer por el hecho de serlo, por su condición de mujer.
- *Lesiones no mortales.* Aquellas que no causan la muerte, al margen de la gravedad clínica que ocasionen.

Una víctima de femicidio presenta en la autopsia diversas heridas por arma blanca. El médico forense determina que existen dos posibles armas blancas productoras de estas lesiones y establece como causa de muerte una herida penetrante en el tórax. En este caso debemos de determinar cuál de estas armas es la que ha provocado la muerte femicida, al existir agresiones distintas.

1.2.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN.

A su vez, los agentes lesivos pueden ocasionar lesiones, en la misma área anatómica sobre la que han actuado, o bien, provocar un daño en un área anatómica alejada. De este modo, distinguiremos las lesiones en:

- *Locales.* Aquéllas aparecidas en el mismo lugar donde se produjo el impacto.
- *A distancia.* Las que se identifican en zonas distintas de donde se produjo la lesión (por contragolpe, por migración de hematomas, etc.).

Una mujer es golpeada por su cónyuge, tras lo cual cae impactando en el lado derecho de la cabeza con una mesa; en el examen neurológico clínico se advierte un hematoma cerebral en el lado izquierdo de la cabeza el cual puede ser explicado por efecto de contragolpe, aceleración desaceleración, del cerebro dentro del cráneo.

1.2.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN APARICIÓN.

Las lesiones, según el momento de aparición, pueden clasificarse en:

- *Inmediatas.* Se presentan de modo casi instantáneo tras la violencia y suelen ser consecuencia de traumatismos contusos.
- *Tardías.* De aparición diferida en el tiempo. Por ejemplo, necrosis de escafoides, epilepsia postraumática, etc.

1.3. ORIGEN DE LAS LESIONES.

Las lesiones pueden producirse por agentes externos (mecánicos, físicos, químicos o biológicos) o por agentes internos. Sin embargo, el único mecanismo que reconocen los diferentes autores como causante de lesiones, es el esfuerzo. A continuación describiremos los diversos agentes.

1.3.1. AGENTES EXTERNOS.

- *Agentes mecánicos.* El mecanismo de acción corresponde, en general, al efecto de un cuerpo animado en movimiento, con una fuerza viva determinada que viene a ser consecuencia de la masa por su velocidad al cuadrado, y que impacta con el sujeto (traumatismo activo). Por el contrario puede darse el caso, muy frecuente en el tema que nos ocupa, que la víctima sea proyectada contra un agente que permanece inmóvil (traumatismo pasivo). Por ejemplo: Una mujer es empujada hacia un objeto vulnerante que se encuentra en su mismo plano de sustentación o sobre otro que está a cierta distancia del plano de sustentación (precipitación).

En estos casos, el mecanismo vulnerante se denomina cuerpo vulnerante. Este puede ser cualquier objeto o instrumento que sea capaz de

generar una energía cinética que determine una lesión en el organismo de la víctima: proyectiles por arma de fuego, instrumento cortante o punzante, el propio fragmento óseo desprendido, rueda de vehículos e incluso, y con mucha frecuencia miembro anatómico del agresor.

De modo habitual, estos agentes instrumentales suelen actuar según un mecanismo activo, es decir, actúan impactando contra la víctima.

- *Agentes físicos.* Los agentes físicos que con más frecuencia se utilizan sobre la víctima son el fuego, el calor, la electricidad, las radiaciones y el frío, según el agente. El mecanismo de acción es diferente y pueden actuar o bien destruyendo los elementos celulares afectados o provocando reacciones físico-químicas que alteran la estructura celular. Estos elementos resultan accesibles para el agresor, que puede someter a la víctima a estos agentes como medio lesivo, medio de tortura o como medio criminal femicida.
- *Agentes químicos.* Estos agentes también son conocidos como tóxicos y están dotados de propiedades, asfixiantes, degenerativas, irritantes y/o cáusticas que provocan la degeneración y necrosis de los tejidos con los que contactan.

En toxicología se entiende por tóxico cualquier sustancia, natural o sintética, que puesta en contacto con un organismo vivo, a la dosis adecuada, es capaz de originarle una grave alteración de su equilibrio, pudiendo provocarle la muerte. Los ácidos o cáusticos que provocan severa destrucción de los tejidos han sido también agentes clásicos para deformar a la mujer el arrojar sobre ella una sustancia química que altere su fisonomía y la provoque severo dolor y aislamiento social.

Son ejemplos frecuentes en lesiones sobre la mujer maltratada la utilización de agentes corrosivos que pretenden por un lado desfigurar el rostro o alguna zona anatómica determinada y especialmente sensible para la víctima o bien con fines de ocultación de pruebas en casos de femicidio.

Es frecuente que en estos casos exista un componente de venganza que no se ve en otros casos. La intención suele ser el producir una desfigu-

ración o mutilación en la víctima que ocasione un rechazo social o una estigmatización.

- *Agentes biológicos.* Los agentes biológicos (virus, bacterias, parásitos) que alcanzan el organismo de forma dolosa o en virtud de imprudencia punible, son así mismo origen, a través de los procesos patológicos que desencadenan, de lesiones, en el sentido jurídico de la palabra, en la medida que sean introducidos al organismo mediante, por ejemplo, inyecciones, inhalaciones. En ocasiones, el contagio venéreo de determinadas enfermedades de forma intencional (dolosa) se utiliza como mecanismo agresor hacia la mujer, ocasionándola una enfermedad crónica o mortal.

Estas cosas presentan no pocas complejidades, que deben ser resueltas en el terreno probatorio. Desde el punto de vista de los tipos penales aplicables, las hipótesis donde concurre dolo directo no se distancia mayormente de los otros supuestos en que se busca lesionar a la víctima. Más complicados resultan los casos de mera imprudencia o que ha habido dolo eventual.

Uno de los agentes biológicos más dramáticos en la infección dolosa de una mujer ha sido la de transmitir el virus del SIDA, generalmente, mediante una relación sexual forzada.

En todo caso cualesquiera sean las complejidades jurídicas de un caso, lo profesionales sanitarios deben realizar su labor con la mayor rigurosidad posible, dejando entregadas las variantes legales a las posiciones que sostengan en audiencia los intervinientes.

1.3.2. AGENTES INTERNOS.

Estos agentes se concretan en un solo mecanismo: el esfuerzo, pero que es originado como una reacción a un estímulo externo, lo que se considera como de origen violento.

Por ejemplo: Una mujer que en una acción defensiva presenta una distensión ligamentosa o desgarró muscular. A la misma lesión traumática

directa habría que añadir la producida por este mecanismo y aplicar los criterios de causalidad a la hora de realizar el informe pericial. Por el origen de este esfuerzo, podemos dividir el mismo en:

- *Voluntarios.* Aquellos generados por la propia víctima con el fin de evitar un daño o como mecanismo de defensa activa. Por ejemplo, la contracción muscular forzada que se da cuando la víctima se defiende de la violencia u opone resistencia a los golpes, lo que puede originar lesiones bien en los músculos o en los huesos por arrancamiento en las inserciones musculares. Dentro de ellos podemos distinguir dos tipos de efectos:
 - *Efectos directos:* Aquéllos en que la energía se localiza en el aparato locomotor. En este caso se suelen ocasionar hernias traumáticas, fracturas y luxaciones óseas, roturas musculares y fracturas óseas por desinserciones musculares.
 - *Efectos indirectos:* Aquéllos en que la energía se concentra en el cilindro tóraco-abdominal. Suelen producirse dislaceraciones, en forma de roturas viscerales (las más frecuentes de órganos macizos: hígado y bazo) o dislocaciones, en forma de hernias, ectopias y prolapsos.
- *Involuntarios.* Lesiones que se producen por espasmos musculares o movimientos reflejos, los cuales la víctima no es capaz de controlar. Son por lo tanto mecanismos reflejos de la víctima.

En líneas generales, el esfuerzo produce efectos lesivos poco importantes o poco frecuentes, pero es preciso citarlos en cuanto a que cualquier efecto lesivo ha de ser tenido en cuenta por el perito en la investigación de la violencia femicida o intento de femicidio.

1.4. CONTUSIONES.

Las contusiones son lesiones producidas por la acción de cuerpos duros de superficie roma que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza viva. Según las características de los cuerpos contundentes y la fuerza viva con la que actúen, producirán lesiones de mayor o menor gravedad.

Son las lesiones físicas que con mayor frecuencia se producen en la mujer maltratada y que en algunos casos da lugar al femicidio.

El médico forense debe ser especialmente cauto a la hora de valorarlas pues por parte de agresor existe el interés de que dichas lesiones pasen desapercibidas.

Los instrumentos contundentes son tan variados y frecuentes en el uso cotidiano que puede afirmarse que todos los elementos de su entorno y su propio cuerpo son susceptibles de ser utilizados como objetos contundentes. Así y con el fin de establecer una clasificación, podríamos dividirlos en:

- Instrumentos expresamente contruidos y utilizados como objetos contundentes, para la defensa o el ataque: luma, martillo, pala, etc.
- Órganos o apéndices anatómicos humanos que utilizados de determinada forma pueden convertirse en objetos contundentes: manos, pies, uñas, dientes, etc.
- Objetos o instrumentos cuyo uso habitual no es el concebido para contundir, pero que excepcionalmente o con el uso se pueden convertir en ellos. Posiblemente sean los más numerosos: bastones, martillos, barras de hierro, culatas de armas de fuego y, en general cualquier objeto cotidiano o no, de estructura rígida y con bordes más o menos romos: piedras, vehículos, etc.

El mecanismo por el cual estos objetos actúan sobre el organismo o más concretamente sobre la superficie corporal es múltiple y en pocos casos aparece un solo mecanismo lesivo:

- *Presión o percusión*: cuando la acción traumática se ejerce de forma perpendicular a la superficie de contacto.
- *Frotamiento*: Cuando la acción viene de forma tangencial a la superficie de contacto describiendo un ángulo agudo.
- *Tracción*: Cuando se unen dos tipos de mecanismo como son la prensión y la tracción, dando lugar en ocasiones a mutilaciones de apéndices como miembros, dedos, pérdida de pabellón auricular, etc. Suelen emplearse tenazas, mordedura, etc.

Mixtas o complejas.

Las contusiones son las lesiones más frecuentes que se producen en la violencia de género, tanto de forma aislada, como relacionadas con otro tipo de lesiones y en ocasiones es el primer signo de alerta ante esta forma de violencia, por lo que es imprescindible que su estudio no pase desapercibido por el médico forense como luego estudiaremos.

1.4.1. CLASIFICACIÓN DE LAS CONTUSIONES.

Tradicionalmente y con fines didácticos, las contusiones se han clasificado como:

Contusiones simples:

Con integridad de la piel:

- Equimosis.
- Contusiones profundas.
- Derrames de serosidad.
- Derrames cavitarios.

Con lesión cutánea:

- Erosiones.
- Heridas contusas.

Contusiones complejas:

Arrancamientos.

Aplastamientos.

Mordeduras.

Caída.

Precipitación.

1.4.2. CONTUSIONES SIMPLES Y VALORACIÓN MÉDICO FORENSE.

Las contusiones simples debidas a la capacidad o no para producir una solución de continuidad, podemos dividir las en:

Contusiones simples con integridad de la piel, pudiendo darse cuatro tipos específicos de lesiones:

- Equimosis.
- Contusiones profundas.
- Derrames de serosidad.
- Derrames cavitarios.

Contusiones simples con lesión cutánea, producidas porque el efecto contuso excede la capacidad de elongación y de flexibilidad de la piel y es vencida, produciéndose una solución de continuidad.

- Erosiones.
- Heridas contusas.

A continuación describiremos cada una de estas contusiones.

Equimosis.

Son contusiones simples sin afectación de la integridad de la piel que se caracterizan por el dolor y el derrame; el primero por afectación de los nervios de la zona afectada y el segundo por desgarramiento de vasos sanguíneos o linfáticos. El tipo de derrame dará el color característico a la lesión externa visible en la piel y según el volumen del mismo derrame dividiremos las equimosis en:

- Equimosis como tal (llamado cardenal, moretón, morado).
- Equimoma (de mayor extensión).
- Sugilaciones o equimosis de succión, ovalados, por la acción del orificio bucal y que son típicos en relaciones amorosas.
- Petequias o equimosis en forma de punteado, muy habitualmente agrupadas.
- Hematoma o equimosis por colección de sangre en una bolsa

subcutánea y rotura de vasos más importantes que en las anteriores equimosis. Su abultamiento y cambios de coloración (por degradación de la sangre) permiten hacer estudios médico-legales que se verán más adelante.

- Bolsa sanguínea: hematoma de mayor dimensión, con relieve en la piel y posible evolución a formación quística endurecida.

Las equimosis suelen aparecer en la zona donde actuó el agente agresor que dio el golpe y su intensidad puede verse modificada, en ocasiones, por factores individuales como ocurre en niños o ancianos, mujeres o personas con trastornos hemorrágicos. En su forma, las equimosis pueden ser redondeadas, alargadas, digitadas (por la acción de la mano o los dedos) o de forma cuadrangular, según la estructura del objeto usado en la agresión.

Contusiones profundas.

Estas contusiones simples, con piel íntegra, se deben a la violencia aplicada a una zona del cuerpo sin estructuras óseas subyacentes, como ocurre en golpes sobre el abdomen. En estos casos, la piel puede estar poco afectada pero será en las vísceras internas donde se apreciarán la contusión resultado del traumatismo. A su vez podemos distinguir:

- *Equimosis profundas*: sobre todo en los músculos. Debe tenerse en cuenta que no se revelarán en la piel hasta dos o tres días después del traumatismo por lo que, si la víctima fallece antes, deberán examinarse bien en la autopsia los grupos musculares para comprobar que hubo la violencia sobre la zona.
- *Roturas viscerales*: estas roturas pueden darse bien por la acción violenta directamente o bien por la acción indirecta de fragmentos óseos producidos por fractura durante la agresión.
- *Derrames de serosidad*. Se conocen con el nombre de derrames de Morell-Lavallé y se producen cuando un traumatismo contusivo actúa tangencialmente sobre una superficie amplia del cuerpo, y la piel y el tejido subcutáneo se deslizan sobre una superficie resistente. El tejido que une la fascia a la piel se desgarran y esta se despegan en una gran extensión.

Este tipo de contusión que se observa con frecuencia por el paso de una rueda de vehículos automóviles, afecta especialmente la cara externa del muslo y región dorsolumbar, es decir, regiones de piel fácilmente deslizables sobre una fascia resistente.

En un principio no hay otros signos que los de la contusión superficial; a los 10 ó 12 días aparece la colección líquida formada por linfa con algo de sangre. La tensión que alcanza no es grande, pues es también escasa la presión del sistema linfático que la origina. Se percibe bien al tacto la sensación de onda (golpeando con un dedo en un extremo de la zona afectada, se percibe una oleada en la mano aplicada en el otro extremo). La linfa no se coagula, lo que explica la falta de tendencia a la curación por reabsorción espontánea de los derrames serosos.

Derrames cavitarios.

Son contusiones simples con piel íntegra que ocurren cuando el golpe se da sobre una cavidad anatómica como abdomen o el tórax. El traumatismo producirá derrame de sangre (hemáticos) o serofibrinosos, que a su vez pueden ser inmediatamente posteriores al traumatismo o bien retrasarse en el tiempo lo que puede plantear problemas diagnósticos que relacionen la violencia contusa y el derrame.

Erosiones y excoriaciones.

Son el resultado de contusiones simples sin integridad de la piel; generalmente se deben a un mecanismo de frotamiento que levanta las capas más superficiales de la piel. Se habla de erosión cuando la afectación es solo de epidermis y de excoriación cuando llega la lesión a la dermis, cuyo síntoma definitorio es la costra, que según su aspecto puede ser:

- Hemática: de color rojo oscuro, cuando fundamentalmente se compone de sangre extravasada.
- Serosa o amarillenta, cuando se compone de derrame linfático.
- Serohemática o rojo amarillenta, por mezcla de sangre y linfa.

En algunas ocasiones hablamos de erosión-excoriación es decir, una lesión (por ejemplo un arañazo lineal), que en sus extremos inicial y final es erosión y en el tramo intermedio excoriación.

Heridas contusas.

Son lesiones, por definición, contusas simples, con solución de continuidad de la piel, cuyo mecanismo de producción es la superación del límite de elasticidad de la piel, la cual se rompe cuando actúa el objeto agresor. Los agentes productores de heridas contusas pueden ser:

- Objetos densos y de borde agudo pero no cortante, tales como machetes, hachas, planchas de acero, tapaderas de cacerolas de acero, etc.
- Objetos que actúan sobre una región ósea de modo que es el hueso el que rompe la piel de dentro afuera; así sucede en golpes sobre la región periorbicular, en otras regiones del cráneo o en las alas ilíacas de la pelvis, todas ellas áreas muy implicadas en la violencia femicida, las craneales sobre todo por la capacidad de mortalidad que implican.

Las heridas contusas se caracterizan por sus bordes irregulares, contundidos, con puentes de unión entre los bordes por fibras titulares no rotas en la violencia y escaso sangrado por colapso de los vasos adyacentes.

Cuando la violencia aplicada excede el límite de resistencia de huesos y estructuras articulares, podemos encontrar:

- Fracturas y fisuras óseas (de distinta consideración o gravedad.)
- Luxaciones y esguinces (de diversas repercusión en la estática y dinámica de la articulación afectada).
- Hernias y protusiones de cartílagos intervertebrales.

El diagnóstico médico forense de las contusiones y su interpretación resultan de un gran interés en la investigación femicida.

TÍTULO 3

VARIANTES PSICOPATOLÓGICAS DEL AGRESOR EN LA
VIOLENCIA FEMICIDA.
VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA
HABITUAL CONTRA LA MUJER.

TÍTULO 3

VARIANTES PSICOPATOLÓGICAS DEL AGRESOR EN LA VIOLENCIA FEMICIDA.

VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA HABITUAL CONTRA LA MUJER

La violencia femicida (violencia ejercida contra las mujeres por el hecho de ser mujeres) siempre ha estado silenciada; aunque antropológicamente ha acompañado al ser humano desde nuestros orígenes. Vergonzoso es que nuestra sociedad del siglo XXI sigue manteniendo este silencio. Hace relativamente poco tiempo se ha comenzado a hablar de ello, pero fundamentalmente de la violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito intrafamiliar. Así ha habido reformas legislativas —que no parecen ser suficientes para abordar la problemática, toda vez que siguen pasando desapercibidas en el mundo las desapariciones de mujeres, los asesinatos y muchas de las violaciones. En la Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos, celebrada en el año 1993, se reconoció la violencia ejercida contra las mujeres como una grave violación de los Derechos Humanos. Además se responsabilizó a los Estados en la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Lo anterior dice relación con la existencia de países de nuestro entorno que niegan una de las más frecuentes violencias ejercidas contra las mujeres: las violaciones y abusos sexuales. Todo ello basado en que no existen datos y no existen estadísticas, especialmente cuando esta agresión se ejerce sobre mujer adulta. ¿Por qué entonces no pasean solas las mujeres y sin temor por cualquier zona urbana o rural a altas horas de la noche? ¿Por qué se toman tantas precauciones? La respuesta es sencilla, este hecho es invisible y trivializado porque la mujer debe demostrar una agresión sexual en base a las lesiones (de ser posible graves) que le han infligido (ante un cuchillo en el cuello o arma de fuego en el pecho, lo normal es no tener que golpear).

Pensemos en Ciudad Juárez (México): más de 300 mujeres violadas, mutiladas y asesinadas²². Lo primero que pasa por la cabeza de quienes leen en los diarios la noticia es que hay que estar loco para hacer esto, esto solo

²² Ver sentencia de 16 de noviembre de 2009, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México.

puede ser obra de un/os loco/s. Desmitifiquemos el término locura. Detrás de la mayoría de agresiones, en todas sus formas, contra las mujeres, no hay una enfermedad mental, hay otro tipo de problemas: culturales (muerte de niñas chinas, muertes por honor en países islámicos, “la maté porque era mía” de occidente...), políticos (genocidio en Ruanda donde se buscaba la muerte de mujeres y niñas para evitar el crecimiento de una etnia), o la violencia y brutalidad del ser humano que busca el dominio y control del físicamente más débil.

Hace unos años, una investigación de la Universidad Autónoma de Madrid reveló que alrededor de un 30% de estudiantes universitarios, masculinos, ejercían algún tipo de violencia hacia mujeres universitarias, en su mismo rango de edad, con las que mantenían relaciones. Al menos un 17% de los jóvenes agresores masculinos consideraban que cierto tipo de violencia era admisible, en determinadas circunstancias, hacia sus novias. Esos hombres jóvenes entendían que agredir a una mujer estaba justificado.

Un 7% de las mujeres en la muestra estudiada, es decir, universitarias, había experimentado una violación consumada o en grado de tentativa.

Cuando encontramos violencia masculina hacia la mujer en jóvenes universitarios apuntan a que existe un factor cultural alimentando esa violencia. El 17% de esos estudiantes justificaban su violencia, y un 6% de las mujeres, también entendían que algún tipo de violencia que recibían por parte de sus agresores tenía alguna razón. La comprendían bajo determinadas circunstancias. Existen pautas culturales, ligadas a la educación de género, que se encuentran en la raíz de la violencia masculina.

Pero independientemente de que la mayoría consideramos que existe un problema cultural en la violencia, se observa en los últimos años un incremento de la demanda de pericias médico-psiquiátricas. El fin de estas periciales es, fundamentalmente, valorar el estado mental de un acusado. En algunos países esta demanda incluso es preceptiva como parte del procedimiento. Sin embargo, no deja de ser controvertido, habida cuenta de que en la mayoría de los casos, estas personas nunca han presentado síntomas de índole psíquico y no cumplen criterios para ser diagnosticadas de un trastorno mental. En muchos casos se trata de malestares secundarios

a la situación procesal (síntomas una vez acusados y encarcelados), que no constituyen un trastorno mental.

El sufrimiento y el dolor, son inherentes a la condición humana, pero ahora no son considerados por nuestra sociedad como naturales y adaptativos, sino han pasado a ser considerados patológicos y por tanto tratables por el médico.

Es de gran importancia para los profesionales de la justicia el poseer una serie de conocimientos no solo jurídicos, sino también ciertos psiquiátricos, por la gran influencia de estos conocimientos en múltiples resoluciones judiciales.

A la hora de juzgar a un imputado, habrá que tener en cuenta las condiciones psíquicas del mismo, frecuentemente alegadas por la defensa. Pensemos en los casos donde se precise la observación, estudio y diagnóstico de personas que tras cometer un delito dan muestras de sufrir un trastorno psíquico, o cuando están esperando el juicio oral, incluso cuando están cumpliendo la condena.

Aunque la mayoría se realizan para valorar la imputabilidad del acusado, es decir, para relacionar la enfermedad mental y la comisión del delito.

La psiquiatría es la rama de la medicina que estudia las alteraciones o anomalías del lenguaje, del pensamiento, de las emociones, de la conducta, de los sentimientos, de las relaciones interpersonales.

La psiquiatría forense o psiquiatría legal estudia estos fenómenos psicopatológicos, los denomina y clasifica, relata cuáles son sus manifestaciones clínicas y la incidencia de estas manifestaciones clínicas en el comportamiento del sujeto. Todo ello lo pone en relación con el hecho enjuiciado en las llamadas consideraciones médico-forenses.

Este título se va a dividir en un primer capítulo que tratará sobre las clasificaciones de las psicopatologías o nosologías, las cuales se encuentran agrupadas en dos tipos de clasificaciones (DSM y CIE); posteriormente, dentro de este capítulo, nos referiremos a las manifestaciones clínicas de

aquellas entidades más importantes y frecuentes en el ámbito forense y las pondremos en relación con las agresiones femicidas.

Al hablar de la violencia femicida no podemos olvidarnos de la actual problemática del consumo de alcohol y drogas, por lo que dedicaremos un segundo capítulo a esta problemática tan frecuente, y un tercer capítulo al estudio médico forense de la simulación y disimulación de psicopatologías.

Sin olvidar lo anteriormente referido, solo un pequeño grupo de agresores a mujeres cumple criterios de diagnóstico de trastorno mental. Es por ello que nos referiremos a los aspectos más relevantes de los trastornos mentales desde la perspectiva médico-legal, y en especial de los casos de femicidio. Para ello seguiremos de referencia la Décima Clasificación de Enfermedades (CIE-X) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, revisión del texto DSM-IV publicado en el 2000).

En este título cuando nos refferamos al concepto de femicidio, deberemos entenderlos en su sentido sociológico y no en los términos del tipo penal previsto y sancionado en el inciso segundo del artículo 390 del Código Penal chileno.

Siempre hay que tener en cuenta que el perito médico sólo es medio de prueba para acreditar enfermedad o estado de salud, y no es un detector de mentiras, ni puede establecer culpabilidades. Cuando hablamos de términos como peligrosidad, pronóstico, nos estamos refiriendo a lo publicado en la literatura científica, basado fundamentalmente en datos estadísticos

La agresividad y violencia no es privativa de la enfermedad mental. Hay quien ha clasificado distintos tipos de violencia (FROOM 1989):

- *Violencia lúdica*: como ostentación de fuerza, su fin no es destruir ni matar.
- *Violencia vengativa*: cuyo fin no es defenderse, es la venganza. Típica violencia del hombre que le lleva a matar y destruir a su propia especie.
- *Violencia reactiva*: se emplea normalmente para defender la propia vida.

- *Violencia compensadora:* Se vengan de la vida por su propia incapacidad, por la necesidad de sentirse superiores en aquellos individuos que en realidad son frustrados y fracasados. Aquí podríamos englobar muchos casos de hombres violentos contra las mujeres.

Se incluye otro tipo de violencia, la violencia psicopatológica, ya que las anteriores no tienen que estar presentes en los enfermos mentales. La violencia del enfermo mental tiene relación, o bien con estados de ánimo alterados del maniaco que debe su violencia a la hiper excitabilidad y a la falta de autocritica, o bien, la del psicótico cuya agresividad es una respuesta a las ideas delirantes y alucinaciones con alteración del juicio de la realidad. Estos estados patológicos pueden verse inducidos o facilitados por el consumo de drogas de abuso y/o alcohol.

CAPÍTULO 1: HOMOLOGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES, SEGÚN CLASIFICACIONES INTERNACIONALES. 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRASTORNO Y ENFERMEDAD. 1.2. MANEJO DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES: DSM Y APA. 1.2.1. HOMOLOGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y CODIFICACIÓN. 1.2.2. RIGOR DE DIAGNÓSTICOS, FUNDAMENTOS Y VALIDACIÓN JURÍDICA. 1.3. TRASTORNOS MENTALES DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL. 1.3.1. ESQUIZOFRENIA. 1.3.2. TRASTORNOS DELIRANTES (PARANOIA). 1.3.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. 1.3.4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. 1.3.5. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPUTABILIDAD. RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL ESTADO MENTAL Y EL HECHO DELICTIVO IMPUTADO AL AGRESOR FEMICIDA.

CAPÍTULO 1: HOMOLOGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES, SEGÚN CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRASTORNO Y ENFERMEDAD.

Con frecuencia aquellas personas ajenas a la psiquiatría, incluso a la medicina, observan cómo médicos y peritos médicos utilizan términos como “padece enfermedad denominada...” y en otras ocasiones se refiere “padece un trastorno denominado...”. Por ello, es imprescindible hacer referencia a ambos conceptos, puesto que aunque pudieran considerarse sinónimos, no lo son.

En general y como señala el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) “los trastornos mentales no son en sí mismos enfermedades, sino agrupaciones de síntomas y conductas que discapacitan variablemente al individuo que la padece”. En las Clasificaciones Internacionales se sustituye la palabra “enfermedad” por “trastorno”, ya que evita los problemas que plantea utilizar el concepto de “enfermedad”.

Trastorno mental es todo signo (dato objetivo, por ejemplo: fiebre) o síntoma (manifestación subjetiva, por ejemplo: angustia, tristeza) que afecte la vida familiar, social o laboral de una persona o a sus relaciones interpersonales. Es decir, todo síndrome psicológico o comportamental clínicamente significativo.

Por ejemplo: Una persona puede tener fobia a la visión de sangre, o sea signos (sudor, frío, palidez) y síntomas (miedo no racional) ante la presencia de sangre. Puede ser un problema psiquiátrico, si la persona trabaja en un servicio médico de urgencias (le incapacita seriamente en su actividad laboral), pero no así si es un astrofísico (puede llevar con normalidad su vida social, laboral y familiar sin que le afecte en ninguna esfera de su vida).

Otro factor importante a tener en cuenta cuando hablamos de trastorno mental, es que este síndrome o patrón no sea una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo: la muerte de un ser querido). Ni tampoco se puede considerar como trastorno mental el comportamiento desviado de un individuo de tipo político, religioso o sexual, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad.

Es por ello que ante los Tribunales los peritos médicos y en concreto en pericias psiquiátricas nunca nos pronunciamos sobre la “normalidad”, ya que no es concepto objetivo desde el punto de vista médico; lo que se podrá decir es si carece de alteraciones, o bien si existen alteraciones y de qué tipo.

1.2. MANEJO DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES: DSM Y APA.

1.2.1. HOMOLOGACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y CODIFICACIÓN.

Las nosologías pueden variar según los países, lo que genera complicaciones tanto a la hora del diagnóstico como en la unificación de tratamientos y en la elaboración de estadísticas con fines tanto científicos como administrativos.

La creación de las clasificaciones internacionales ha conseguido el consenso entre los profesionales de la psiquiatría, puesto que de esta manera se utiliza un lenguaje común. Todos sabemos a lo que nos referimos si hablamos de trastorno del ánimo o si decimos trastorno de personalidad por evitación.

Este lenguaje común entre todos los médicos ha permitido solucionar el caos existente durante décadas en la psiquiatría donde la misma patología era denominada de diversas formas según la Escuela, sobre todo el caos era más evidente en los casos de trastorno de personalidad.

Por fin, utilizar un concepto común hace posible que los profesionales se entiendan y también hace posible que las líneas de investigación tomen caminos comunes.

Existen dos clasificaciones internacionales: una dependiente de la Organización Mundial de la Salud denominada CIE-10 (su décima revisión), y otra dependiente de la Asociación de Psiquiatría Americana denominada DSM-IV-TR (en revisión la cuarta). En Chile, los profesionales psiquiatras realizan sus diagnósticos y estudios en base a la Clasificación dependiente de la OMS, o sea; CIE-10. No obstante, ambas clasificaciones son intercambiables, toda vez que los códigos y términos del DSM-IV son totalmente compatibles con el CIE-10.

Ambas tratan de codificar los diversos problemas emocionales y comportamentales humanos. La codificación permite aunar las nosologías, establecer los criterios para un determinado diagnóstico, el tratamiento adecuado y permite la comunicación adecuada entre los expertos y entre expertos y organismos gubernamentales y extragubernamentales (como la Organización Mundial de la Salud).

En el ámbito judicial también es importante que los diagnósticos dados por los peritos médicos hagan referencia a cualquiera de las dos clasificaciones, pues permite que los tribunales utilicen los mismos términos para denominar los trastornos mentales, evitando los términos obsoletos que inducen en muchas ocasiones a errores.

Por supuesto, contar con un manual que describe qué criterios debe cumplir un determinado trastorno es muy útil, pero no puede sustituir en ningún caso el criterio de un experto. Ninguna patología puede aplicarse por no profesionales; es necesaria una evaluación diagnóstica realizada por un experto y una dosis de sentido común. No es tan sencillo como encajar diagnósticos dentro de los criterios que se establecen.

Es fundamental tener en cuenta que para diagnosticar un trastorno mental o del comportamiento, siempre tiene que producir un malestar o deterioro grave y significativo a nivel social, laboral o familiar.

Además habrá que tener en cuenta para hacer el diagnóstico de un trastorno mental lo siguiente:

- Descartar el consumo de sustancias (historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio).
- Descartar enfermedades médicas.
- Establecer el límite con la ausencia de trastorno mental. Muchos de los estados descritos en el manual están cerca del límite de la normalidad. Insisto por su importancia: los síntomas deben causar problemas clínicamente significativos.
- Descartar siempre la simulación. En el contexto judicial (cárceles, salas de juicios) no es infrecuente que el examinado finja síntomas para obtener un beneficio, ya sea conseguir la inimputabilidad, obtener drogas o evitar la comparecencia a juicio, por lo que siempre ha de tenerse en cuenta. Existe cierto recelo en la profesión médica en llegar a esta conclusión, pues la apreciación de que se producen síntomas de forma voluntaria es una apreciación subjetiva del examinador.

CIE-10.

Es la Décima revisión de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

En el CIE-10 cada trastorno se acompaña con una descripción de sus características clínicas principales, y de unas características secundarias. A continuación aparecen las pautas para el diagnóstico y el número y los síntomas específicos para poder hacer el diagnóstico, con un cierto grado de flexibilidad.

Como venimos diciendo, constituye un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países, que sirve para definir las categorías de la clasificación de los trastornos mentales. Esta clasificación es multiaxial, es decir, utiliza tres ejes:

- Eje I: Incluye los diagnósticos clínicos, tanto los trastornos mentales como los somáticos.
- Eje II: las discapacidades: el cuidado personal, el funcionamiento familiar y el comportamiento social.

- Eje III: Los factores ambientales y circunstanciales. Valorará todos los problemas relacionados con la niñez, el ambiente social, desempleo, problemas legales, etc.

Codificación DSM-IV-TR.

Esta clasificación americana, igual que la anterior, describe una serie de características clínicas que presenta un trastorno mental. Al proporcionar unos criterios diagnósticos de cada trastorno mental, lo que intenta conseguir es el aumento de la fiabilidad diagnóstica.

En esta clasificación los trastornos se agrupan en 16 categorías diagnósticas. El sistema de evaluación también es multiaxial, es decir, que evalúa al individuo a través de diversas variables y que consta de cinco ejes. Estos ejes valoran el trastorno mental, cualquier otro tipo de enfermedad médica no psíquica pero que tiene relación, las circunstancias sociales y ambientales y el nivel de capacidad o incapacidad del sujeto como consecuencia de su enfermedad mental:

- Eje I: todos los trastornos mentales principales, es decir con excepción de los trastornos de personalidad, retraso mental y actividad intelectual límite.
- Eje II: trastornos de personalidad, retrasos mentales y actividad intelectual límite.
- Eje III: enfermedades médicas co mórbidas, o sea, cualquier enfermedad médica asociada que puede ser causa del trastorno mental o bien el resultado del trastorno. Por ejemplo: Un alcohólico puede tener en su eje III una cirrosis hepática. Esta enfermedad médica no es psíquica pero tiene relación con su patología mental, que sería trastorno por dependencia de alcohol.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales, que puedan afectar al diagnóstico, esto es, los factores estresantes. Estos pueden ser positivos, como mejoras salariales, o negativos, como la pérdida del empleo. En la valoración de las circunstancias sociales y ambientales, el clínico podrá hacer un pronóstico y plantear recomendaciones en el tratamiento, pero para los peritos forenses es importante porque se puede hacer un diagnóstico probable

de peligrosidad, ya que en ellos se encuentra, en muchas ocasiones, la clave de conductas desajustadas.

- Eje V: en este eje se evalúa el funcionamiento global del individuo, tanto a nivel social, laboral y también en el plano psicológico. Este eje se evalúa en puntos del 100 al 0 según el nivel de funcionamiento global del individuo, y esto nos sirve para realizar un pronóstico del trastorno. Por ejemplo: una persona si tiene un buen o elevado funcionamiento global antes de padecer un episodio psíquico, su pronóstico será mejor.

1.2.2. RIGOR DE DIAGNÓSTICOS, FUNDAMENTOS Y VALIDACIÓN JURÍDICA.

El uso de estos manuales de clasificación de enfermedades mentales permite por tanto un mayor rigor en los diagnósticos, al tener en ellos los criterios diagnósticos específicos para cada trastorno mental. Pero debemos tener en cuenta que la aplicación de estos manuales requiere un entrenamiento especial y que por tanto solo deben ser aplicados por profesionales que tengan conocimientos y habilidades clínicas. No son libros de texto.

Antes de llegar a un diagnóstico hay que tener en cuenta varios factores, salvo que queramos correr el riesgo de errar en diagnósticos. Siempre habrá que tener en cuenta:

- *Valoración cultural.* Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un determinado grupo étnico puede realizar diagnósticos erróneos, cuando en realidad se trata de variaciones normales del comportamiento para esa cultura, como por ejemplo ocurre en determinadas prácticas religiosas.
- *Limitaciones.* No todos los individuos que padecen un trastorno son iguales. Cada persona enferma de una manera y por tanto las manifestaciones son heterogéneas, por ejemplo, una depresión no es igual en un país oriental que en un país occidental de cultura cristiana en cuanto a manifestaciones clínicas. El cuadro clínico es el mismo pero sus manifestaciones difieren para la misma patología, en virtud no solo de factores personales, sino de factores sociales, culturales, económicos, etc.
- *Juicio clínico.* Puede existir riesgo de mala utilización cuando son

empleados por personas no debidamente cualificadas, ya que los criterios clínicos se usan solo como guía.

Respecto a su uso en el ámbito forense y validación jurídica, se ha descrito la importancia de los Manuales de Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento en el ámbito clínico, cuya importancia viene dada por la necesidad de homogeneizar la nomenclatura de los trastornos mentales. Importante para los diagnósticos, para la realización de trabajos científicos y para la comunicación de estadísticas de salud pública de organismos nacionales e internacionales. Pero en el ámbito judicial, también es importante su utilización, no exenta de inconvenientes, pero en el que las ventajas predominan.

Como ventajas, se destacan las siguientes:

- Aumenta el valor y fiabilidad de un dictamen legal.
- Puede ayudar al entendimiento de los rasgos relevantes de los trastornos a las personas que toman decisiones legales.
- Y además sirve de control para las especulaciones no fundamentadas sobre trastornos mentales y modos de actuar de los individuos que, por desgracia, a veces observamos en periciales de este tipo.
- Permite aunar las nomenclaturas en las sentencias judiciales, lo que se traduce en el abandono de las terminologías obsoletas que crean errores en la interpretación de las mismas.

Sin embargo, debe tenerse presente que el uso fuera del ámbito clínico y de investigación puede llevar a utilizaciones erróneas, puesto que cumplir criterios de un diagnóstico no supone necesariamente que pueda tener relevancia en el ámbito judicial, en especial puede no tener relevancia en temas de imputabilidad y por ende responsabilidad penal.

Realmente esto es una aberración y un gran desconocimiento tanto del campo médico-legal como jurídico (debemos pensar en las bases sobre las que se sustenta la imputabilidad).

Hay que tener en cuenta que:

- *Establecer la existencia de un trastorno mental no supone relevancia por sí mismo a nivel legal, a no ser que ese diagnóstico incluya información sobre el deterioro funcional y afectación de las capacidades de esa persona en concreto.*
- *Un diagnóstico concreto no denota un grado específico de deterioro o discapacidad.*
- *Tampoco supone en ningún caso implicación sobre el grado de control que puede tener sobre sus comportamientos un individuo, asociados al trastorno del que ha podido ser diagnosticado.*
- *Es más, aunque la falta de control sea un síntoma del trastorno que padece, ello no supone que sea o haya sido incapaz de controlarse en un momento determinado.*

Por todo lo anterior existe el riesgo de que los tribunales malinterpreten o empleen de forma incorrecta las categorías y definiciones contenidas en estos manuales.

Es por ello que se considera la necesidad de formar a los profesionales en el manejo de estas clasificaciones, incluso la de su interpretación, así se podrá adaptar los peritajes forenses a los términos y conceptos de uso jurídico, como arrebató, obcecación o trastorno mental transitorio, que no son propios de la práctica clínica, pero sí de la terminología jurídica.

1.3. TRASTORNOS MENTALES DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL.

1.3.1. ESQUIZOFRENIA.

El grupo de las Esquizofrenias y los Trastornos Psicóticos es el que, sin lugar a dudas, se identifica más con el paradigma de la locura.

Etimológicamente esquizofrenia significa escisión de la personalidad, y es exactamente lo que ocurre, la ruptura de la personalidad y, por ende, de todos los mecanismos psíquicos normales. Son los trastornos mentales más alienantes, los que generan comportamientos más anómalos, extraños y bizarros y a menudo tienen una evolución crónica hacia el deterioro de la personalidad y la invalidez social.

La esquizofrenia supone una ruptura de contacto con la realidad. Los síntomas más característicos de la esquizofrenia los podemos dividir en:

Ideas delirantes.

Una de las características del pensamiento patológico se manifiesta en las ideas delirantes. Una idea delirante es toda idea o creencia falsa, patológica e irreductible a toda la argumentación lógica (que no se rectifican con el razonamiento) y que no es compartida por personas pertenecientes a su grupo socio cultural.

Las ideas delirantes son una alteración cognitiva (creencias firmes patológicas que no son reales).

Ejemplo: Imaginemos que dos personas creen que la tierra es de forma plana. Una de estas personas tiene esta creencia por ignorancia; si le argumentamos con lógica, podremos sacarla de su error; luego es reductible a la argumentación lógica, por tanto no es una idea delirante. Pensemos en la otra persona que tiene la creencia de que la tierra es plana y no redonda porque mediante sus viajes astrales divisa la tierra, nos hacen creer que es redonda porque los astrofísicos han elaborado un complot para dominar el mundo. Lógicamente ante esta argumentación, por muchas explicaciones que demos no lo sacaremos de su error; por tanto, es irreductible a la argumentación lógica, por lo que es una idea delirante.

En la esquizofrenia, a diferencia de otros trastornos de estirpe psicótica, las ideas delirantes son primarias, es decir, son absurdas, no coherentes ni lógicas, no derivan de ningún acontecimiento de la vida del enfermo (como en el trastorno delirante o paranoia) ni tienen relación con un estado afectivo del enfermo (como en el trastorno afectivo). Las ideas delirantes primarias son incomprensibles psicológicamente, son ilógicas y absurdas.

El conjunto de ideas delirantes forma un delirio. Podríamos decir que el delirio es la historia que nos cuenta el enfermo. Este delirio puede ser de tipo persecutorio, sintiéndose perseguido y dominado por fuerzas extrañas e invisibles (naves espaciales, atacado por rayos láser, etc.), delirio de referencia, delirio de celos, etc.

Alteraciones del juicio y raciocinio.

El pensamiento patológico dará lugar a fallos en el juicio y raciocinio. En realidad es una verdadera alteración cognitiva producto de las alteraciones delirantes y de las alteraciones del pensamiento.

Alteraciones del pensamiento.

Es el pensamiento ilógico y la pérdida de la capacidad de pensamiento abstracto.

El pensamiento esquizofrénico está basado en procesos extravagantes y que llegan a conclusiones alejadas de la realidad (pero acordes a su realidad), pese a estar dotados de inteligencia.

Para entenderlo añadiremos ejemplos de Arieti:

Pensamiento silogístico “La Virgen María era virgen; yo soy virgen; luego yo soy la Virgen María (establece identidades basadas en que posean uno de sus componentes idénticos). Pensamiento simétrico de la lógica “Juan es el padre de Pedro; así pues Pedro es el padre de Juan” (en ocasiones el pensamiento simétrico es cierto, por ejemplo “Juan es el primo de Pedro; luego Pedro es el primo de Juan”). Lo que ocurre es que el enfermo esquizofrénico no sabe cuando la utilización de la simetría es correcto o no.

Alteraciones del lenguaje.

El lenguaje, en ocasiones, resulta extravagante, cargado de simbolismo; en ocasiones, con repetición constante de un término sin sentido.

Alteraciones de la percepción (alucinaciones).

Alucinación es la percepción de algo sin que exista objeto o estímulo externo. O sea, alguien ve algo sin objeto, oye algo sin haber sonido o percibe algo sin que exista un estímulo táctil. Las alucinaciones más frecuentes en la esquizofrenia son las auditivas (oye ruidos, voces, voces que

le hablan, voces que hablan entre sí, voces que hablan de él, etc.). Unas veces escucha voces que no reconoce ni entiende, otras veces tienen características místicas: proviene de Dios o del demonio, otras veces lo insultan o amenazan, u oye sus propios pensamientos en forma de eco.

Trastorno de la afectividad.

Es característico el aplanamiento afectivo, es decir, la falta o disminución de respuesta afectiva y emocional que los hace indiferentes y apáticos. Incluso respuestas inapropiadas. Por ejemplo: el sonreír ante una situación traumática.

El curso de la esquizofrenia es crónico con una evolución en forma de brotes agudos, donde predominan los síntomas positivos (alucinaciones ideas delirantes, conducta extraña, trastorno formal del pensamiento); tras el brote se recupera, pero con cada nuevo episodio o recaída el deterioro del funcionamiento global es mayor, persistiendo los síntomas negativos o defectuales. Evoluciona en forma de fases de exacerbación y fases de remisión, pero después de cada exacerbación su estado no vuelve a ser el anterior.

Son síntomas negativos o defectuales:

- El aplanamiento afectivo. Es la expresión emocional disminuida.
- La alogia: es la pobreza del lenguaje. Sus respuestas son breves y lacónicas. Parece tener una disminución de los pensamientos.
- La abulia: la incapacidad para iniciar y persistir en las actividades dirigidas a un fin. De ahí la dificultad que presentan en la incorporación laboral, el estudio, etc.
- Además es característico en estos enfermos la falta de conciencia de enfermedad.
- La memoria, inteligencia y atención no están afectadas, aunque pueden estar bloqueadas y dar la sensación de demenciados.

Subtipos de esquizofrenia.

Dentro de la esquizofrenia existen varios subtipos definidos por los signos clínicos, que además también están relacionados con el pronóstico de la enfermedad, estos son:

- *Esquizofrenia paranoide*, se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones auditivas con conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.
- *Esquizofrenia desorganizada* (antes llamada hebefrénica), se caracteriza por lenguaje y comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada. Las ideas delirantes y alucinaciones son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.
- *Esquizofrenia catatónica*, en ella están presentes fundamentalmente las alteraciones psicomotoras que puede incluir el negativismo, el mutismo. La actividad motora excesiva o la inmovilidad.
- *Esquizofrenia residual*, la llamamos así cuando ha tenido un episodio esquizofrénico y ya no son patentes los síntomas positivos, pero permanecen los negativos, y los positivos pueden estar atenuados.

Criminalidad.

La criminalidad del enfermo esquizofrénico no es frecuente, pero es cierto que conocemos los casos, porque tienen gran repercusión en los medios de comunicación.

Los actos femicidas de estos enfermos suelen estar dirigidos a su grupo familiar. Hay que considerar que estos enfermos presentan aislamiento social y serias dificultades de establecer relaciones interpersonales. Por otro lado, viven junto a su familia, siendo frecuente que sea la progenitora la encargada de su cuidado, por lo que muchas de sus conductas violentas irán dirigidas hacia ella.

En el caso de que su conducta violenta vaya dirigida a terceras personas ajenas al grupo familiar, suelen ser agresiones inmotivadas. Esta violencia inmotivada, lo es a la vista de los demás, no existe relación entre la víctima y el agresor, no se conocen, no hay historia entre ambos. Para el psicótico sí suele existir una motivación, si bien ésta es una motivación patológica; la violencia es respuesta y está en función de la actividad delirante o alucinatoria.

También hay casos, en la subvariedad paranoide, en los que la actividad delictiva no sólo no es impulsiva sino que pudiera plantearse que es premeditada. Y efectivamente, éstos enfermos antes de pasar a una acción, están un tiempo, que hasta puede ser de años, calculando, pensando cómo hacerlo y buscando el mejor momento para ejecutarlo. Existe efectivamente premeditación, pero puede ser una premeditación patológica, un síntoma y manifestación más de la esquizofrenia.

Existen casos de difícil sospecha de heteroagresividad porque el enfermo esquizofrénico no ha presentado sintomatología productiva (no ha presentado delirio, alucinaciones), sino conductas extravagantes. Por lo que nunca han recibido tratamiento.

Entre los pacientes con delirios paranoicos, bien sistematizados, sus actos homicidas tienen relación con el tema de su delirio.

En los países con baja tasa de homicidios, la mitad de los mismos son atribuidos a enfermos esquizofrénicos. Y en los países con una alta tasa de homicidios, la tasa de agresores esquizofrénicos es mucho menor.

1.3.2. TRASTORNOS DELIRANTES (PARANOIA).

Bajo el epígrafe de trastornos delirantes se incluyen aquellos trastornos que antes de denominaban como paranoia. Los trastornos delirantes se caracterizan porque sus síntomas principales son los delirios. Son delirios que no son extravagantes como los de los esquizofrénicos, ni tiene alucinaciones ni aplanamiento afectivo.

Los trastornos delirantes se caracterizan por:

- Aparición de un tema delirante que perdura en el tiempo.
- Típicamente no aparece otra sintomatología de stirpe psíquica (alucinaciones, empobrecimiento afectivo).
- El contenido del delirio y el momento de aparición suele tener relación con alguna experiencia de la vida del sujeto, es decir, formado por ideas delirantes secundarias a acontecimientos de la vida del enfermo.
- Conserva íntegras la inteligencia, memoria, lucidez de la conciencia y capacidades de juicio y raciocinio, siempre que no afecte al tema del delirio.
- Temas más habituales del delirio:
 - Perjuicio. Cree patológicamente que se le pretende hacer daño. Puede ser:
 - Persecución: es el tema más frecuente de delirios. Se creen perseguidos con el fin de causarle algún mal físico (herir o matar) o psíquico. Algunos pueden responder a la persecución, persiguiendo a los supuestos perseguidores y pueden llegar a cometer actos violentos.
 - Envenenamiento: Creen estar siendo envenenados de forma intencionada en las comidas o medicinas.
 - Pleitista o de litigio. Inician pleitos para conseguir resultados que ellos consideran justos, y al no resolverse satisfactoriamente, dan lugar a múltiples pleitos y a recurrir constantemente a instancias judiciales superiores. Incluyen en su delirio a autoridades, jueces y abogados
 - Celos. Merece la pena detenerse en el estudio de este delirio que puede ser causa de femicidio intrafamiliar. El eje fundamental de este delirio parte de la creencia del engaño e infidelidad por parte de la pareja. La forma de actuar según el padecimiento sea de hombre o de la mujer varía sensiblemente. En el caso de ser un varón el portador del padecimiento, la forma de actuar es característica:
 - Constantemente percibe pruebas de su convicción patológica y considera que éstas son claras indicaciones de las relaciones adulteras de su pareja: llamada de teléfono equivocada, desorden de ropas, etc. Busca las pruebas de forma activa: pelos, semen, entre otras.

- Realiza interpretaciones patológicas dirigidas también a la pareja: ropa nueva, brillo especial en los ojos, etc.
- Duda de la paternidad de los hijos. Incluso solicitan pruebas de paternidad, y en caso de comprobar su paternidad refiere haber sido manipuladas.
- La prueba más buscada es la confesión del cónyuge infiel. Sometida constantemente a un interrogatorio sobre supuestos amantes, la prueba de la confesión cada vez es buscada por métodos más violentos, llegando a la agresión física y en ocasiones al homicidio.

Esta psicopatología es quizás la que con mayor frecuencia acaba con la muerte de la mujer.

Ejemplo: Hombre acusado de haber agredido físicamente a su esposa. En el reconocimiento se mostró correcto y colaborador. Matrimonio estable hasta el inicio de la problemática actual, que refiere comienza hace aproximadamente dos años.

Antecedentes personales: en su juventud consumo abusivo de alcohol. Casado a los 25 años, manifiesta, en el contexto de consumo alcohólico, haber agredido en ocasiones a su mujer. A partir de los 35 años y tras problemas físicos abandona el consumo alcohólico, deja de agredir a su mujer y desde entonces no habían tenido problemas matrimoniales ni situaciones de maltrato.

Desde aproximadamente dos años, y sin relación con consumo alcohólico, ya abandonado, comienza a estar convencido de la infidelidad de su esposa. Esto lo refiere con gran vehemencia incluso dice poder aportar “pruebas irrefutables”.

En la entrevista con la esposa, ésta manifiesta que ha sido agredida tras plantear la separación matrimonial ante una situación límite. Dice que desde hace tiempo la acusa de infidelidad, pero desde hace poco las manifestaciones son descabelladas e irracionales. La acusa de tener múltiples amantes, de comunicarse con ellos a través de las luces de casa y de correr las cortinas de las ventanas. Cuando en la calle se cruzan con coches, las luces de los mismos, son señales hechas a su mujer. Las llamadas de teléfono equivocadas, intentos de ponerse en comunicación con ella. La acusa de levantarse sigilosamente por la noche para acostarse con otros hombres mientras él duerme. Y para comprobarlo, hace marcas de donde se encuentran las sillas y los muebles por la noche y pone en las cerraduras y en los picaportes cinta adhesiva. Todo ello para demostrar que entran los amantes por la noche en casa. Los hijos corroboran estas manifestaciones.

1.3.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

Los trastornos afectivos tienen como característica principal las alteraciones graves del humor, bien en sentido de depresión bien en el sentido opuesto, manía. La clasificación DSM-IV los divide en tres partes, una primera que son los episodios afectivos, la segunda que son los trastornos del estado de ánimo y la tercera que son las especificaciones. Por su interés en el ámbito legal describiremos la primera parte que son los episodios afectivos, pues son aquellos en los que los síntomas son más graves. Son el trastorno depresivo mayor que sólo presenta episodios depresivos y el trastorno bipolar I, que presentan episodios depresivos y maniacos. En los llamados trastornos del estado de ánimo como el trastorno distímico y el ciclotímico, los síntomas son menos graves que los trastornos afectivos.

Depresión.

Es una alteración grave del humor caracterizado por:

- Intensa tristeza vital: tristeza sin causa que lo justifique.
- Disminución de la actividad psicofísica.
- Pueden aparecer ideas delirantes en relación con su estado de ánimo. Las ideas delirantes tienen relación con el estado de ánimo del enfermo, es decir, serán ideas de desesperación y tristeza. Por ejemplo: “No sirvo para nada” “Estoy arruinado y mi familia morirá de hambre”. “Solo he hecho el mal, soy un pecador”
- Mantiene íntegras el resto de funciones psíquicas, pero no es capaz de ponerlas en juego.

Manía.

Es una alteración grave del humor caracterizada por:

- Intensa alegría vital.
- Aumento de la actividad psicofísica.
- Pueden aparecer ideas delirantes en relación con su estado de ánimo. En este caso las ideas delirantes serán de grandeza o de híper valoración del yo.

Criminalidad.

En general, los trastornos afectivos no tienen una criminalidad elevada. En el caso del trastorno depresivo mayor el riesgo es el suicidio, y como criminalidad ligada a este acto sería el denominado suicidio ampliado, donde el enfermo mata a la familia “para que no sufra” y posteriormente se suicida.

Los cuadros maniacos son los que plantean más problemas en el ámbito judicial. En la fase activa de la enfermedad y debido a ese estado de ánimo alegre y comunicativo, suele acompañarse de elevados gastos económicos que pueden suponer la ruina de la familia. Pero una característica de los maniacos son las frecuentes crisis de irritabilidad incluso agresión cuando se oponen a sus deseos. En estos casos podría agredir al entorno familiar.

Los cuadros maniacos y depresivos evolucionan en forma de brotes con periodos ínter críticos libres de síntomas.

1.3.4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

La personalidad se define como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y en condiciones normales. Un trastorno de la personalidad supone una variante de los rasgos de carácter, que van más allá de lo que normalmente presentan la mayoría de las personas. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan malestar o deterioro funcional significativo, es cuando constituyen un trastorno de la personalidad.

Los rasgos de personalidad son los aspectos destacados de la personalidad y no implican patología. Los trastornos de la personalidad son modelos de conductas persistentes e inflexibles ante situaciones personales y sociales que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable en el tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto o su entorno.

Hay que diferenciar entre lo que son variantes de la personalidad y lo que son trastornos de la personalidad. Debemos diferenciar entre particularidades individuales en el tipo de vida de los individuos y lo que es una alteración morbosa de la personalidad.

*Según el DSM-IV, para que un patrón de personalidad se convierta en un trastorno de personalidad, ha de cumplir con las siguientes características:
Los trastornos de personalidad se muestran en su totalidad en la edad adulta, si bien son evidentes en la adolescencia o incluso en etapas infantiles, afectan a diversos factores psíquicos, son conductas persistentes y han de originar malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.*

Tipos clínicos.

El DSM-IV, establece 10 tipos clínicos, completamente aceptados y dos más propuestos para estudios. Los rasgos más característicos de cada uno de ellos son, haciendo hincapié en aquellos de mayor interés médico legal, los siguientes:

Trastorno paranoide de la personalidad. Se caracteriza por la desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas y que aparecen en diversos contextos. Se manifiesta por:

- Sospecha, sin base suficiente, de que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o los van a engañar.
- Preocupación y dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos o socios.
- Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
- En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
- Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
- Percibe ataques a su persona o a su reputación, que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.

- Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

Trastorno esquizoide de la personalidad. Se caracteriza por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal.

Trastorno esquizotípico de la personalidad. Se caracteriza por un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Trastorno antisocial de la personalidad. Se caracteriza por:

- Un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, aunque hay que tener en cuenta que este trastorno no es sinónimo de criminalidad.
- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
- Deshonestidad; indicada por mentir repetidamente, utilizar alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- Impulsividad e incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

Trastorno límite de la personalidad. Patrón general de inestabilidad; en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Caracterizado por:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternativa entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para el mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o conductas automutilantes.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno histriónico de la personalidad. Definido por un patrón de emotividad generalizada y excesiva y conductas orientadas a buscar atención de los demás.

Trastorno narcisista de la personalidad. Las personas con este trastorno están necesitadas de estimación, pretenden ser grandiosas y están a menudo carentes de empatía. Preocupadas por ser admiradas, tienen fantasías de éxito ilimitado o elaboran historias de amor fantásticas. Pueden ser ambiciosos y muy sensibles a críticas o frustraciones.

Se sienten mejores que los demás, especiales o únicos y esperan de los demás un trato mejor y diferente. Pueden aprovecharse de otros, y no es raro que sientan envidia o crean que se les tiene envidia.

Las repercusiones forenses son escasas, salvo que se asocie a otros trastornos psíquicos, como el consumo de sustancias.

Trastorno de la personalidad por evitación. El retraimiento e inhibición social es el rasgo más habitual de este trastorno.

Trastorno de la personalidad por dependencia. La necesidad de que se ocupen de ellas, así como la sumisión a otras personas con percepción

de uno mismo como inútil, incapaz o falta de resistencia para funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás, configuran este trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. El patrón esencial viene caracterizado por la preocupación excesiva por el orden, indecisión y ansiedad, perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.

Es necesario centrarnos en el trastorno antisocial de la personalidad, por ser el más diagnosticado entre la población reclusa en general y autores de homicidios en particular.

Diagnóstico equivalente en CIE-10- Trastorno disocial de la personalidad.

Clásicamente se denominó psicopatía o personalidad psicopática a aquellos que no padecían un trastorno mental, es decir, el estado mental está intacto, pero su único rasgo era la inadecuación a las normas sociales y éticas de la sociedad donde vive.

La primera cuestión es si el trastorno antisocial de la personalidad debe considerarse un trastorno mental o no. El concepto siempre ha sido polémico, dada la dificultad de trazar una línea divisoria entre conducta normal y anómala que sea independiente de los valores culturales locales y de las normas sociales de donde procede. Unos argumentos manifiestan que no debe ser considerado como trastorno mental, en base a que no existe tratamiento. Y sobre todo, porque si se incluye pueden, estos individuos, quedar exentos de su responsabilidad por sus actos, varios autores (Lewis, Blackburn) han considerado que el concepto de trastorno antisocial de la personalidad es particularmente susceptible de malos entendidos y abusos. A pesar de ello el trastorno se mantiene incluido.

No todas las personas responsables de un delito presentan un trastorno de personalidad. Existen individuos que son delincuentes sin más y eligen

como forma de ganarse la vida las actividades criminales, pero no cumplen los criterios. Si una persona ha cometido un delito debemos evaluar fundamentalmente si ha consumido drogas de abuso, si padece un trastorno afectivo o una esquizofrenia. La personalidad que con más frecuencia se encuentra entre los delincuentes es la antisocial, si bien las tendencias antisociales, que tienen la mayoría de los criminales, no pueden atribuirse solamente al trastorno de la personalidad.

Quizás sea el trastorno en que las dificultades de definir lo que es constitucional o ambiental sean mayores, pues ambos factores están imbricados y además es un trastorno que se presta a consideraciones de todo tipo.

Si bien, crimen y personalidad antisocial no son consecuencias necesarias, no hay duda que un número importante de criminales y gente violenta son personalidades antisociales, de modo que si nos enfrentamos al problema del crimen y la violencia, acabaremos tropezando con la personalidad antisocial. De hecho, estas personas pasan la mayor parte de su vida privados de libertad, en prisiones.

Desde el punto de vista clínico estas personas pueden aparecer como normales, incluso hasta agradables. Sin embargo, su historia revelará todas sus áreas disfuncionales: peleas, robos, mentiras, fugas del hogar, consumo de drogas ilegales, etc. Un hallazgo característico en ellos es la carencia de remordimientos ante las situaciones que provoca. Clínicamente sus características principales son (Vallejo-Nájera):

- **Pobreza general de sus reacciones afectivas.** Sus actos antisociales no les crean sentimiento de culpa, ni remordimiento, ni angustia, ni ningún estado afectivo como el que se le produciría a cualquiera en las mismas circunstancias. Ej. Pensemos en una agresión sexual múltiple, varios agresores participan y observan los hechos, pese al sufrimiento de la víctima, que llora e implora, no parece hacer merma en los sentimientos de los agresores. A cualquiera de nosotros nos impacta y repugna la escena, incluso cuando la observamos en el cine a sabiendas de que no es real. No tiene sentimientos de culpa o arrepentimiento.
- **Incapaz de aprender por experiencia.** Este hecho es importante porque en él se basa el mal pronóstico del trastorno. Pese

al castigo, transcurrido éste persiste en la repetición de sus actos antisociales. El castigo u otras consecuencias negativas de sus actos, no parecen suficientes como para motivarlos en sentido de una mayor adecuación y adaptación social.

- **Impulsividad, e incapaz de planificar su futuro.**
- **Falta de autocrítica.** Incapaz de ver y juzgar su comportamiento, falta de remordimientos, lo que se evidencia en su indiferencia o en la justificación de haber dañado o maltratado.
- **Superficialidad de sus relaciones afectivas.** Pocas veces establece lazos afectivos, y si los establece, éstos son superficiales. Puede ser promiscuo y tener varias relaciones, pero no se compromete. En caso de tener hijos, puede abandonarlos o no ocuparse económicamente de ellos.
- **Desprecio a la verdad.** Es frecuente la mentira en ellos, en especial si es para la obtención de algún beneficio. Sus mentiras se caracterizan porque las realiza con gran tranquilidad, en gestos y mímica.
Es habitual encontrar, en Centros Penitenciarios, reclusos de actos tremendamente violentos cuyo comportamiento en prisión es inmejorable: participan en terapias, talleres y en cualquier actividad que suponga un posterior beneficio penitenciario. Obtienen buenas puntuaciones objetivas respecto de su rehabilitación. Sin embargo, todos tenemos el sentimiento subjetivo de la peligrosidad del sujeto, que por desgracia en ocasiones se ha demostrado.
- **Inteligencia técnicamente inalterada.** Mantienen sin defecto sus capacidades cognitivas.

El Trastorno Antisocial de la personalidad supone un patrón de comportamiento que se inicia muy pronto en la vida, generalmente antes de los 15 años de edad debe haber sido diagnosticado de un trastorno disocial. Siempre es necesario que existan pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años.

Por tanto lo podremos diagnosticar en base al estudio de su historia personal (escuela, trabajo, etc.) y en ausencia de alteraciones mentales.

No existe tratamiento; lo único eficaz es el paso del tiempo, que mitiga la realización de conductas antisociales.

Es importante diferenciar lo que es un trastorno antisocial o disocial de la personalidad de lo que es la conducta antisocial del adulto, que no se debe a un trastorno mental (no es un trastorno de conducta ni un trastorno del control de los impulsos ni un trastorno antisocial de la personalidad), en realidad es la conducta de un adulto (traficantes de drogas, ladrones, etc.) que nunca han sido sometidos a una exploración psíquica adecuada que permita determinar la presencia de un trastorno mental. Pueden ser personas normales que llevan una vida delictiva.

En realidad este diagnóstico lo hacemos por exclusión. La dependencia a sustancias hace difícil la diferenciación.

Criminalidad del trastorno antisocial.

Si bien se trata del tipo de personalidad que con más frecuencia se encuentra entre los delincuentes, a pesar de ello, las tendencias antisociales de muchos individuos no se pueden considerar todas achacables a este trastorno.

Hay que tener en cuenta que son sujetos que mienten, manipulan, engañan y cometen repetidamente actos delictivos, por los que unas veces son detenidos y otras no. Las conductas delictivas que se observan son múltiples y de todo tipo: derivadas de la irritabilidad o agresividad: tales como reyertas, lesiones, homicidios, delitos contra la libertad sexual; o de la falta de respeto por la propiedad de otros: hurtos, robos, estafas.

Su falta de responsabilidad, origina conflictos familiares (malos tratos, abandono de las obligaciones familiares, separación o ruptura familiar) y laborales (ausentismo, abandono, accidentes laborales); o la búsqueda de beneficios económicos o placer: consumo y tráfico de drogas, conducción ilegítima o temeraria de vehículos, explotación sexual de otras personas, etc., delitos que se cometen con frialdad, sin consideración y en ocasiones brutalmente. Las decisiones se toman sin valorar las consecuencias, para satisfacción inmediata de necesidades o de forma impulsiva.

Trastorno de la personalidad sádico.

No obstante encontrarse excluido de las Clasificaciones Internacionales, la mayoría de forenses y psiquiatras forenses ha tenido alguna vez expe-

riencia con un grupo de individuos que presenta un patrón desadaptativo de larga duración, de conductas crueles, degradantes y muy agresivos hacia los demás. Ni la personalidad que presentan ni la observación de su conducta permite incluirlos en alguna de las categorías de la Clasificación Internacional. Valorados, se concluyó que un porcentaje elevado cumplía los criterios del llamado trastorno sádico. A pesar de que los psiquiatras forenses consideraran la necesidad de incluir dicha categoría, finalmente y ante la falta de datos empíricos que validen el diagnóstico, se excluyó su inclusión. Este trastorno resulta de gran interés para estudiar los asesinatos sexuales en el femicidio.

1.3.5. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA IMPUTABILIDAD. RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL ESTADO MENTAL Y EL HECHO DELICTIVO IMPUTADO AL AGRESOR FEMICIDA.

No todo acto delictivo es motivado por una conducta psicopatológica. En el caso concreto de la violencia femicida, podemos decir que solo contados casos son motivados por conductas psicopatológicas, o sea, solo un número escaso son obra de un enfermo mental.

Cuando tratamos con conductas delictivas extremadamente violentas e innecesarias, al ciudadano le tranquiliza encontrar una interpretación psiquiátrica del hecho, es decir, le tranquiliza pensar que “están locos”.

Por ejemplo: El caso de una chica que fue secuestrada por un grupo de chicos, entre ellos varios menores, llevada a un paraje solitario y agredida sexualmente por varios del grupo mientras los otros sujetaban a la chica y miraban. Posteriormente, la atropellaron con el coche, en repetidas ocasiones porque “todavía se movía”. Tras pasar varias veces el coche sobre el cuerpo y viendo que todavía respiraba, uno de ellos se acerca a una gasolinera donde compra un galón de gasolina. Rocía a la chica con la gasolina y la prende fuego.

Pues bien, por muy violenta que sea la conducta realizada, no presupone que sea obra de un enfermo mental. En este caso concreto, no existían alteraciones psicopatológicas destacables, ni siquiera podemos hablar de una conducta impulsiva de un disocial o psicópata. Se realizó de forma lúcida, entre ellos se encubrieron y de forma inteligente intentaron evitar la acción policial.

Es más, el hecho de padecer una determinada enfermedad mental tampoco presupone que la persona no pueda ser imputable de una determinada conducta antijurídica.

Pero existen casos en que detrás de una conducta violenta contra la mujer se encuentra un enfermo mental, en cuyo caso la conducta criminal será sintomática de un trastorno y en su origen estará la sintomatología psíquica.

Dependerá del tipo de trastorno no solo la motivación patológica, sino también su repercusión en la capacidad de conocer y valorar el acto criminal.

En la esquizofrenia, debe existir una relación directa entre el hecho y la patología psicótica.

En el trastorno delirante (paranoia), es mayor su peligrosidad que en los trastornos afectivos o en la esquizofrenia. Por las características de su patología mental y su intacta inteligencia, el paranoico puede ser un individuo muy peligroso. Su acto es producto de una mente patológica, pero por sus características, para los peritos médicos resulta, con frecuencia, difícil explicar al tribunal (y en general a los no versados en psiquiatría) su inimputabilidad. La premeditación, la frialdad, la falta de arrepentimiento y la integridad cognitiva, hacen que a menudo sea difícil dar a entender que su mente enferma altera el juicio de la realidad y por tanto la cognición, y nosotros actuamos conforme conocemos, por lo que su voluntad así mismo está condicionada por su mente enferma. Por supuesto, siempre que exista una clara relación entre el acto delictivo y la trama delirante.

En el trastorno antisocial de la personalidad, la mayoría de los peritos que trabajan en el área justicia considera que no tiene relevancia penal, al no afectar ni a la inteligencia ni a la voluntad, puesto que no es suficiente diagnosticar un trastorno mental. Para que éste sea relevante, el trastorno debe alterar las facultades intelectivas o volitivas.

CAPÍTULO 2: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EL ALCOHOL COMO FACTOR CRIMINÓGENO DE PRIMER ORDEN EN LA VIOLENCIA FEMICIDA. 2.1. ALCOHOL Y CRIMINALIDAD. PARALELISMO ENTRE PROGRESIVIDAD DE CONSUMO Y CONDUCTA ANTISOCIAL. 2.2. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA Y CRÓNICA (ALCOHOLISMO). 2.2.1. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO). 2.3. ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. 2.3.1. DERIVADOS OPIÁCEOS. 2.3.2. COCAÍNA. 2.3.3. DERIVADOS DEL CANNABIS. 2.3.4. DROGAS SINTÉTICAS. 2.3.5. OTRAS. 2.4. INVESTIGACIÓN ANALÍTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS DE ABUSO. 2.4.1. ENTREVISTA CLÍNICA. 2.4.2. EXAMEN PSICOPATOLÓGICO. 2.4.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-INVESTIGACIÓN ANALÍTICA. 2.5. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FEMICIDA. CRIMINALIDAD E IMPUTABILIDAD.

CAPÍTULO 2: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EL ALCOHOL COMO FACTOR CRIMINÓGENO DE PRIMER ORDEN EN LA VIOLENCIA FEMICIDA.

2.1. ALCOHOL Y CRIMINALIDAD. PARALELISMO ENTRE PROGRESIVIDAD DE CONSUMO Y CONDUCTA ANTISOCIAL

Actualmente se habla a menudo de “drogas” dejando aparte el alcohol como si no fuera un tóxico. Los que se dedican a la psiquiatría forense saben la frecuente intervención del alcohol en numerosos delitos, y en concreto los delitos relacionados con la violencia en el ámbito familiar.

Tradicionalmente se ha considerado al alcohol como factor criminógeno de primer orden porque los efectos del consumo, abuso o dependencia del alcohol sobre la conciencia, el juicio de la realidad, la personalidad y en definitiva la conducta, lo convierten en una frecuente fuente de conflictos.

El uso y el abuso del alcohol potencian conductas violentas y agresivas. Las alcoholemias del orden de 1 a 1,5 gr. por 1000 ml. producen, entre otros efectos, irritabilidad. Además, las inhibiciones de la corteza cerebral desaparecen, saliendo a flote todas las frustraciones, complejos y resentimientos, con la consiguiente violencia verbal y física (Souza y Chamorro).

Se dispone de múltiples estadísticas que relacionan el alcohol con el delito y establecen una alta proporción de población reclusa donde ha existido una relación del alcohol con el delito. También es cierto que no todos los reclusos son alcohólicos. Lo que sí es cierto es que el alcohol está relacionado con la violencia y la agresividad en todas sus formas. Los datos sobre criminalidad, en concreto homicida, muestran una relación tasa de

consumo de alcohol/ homicidio. Pero si bien es cierto que el alcohol está presente en muchos delitos violentos, también es cierto que no es posible establecer claras conclusiones, como refiere en un trabajo de investigación la prestigiosa revista médica Lancet (1990), porque existen numerosos estudios que muestran lo contrario, y rechazan la hipótesis de que el alcohol modifique la agresividad de los humanos; es más, se establece que la agresividad responde más a patrones culturales, y que los efectos del alcohol dependen en gran parte de la personalidad del sujeto.

Existen muchos mitos sobre el uso de alcohol y drogas, haciéndoles responsables de la causa y origen de actos criminales y violencia, especialmente contra las mujeres. Sin embargo, la agresividad y el consumo de drogas son parte de una forma de ser cuyo origen hay que buscarlo en una serie de factores, y que la asociación en muchos casos es accidental y en otros casos potencia las conductas latentes de estas personas.

El estado de embriaguez es un factor que contribuye al desencadenamiento de situaciones que conducen al individuo a cometer actos violentos, que en otras circunstancias habría evitado.

La acción del alcohol desbloquea las conductas reprimidas, entre ellas la agresividad, preferentemente dirigida a la familia. Si el consumo de alcohol es habitual, acaba produciendo un deterioro de la personalidad, convirtiéndose a la larga en un ser primitivo y asocial.

Los alcohólicos no forman un grupo homogéneo. En aquellos con conductas más violentas vemos que subyacen rasgos de personalidad, incluso, trastorno disocial de la personalidad que sería la base no sólo del alcoholismo, sino de la conducta violenta.

2.2. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA Y CRÓNICA (ALCOHOLISMO).

La intoxicación alcohólica aguda, ebriedad o borrachera es el trastorno mental inducido por el alcohol más común; de duración limitada, puede presentarse desde embriaguez leve hasta el coma. Ello va a depender de la concentración de alcohol en los tejidos, que a su vez dependerá de la velocidad con que se ha ingerido el alcohol, de la cantidad ingerida y del grado de tolerancia individual al alcohol.

Solamente el alcohol absorbido ejerce su acción, por tanto solo el alcohol que se halle presente en el torrente circulatorio. La eliminación del alcohol por el organismo se realiza a un ritmo constante e independiente de factores externos.

La acción del alcohol es de depresor del SNC (Sistema Nervioso Central). Actúa sobre las células nerviosas, primero deprime los mecanismos de inhibición, lo que conduce a comportamientos desinhibidos (a dosis relativamente bajas): disminución del juicio crítico, agresividad, intolerancia, comportamiento sexual inapropiado, etc.

Si se aumentan las concentraciones, ya no solo afecta a las funciones cerebrales superiores sino que se va produciendo un deterioro progresivo, que puede llegar a afectar a centros vitales y va desde la anestesia al coma y muerte.

No es posible dar cifras de alcohol en sangre concretas para determinar el estado en que se encontraría una persona puesto que la misma cifra de alcohol en sangre en distintas personas, tendrá en cada una de ellas un efecto distinto, dependiendo del grado de acostumbamiento (tolerancia) de cada persona al alcohol.

En relación a los efectos que tendría en la persona una determinada cifra de alcoholemia, cabe señalar que en medicina no es posible dar respuestas con cifras, pues es necesario conocer el cuadro clínico que presentaba el sujeto. Ya que dos personas con la misma cifra de alcohol en la sangre pueden presentar distintos grados de intoxicación etílica, la cual dependerá de varios factores, siendo el más importante el grado de tolerancia o habitualidad de la persona al consumo de bebidas alcohólicas.

Debido a esta tolerancia, los bebedores crónicos importantes pueden alcanzar altos niveles de alcohol en la sangre sin que se produzcan muchos de estos efectos.

Dividiremos la intoxicación alcohólica aguda en tres etapas, estableceremos las tres etapas en función de la cifra de alcohol en la sangre, para una persona de 70 kg. y sin tolerancia al alcohol:

1ª. A modo orientativo hasta 1 gr/l. En esta fase encontraremos: facies robicunda, ojos rojos y brillantes, locuacidad, pérdida progresiva de las inhibiciones.

En unas personas encontraremos que se muestran pretendidamente graciosas, cuenta chistes, cantan y con frecuencia se muestran impertinentes. Otras muestran la pérdida de inhibiciones por el lado sentimental, se vuelven hipersensibles, a cualquiera le comentan sus penas, amores y en ocasiones acompañado de llantos. Los que causan mayores problemas son aquellos cuya pérdida de inhibiciones se muestran con irritabilidad y agresividad.

En estos últimos tendremos los casos más frecuentes de agresiones físicas y sexuales. No obstante en este estado no existe alteración de la conciencia, no existe amnesia y conserva las funciones cognitivas y volitivas.

2ª. De 1 a 2 gr/l. En este estadio existen dificultades para mantener el equilibrio. Habla farfullarte, marcha zigzagante, presenta náuseas y embriaguez. En el límite superior, el individuo pierde la comprensión de sus actos, pero también pierde la capacidad para dirigir acciones.

3ª. Con cifras superiores a 3 gr/l, se encuentra somnoliento, incluso en fase de estupor y coma con peligro de fallecimiento cuando las cifras superan los 3,5 gr/l.

El informe pericial sobre el grado de intoxicación etílica nunca debe estar basado exclusivamente en la cifra de alcohol en la sangre. Es necesario:

- *Valorar los hechos y la conducta realizada por un presunto ebrio.*
- *Examen clínico general.*
- *Examen psiquiátrico.*
- *Examen neurológico.*
- *Alcoholemia en el momento de la detención.*

Todo ello es conveniente ya que una persona habituada a las bebidas alcohólicas tiene más resistencia o tolerancia al estado de intoxicación aguda o ebriedad, y para ello debe ingerir mayores cantidades que una persona

no habituada a beber. Por el contrario, un alcohólico crónico, por la afectación hepática, puede con mínimas cantidades de alcohol tener un cuadro de intoxicación aguda.

¿Cuándo es más peligrosa una persona que ha consumido bebidas alcohólicas?

La respuesta es en las primeras fases, cuando ha ingerido una determinada cantidad de alcohol que le permite la acción y que es más conflictivo, porque aumenta la accidentalidad, las agresiones, las peleas y la celotipia. sin que ello signifique una alteración de la conciencia.

Existe un cuadro denominado borrachera patológica también denominada idiosincrásica, que se caracteriza por graves alteraciones de conducta con gran agresividad y violencia, estando además desorientado y con alteración de conciencia en forma de confusión mental. Todo ello en una persona que ha consumido una pequeña cantidad de alcohol, que no generaría en otra persona efecto conductual alguno. El trastorno, que suele durar pocas horas, acaba con un periodo de sueño muy prolongado. Al despertar suelen referir amnesia lacunar de lo ocurrido durante el episodio de intoxicación. Son personas con una susceptibilidad alterada al alcohol, donde lo normal es que se presente en abstemios que rechazan la bebida por sus malas experiencias con ella.

2.2.1. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL (ALCOHOLISMO).

El término abuso o dependencia al alcohol o a cualquier sustancia de abuso es un cuadro psíquico que aparece en aquellas personas que consumen estas sustancias.

Es habitual que por parte de la defensa se solicite analíticas al agresor con el fin de determinar si el mismo es consumidor habitual de sustancias. Por supuesto ninguna analítica es indicativa del abuso o de la dependencia de un sujeto a las drogas o al alcohol, pues como hemos visto este diagnóstico se basa en el cuadro psíquico que presenta el individuo en relación con la sustancia.

Entendemos por dependencia a una sustancia ya sea alcohol u otras sustancias psicoactivas (CIE-10), cuando el individuo presenta manifestacio-

nes físicas, psíquicas o comportamentales por la sustancia, y esta sustancia es la máxima prioridad del individuo. Implica la presencia de fenómenos de tolerancia, abstinencia o el abandono de todas las fuentes de placer o diversión a causa del consumo, el individuo es incapaz de controlar el consumo de esa sustancia.

Tolerancia es la necesidad de ir aumentando la dosis para conseguir el efecto deseado, o el efecto disminuye con la misma cantidad de sustancia con el consumo continuado.

Abstinencia es la aparición de un síndrome tras la desaparición de los efectos de la sustancia, o bien, la desaparición o alivio del mismo tras la administración de esa sustancia.

Y entendemos por abuso o consumo perjudicial a una sustancia cuando por el consumo de ésta se produce una afectación física (por ejemplo gastritis alcohólica en el consumidor de alcohol) o de la salud mental (por ejemplo episodios depresivos secundarios al consumo excesivo de bebidas alcohólicas).

En realidad el diagnóstico de abuso y dependencia puede ser relativamente sencillo con aquellas sustancias que provocan tolerancia y abstinencia con sintomatología física, como ocurre con el alcohol y la heroína. Pero resulta muy complicado y a veces imposible establecer dicho diagnóstico con aquellas sustancias donde no se presentan otros síntomas de abstinencia que los de tipo psíquico y por tanto subjetivo, como ocurre con la cocaína.

En resumen, hablamos de dependencia cuando la sustancia es el centro de la vida del sujeto.

Cuando valoramos desde el punto de vista legal a un consumidor de alcohol o drogas debemos tener en cuenta, si:

- Ha habido sobredosis
- Ha perdido la conciencia
- Ha sufrido síndrome de abstinencia
- Ha existido complicaciones médicas, traumatismos, etc.

En el caso del alcohol, por tanto, tendremos un cuadro de dependencia alcohólica cuando el individuo presente tolerancia y abstinencia, además las personas con dependencia alcohólica tienen un funcionamiento social y ocupacional muy deteriorado, los problemas más habituales son conductas agresivas, pérdida de empleo, problemas legales (por ejemplo: conducir ebrio) y discusiones habituales con la familia y amigos por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

En la dependencia de alcohol lo que existe es un impulso incontrolable e irresistible por ingerir bebidas alcohólicas con el objeto de obtener un cambio mental, que va desde la exaltación desinhibidora hasta un estado de embriaguez.

La intoxicación crónica, dependencia o alcoholismo es un cuadro que comprende, por un lado, síntomas físicos extraneurológicos y neurológicos y desde el punto de vista psíquico existen modificaciones profundas del humor y de la afectividad con crisis de irritabilidad y tendencia a la violencia. Esta violencia se descarga casi exclusivamente sobre el hogar.

Si debemos diagnosticar una dependencia de alcohol, por tanto, tenemos:

- Cuadro psíquico: en el trabajo, irritabilidad, incapacidad para terminar los proyectos a tiempo, lentitud, absentismo laboral. Pérdida frecuente del control emocional.
- Cuadro físico extraneurológico: vómitos matutinos, dolor abdominal, diarrea, gastritis, hepatopatía (daño hepático).

Con el tiempo, se presenta: hepatitis alcohólica y cirrosis, afectación de la actividad sexual y trastorno en la erección, polineuropatía y afectación cognitiva, cardiopatía alcohólica, pancreatitis.

Pero además de los signos (datos objetivos) como los síntomas (manifestaciones subjetivas), para diagnosticar alcoholismo podremos realizar pruebas analíticas complementarias en sangre que permiten detectar los efectos adversos del alcohol en el organismo, como los niveles de gamma-GT, las transaminasas o el volumen corpuscular medio (VCM).

Síndrome de abstinencia al alcohol.

Se inicia con temblor a las 6-8 horas de cesar el consumo. Además presenta irritabilidad, náuseas y vómitos, sudoración, ansiedad. Si el cuadro continúa, puede llegar al *delirium tremens*, la complicación más grave de un alcohólico y que puede llevarle a la muerte (20%) en caso de no ser tratada.

Se caracteriza por un estado de conciencia confuso sobre el que aparecen alteraciones de la percepción en forma de alucinaciones visuales (estas alucinaciones son zoópsicas y micrópsicas, o sea, ve animales pequeños), normalmente de contenido terrorífico y acompañado de alucinaciones táctiles. Por ejemplo: Ve y nota cómo gusanos salen por sus orificios naturales o cómo las cucarachas penetran a través de su piel, junto a un cuadro de agitación psicomotriz. Todo ello acompañado de un cuadro físico de taquicardia, fiebre y alteraciones hepáticas que pueden conducir al fallecimiento.

2.3. ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Entendemos por sustancias psicoactivas o simplemente sustancias a todas aquellas sustancias con mecanismos de acción a nivel del sistema nervioso central (SNC). Este término ha desbancado completamente en medios científico-médicos al término droga. El motivo es que droga lleva implícito una manipulación química, cuando en realidad algunas de estas sustancias son naturales, como el opio, y otras que no se fabrican para el consumo humano, como los pegamentos.

Como en el caso del alcohol, estas sustancias pueden generar cuadros de intoxicación aguda, y fenómenos de abuso o dependencia. Así mismo pueden producir cuadros psíquicos que son en unos casos inducidos y en otros desencadenados por la droga, y que son prácticamente indistinguibles de los trastornos psíquicos primarios. Pueden ser trastornos afectivos tipo depresión o cuadros maníacos, psicosis en muchos casos semejantes a la esquizofrenia paranoide, etc.

Los fenómenos de dependencia de sustancias podemos dividirlos en la dependencia física, en la cual se presentan los fenómenos de tolerancia y abstinencia anteriormente descritos, o dependencia psicológica, que es la

búsqueda imperiosa de la sustancia para evitar estados de disforia (cambios de humor e irritabilidad); esta dependencia psicológica también se denomina *craving*.

2.3.1. DERIVADOS OPIÁCEOS.

Los opiáceos son productos derivados del opio, componente químico del fruto de la adormidera o *Papaverum Somniferum*.

Dentro de los opiáceos los hay naturales, o sea productos derivados de la planta del opio, y sintéticos, producidos por el hombre tomando como base a los naturales. Son utilizados por la medicina como analgésicos (morfina), antitusígenos (codeína) o como antidiarreicos.

De entre todos, el más utilizado en el mercado ilícito es la heroína, derivado semisintético del opio, introducido en 1898 por la casa Bayer como antitusígeno y analgésico.

Efectos: Depresor del Sistema Nervioso Central (SNC).

- **Desagradable:** náuseas y vómitos. El síndrome psíquico genera una sensación de euforia, tranquilidad con tendencia al aislamiento, estado placentero cercano al sueño, disminuye el hambre y las preocupaciones, indiferencia y distanciamiento de la realidad exterior. Físicamente se caracteriza por miosis (contracción de la pupila), disminución del apetito, enlentecimiento de la respiración y vasodilatación (coloración rojiza de la facies). Los patrones de consumo, en su uso recreativo, actualmente esfumada, ya que con la aparición de las complicaciones de la vía venosa (VIH, hepatitis, etc.), se ha abandonado. Además ahora se suele consumir asociada a la cocaína, denominado *speed-ball*.
- **Dependencia:** producen dependencia física y psicológica. Ésta última es la más compleja y más importante en la adicción.
- **El síndrome de abstinencia** depende de múltiples factores:
 - Tiempo de evolución de la dependencia.
 - Cantidad y frecuencia de uso.

- Constitución del individuo y patologías asociadas.
- Tipo de opiáceo. En general, para la heroína, los primeros síntomas de abstinencia comienzan a las 8-12 horas tras la última administración, máximo a las 42-78 horas y dura 7-10 días sin tratamiento. Se caracteriza clínicamente por:

Fase inicial: rinorrea, bostezos, lagrimeo, ansiedad, sudoración, a las 8-12 horas de la supresión de la heroína.

Fase intermedia: midriasis (dilatación pupilar), piloerección (piel de gallina), dolores musculares y óseos, taquicardia, irritabilidad, insomnio.

Fase tardía: fiebre, calambres musculares, náuseas, vómitos, diarrea.

Hay un componente subjetivo determinante de cada individuo. Sin tratamiento cede en 7-10 días.

Se ha exagerado la gravedad del síndrome de abstinencia a opiáceos. En realidad su sintomatología es comparable a un cuadro gripal. Se insiste en el componente psicológico en la dependencia y en el componente subjetivo de cada individuo. El síndrome de abstinencia a la heroína no reviste gravedad desde el punto de vista médico.

2.3.2. COCAÍNA.

Es el principal alcaloide del arbusto *erithroxylum coca*. El consumo de sus hojas es conocido desde la más remota antigüedad; aún hoy se siguen mascando sus hojas durante horas junto a polvo de cal, que aumenta la salivación, para soportar el hambre, la altitud y el cansancio del trabajo en las altitudes andinas.

Utilizado en medicina como anestésico local y vasoconstrictor. La cocaína se hizo ilegal en EEUU a partir de 1920 hasta entonces era ampliamente utilizada (han existido eminentes cocainómanos como Sigmund Freud, fue ingrediente de la Coca Cola, y formaba parte de la composición de vinos y jarabes reconstituyentes). Durante años quedaba reducido al “mundo de los artistas” considerando que era inocua y no adictiva. ¿Han cambiado las sustancias o hemos cambiado nosotros?

Patrón de consumo : el polvo blanco y de sabor amargo es el clorhidrato de cocaína, cuya utilización normalmente es por vía mucosa, en concreto

la intranasal (snifada), es la dosis que comúnmente se denomina “tiro” o “raya”. La base denominada pasta base de cocaína y el “crack” es la forma barata de obtener la base; son fumables. La vía venosa actualmente está en desuso. Los patrones básicos de consumo de cocaína son:

- *Recreativo o social*, autolimitado, de características similares al alcohol, en fiestas y fines de semana. Son concentraciones altas en breve espacio de tiempo.
- *Compulsivo*, cuando el consumo es el centro de la vida del sujeto. Es un uso diario o casi diario.
- *Policonsumo*, sobre todo con *cannabis* y alcohol. En estos casos lo normal es utilizar el alcohol como droga primero y la cocaína actúa de forma secundaria para “mantenerse despierto”. Otras veces el policonsumo es con heroína, en este caso son drogodependientes inveterados y marginados socialmente.

Efectos: estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC).

- **Psíquicamente:** euforia, mayor energía, hiperactividad, insomnio, aumento de la capacidad de ideación e imaginación. El uso en vena de la cocaína y fumar crack pueden generar conductas violentas, agresivas incluso homicidas.
- **Físicamente:** aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Vasoconstricción, lo que da lugar a la palidez de la cara, dilatación de la pupila, sudoración.

El uso habitual y a dosis elevadas puede producir síntomas psicóticos paranoides.

- **Abstinencia:** debido a la sensación de bienestar y euforia es una sustancia que tiene una gran capacidad de recompensa o refuerzo. La dependencia es fundamentalmente psicológica:
 - 1ª fase: irritabilidad, hipersomnia, bulimia, *craving* (deseo intenso y compulsivo de consumir)
 - 5º día: intenso “*craving*”, lo que origina frecuentes recaídas. Dura entre 1 a 10 semanas.

Es muy frecuente ver que el consumidor compulsivo tenga una predisposición, en general a todas las drogas, y podemos ver que detrás existe una personalidad antisocial que además abusa del alcohol y de otras drogas.

La cocaína, a diferencia de la heroína, es una sustancia peligrosa por los trastornos de conducta que producen. La vía intranasal (snifar) es menos peligrosa que fumarla e inyectarla.

Mención aparte merece la pasta base de cocaína, ampliamente utilizado en América Latina, y de escasa utilización en Europa debido a los problemas y toxicidad que genera. En las poblaciones pobres americanas el consumo está muy extendido debido a su bajo costo.

Es el residuo que se obtiene al extraer la cocaína base, debido al alto costo de la cocaína pura, se genera la pasta base de cocaína. El problema de la toxicidad viene dado porque aparte de cocaína contiene diversas proporciones de sustancias tóxicas, como ácido sulfúrico, gasolina, metanol, keroseno y éter.

Es mucho más peligroso que la cocaína y genera más problemas de índole psiquiátrica con mayor angustia e irritabilidad. Sus efectos duran muy poco, entre 4-5 minutos (cocaína de 1-2 horas), lo que obliga a consumir mayor cantidad. Destacan los cuadros de irritabilidad, que pueden llegar a ser muy intensos, lo que facilita todo tipo de agresiones.

Se puede consumir junto a la marihuana, con metacualona o con Rivotril, utilizados para contrarrestar la angustia que genera su uso.

Tanto fumar cocaína-base como la administración intravenosa de cocaína son las dos vías que con mayor frecuencia generan trastornos psíquicos inducidos (psicosis cocaínica).

2.3.3. DERIVADOS DEL CANNABIS.

“*Cannabis*”, nombre abreviado de la planta del cáñamo “*cannabis sativa*”. Es la droga ilegal más ampliamente consumida entre la población general y la más consumida por dependientes de otras sustancias.

El *cannabis* es conocido como marihuana o “hierba”, que es la flor de la planta. Hachís o “kif” extraído de la resina seca de las hojas. El consumo habitual es fumado.

Efectos: depresor del Sistema Nervioso Central (SNC).

- *Físicos*: enrojecimiento de la conjuntiva (ojos rojos), boca seca, aumento del apetito. *Psíquicos*: euforia, disminuye la coordinación. En los casos de dosis muy elevadas y consumos prolongados pueden aparecer cuadros psicóticos de características paranoides persecutorias.
- *La abstinencia al cannabis es discutible*, y posiblemente el cuadro de duración autolimitada con irritabilidad y ansiedad esté en relación con la personalidad del sujeto. Esta droga se acumula en tejido graso y se elimina poco a poco en el organismo de modo que se puede encontrar sus metabolitos en orina hasta 20 días después del consumo. En realidad el organismo está realizando una cura de desintoxicación. Por ello es discutible la existencia de un cuadro de abstinencia.

2.3.4. DROGAS SINTÉTICAS.

Las drogas de diseño son sustancias de abuso nuevas, diseñadas por los químicos de forma clandestina. Su origen se basa en que al ser sustancias análogas pero no idénticas a las consideradas ilegales, no están incluidas en los Convenios Internacionales sobre la Fiscalización de Sustancias. A medida que se van generando van siendo incluidas. Nos vamos a centrar en la más conocida: el Éxtasis o MDMA.

La patentó Merck en 1953. EEUU experimentó con ella en animales. En 1977 los psicoterapeutas la utilizaron con sus pacientes y la denominaron EMPATÍA, se utilizó con éxito en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes y por los consejeros matrimoniales. Si no hubiera salido de este uso, sería una droga legal, pero salió a finales de los 70. “Empatía” empezó a llamarse “Éxtasis”. Se empezó a usar como recreativo; los bares la vendían más que el alcohol, servía para pasar un “buen rato”. En 1982 EEUU la considera ilegal. En 1984 la DEA la estudia. En esta época se establecen dos posiciones, por un lado los psicoterapeutas que la consideran útil en

los tratamientos y para la investigación los científicos, y por otro lado el gobierno americano que quiere considerarla ilegal. Los tribunales fallan considerándola legal, pero el Gobierno Federal la prohibió e invalidó el fallo judicial.

Son comprimidos de múltiples formas y colores, de ahí provienen sus pseudónimos (lacasitos, merluzo, snoopys).

Efectos.

El éxtasis o empatía produce eso, empatía. La gente no se aísla como con el opio, sino que disfruta y participa, produce bienestar emocional. Todo ello porque produce una liberación de una sustancia cerebral denominada serotonina, que es la responsable de las emociones (es lo que hacen los antidepresivos). Por ello, produce una sensación de euforia con incremento de la autoestima. El efecto dura entre 6-10 horas.

Desde el punto de vista de la abstinencia, no es físicamente adictiva, psicológicamente puede serlo. Cuando desaparecen sus efectos, disminuye la serotonina y da lugar a depresión. La importante descarga de serotonina hace que las células degeneren, lo que podría estar interfiriendo en la memoria, como efecto a largo plazo.

2.3.5. OTRAS.

Alucinógenos.

El más conocido el LSD, o dietilamina de ácido lisérgico, es un alcaloide derivado del cornezuelo de centeno. Se administra por vía oral en forma de papeles de colores con dibujos.

Los síntomas que produce su consumo aparecen a las 2-3 horas de la administración y se caracterizan por la presentación de los llamados síntomas psicodislépticos, es decir, alucinaciones que suelen ser visuales (figuras o formas geométricas), la percepción visual es más intensa y brillante.

Esta sustancia puede generar una reacción de pánico agudo, denominado vulgarmente como “mal viaje” y que se caracteriza por una crisis de

angustia de gran intensidad. En ocasiones pueden aparecer fenómenos de “*flashback*” o trastorno perceptivo intermitente, que supone la reexperimentación de los síntomas alucinatorios pero altamente desagradables sin haber ocurrido una nueva ingesta. Estos fenómenos alucinatorios pueden ser distorsiones visuales, alucinaciones auditivas, sensación de lentitud del tiempo, etc. Dura de segundos a minutos.

Además estas sustancias pueden precipitar episodios psicóticos en individuos vulnerables.

Inhalantes.

Sustancias del tipo disolventes, pegamentos, pinturas, gasolina, barniz. Sus principios activos pueden ser la acetona, el benceno, tolueno, hidrocarburos halogenados. Se consiguen con facilidad y son baratos; se introducen en una bolsa de plástico o en una lata y se inhalan por la nariz o se respiran por la boca.

En países del entorno latinoamericano el uso de estas sustancias está muy extendido. Entre ellas destacan:

Boxer o Sacol, es un pegamento compuesto por sustancias derivadas de hidrocarburos. La población indigente es la consumidora porque bajo sus efectos se controla el hambre y el frío. Es una sustancia depresora del SNC. Entre sus efectos produce sueño, alucinaciones, irritabilidad y agresividad.

Neoprén, es la marca comercial de un pegamento usado en Chile como droga de abuso, sus vapores se inhalan introducidos en una bolsa de plástico. Los síntomas son similares a una borrachera, con habla dificultosa, sopor y una posterior somnolencia. Igualmente es utilizado por sectores de bajos recursos económicos como forma de combatir el hambre y el frío.

Anfetaminas.

Las amfetaminas son estimulantes de SNC. Su uso en psiquiatría todavía se mantiene (síndrome de hiperactividad). El uso ilegal tuvo su éxito en

otras épocas por los efectos que produce: los conductores, camioneros y estudiantes porque aumentaban el tiempo de vigilia y disminuían el cansancio; en personas con sobrepeso por el poder anorexígeno, y en atletas, porque aumentan el rendimiento físico.

Pero en la actualidad el patrón de consumo ha variado, utilizándose como droga recreativa bien en forma de pastillas o en polvo, denominándose “*speed*”.

Sus efectos: excitación, euforia, disminuyen el sueño y la fatiga, aumento del rendimiento físico y la capacidad para mantener la atención.

El uso habitual a grandes dosis, a la larga, puede producir una psicosis tóxica, similar a la esquizofrenia que se caracteriza por ideas delirantes, alucinaciones y conducta violenta. Y hay que tener en cuenta la posibilidad de homicidios cometidos durante la fase de intoxicación aguda, pues la anfetamina aumenta el componente violento de la personalidad del consumidor, esto último debe de tenerse en cuenta en los consumidores de drogas con acción estimulante del SNC.

Su dependencia física es mínima, en este caso la dependencia es fundamentalmente de tipo psicológico tipo ansiedad y depresión.

Burundanga.

Con el nombre de burundanga designamos a una sustancia conocida en Centroamérica pero de reciente utilización en Europa y en especial en España.

Esta sustancia no es utilizada como droga de abuso, pero tiene especial interés su conocimiento debido a que con este nombre, cuyo significado etimológico es brebaje o bebedizo, se conoce a toda sustancia usada en víctimas con fines delictivos y cuyo poder se basa en poder controlar la conciencia de la víctima. Si bien nos referimos fundamentalmente a la sustancia más usada, la escopolamina, aunque en realidad podría ser cualquier hipnótico.

Esta sustancia, la escopolamina, puede extraerse de una planta oriunda de Centroamérica también conocida como Belladona. En Colombia es conocida como cacao borrachero.

La forma más fácil de administración para fines criminales es por vía digestiva, en la actualidad introduciéndolo en bebidas.

Los efectos que provoca en las víctimas tras su ingestión es una alteración del estado de conciencia caracterizada fundamentalmente por alteración de la voluntad (abulia) y alteraciones de la capacidad de memorizar hechos. Normalmente sus efectos tienen una duración aproximada de dos horas.

En la actualidad hay que pensar en una intoxicación por esta sustancia en los casos de agresiones sexuales. Por ello en aquellos casos donde la víctima acude a un centro hospitalario refiriendo que no recuerda lo ocurrido en la noche y tiene sospechas de haber sido agredida sexualmente, deberemos buscar tóxicos mediante análisis de sangre y orina, siendo de mayor interés la orina, pues en ella podemos encontrar la sustancia o sus metabolitos durante más tiempo (máximo seis horas tras la administración).

2.4. INVESTIGACIÓN ANALÍTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS DE ABUSO.

La investigación analítica es una prueba complementaria de gran interés en el campo forense pero en ningún caso es la que determina el patrón de consumo de un individuo. Previo a cualquier analítica realizada sobre un imputado es primordial que el mismo sea evaluado por un médico. Y es como complemento de esta evaluación cuando el médico decidirá qué tipo de muestra, analítica y tóxico debe ser investigado.

Es por ello que previo a cualquier analítica se realiza una evaluación del consumo de drogas. Esta evaluación debe contener, de modo general, los siguientes datos

2.4.1. ENTREVISTA CLÍNICA.

Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación económica y situación y actividad laboral.

Situación del consumo, cómo se inicia, en qué ambiente y en qué contexto, frecuencia en el consumo y dosis. Si es un consumidor esporádico y en contexto lúdico, o por el contrario es un consumo compulsivo. Si conoce la familia el consumo, si existe vida social fuera del círculo de consumidores, si realiza actividades sociales y recreativas.

En qué situaciones y contextos la persona tiene control de su adicción, por ejemplo si no consume durante la actividad laboral o cuando está en su casa junto a su familia. Si es capaz de controlar o reducir el consumo en determinadas situaciones, periodos vacacionales, etc.

Pautas de consumo: tipo de droga, vía de administración, cantidad diaria o semanal.

Si ha tenido cuadros de sobredosis o de abstinencia, si ha realizado tratamientos de deshabituación, si ha tenido periodos de abstinencia duraderos.

2.4.2. EXAMEN PSICOPATOLÓGICO.

Evaluar las posibles alteraciones psicopatológicas y rasgos de personalidad de los consumidores de drogas es importante tanto en el ámbito de la medicina clínica como en el ámbito forense. Pues está demostrado el alto índice de psicopatología entre los consumidores previo al consumo, es decir, la alta incidencia de patología dual.

2.4.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- INVESTIGACIÓN ANALÍTICA.

Se debe insistir en el hecho de que los análisis toxicológicos forenses son de gran utilidad como complementarios a la valoración pericial del sujeto. Es decir, un resultado analítico no tiene valor concluyente en la pericia si no se acompaña de la exploración médica del sujeto, de su interpretación médica y de encuadrarlo dentro de un determinado caso.

La analítica toxicológica podremos utilizarla en distintos momentos y para distintas situaciones:

- Tras la detención del individuo podremos determinar la relación causal entre el cuadro clínico y el comportamiento delictivo.
- La valoración toxicológica que permita establecer su relación con los hechos.
- En los casos de medida de seguridad, nos servirá para el seguimiento del tratamiento deshabitador.

Es importante que el perito determine qué tipo de muestra le va a ser más útil, pues estará en función del momento y de lo que se quiera determinar.

- En el caso de detenidos cuyo delito ha sido cometido poco antes de la detención, puede ser de utilidad la sangre. En general la toma de sangre es excepcional en el ámbito forense porque solo será positivo en caso de que la administración se realizara hace poco tiempo o bien que la vida media del producto administrado sea larga.
- La orina es más utilizada. En ella podemos encontrar la droga y sus metabolitos (productos de degradación) incluso varios días después de la administración.
- El pelo ha adquirido una gran relevancia forense, además es la única utilidad de este tipo de muestra. Gran cantidad de drogas y sus metabolitos se incorporan en el pelo y además nos dan información sobre el consumo de meses antes dependiendo de la longitud del pelo.

Como sabemos, todas las muestras al ser trasladadas al laboratorio deben controlarse por el sistema de cadena de custodia, que es toda la documentación relativa al transporte y manejo de las muestras desde el lugar que se obtienen hasta el laboratorio que va a realizar los análisis.

Los objetivos de la cadena de custodia son:

- Verificar la integridad de los envases al llegar al laboratorio.
- Asegurar la identidad de las muestras.

- Identificar a los responsables de cada fase de traslado.
- Detectar manipulaciones y en qué fase se produjeron.

La muestra de orina nos da valiosa información porque podremos encontrar la droga consumida y sus metabolitos. Sin embargo, tanto si es positivo como si nos da una cifra de una determinada droga, las consideraciones forenses no son las que muchos juristas esperan, es decir, de un resultado positivo a una determinada droga no puede deducirse el tipo de consumo (dependencia, abuso o uso) ni tampoco puede deducirse el grado de afectación que tenía el individuo (ya que no puede extrapolarse ni la cantidad consumida ni los efectos en el comportamiento de ese individuo).

En la muestra de sangre, encontraremos la droga consumida sin metabolizar, pero las drogas desaparecen de la sangre rápidamente, es decir, que si es positivo en sangre significa que el consumo es muy reciente y si es negativo, no se puede descartar el consumo, pues puede ser que no haya consumido o bien que lo hiciera pero recientemente.

La muestra de pelo es de gran interés forense, pues en estos casos podemos determinar si el individuo es un consumidor habitual de una sustancia. En alguna circunstancia se ha intentado determinar la cantidad consumida en un tiempo determinado, sin embargo con escaso éxito por la dificultad de poder determinar un consumo puntual en una fecha determinada, ya que el crecimiento del pelo ni es constante en general ni en particular para determinada persona. Se ha intentado realizar estas determinaciones analíticas en el cabello de mujeres que dicen haber podido ser víctimas de agresión sexual y donde existen sospechas de poder haber sido intoxicadas con sustancias como la escopolamina. En estos casos y sobre todo cuando no se ha podido obtener resultados en muestras de sangre u orina por haber transcurrido tiempo, se ha intentado determinar “picos” de esta sustancia en cabello, lo que nos indicaría un consumo elevado de una sustancia no habitual y en los alrededores de la fecha de la agresión.

2.5. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FEMICIDA. CRIMINALIDAD E IMPUTABILIDAD.

El problema de la toxicomanía es básicamente cultural en el sentido de que las pautas de uso que cada sociedad crea en torno a una droga son las que van a determinar la posible problemática que se derive de su uso. Analicemos comparativamente distintos medios culturales y los veremos; por ejemplo, los derivados del cannabis se utilizan tradicionalmente en países islámicos frente al alcohol de las sociedades occidentales.

El número elevado de delitos cometidos contra las mujeres y el consumo de drogas por parte del agresor depende de varios factores. El perito debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de realizar su informe con el objeto de no recaer el peso de la responsabilidad exclusivamente en el consumo de una sustancia. Estos factores son:

- Para la obtención de la droga, dado que su precio es elevado en el mercado clandestino, obtiene el dinero para conseguir la sustancia a la que es adicto mediante el delito. En este caso de la violencia contra las mujeres tendríamos a las niñas, muchas veces hijas o hijastras, que son prostituidas como obtención de ganancias.
- De los efectos directos que produce la droga en el sujeto. En este caso solo podemos hablar de los trastornos psicóticos inducidos por las drogas. En esta situación el drogodependiente puede cometer delitos como agresiones e incluso homicidios; rara vez una agresión sexual. Los delitos por un cuadro psicótico inducido por una droga no se diferenciarán de los producidos por una enfermedad mental, pero en este caso el trastorno mental tendrá la duración del efecto de la droga. En otras ocasiones el tóxico hace aflorar estados mentales latentes, como una esquizofrenia, en cuyo caso precipitan la aparición de un brote.
- De la personalidad previa del drogodependiente como generador “per se” de delitos. Este es el principal factor a la hora de valorar el delito cometido por un drogodependiente. Mucho se ha hablado sobre si la personalidad es previa al consumo de drogas o viceversa, si el consumo de drogas genera una personalidad

dependiente. Como hemos estudiado, una de las características de las personalidades antisociales es el consumo de tóxicos. Estas personalidades con rasgos de inestabilidad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración se descompensan fácilmente con los tóxicos, en especial los activadores de la conducta, manifestando conductas violentas y entre ellas femicidas.

El síndrome de abstinencia es aquel estado de perturbación por la necesidad de droga, en este caso los hechos antijurídicos estarán en relación a la obtención de la droga o los medios para conseguirla, pero estos delitos no tendrán relación con la violencia femicida.

Cada sustancia puede tener un efecto distinto pudiendo activar o desactivar la conducta, en base a los efectos estimulantes o depresores del sistema nervioso central (SNC), por lo que en la criminalidad asociada a la droga debe de valorarse el tipo de sustancia consumida.

Los opiáceos tienen un efecto desactivador de la conducta. Su consumo no predispone al comportamiento delictivo, ni genera cuadros psicóticos per se.

Es la ausencia de opiáceos lo que genera la criminalidad a través de la búsqueda de la droga, y es por ello que los delitos de los heroinómanos no son delitos violentos, sino relacionados con la obtención de medios para obtener las drogas, y la irritabilidad y/o la hostilidad asociada al retiro de la droga.

Teniendo en cuenta que no son delitos violentos sino relacionados con la obtención de medios para obtener las drogas, no todo delito cometido por un heroinómano es debido a su adicción.

En muchos estudios se demuestra que la actividad delictiva precede a la adicción en un importante porcentaje. Porque delito y opiáceos es equiparable a marginación y conductas antisociales.

La cocaína a dosis elevadas puede generar comportamientos agresivos y/o reacciones paranoides que pueden desembocar en agresiones y homicidios. Esto es dosis dependiente y hay que tener en cuenta la personalidad

del individuo: personalidades antisociales. Como desinhiben la conducta, tienen alta probabilidad de conductas antisociales, lo cual se ve incrementado si además existe una intoxicación etílica.

Con el consumo reiterado de anfetamina existe la psicosis anfetamínica paranoide semejante a la esquizofrenia.

El consumo de alcohol y drogas tienen una relación con el delirio de celos paranoide, sobre todo en las personas que tienen una cierta predisposición a padecer trastornos mentales.

Según datos del psiquiatra español Torres, “aproximadamente el 6% de los alcohólicos o personas que consumen drogas, como anfetaminas o cocaína, desencadenan celos paranoicos”.

Estas personas tienen delirios, se sienten perseguidos, perjudicados por los demás, que la gente les quiere hacer daño. Así, es común que tras un consumo frecuente de alcohol o drogas se generen delirios y situaciones violentas.

Esos delirios de celos paranoides generan suspicacias hacia la pareja, interpretaciones erróneas de los hechos y sospechas de engaños o infidelidades que en muchos casos desatan situaciones de crisis de tipo agresivo y acaban en violencia de género.

Por tanto, las teorías confirman que este trastorno está inducido por el consumo de alcohol y drogas, si bien la persona puede tener una tendencia o predisposición que se agrava por estas sustancias.

No obstante no hay ninguna duda de que los psicoestimulantes como los alucinógenos y la cocaína son sustancias capaces de generar actos antisociales por la desinhibición y la falta de autocontrol en las conductas. Las conductas violentas de los psicoestimulantes pueden llegar al asesinato y violación.

CAPÍTULO 3: ESTUDIO MÉDICO FORENSE DE LA SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA. 3.1. SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS. 3.2. SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. AMNESIAS.

CAPÍTULO 3: ESTUDIO MÉDICO FORENSE DE LA SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA.

La simulación en medicina es la producción voluntaria de síntomas, y nos referiremos en este caso a la producción de síntomas psíquicos falsos, aunque en ocasiones lo que se presenta es la exageración de una sintomatología. Es en el campo médico legal donde con mayor frecuencia se presenta la simulación psíquica, pues detrás de ella existe una motivación, que no es otra que la existencia de un problema legal y en el caso que nos ocupa, eludir la responsabilidad penal y por tanto el castigo.

La disimulación es la ocultación voluntaria de síntomas por la existencia de una motivación externa. En el campo médico legal la motivación se centra fundamentalmente en obtener la salida de un Centro Psiquiátrico Penitenciario por remisión del trastorno.

Las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Mentales y del Comportamiento establecen las pautas para la sospecha de diagnóstico, considerando a la simulación, en determinadas situaciones como el ámbito legal y penitenciario, como conductas adaptativas. Debe sospecharse cuando se detecta alguna de las siguientes combinaciones:

- Contexto médico-legal de presentación.
- Marcada discrepancia entre las quejas o incapacidades aducidas por la persona y los hallazgos objetivos.
- Falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica y con el cumplimiento terapéutico.
- La presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

La sintomatología no está acompañada de datos objetivos o signos, y sobre todo, se debe valorar que los síntomas en general no son congruentes con una determinada enfermedad o síndrome.

Según Yudofsky, existen características en la simulación que no se encuentran en cuadros reales:

- Acontecimientos escenificados.
- Manipulación de los datos.
- Simulación oportunista.
- Intervención de síntomas. Se inventan los síntomas sin evidencia previa de enfermedad.

3.1. SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS.

En general los simuladores de trastornos psicóticos como esquizofrenia se apoyan en fuentes de información poco especializadas y exageran aquellos aspectos del trastorno que resultan más llamativos para el resto de las personas, por ejemplo, alucinaciones con gran teatralización. Ante la duda, el criterio es la estrecha observación, porque la simulación de esta teatralidad es durante un tiempo limitado, si es simulada, ya que es sumamente difícil simular el espectro total de los síntomas, en varios contextos y durante un largo periodo de tiempo.

Es frecuente la mentira en los trastornos antisociales de la personalidad, los clásicos psicópatas, y por tanto mentir en este caso sería un síntoma, pero todo perito debe saber que cuando las mentiras son elaboradas voluntariamente para dar la impresión de padecer un trastorno mental deben ser calificadas de simulación.

Las psicosis simuladas precisan de cierta experiencia en patología psíquica y legal por parte del perito y con frecuencia presentan determinadas características que sugieren el diagnóstico:

- Los enfermos psíquicos generalmente son reticentes a hablar de sus síntomas, en contraste de los simuladores que despliegan una gran teatralidad.
- Los simuladores toman síntomas de distintas patologías, por lo que su cuadro es bastante abigarrado, por ejemplo: delirios, alucinaciones visuales (poco frecuentes salvo en alcohólicos), síntomas de deterioro cognitivo, etc., que en conjunto no se corres-

ponden a una entidad definida, pues mezclan síntomas de varias patologías.

- Intentan ajustar su supuesta patología al delito cometido.
- Un enfermo mental no suele tener cómplices en su delito.
- En el simulador la enfermedad comienza de forma repentina y sin antecedentes o personalidad mórbida previa.
- Existen determinados síntomas psicóticos extremadamente difíciles de simular, como son los síntomas negativos y defectuales de la esquizofrenia, especialmente importantes como es el embotamiento afectivo, la abulia, el deterioro en las relaciones sociales y de relación y el pensamiento concreto.

3.2. SIMULACIÓN DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS. AMNESIAS.

La simulación de síntomas neurológicos es quizás la más frecuente en el ámbito legal, por ejemplo, simular un deterioro cognitivo o demencia, o simular una amnesia.

En la mayoría de las simulaciones de trastornos cognitivos, las respuestas a las preguntas realizadas al explorado suelen ser inconsistentes con la desorganización psíquica que tendría este sujeto si sus síntomas fueran reales. Dan respuestas disparatadas y equivocadas pero indican que el sujeto ha entendido la pregunta o bien que conoce la respuesta correcta.

En la simulación son fundamentales las fuentes colaterales de información y no confiar exclusivamente en la información subjetiva del acusado. Ya que la falta de información infravalorará el informe del perito.

Información complementaria:

- Informes médicos y psiquiátricos anteriores a la fecha de los hechos.
- Informes de hospitalizaciones previas.
- Antecedentes judiciales, vida laboral, y familiar.
- Datos del expediente judicial: hechos, declaración ante policía y autoridad judicial, declaraciones de testigos.

Sospecha de simulación neurológica:

- Contexto judicial.
- Discrepancia entre los hallazgos y las quejas subjetivas.
- No cooperación en la evaluación ni en tratamiento.
- Rasgos o trastorno de personalidad antisocial.
- Dramatización excesiva de la sintomatología.
- Capacidad conservada en actividades sociales y/o laborales.

El síntoma neurológico más frecuentemente simulado es la amnesia.

Se debe sospechar simulación cuando su aparición y desaparición sea súbita. Debe acompañarse de una exploración que permita descartar un origen orgánico o psicógeno. Por ejemplo: si una persona no puede proporcionarnos datos sobre su filiación o estos son incorrectos, como nombre, edad, fecha de nacimiento o número de hijos, cuando en muchos casos orgánicos, salvo grandes deterioros estos datos no los pierden y pueden responder correctamente. En general los cuadros son variados: neurológicos (crisis convulsivas, deterioros cognitivos o demencias, amnesia), psiquiátricos (psicosis, amnesia psicógena) e intoxicaciones (alcohol, drogas).

CAPÍTULO 4: ESTUDIO DEL AGRESOR. PRINCIPALES ENTIDADES NOSOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA CRIMINALIDAD FEMICIDA. 4.1. ESTUDIO DEL AGRESOR. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE AGRESORES EN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. 4.2. PERSONALIDAD Y FEMICIDIO. 4.2.1. ASESINATO SEXUAL. 4.3. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA.

CAPÍTULO 4: ESTUDIO DEL AGRESOR. PRINCIPALES ENTIDADES NOSOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA CRIMINALIDAD FEMICIDA.

4.1. ESTUDIO DEL AGRESOR. CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE AGRESORES EN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

En este epígrafe estudiaremos las posibles alteraciones psicopatológicas del agresor que pudieran generar una situación de maltrato. Repitiendo como en otros epígrafes, que cuando se han realizado estudios del perfil de maltratadores se han roto muchos mitos. Y así se ha demostrado que los hombres violentos no eran ni pobres, ni borrachos, ni enfermos, sino que pueden pertenecer a cualquier nivel social y cultural, pueden ser consumidores de alcohol o no consumidores y si presentan alteraciones psicopatológicas el porcentaje no es mayor que en la población general.

El hombre violento no se distingue de la normalidad masculina general. Puede ser simpático, seductor, un ciudadano modelo. Esto le permite pasar inadvertido para el resto de las personas que no son su familia.

Por tanto, no existe un perfil determinado de maltratador, pueden tener una serie de rasgos comunes, incluso en algunas ocasiones formar parte de una de las categorías de trastorno mental, pero no son enfermos mentales. Son rasgos de personalidad, anomalías del carácter que con frecuencia solo se manifiestan en el hogar, no son considerados como psicopatológicos.

Estudiaremos los trastornos mentales o psicopatológicos que pueden desatar una situación de maltrato fundamentalmente dirigida a la mujer, pues conductas violentas pueden surgir en varias entidades clínicas como expresión de un bajo control de los impulsos. Es decir, delito de maltrato que nace de un impulso psicológico marcado por la enfermedad, ya que el resto de casos estaríamos hablando de aspectos éticos y educativos cuyo estudio no es médico.

Pongamos un ejemplo de celos no patológicos en el sentido de considerar que estos no obedecen a un cuadro delirante. Hombre de 45 años de edad, separado hace un año, dos hijos de 8 y 10 años de edad. Activo laboralmente como administrativo. En situación de privación de libertad por el homicidio de su ex-esposa.

En relación con los hechos refiere haber estado casado hace 13 años. Dice haber estado siempre muy enamorado de su esposa. Hace un año ella abandona el domicilio familiar con los dos hijos y se va a la casa de su hermana. No existen denuncias de maltrato. Acuerdan la separación matrimonial hace un año. Posteriormente él dice haber ido a casa de su cuñada a visitar a la ex mujer. En la última ocasión salen juntos, salen a cenar y a bailar, después acuden juntos al departamento de él. Él refiere estar convencido de poder reanudar nuevamente la relación, sin embargo ella le comunica que se va a volver a casar, pues ha iniciado una nueva relación con un amigo de su ex marido. Ante esto, él furioso, agarra un cuchillo de cocina y la apuñala repetidas veces. “No podía soportar que me abandonase definitivamente, cuando yo pensaba que estaba todo arreglado”.

En el reconocimiento no se evidencia trastorno psicopatológico que afecte a las funciones cognitivas ni volitivas.

Fue aportado en el caso un informe pericial de parte con interpretación diferente, y que consideraba que el agresor actuó en estado crepuscular (el estado crepuscular es un estado de conciencia disminuido). Sin embargo, tal estado no existió, pues no existía un estado orgánico que lo justificase. Si hablamos del impacto psicológico, entonces estaríamos ante la figura de arrebato y obcecación, término al que deberá llegar el jurista, pues no se trata de un término médico.

Analizaremos brevemente los términos arrebato y obcecación, que existen como circunstancias atenuantes de responsabilidad penal. Ambos términos, como también el término imputabilidad o el término trastorno mental transitorio, son términos jurídicos, con matices de la medicina, pero evidentemente no son conceptos médicos. Por tanto, no deben nunca ser referidos en el informe médico pericial. Otra cosa diferente, es poder dar bases de tipo biológico y después el jurista sustentar en sus sentencias estas atenuantes.

Estas figuras son perturbaciones del ánimo que precipitan una conducta sin reflexión.

Nuestro ordenamiento jurídico contempla como circunstancia atenuante de responsabilidad penal, la de obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente hayan producido arrebatos y obcecación (artículo 11 N° 5 del Código Penal). La doctrina nacional ha sido unánime en entender que basta la concurrencia de una de dichas pasiones para configurar la atenuante.

Como lo ha declarado la Corte Suprema, los estímulos poderosos deben ser externos a la conducta o personalidad del autor del delito. Como la ley no establece la naturaleza exacta del estímulo, la jurisprudencia ha considerado suficiente para provocar la obcecación, entre otros estímulos: la extrema pobreza del autor y su familia, el proceder molesto y pertinazmente provocativo del occiso²³, e incluso el encontrar el autor a su cónyuge desnuda y en la misma cama con otra persona.

El arrebatos es la pérdida momentánea del autodomínio como consecuencia de sentimientos afectivos como la ira, y que desembocaría en un descontrol del comportamiento. En psiquiatría lo llamaríamos reacción en cortocircuito.

La obcecación corresponde a una ofuscación persistente de la razón, que priva el normal discernimiento. Sería la perturbación psíquica por hechos externos, pero es un estado que se ha mantenido durante más tiempo que el arrebatos.

Como podemos comprobar, valorar este estado desde la objetividad del perito es imposible, y pasaría a ser una especulación subjetiva, carente totalmente de bases científicas.

En estos casos, el perito médico psiquiatra o médico forense debe valorar si el peritado es portador de alguna anomalía de la personalidad que pudiera explicarse tanto la reacción en cortocircuito como los estados de ofuscación de la obcecación, es decir, si padece un trastorno explosivo de la personalidad, trastorno paranoide de la personalidad, personalidad obsesiva, etc. El resto de elementos para valorar estos estados emocionales serán competencia del tribunal.

23 Sentencia Corte de Apelaciones de San Miguel, de 05 de mayo de 1989, Rol N° 274-86.

Trastorno delirante celotípico. Como anteriormente se ha dicho, siempre hay que diferenciar un trastorno delirante de lo que son celos infundados no patológicos en personalidad posesiva. Por tanto, siempre habrá que diferenciar el sentimiento de celos del delirio de celos del paranoico, o como veremos en el siguiente epígrafe, del alcohólico. En el sentimiento de celos actúa el componente social y cultural.

El trastorno delirante celotípico, se caracteriza por la presencia de un delirio (conjunto de ideas delirantes e irrefutables a la argumentación lógica) con integridad del resto de funciones psíquicas, siempre y cuando no afecten a la temática del delirio. En este caso las ideas delirantes son de tipo celotípico, es decir, está convencido de la infidelidad de su pareja.

Es importante tener siempre en cuenta el elevado riesgo de maltrato físico y sobre todo de muerte que este tipo de trastorno puede ocasionar.

Estos enfermos no tienen conciencia de enfermedad, y el trastorno se va instaurando poco a poco de forma insidiosa. Cualquier circunstancia o hecho lo interpreta como pruebas de la infidelidad. De esta manera llega a los insultos, amenazas y agresiones físicas, y en ocasiones a la muerte de la pareja.

Cuando se diagnostica este tipo de trastorno en un agresor, siempre hay que tener en cuenta la peligrosidad del mismo, pues no es desgraciadamente infrecuente que pese a las medidas judiciales y orden de alejamiento, las incumpla sistemáticamente e intente llegar a la víctima a pesar de las medidas judiciales. Lo que obliga en no pocas ocasiones a la víctima a cambiar de domicilio y a adoptar otra identidad. El tratamiento médico es poco afectivo en este tipo de trastorno.

Abuso y dependencia al alcohol. El abuso y dependencia alcohólica es un trastorno que se caracteriza desde el principio por el cambio de carácter por parte del que lo padece. Se vuelven personas hipersensibles a la menor crítica, sobre todo, las primeras críticas provienen del seno familiar, incriminando el elevado consumo de alcohol. Esto provoca en ellos, generalmente, una conducta agresiva cuyo blanco es el familiar que ha recriminado. Después se arrepiente. Estos cambios frecuentes de carácter

(distimias) son algo habitual en consumidores abusivos de alcohol. Pero la dinámica sigue, y si continúa bebiendo se incrementan los trastornos y aparecen otros. Uno de los que más interés tienen para comprender el maltrato hacia la pareja, se encuentra en los trastornos en la esfera sexual.

Frente al hipererotismo de las primeras fases de los alcohólicos, deja paso a los trastornos de la erección e impotencia. Todo ello junto al hecho de que llega borracho a casa, su mujer le rehúye, él lo interpreta como que ella le es infiel. Le pega, al día siguiente, cuando se encuentra sobrio, se arrepiente, pide perdón.

Pero estos episodios se repiten a la siguiente borrachera, y a la larga independientemente de si se encuentra borracho o no, pues aparecen las ideas celotípicas, y considera que la mujer le engaña pero estas ideas adquieren características delirante ante la absurdidad de las mismas. Piensa que le es infiel con los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo, incluso con los propios hijos. Todo lo interpreta como indicativo de esa infidelidad: el aspecto de su mujer, la posición de los muebles, las luces de los autos, etc.

Ejemplo: Mujer de mediana edad con varios hijos, dueña de casa, nivel socio-cultural bajo. Acude a la Fiscalía denunciando la agresión física de su marido. Presenta como lesiones un hematoma en el ojo, durante la atención médica refiere que no es nada y que quiere retirar la denuncia. Preguntada, dice que el marido está arrepentido, y ha prometido que no volverá a ocurrir nunca más. A los 15 días acude nuevamente, en esta ocasión presenta varios hematomas por el cuerpo (patadas) y la fractura de huesos propios de la nariz. Durante la exploración preguntamos, ¿su marido bebe? Respuesta: “Mucho. Ese es el problema, porque cuando no bebe es muy bueno”. Primer síntoma de alerta. La pregunta siguiente, ¿es celoso su marido? Su respuesta: “¿cómo lo sabe? Me da vergüenza decirlo, pero aunque tengo 60 años y una artritis deformante, ahora le da por decir que me acuesto con todos”. Este caso es muy frecuente y la mujer está en elevado riesgo. En muchos casos de homicidio existían antecedentes de denuncias por malos tratos.

En el caso anterior, es muy habitual que la mujer con muchos años de matrimonio sin ningún tipo de formación profesional y de escasos recur-

sos económicos, siga manteniendo el matrimonio porque en ocasiones piensan que esto pasará. Si continúa el consumo de alcohol, no solo no pasará sino que puede incrementarse y los malos tratos se incrementarán, pero si existe celotipia, la situación es alarmante aunque ella no lo sepa.

Las medidas judiciales en estos casos tampoco pueden ser efectivas porque supongamos que la mujer se separa y existe una prohibición de acercamiento. Tras la separación el enfermo no deja de beber, es más incrementa el consumo, lo que hace que también que se incremente el deterioro psíquico. Se incrementan las ideas de celos, por lo que la ex mujer sufre, después de la separación, amenazas y agresiones, continuando la violencia y el acoso, aunque ahora fuera del ámbito familiar.

La manera de tratar este problema es el tratamiento del problema de alcoholismo, además de otras medidas legales. Cuando un alcoholístico muestra esta problemática, una vez conseguida la libertad es prioritario constatar la abstinencia total a las bebidas alcohólicas, lo que consigue la mejoría de los fenómenos psicopatológicos, incluso su desaparición.

- **Consumo de drogas de abuso.** En el caso de las drogas de abuso, hay que considerar a aquellas que producen efectos estimulantes sobre el sistema nervioso central. Estos efectos estimulantes incluyen la irritabilidad y la agresividad por la aparición de conductas desinhibidas. Como drogas estimulantes hay que citar fundamentalmente la cocaína.
- **Trastornos de la personalidad tipo disocial o antisocial.** De entre los distintos tipos de trastorno de personalidad, el que tiene interés es el disocial o antisocial, caracterizado por presentar trastornos conductuales asociales y entre los rasgos de su carácter presenta agresividad y violencia que puede estar dirigida hacia su familia, sin olvidar el hecho frecuente de su elevado consumo de bebidas alcohólicas y drogas que incrementan los cuadros violentos e impulsivos. Pero además, estas personas son incapaces e establecer relaciones estables y duraderas y de afrontar responsabilidades como por ejemplo de padre, por lo que frecuentemente abandonan sus obligaciones familiares de alimentos en los casos e separaciones o rupturas de pareja.

- **Trastorno depresivo endógeno.** La depresión endógena se caracteriza por una intensa tristeza vital. El mayor riesgo de esta patología psíquica es la posibilidad de suicidio del enfermo. Existen casos, afortunadamente no muy frecuentes, de violencia familiar. El enfermo mata a toda la familia y posteriormente se suicida. Se denomina suicidio ampliado. Pone fin a la vida de los seres queridos como forma de evitarles el sufrimiento, derivado de sus ideas delirantes.

4.2. PERSONALIDAD Y FEMICIDIO.

En cualquier conducta humana, por terrible que parezca, debemos diferenciar cuanto hay de componente endógeno del individuo y cuanto de componente exógeno. Ese componente exógeno se caracteriza por el entorno, que influye en cualquier acto humano, y por supuesto también en el delito.

En los delitos existe un componente personal biológico (personalidad), pero también un componente externo (factores sociales y entorno).

En los delitos femicidas, en el sentido amplio, según concepto de la ONU, es decir, aquellos que acaban con la vida de una mujer por el hecho de ser mujer, nos vamos a centrar fundamentalmente en aquellos femicidios en los que no existe una relación de pareja entre víctima y agresor (estudiados en el maltrato que en ocasiones llega al homicidio de la mujer), ni tampoco a la agresión sexual que no finaliza con la muerte de la víctima. Nos vamos a centrar en el estudio de las muertes de mujeres y fundamentalmente en el asesinato sexual.

Estas muertes pueden ser desencadenadas por causas patológicas (las menos), pero en la mayoría las motivaciones no son patológicas por mucho que en ellas se refleja la crueldad y el ensañamiento del agresor o agresores.

4.2.1. ASESINATO SEXUAL.

Aquel cuya motivación es sexual, pero esta sexualidad debe ir acompañada de la humillación y el maltrato de la víctima.

El número de asesinatos de mujeres sin motivo aparente ha aumentado de forma significativa, aun a expensas de que en muchos países no existe una base de datos o estadística que nos permita cuantificarlos.

Cuando hablamos de femicidios inmotivados excluiríamos, con fines didácticos, aquellos que se realizan en el ámbito familiar como producto de la violencia intrafamiliar.

La inmensa mayoría de los asesinatos de mujeres encubren el motivo real, que es el asesinato sexual. Por lo que distinguiremos también con fin académico cuatro grupos:

- Violador que mata a su víctima para no ser posteriormente identificado.
- El asesino sádico.
- Enfermos mentales.
- Aquellos que actúan en grupo.

El violador que mata a la víctima para posteriormente no ser identificado por ésta, no muestra satisfacción matando, sino violando. Normalmente mata a la víctima porque es de su entorno.

La personalidad sádica no se encuentra incluida dentro de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. Su inclusión o no ha sido muy controvertida.

- En primer lugar, su inclusión hizo temer, a la psiquiatría legal, la posibilidad de que dicha entidad pudiera ser causa de disminución o atenuación de la imputabilidad.
- En otros casos, se considera como un subgrupo del trastorno antisocial de la personalidad.
- En cualquier caso, la personalidad sádica puede comportarse de distintas maneras a la hora de matar.
- El sádico sería el representante extremo de una personalidad psicopática. Individuos que son incapaces de “ponerse en la piel del otro”, que no sienten empatía por el sufrimiento ajeno y que a cualquier otra persona le produciría rechazo, pena, remordimientos.

- En otro grupo, encontramos aquellos que para sentir placer sexual precisan dominar, humillar a su víctima, y en grado extremo mutilarla. La figura femenina es su fuente de odio y rencor, a la que gusta de vejar y humillar.
- Hay algo realmente importante a la hora de valorar una personalidad sádica: es el hecho de que, al contrario de los antisociales cuyos actos asociales van disminuyendo con la edad, en los sádicos la gravedad de sus actos va en aumento con el paso del tiempo.
- Comienzan sus delitos jóvenes, primero con abusos, posteriormente alguna agresión sexual, y su violencia con agresividad innecesaria va en aumento según va perfeccionando el método y sus fantasías sádicas.

Enfermos mentales. Su número es escaso, pero la repercusión mediática de estos crímenes genera el que en muchas ocasiones la sociedad equipare a estos enfermos con este tipo de delito. La razón, puede estar en el hecho de que la proporción de enfermos psicóticos es prácticamente idéntica en todos los países independientemente de factores culturales y económicos, no así en el caso del resto de asesinos y en especial el último grupo (los que actúan en grupo).

Pueden darse asesinatos, mutilaciones, actos necrófilos. Entraría en este grupo lo que la literatura anglosajona denomina asesino en serie desorganizado.

Femicidas que actúan en grupo. En la actualidad de gran interés. Hay que destacar que esta forma de actuación no es frecuente en Chile, a diferencia de países donde la alarma ha saltado debido al aumento constante de asesinatos de mujeres e impunidad con la que actúan algunos de estos grupos (Ciudad Juárez, Guatemala, etc.).

Difícil de entender que varias personas intervengan en estos crímenes, pero hay que tener en cuenta que el hecho grupal favorece más la violencia. El cóctel lo formaremos con individuos donde intervienen factores del entorno y sociales (violencia, delito, ley del más fuerte, impunidad, ausencia de normas, ausencia de figuras de autoridad en la infancia, etc.), a esto sumamos el consumo de alcohol y drogas que facilitan las conductas violentas si además esto se realiza en grupo, la violencia se incrementa.

Para entenderlo pongamos un ejemplo, las personas ebrias son más violentas cuando actúan en grupo. Pensemos en una situación con elevada carga emocional para los aficionados como es un partido de fútbol, pensemos en una personalidad y además alcohol. La mezcla anterior, si además se encuentran en grupo, hace que el fenómeno de la violencia en los partidos sea fácil de explicar.

4.3. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA.

Existen dos grandes grupos de procedimientos de evaluación y predicción del riesgo de delitos violentos²⁴:

- A criterio libre del profesional. Donde no se utiliza una pauta o instrumento (test). Esta técnica es la más utilizada, se realiza una anamnesis que consiste en recoger datos del individuo histórico-biográficos y de anteriores hechos violentos.
- Seguir una pauta o protocolo. Es decir, un test que prediga y valore el riesgo de comportamiento violento, basándonos en cálculos estadísticos sobre factores de riesgo que la bibliografía científica considera relevantes en un determinado contexto socio cultural.

Existen múltiples pautas, sin embargo, entre estas pruebas destaca el Hare para predecir el comportamiento criminal y violencia sexual y serial. Se realiza mediante una entrevista semiestructurada junto con información objetiva complementaria.

Normalmente se utiliza la versión reducida (versión *screening*), donde los ítems se agrupan en dos factores el I y el II, precisa de menor tiempo y por tanto es más fácil de aplicar en el ámbito forense. Es una escala clínica que utiliza la información procedente de las respuestas del individuo a una entrevista semiestructurada (antecedentes personales, familiares, laborales, afectivos, delictivos) y por otro lado la información que se obtiene del procedimiento, documentación solicitada y en-

²⁴ Si bien, en Chile se utiliza el criterio libre del profesional, cabe señalar que desde el año 2010, los peritos se han capacitado en el PCL de Hare (apoyo mediante cuestionario de evaluación, de la psicopatía (*Psychopathy check list*)).

trevista a familiares (entrevista a familiares, informes médicos previos, antecedentes penales, informes escolares laborales, etc.) estos completan y objetivan los datos recogidos en la entrevista con el sujeto, pues en caso contrario no podríamos valorar la información, ya que es fácilmente manipulable por el entrevistado y debe ser siempre contrastada con fuentes externas (objetivas) al sujeto.

Durante la entrevista se recoge las impresiones que nos manifiesta, así como la impresión subjetiva. Posteriormente se utiliza la información colateral, que es la información fiable de sucesos significativos de su vida y obtener una idea de sus áreas de funcionamiento.

Como norma general, es preferible documentarse previamente, porque así en la entrevista puede indagar más fácilmente. Estas fuentes colaterales se suelen obtener de ficheros oficiales (la importancia de registros): expedientes penales, penitenciarios; protección de menores; fichas policiales; expedientes de servicios sociales; historial laboral y de prestaciones del INEM (Instituto Nacional de Empleo de España); historial académico e historial militar.

También puede recurrirse a entrevistas familiares y amigos, como de otro ámbito. Si no se dispone de ninguna información colateral es preferible no completar el PCL de Hare (apoyo mediante cuestionario de evaluación, de la psicopatía (Psychopathy check list), antes de fiarse de los datos obtenidos en la entrevista.

La peligrosidad y la posibilidad de reincidencia dependen de múltiples factores, algunos de ellos impredecibles.

CAPÍTULO 5: VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA HABITUAL CONTRA LA MUJER Y EN LAS AGRESIONES SEXUALES. 5.1. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN EL MALTRATO A LA MUJER. 5.2. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA AGRESIÓN SEXUAL. 5.3. DAÑO PSÍQUICO. PRINCIPALES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN VÍCTIMAS. 5.3.1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS. 5.3.2. TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. 5.3.3. SECUELAS EMOCIONALES. 5.4. VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS EN VÍCTIMAS.

CAPÍTULO 5: VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA VIOLENCIA HABITUAL CONTRA LA MUJER Y EN LAS AGRESIONES SEXUALES.

Durante décadas el único protagonista del delito ha sido el acusado. Las legislaciones se han interesado más por la imputabilidad del delincuente que por sus víctimas. Y tradicionalmente el Derecho Penal ha prestado atención a las lesiones físicas de las víctimas haciendo caso omiso al daño psíquico.

Las víctimas son reacias a denunciar por el miedo a no ser creída, el temor a represalias, la vergüenza y el deseo de preservar la integridad familiar ante los demás en la violencia doméstica.

Víctima complicada. La víctima es llamada complicada cuando al hecho delictivo le siguen otros actos o situaciones que generan más problemas. Por ejemplo: Mujer violada que desarrolla un embarazo, o una infección por VIH o que acaba en ruptura matrimonial.

5.1. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN EL MALTRATO A LA MUJER.

En la dinámica de maltrato habitual, la cronicidad y perpetuación del la experiencia abusiva merman la capacidad de resistencia de la víctima y dejan sin efectividad los mecanismos defensivos (por puro agotamiento psíquico), lo cual produce un menoscabo importante en el equilibrio psicológico de la mujer, que se refleja entre otros en los siguientes síntomas:

- **Baja autoestima:** La dinámica violenta se traduce en un lento e insidioso proceso de destrucción de la personalidad y de la autoimagen, que merma la estabilidad emocional y menoscaba su autoestima. Este sería el efecto más demoledor.

- **Síntomas depresivos:** La imposibilidad de responder de forma adaptativa o de encontrar salida a la violencia crónica injustificada, se traduce en una merma del interés por las cosas y la consiguiente alteración del ánimo.
- **Estrés y alteraciones psicosomáticas:** Ante la experiencia reiterada de maltrato, el organismo reacciona con un estado de alerta permanente, que se traduce en una depresión del sistema inmunitario y una modificación de los neurotransmisores cerebrales. Aparecen entonces palpitaciones, sensaciones de opresión, de ahogo y de fatiga, trastornos del sueño, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas, trastornos digestivos, los dolores abdominales, etc.
- **Impotencia y sensación de abandono:** La víctima de maltrato habitual (crónico e impredecible) tiende al aislamiento social y al ocultamiento de la experiencia abusiva. Y ante la incapacidad de prever las conductas y reacciones del agresor, surgen sentimientos de impotencia y abandono.
- **Sentimientos de culpabilidad e intentos de justificar la agresión padecida:** La víctima desarrolla sentimientos injustificados de culpa por sus actuaciones tendentes a evitar la violencia (mentir, encubrir al agresor, aceptar contactos sexuales no deseados, no proteger adecuadamente a sus hijos, entre otras) o condicionados por la atribución externa del agresor (la responsable de todo lo que nos pasa eres tú).

Se intenta proyectar al exterior una imagen de normalidad, incluso de familia feliz, hasta que de forma defensiva y como una reacción inconsciente se produce un episodio regresivo o una crisis nerviosa, que delata o destapa la realidad. Todo ello puede, incluso, ser utilizado por el agresor para tacharla ante las autoridades como loca o desequilibrada.

5.2. DINÁMICA DEL DAÑO PSÍQUICO EN LA AGRESIÓN SEXUAL.

En el caso que la mujer sufra agresión sexual por parte de su pareja o ex pareja, desarrolla un estado emocional que se recoge en las siguientes manifestaciones clínicas:

- Repetición continuada del suceso, en forma de alteraciones de

sueño, frecuentemente pesadillas o sueños con contenido persecutorio, *flash-back*, pensamientos recurrentes y recuerdos intrusivos.

- Labilidad afectiva o alternancia en el estado de ánimo, que fluctúa entre la tristeza, el miedo y la ira. Son constantes los cambios de humor.
- Sentimientos de temor a posteriores agresiones y/o represalias del agresor (sobre todo cuando se trata de agresores conocidos), que se acompañan de una marcada percepción de vulnerabilidad personal.
- Son frecuentes los síntomas psicofisiológicos: cefaleas, trastornos del apetito, vómitos, náuseas, etc.
- También son frecuentes las reacciones o síntomas depresivos, que pueden cursar con ideaciones o pensamientos suicidas e incluso intentos autolíticos.
- La esfera de la sexualidad y de las relaciones íntimas se ven muy afectadas. Se produce una inhibición de la expresividad y restricción de la vida afectiva y se rechazan las relaciones sexuales porque les hacen revivir la experiencia agresiva.

En ocasiones y debido sobre todo a la personalidad de la víctima y al apoyo exterior, la víctima comienza a reorganizar su estilo de vida, integra la experiencia. Sin embargo, en otros casos, no se logra una resolución satisfactoria y pueden quedar alteraciones o desajustes psíquicos crónicos. Con frecuencia no se llega a esta fase hasta la finalización del proceso penal y la celebración del juicio.

5.3. DAÑO PSÍQUICO. PRINCIPALES ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN VÍCTIMAS.

Dentro de las alteraciones clínicas agudas como consecuencia del delito violento y que incapacita para los requerimientos de la vida ordinaria personal, laboral, social o familiar, las más frecuentes son: trastornos adaptativos, trastornos de estrés postraumático y descompensación de una personalidad anómala.

También pueden presentarse trastornos psicóticos y esquizofrénicos, trastornos bipolares o trastornos de personalidad con patrón de conducta establecido en estadios tempranos del desarrollo. Aunque en ocasiones se han tenido en cuenta como elementos desencadenantes, facilitadores o mantenedores de estos trastornos. Por ejemplo: trastorno psicótico breve, que puede estar desencadenado por una situación de estrés o agresión.

5.3.1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

Cuyos criterios diagnósticos, según el DSM-IV-R, son los siguientes:

La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente, del siguiente modo:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
- Deterioro significativo de la actividad social o laboral o académica.

Los síntomas predominantes son:

- Estado de ánimo depresivo.
- Con ansiedad.
- Con ansiedad y ánimo depresivo.
- Con trastorno de comportamiento.

El riesgo de aparición y la forma de expresión está determinado por la predisposición o vulnerabilidad individual.

5.3.2. TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Conjunto de síntomas que se desarrollan después de haber sido testigo, de haber participado en un suceso traumático en extremo. Ante esto, se produce una reacción de miedo, impotencia, reviviendo de manera persistente el suceso o evitando que se le recuerde. Debe de durar al menos un

mes y afectar significativamente la vida cotidiana y laboral. La reacción a estrés agudo dura de 2 días a 4 semanas.

Su etiología es el factor estresante. Es necesario pero no suficiente, ya que no todo el mundo sufre este trastorno. Intervienen factores biológicos y psicológicos preexistentes, y tienen que ver con el significado subjetivo del factor estresante en cada persona. Factores predisponentes: vulnerabilidad psicológica, apoyo social inadecuado, alexitia (incapacidad de verbalizar estados emocionales).

Su clínica se caracteriza porque al poco tiempo, aunque puede haber un periodo de latencia variable, se inicia:

- Síntomas de alerta: irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración.
- Falta de respuesta general: pérdida de interés, aislamiento general de la familia y amigos.

Paralelamente o tras latencia aparece la reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación de las situaciones o estímulos que simbólicamente considere asociados al trauma. Todo ello con deterioro de la actividad habitual y de sus relaciones sociales que puede conducir a estados depresivos o al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

Los síntomas pueden ser persistentes o intermitentes.

La evolución puede ser limitada (la mayoría) o crónica (3 meses o más).

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV TR, se caracterizan por la aparición de tres tipos de síntomas en respuesta a la experiencia o acontecimiento traumático (agresión grave o agresión sexual):

Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos: la mujer revive una y otra vez los hechos, a través de pensamientos, recuerdos y pesadillas recurrentes e intrusivas.

Síntomas de evitación: necesidad de evitar persistentemente los estímulos asociados al hecho traumático. Tanto estímulos internos: pensamientos, sentimientos, verbalizaciones o conversaciones relacionadas, como

externos: relativos a lugares, actividades o personas relacionadas. También se produce un embotamiento de la reactividad general de individuo, una reducción del interés por la participación en actividades sociales, una sensación de desapego o restricción de la vida afectiva. Muchas mujeres expresan que se sienten incapaces de enamorarse y reanudar la vida en pareja y proyectan una percepción negativa respecto a su futuro.

Elevación de los niveles de ansiedad: Reflejado en dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, ataques de ira, dificultad para concentrarse, actitud hipervigilante o estado permanente de alerta (serían estas mujeres que refieren ir por la calle y sobresaltarse cuando alguien se le acerca, o cuando oyen el más mínimo ruido).

5.3.3. SECUELAS EMOCIONALES.

Se refiere a la estabilización del daño psíquico, cuando no se puede conseguir la mejoría, ni con el tiempo ni con el tratamiento adecuado. Son fundamentalmente modificaciones permanentes de la personalidad, esto es, rasgos de personalidad nuevos y desadaptativos y que producen deterioro de las relaciones laborales e interpersonales (hostilidad, suspicacia, dependencia).

Puede ser un estado crónico o una secuela de un TPET.

La dificultad es valorar el estado anterior de la víctima.

Valoración de secuelas psíquicas.

Éstas no tienen una evolución que pueda considerarse normal o habitual, ni se puede hacer un pronóstico estimativo fiable en días. La evolución siempre será diferente y no se puede ajustar a criterios cronológicos como las lesiones físicas; además son de mayor dificultad diagnóstica por su componente subjetivo en su manifestación y en la subjetividad del entrevistador.

En cuanto a las concausas en la valoración de secuelas psíquicas, distinguimos:

- **Concausas preexistentes, o estado anterior de la víctima.** Existe una vulnerabilidad psicológica o personalidad premórbida que facilita la aparición de lesiones psíquicas y condiciona una evolución anormal en cuanto al tiempo e intensidad del padecimiento.

El daño psicológico (lesiones y secuelas) dependerá de los siguientes factores:

- Intensidad y percepción del suceso.
- Carácter inesperado.
- Vulnerabilidad de la víctima.
- Problemas actuales (familiares, laborales) y pasados (otros sucesos).
- Del apoyo social.

Ante acontecimientos traumáticos similares, unas víctimas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas. Son más vulnerables y con mayor fragilidad emocional cuando existe un historial de haber sufrido otros delitos violentos, bajo nivel de inteligencia.

- **Concausas concurrentes o contemporáneas.** Actúan de forma simultánea y aumentan el resultado final (delito complicado).
- **Concausas consecutivas o subsiguientes:** Complicaciones ajenas a la voluntad de la víctima.

En menores abusados sexualmente, con excesiva frecuencia es en el proceso que sigue a la denuncia cuando aparecen síntomas y cabría preguntarse ¿qué ha acusado la alteración, el episodio de abuso sexual o el estrés derivado del procedimiento judicial en que se ha visto involucrado? No se puede responder a esta pregunta honestamente en un 100% de certeza, si estamos evaluando el trauma por el abuso o la victimización secundaria.

Otras circunstancias son: vivir cerca o en el mismo edificio que el agresor, o incluso en el mismo domicilio en caso de malos tratos como en agresiones sexuales con amenazas y presiones para retirar

la denuncia, para cambiar el testimonio, encuentros o miedo a encuentros con el agresor o como consecuencia de actuaciones judiciales: declaraciones, miedos de reconocimiento, juicio, etc.

Esto hace que las víctimas no quieran acudir al juicio, alegando imposibilidad por estados de ansiedad y depresión.

El ambiente familiar de la víctima es otro factor que incide en que persistan los síntomas: quejas, increpaciones, culpabilizaciones y sobre todo cuando se dan en el ámbito familiar, los enfrentamientos, presiones familiares o de otro tipo para retirar la denuncia (por ejemplo, menores de edad que denuncian a otros miembros de la familia).

Último factor es la intervención de profesionales, médicos, psicólogos o abogados que de una forma, no siempre consciente, pueden contribuir a generar una victimización secundaria confiriendo demasiada importancia a los síntomas postraumáticos, indicando un exceso de exploraciones instrumentales o prolongando.

5.4. VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS EN VÍCTIMAS.

La anormalidad o menoscabo que ha generado una situación de violencia continuada contra la mujer o una situación de violencia extrema en el contexto de una agresión sexual y que permanece cuando el estado clínico se considera estabilizado y no se espera mejoría pese al tratamiento, debemos considerar secuela.

Algunas veces la persistencia de síntomas tiene que ver con factores ambientales, como sería la evolución de las actuaciones judiciales.

Es difícil medir objetivamente el daño por la ausencia de signos objetivos. Por ello, se sugiere utilizar de forma complementaria las escalas que el DSM-IV recoge en el eje V de la evaluación multiaxial, acerca del nivel general de actividad de la víctima.

- 100: actividad satisfactoria. Sin síntomas.
- 90: buena actividad en todas las áreas. Síntomas mínimos (ligera ansiedad)
- 80: ligera alteración de la actividad (descenso temporal del rendimiento. Síntomas transitorios.
- 70: Alguna dificultad pero en general funciona adecuadamente. Síntomas leves (humor depresivo e insomnio ligero).
- 60: dificultades moderadas. Síntomas moderados (crisis de angustia ocasionales).
- 50: alteración grave. Síntomas graves (ideación suicida).

No toda persona que padece una lesión o una secuela se encuentra totalmente limitada. Existen trastornos poco graves desde el punto de vista clínico que sin embargo originan importantes limitaciones funcionales y deterioro laboral y social.

Por todo ello, la Fiscalía debe instar en los casos de violencia contra la mujer, en la exploración de la víctima, para que se dictamine si existe daño en la salud psíquica y si es preciso tratamiento terapéutico. Independientemente de la existencia o identidad del autor.

Lo que nos interesa en estas evaluaciones es la repercusión de este trastorno en diversas áreas. O sea, diagnóstico, pronóstico y su repercusión en la vida cotidiana (familiar, laboral y relaciones sociales).

Los sucesos más traumáticos (agresiones sexuales, secuestros, muerte del ser querido por hecho violento) dejan huellas a modo de cicatriz psicológica que hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y enfermedades psicosomáticas. Las agresiones sexuales y el terrorismo, y posteriormente la violencia familiar, generan con mas frecuencia (55%) e intensidad el trastorno de estrés postraumático.

Las conductas de evitación son las que mas fácilmente tienden a cronificarse. Muchas personas se muestran resistentes a la aparición de este trastorno. No quieren decir que no sufran ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y de disfrutar de experiencias positivas.

TÍTULO 4

LA ESCENA DEL CRIMEN, LOS INDICIOS, METODOLOGÍA
Y PROTOCOLOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA
FEMICIDA. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

TÍTULO 4: LA ESCENA DEL CRIMEN, LOS INDICIOS, METODOLOGÍA Y PROTOCOLOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA FEMICIDA. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

En la actualidad, son diversas técnicas las que tienen por objeto la identificación y procesamiento de los diferentes tipos de evidencias físicas presentes en el lugar de los hechos. Ante una escena concreta, la disciplina criminalística trata de dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Se trata de un delito?
- Y en caso afirmativo:
 - ¿Como se cometió?
 - ¿Cuándo se cometió?
 - ¿Quién lo cometió?
 - ¿Dónde se cometió?
 - ¿Por qué lo cometió?

A través del estudio científico de los indicios relacionados con el delito, la ciencia referida tiene como objetivo principal descubrir la identidad del autor y al mismo tiempo, averiguar y describir todas las demás circunstancias relevantes para la investigación del suceso, facilitando, en suma, su fin último: el esclarecimiento de los hechos.

¿Cómo se demuestra científicamente el delito?

La demostración científica del delito es un elemento adicional, que permite dar coherencia interna al resto de las evidencias recopiladas durante la investigación y que finalmente permitirán al Ministerio Público presentar un caso sólido y convincente ante los Tribunales de Justicia.

CAPÍTULO 1: ESTUDIO DEL SITIO DEL SUCESO O ESCENA DEL CRIMEN EN LOS CASOS DE FEMICIDIO. 1.1. SITIO DEL SUCESO; ESCENA DEL CRIMEN. 1.1.1. DEFINICIÓN. 1.1.2. INVESTIGACIÓN DEL LUGAR DE LOS HECHOS (LO QUE EN CHILE SE CONOCE COMO EL ANÁLISIS CIENTÍFICO-TÉCNICO DEL SITIO DEL SUCESO). 1.1.3. LA INVESTIGACIÓN DEL CRIMEN FEMICIDA: PAUTAS DE ACTUACIÓN ENCAMINADAS A FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE EL MÉDICO FORENSE, EL MINISTERIO PÚBLICO Y LA POLICÍA. 1.2. METODOLOGÍA DE LA INSPECCIÓN OCULAR EN LOS CASOS DE FEMICIDIO. 1.2.1. EVALUACIÓN INICIAL Y PREPARACIÓN. 1.2.2. ACCESO A LA ESCENA. 1.2.3. PROTECCIÓN. 1.2.4. PROCESAMIENTO DEL SITIO DEL SUCESO. 1.2.5. OBSERVACIÓN. 1.2.6. FIJACIÓN DE LA ESCENA. 1.2.7. RECOGIDA DE LOS INDICIOS. 1.2.8. ABANDONO DE LA ESCENA. 1.3. CONTAMINACIÓN DE LA ESCENA DEL CRIMEN. LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS. 1.3.1. TIPOS DE CONTAMINACIÓN. 1.3.2. PRINCIPALES CAUSAS DE CONTAMINACIÓN. 1.3.3. LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS. 1.4. PRINCIPALES INDICIOS EN LA ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA. METODOLOGÍA Y PROTOCOLOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL FEMICIDIO. 1.4.1. INDICIO, VESTIGIO, EVIDENCIA. 1.4.2. PRINCIPALES INDICIOS EN LA ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA. 1.4.3. PROCESAMIENTO DE LAS ARMAS DE FUEGO Y ARMAS BLANCAS COMO INDICIOS. 1.4.4. HUELLAS DACTILARES Y DE PIES. 1.4.5. MARCAS DE OBJETOS. 1.4.6. TIERRA. 1.4.7. CADENA DE CUSTODIA. 1.4.8. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS. 1.4.9. METODOLOGÍA PARA LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES OPERADORES EN LA INVESTIGACIÓN. 1.5. EL INFORME MÉDICO FORENSE EN LOS CASOS DE MUERTE POR FEMICIDIO: METODOLOGÍA NORMALIZADA DEL INFORME DE AUTOPSIA.

CAPÍTULO 1: ESTUDIO DEL SITIO DEL SUCESO O ESCENA DEL CRIMEN EN LOS CASOS DE FEMICIDIO.

1.1. SITIO DEL SUCESO; ESCENA DEL CRIMEN.

1.1.1. DEFINICIÓN.

Bajo el término de sitio del suceso o escena del crimen se conoce cualquier localización o ubicación espacial relacionada con la comisión de un delito, y en la que debe haber quedado alguna huella de su autor, o de alguna de las características del hecho o acto cometido²⁵.

La escena del crimen constituye el único puente de unión entre el victimario y la víctima.

²⁵ Tradicionalmente se distinguen dos tipos de sitio del suceso: cerrados y abiertos. El primero es aquél que tiene establecido claramente sus límites, como una casa o habitación, mientras el segundo, es aquél cuyos límites no se encuentran establecidos naturalmente, como la vía pública, un parque, una plaza.

Cabe tener presente que el sitio del suceso de un femicidio puede corresponder: al lugar donde se encuentra el cadáver, pero a su vez, también incluye otros, como el lugar desde el que fue trasladado el cadáver, aquéllos donde tuvo lugar el ataque inicial, el lugar donde ocurrió el fallecimiento de la víctima y en general, cualquier localización distinta donde aparezca cualquier indicio relacionado con el delito (por ejemplo: un vehículo). El propio sospechoso constituye una escena en sí.



1.1.2. INVESTIGACIÓN DEL LUGAR DE LOS HECHOS (LO QUE EN CHILE SE CONOCE COMO EL ANÁLISIS CIENTÍFICO TÉCNICO DEL SITIO DEL SUCESO).

Se denomina inspección ocular al acto o conjunto de actuaciones mediante las cuales se procede al estudio del lugar de los hechos y de la totalidad de los elementos contenidos en el mismo.

Constituye una diligencia de investigación y comprobación con un contenido eminentemente criminalístico y médico-biológico cuyo objetivo fundamental es la resolución de dos problemas:

- Determinar qué pasó; y
- Determinar la identificación del autor o autores del suceso.

Su estudio permite establecer las circunstancias generales que concurrieron en el crimen, ayudando a demostrar la conexión que pudo existir entre víctima y sospechoso, permitiendo, al mismo tiempo, corroborar testimonios. Todo ello, mediante la aportación de pistas a la investigación.

No existen dos escenas iguales.

Su estudio representa una tarea difícil y prolongada, muy lejos de la idea que en ocasiones se intenta transmitir de simpleza, sencillez y rapidez.

Su realización exige la aplicación de una metodología específica por par-

te de un equipo humano organizado y especializado que a su vez asegura con su labor la adecuación científica y legal de la investigación. Ninguna otra actuación puede sustituir a una investigación realizada de manera cuidadosa y programada.

Estas dos condiciones resultan fundamentales para el éxito de la investigación criminal, ya que sólo va a existir una oportunidad para llevar a cabo dicha empresa de manera correcta y apropiada.

El responsable de la investigación.

De acuerdo al ordenamiento jurídico procesal penal chileno, el responsable de la investigación es el Fiscal, conforme lo dispone el artículo 181 del Código Procesal Penal, quien realiza la investigación por intermedio de los organismos auxiliares del Ministerio Público, que en el caso del delito de femicidio, será la unidad policial especializada en la investigación de este tipo de delitos, en conjunto con los peritos criminalísticos de la respectiva institución.

En este sentido, es decisión del Fiscal a cargo de la investigación determinar cuál será la policía especializada que investigará el caso. Una vez precisado ello, debe a su vez designarse un funcionario policial a cargo de la investigación de este tipo de delitos, toda vez que, la investigación del sitio del suceso constituye una verdadera especialidad.

El trabajo del sitio del suceso implica una gran variedad de profesionales, cada uno especialista en una disciplina concreta, que se estructuran en forma de equipo.

En el caso chileno, si bien, el Ministerio Público, debe ser el encargado de articular y conjugar eficientemente la labor de los integrantes de este equipo investigativo, el trabajo concreto de éste debe encontrarse bajo la dirección técnica de un policía especializado en la investigación de este tipo de delitos.

Entre las funciones de este investigador, se encuentran:

- Realizar una primera aproximación a la escena, determinando en cada caso el protocolo de estudio que se va a seguir, así como los medios materiales y personales que van a ser necesarios. A estos

efectos, siempre se tomará en consideración el tipo de suceso que se enfrenta y la complejidad de la escena.

- Resguardar la seguridad de los que van a intervenir en el procesamiento del lugar de los hechos ante la presencia de peligros potenciales que pueden surgir a lo largo de la investigación (físicos, químicos, biológicos).
- Reevaluar continuamente los procedimientos que se siguen en la investigación.
- La decisión de abandonar la escena.

Previamente, siempre es aconsejable que los distintos especialistas que van a intervenir en el estudio de la escena procedan, bajo la supervisión del responsable de la investigación (Fiscal), a la discusión del protocolo de actuación que se va a acometer (coordinación), el cual debe tomar en consideración una previsión de las posibles necesidades que se puedan plantear, tanto desde el punto de vista material como personal.

Los distintos especialistas en la inspección ocular.

Además de los señalados anteriormente, representados por la figura del responsable de la investigación, habitualmente se integran otros especialistas en el estudio de la escena:

- Fotógrafos.
- Dibujantes.
- Encargados del procesamiento y recogida de indicios.
- Médicos Forenses.
- Químicos y bioquímicos.
- Balísticos.

Pero también, dependiendo del tipo de escena, de su complejidad y del tipo de indicios presentes en la misma, puede ser necesario el concurso de otros profesionales. La elección de otros especialistas es responsabilidad del encargado de la investigación (en el caso chileno será una decisión que si bien adoptará el Fiscal a cargo, debe realizarse previa coordinación y asesoría de parte del funcionario policial a cargo de la investigación), quien adoptará la decisión de esta colaboración dependiendo de las necesidades específicas del caso.

Las especialidades que con mayor frecuencia se integran en la tarea de la investigación del lugar de los hechos son:

- Antropología.
- Entomología.
- Odontología.
- Patología.
- Otros (ingenieros, especialistas en explosivos, etc)²⁶.

1.1.3. LA INVESTIGACIÓN DEL CRIMEN FEMICIDA: PAUTAS DE ACTUACIÓN ENCAMINADAS A FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE EL MÉDICO FORENSE, EL MINISTERIO PÚBLICO Y LA POLICÍA.

Son muy diferentes los profesionales que se pueden implicar en el estudio de la escena del crimen femicida. Desde integrantes de la policía, profesionales y personal del área de salud y bomberos, entre otros, en los que cada uno tiene un papel específico e insustituible en el estudio de la escena.

En todos los casos, la preparación de lo que se va a realizar exige un conocimiento exacto de las implicaciones legales de las actuaciones que se van a acometer y por lo tanto, siempre es aconsejable la presencia de un Fiscal del Ministerio Público en un marco de actuación ideal, máxime cuando a la particular naturaleza del crimen femicida se une la especificidad de las evidencias presentes, resultando entonces imprescindible una valoración legal de lo que se va a actuar antes de tomar decisiones, en ocasiones erróneas, que podrían poner en peligro la totalidad de la investigación.

Con respecto al Médico Forense²⁷, la mayoría de los protocolos le atribu-

²⁶ En Chile, estos especialistas se encuentran en el Servicio Médico Legal (SML), Laboratorio de Criminalística de Investigaciones (LACRIM) y Laboratorio de Criminalística de Carabineros (LABOCAR), cuya disponibilidad dependerá de la Región del país en la que nos encontremos.

²⁷ En Chile, normalmente, este profesional está representado por el médico del Departamento de Medicina Criminal de la Policía de Investigaciones (DEMECRI) o el médico que acompaña a los peritos de LABOCAR, los que hacen el examen externo del cadáver en el sitio del suceso, cuyas conclusiones deben ser analizadas en concordancia con el resultado de la autopsia realizada por el médico tanatólogo del SML. Por razones administrativas los peritos del SML (que practican las autopsias) no concurren al sitio del suceso. En la actualidad, el Equipo Multidisciplinario del SML encargado de estudiar los Desastres pretende acercarse al sitio del suceso con la finalidad de verificar las circunstancias del hallazgo del o los cadáveres para poder de mejor forma interpretar las causas de la muerte.

yen una serie de funciones específicas que desarrolla de forma autónoma e independiente con arreglo a criterios científicos, casi siempre centradas en el estudio del cadáver in situ y en la recuperación de indicios presentes en el mismo y/o que exijan la manipulación del cuerpo. En la mayoría de los casos, su figura es determinante para una correcta valoración y procesamiento de los distintos elementos de interés criminal incluidos en el lugar de los hechos.

Sobre la policía recae la tarea del procesamiento de la escena, mediante el empleo de una metodología concreta que se adapta a las características particulares del lugar y al tipo de indicios presentes.

1.2. METODOLOGÍA DE LA INSPECCIÓN OCULAR EN LOS CASOS DE FEMICIDIO.

Antes de referirnos a la metodología en el sitio del suceso, es necesario hacer presente que de conformidad a lo dispuesto por el artículo 83 del Código Procesal Penal, el personal policial que primero llegue al lugar debe realizar las siguientes actuaciones:

- Prestar auxilio a la víctima.
- Resguardar el sitio del suceso (procediendo a su clausura, si se tratare de local cerrado, o a su aislamiento, si se tratare de lugar abierto).
- Comunicarse en forma inmediata con el Fiscal, quien designará el personal experto de la policía que deberá concurrir al sitio del suceso.
- Identificar a los testigos y consignar las declaraciones que éstos prestaren voluntariamente.

En cuanto a la metodología del sitio del suceso por parte del personal policial y peritos que concurran al mismo, esta resulta ser de vital trascendencia, ya que son ellos los primeros que tienen acceso al mismo, debiendo luego ser capaces de reproducir su actuación en juicio.

Se pueden formular una serie de recomendaciones que permitan llevar a cabo el primer contacto con la escena o sitio del suceso:

- Inicialmente, cualquier antecedente que se encuentre en el sitio del suceso deberá ser considerado para la investigación criminal.
- Siempre se fijará la hora de llegada al lugar.
- Se documentará y fotografiará el entorno de la escena y se individualizará a las personas situadas a su alrededor.
- Se debe acceder al lugar de los hechos lo más rápidamente posible, pero también de forma cautelosa mediante la selección previa de una vía de entrada adecuada y segura.
- Siempre hay que privilegiar el auxilio y protección de la víctima antes del trabajo científico del sitio del suceso. En caso de existir una víctima lesionada, deberán darse los primeros auxilios necesarios, sin perjuicio de dar aviso a los Servicios de Salud correspondientes. En caso de que éstos comparezcan, se procederá a su identificación, se les guiará hacia el lugar donde se encuentre la víctima, tratando en lo posible, que sus movimientos no alteren los indicios relevantes para la investigación.
- Se comprobará la seguridad del lugar, descartando la existencia de amenazas para el trabajo del equipo investigativo o de terceros que se encuentren en las cercanías del sitio del suceso. En caso de ser necesario, se avisará a los organismos encargados correspondientes.
- Se identificarán las posibles entradas y salidas (ello dependerá de si se trata de un sitio del suceso abierto o cerrado).
- Se protegerá el sitio del suceso estableciendo un perímetro de seguridad que incluirá tanto el sitio del suceso original como sus derivados (ello dependerá también de si se trata de un sitio del suceso abierto o cerrado), así como también las posibles vías de entrada y salida que hayan podido ser empleadas por sospechosos y/o testigos. Con este fin, es útil y práctico aprovechar la existencia de posibles barreras propias del lugar, empleando en caso contrario, otros medios físicos (cintas, vallas de separación, entre otros).
- Se controlará el acceso al sitio del suceso.
- En la medida de lo posible, deben separarse entre sí: testigos potenciales, de familiares, amigos y curiosos.
- En todo momento se deben identificar, observar y controlar los indicios. Se adoptarán las medidas adecuadas para protegerlos ante circunstancias climatológicas adversas.

- Hay que escuchar de forma discreta y atenta, lo que se diga o comente en el sitio del suceso.
- Al realizar el trabajo en el sitio del suceso, se deben evitar las siguientes conductas:
 - Fumar, comer o beber en la escena.
 - Telefonar o utilizar el baño, que se encontrare en el sitio del suceso.
 - Ajustar la temperatura del lugar, en el caso de que exista un dispositivo para tal fin.
 - Abrir/cerrar puertas o ventanas.
 - Tocar superficies o los objetos presentes.
 - Reponer objetos desplazados de su lugar original.
 - Dejar que discutan o que los posibles testigos intercambien impresiones acerca de lo sucedido.

De todo lo actuado hasta este momento, se dará cuenta al responsable de la investigación, debiéndose documentar posteriormente todo lo realizado.

En cuanto al trabajo del personal policial experto, el mencionado artículo 83 del Código Procesal Penal dispone que deberá recoger, identificar y conservar bajo sello los objetos, documentos o instrumentos de cualquier clase que parecieren haber servido a la comisión del hecho investigado, sus efectos o los que pudieren ser utilizados como medios de prueba, para ser remitidos a quien correspondiere, dejando constancia, en el registro que se levantara, de la individualización completa del o los funcionarios policiales que llevaran a cabo esta diligencia.

En aquellos casos en que en la localidad donde ocurrieren los hechos no exista personal policial experto y la evidencia pueda desaparecer, el personal policial que hubiese llegado al sitio del suceso deberá recogerla y guardarla en los términos indicados en el párrafo precedente y hacer entrega de ella al Ministerio Público, a la mayor brevedad posible.

En el caso de delitos flagrantes cometidos en zonas rurales o de difícil acceso, la policía deberá practicar de inmediato las primeras diligencias de investigación pertinentes, dando cuenta al fiscal que corresponda de lo hecho, a la mayor brevedad.

1.2.1. EVALUACIÓN INICIAL Y PREPARACIÓN.

Constituye el primer tiempo del examen. Debe realizarse de manera cautelosa, siendo su objetivo principal la adquisición de una impresión general del escenario y del tipo de suceso al cual se enfrentarán los investigadores. De ella dependerá el nivel de investigación necesario para obtener unos resultados satisfactorios.

Durante esta primera evaluación se verificarán:

- Las condiciones de seguridad de la zona.
- Sus posibles entradas y salidas.
- Los límites de protección adoptados hasta ese momento. Habitualmente resulta adecuado proceder a una extensión de los mismos.
- El número y tamaño de los sitios del suceso.
- La integridad de los mismos.
- La adecuación de los medios materiales y personales previstos inicialmente.

Como consecuencia de esta evaluación inicial, se adoptarán otras medidas complementarias entre las que se encuentran:

- La asignación de tareas específicas a los diferentes integrantes del equipo de acuerdo con su especialidad.
- Establecer las medidas apropiadas conducentes a facilitar una adecuada comunicación entre los distintos especialistas implicados en la investigación.
- La selección de un área segura que permita planificar y priorizar, cuando sea necesario desarrollar y controlar el resto de la investigación.
- Seleccionar las técnicas descriptivas (escrita, fotográfica, audio, video) que pueden resultar más adecuadas para el caso.
- La realización de una fijación fotográfica inicial.
- La identificación y protección de aquellos indicios mas “sensibles” y potencialmente deteriorables (indicios traza).
- Establecer un área para el almacenamiento de los distintos indicios que se puedan encontrar.

1.2.2. ACCESO A LA ESCENA.

Una vez que se ha llevado a cabo esta preparación y evaluación inicial, se inicia propiamente la entrada en la escena del crimen. Será el funcionario policial a cargo de la investigación el encargado de realizar esta primera aproximación.

En todos los casos debe quedar constancia de la hora de llegada al lugar, su ubicación exacta, así como una descripción de las circunstancias ambientales presentes en el momento del acceso.

1.2.3. PROTECCIÓN.

La protección del lugar de los hechos es una de las tareas más difíciles.

La protección de la escena del crimen femicida comienza cuando se tiene el primer contacto con la misma, tarea que debe ser realizada por el primer personal policial que llega al lugar (artículo 83, letra c) del Código Procesal Penal).

La restricción severa del acceso al lugar de los hechos persigue un doble fin:

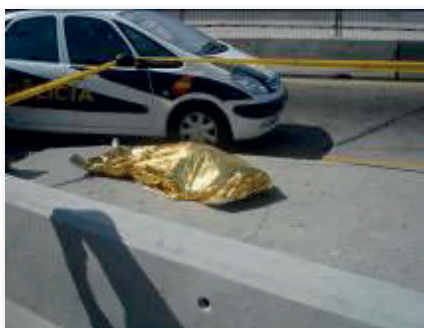
- Prevenir su alteración y por consiguiente, la de los distintos elementos incluidos en el mismo.
- Prevenir su contaminación.

Para llevar a cabo una protección correcta de la escena, es aconsejable establecer un triple perímetro en torno a la misma dibujando tres anillos concéntricos:

- INTERNO: en el que se encontrará inmersa la escena primaria así como otras posibles escenas secundarias próximas.
- MEDIO:
 - Por fuera del anterior.
 - En él, a modo de centro de seguridad, se situará el centro de mando o coordinador de la investigación.
- EXTERNO:
 - A distancia de la escena.

- Como precaución y con la finalidad de no omitir otras localizaciones de posible interés para la investigación, se aconseja establecerlo bastante más allá de lo previsto inicialmente.
- Algunos autores aplican modelos matemáticos para determinar su extensión, considerando adecuada la misma cuando la superficie que protege este anillo externo es un 50% mayor que la prevista en un principio como perímetro de seguridad interno.

Como ya se dijo, el resguardo del sitio del suceso corresponde al primer personal policial que llega al mismo, normalmente en la experiencia chilena, será personal de Carabineros. En todo caso, cualquiera fuera la policía que primero llegare al sitio del suceso, a ésta le corresponderá el resguardo del mismo y en cuanto al acceso de personas al mismo, deberá anotar:



- Nombre y cargo de la persona que accede.
- Propósito de su presencia.
- Hora de llegada y de salida.
- Siempre advertirá a quien ingrese que:
 - Se está entrando en un lugar donde se lleva a cabo una investigación criminal.
 - El acceso realizado de manera negligente, puede constituir una alteración o contaminación del sitio del suceso.

1.2.4. PROCESAMIENTO DEL SITIO DEL SUCESO.

El responsable de la investigación es quien, en las fases iniciales, tendrá que determinar, las necesidades que deben ser cubiertas para conseguir un procesamiento efectivo de la información recolectada en el sitio del suceso.

El procesamiento del sitio del suceso es un conjunto de actuaciones que persiguen una doble finalidad:

- La búsqueda de los indicios.
- Su identificación y recogida.

1.2.5. OBSERVACIÓN.

Por observación se entiende el examen metódico, ordenado y legal de la escena, llevado a cabo con la finalidad de localizar los indicios que directa o indirectamente puedan poseer valor probatorio de la comisión de un femicidio.

La búsqueda de los indicios y su identificación constituyen los dos pilares fundamentales sobre los cuales se sustenta la fase de observación del lugar de los hechos.

La búsqueda de los indicios en la escena del crimen debe ajustarse a una metodología apropiada y se debe practicar de forma ordenada.

Existen diversos métodos para llevar a cabo esta búsqueda, y la selección del método apropiado al caso particular depende de una serie de factores:

- La extensión de la zona a estudiar.
- El tipo de terreno sobre el que se asienta la escena.
- El número de investigadores disponibles.

La fase de observación del lugar de los hechos tiene como objetivo fundamental la localización de los distintos indicios incluidos en la misma. Exclusivamente su localización, ya que su recogida se realizará siempre en una fase posterior, una vez que se ha fijado adecuadamente el lugar donde se encuentran. Algunos autores señalan dos excepciones a esta regla general:

- Supuestos en los que aparezcan armas, cuya permanencia por tiempo prolongado en el escenario puede dar lugar a manipulaciones inadecuadas y a situaciones de peligro innecesarias.
- Supuestos en los que aparezcan los denominados “indicios traza” que fácilmente pueden desaparecer, perderse, destruirse o contaminarse.

Únicamente en estos dos casos, la observación de los indicios se seguirá de su fijación y recuperación precoz.

La elección del método para realizar la observación de la escena del crimen de uno concreto, dependerá, al menos inicialmente, del tipo de localización (abierta, cerrada, semiabierta). En cualquier caso, esta fase del procesamiento siempre se realizará de manera minuciosa e intencional (búsqueda activa), procurando estar alerta ante la presencia de cualquier indicio que pueda resultar relevante para la investigación.

La observación de la escena debe iniciarse partiendo de la/s posible/s vía/s de entrada/s y desde ese punto, el recorrido que se sigue, debe ir confluyendo progresivamente hacia el indicio que se considera como principal. Se observará desde lo general a lo particular, señalando al mismo tiempo cuantos vestigios de interés se encuentren al paso del investigador. Se prestará una atención especial a la superficie sobre la que se avanza, habitualmente el suelo, ya que constituye un terreno en el que, dependiendo de sus características, pueden pasar inadvertidos determinados indicios y que, igualmente, puede contaminarse con facilidad, bien con carácter previo o conforme avanza el investigador.

La fotografía y narración por escrito, como métodos de uso más frecuente para la fijación, se realizarán simultáneamente, conforme se va discurriendo por el terreno y se descubren sucesivamente los indicios de interés para la investigación. No obstante, en la actualidad deben considerarse nuevas técnicas de fijación, tales como reproducciones de imágenes, grabaciones de voces y sonidos, etc., las que se aplicarán de acuerdo a la metodología y secuencia apropiada al sitio del suceso.

La señalización o marca de los indicios debe realizarse conforme se avanza en la observación, aportando esta medida, orden a la investigación.

Existen distintos dispositivos con esta finalidad:

- Numerados; sin numeración.
- Conos.
- Triángulos.
- Pirámides.
- Banderas.



También estos dispositivos sirven para fijar:

- El recorrido de paso que se sigue conforme se va avanzando en la observación.
- El recorrido seguido por determinados indicios (proyectiles).
- Los rastros de interés.
- Las vías de entrada y de salida.
- Las zonas que hayan podido ser procesadas.

Como ya se ha señalado, los métodos de búsqueda son variados. Entre ellos se encuentran la búsqueda:

- **En espiral:** que se realiza circularmente, desde fuera hacia adentro, siempre dirigiéndose hacia el indicio principal. Una vez que se ha llegado a éste, el recorrido se vuelve a realizar en sentido inverso hacia el punto de partida. Esta técnica es útil cuando se cuenta con un número limitado de profesionales para la investigación, cuando la observación se lleva cabo en localizaciones abiertas, sin muchos accidentes y cuando los indicios destacan por su tamaño.
- **Lineal:** estableciendo áreas longitudinales con una anchura aproximada a la distancia que pueda existir entre los hombros de los investigadores, y en las que la observación se va realizando simultáneamente conforme se avanza en paralelo. Esta técnica está indicada cuando no existen limitaciones en el número de investigadores o cuando se espera encontrar diferentes tipos de indicios.
- **En cuadrícula:** disponiendo líneas verticales y horizontales en la escena que delimitan cuadrículas sobre las que se actúa. Este método facilita mejor que los otros una segunda observación al ser las áreas de investigación más reducidas, mostrando su verdadera utilidad cuando se trata de observar escenas amplias donde pueden existir indicios ocultos.
- **Zonal:** empleada generalmente en localizaciones cerradas de dimensiones medianas (por ejemplo: habitaciones), en las que es posible



delimitar zonas concretas de investigación y observación a las que se asigna individualmente un investigador. Es un método de observación sumamente eficaz cuando se buscan indicios traza.

- **Sectorial:** es el que se emplea con menor frecuencia. La escena se divide en sectores, más amplios que las zonas, realizándose la búsqueda individualmente en cada uno de ellos. Exige la disponibilidad de un mayor número de investigadores y en general, se emplea cuando se prevé la existencia de indicios de diversa naturaleza.

La observación y señalización de los indicios en la escena del crimen nunca debe ser una tarea que se deba encomendar a un único investigador. Siempre es aconsejable duplicar el personal asignado para cada función y en cada una de las zonas.

Siguiendo el método adecuado para cada situación, además de asegurar una búsqueda apropiada de los indicios presentes, se facilitan otros pasos del procesamiento de la escena tales como la fijación, reforzando con ello la validez legal de la totalidad del procedimiento.

1.2.6. FIJACIÓN DE LA ESCENA.

Es la fase de investigación del lugar de los hechos por medio de la cual se va a realizar un registro completo de la escena y de todos aquellos elementos de interés criminal incluidos en la misma, permitiendo con ello, la recreación del estado de dicha localización en cualquier momento posterior de la investigación, de las diligencias o incluso, en la fase de juicio oral.

La práctica de una fijación correcta y completa es esencial ya que posibilita que incluso personas ajenas a la investigación y otros que no hayan tenido contacto con el lugar de los hechos, puedan hacerse, incluso en un momento posterior, una idea muy cercana a la realidad del estado y de los elementos incluidos originalmente en dicho emplazamiento.

Los métodos que se pueden emplear para realizar la fijación de la escena son muy variados. Su elección será siempre competencia del responsable de la investigación, quien optará por uno u otro dependiendo de una serie de factores entre los que se encuentran la impresión obtenida inicialmente y el tipo de indicios que se espera encontrar.

Entre los métodos de fijación más representativos se pueden mencionar:

- **Narración escrita:** desde el primer contacto con la escena es obligatorio proceder a la recogida, mediante anotación, de cuantos datos se consideren de interés para la correcta documentación del caso. De esta forma, se viene a completar y ordenar todo lo actuado en cada momento. El relato debe ser sistemático y comprensible. Nunca se deben incluir opiniones, análisis, hipótesis ni conclusiones, en suma, valoraciones apriorísticas apresuradas. Únicamente se deben plasmar hechos, de tal forma que la escena se debe registrar tal y como la ve el investigador. Ningún dato es irrelevante para la investigación por muy insignificante que pueda parecer.

La narración escrita debe ser actual, siempre realizada conforme se avanza en la observación. Nunca se debe basar en la memorización de datos, ya que en ocasiones, su recreación posterior pasado el tiempo, puede ser fuente de errores.

Nunca se debe proceder a la recogida de los indicios mientras se relatan su estado y características.

Los datos que deben reflejarse en el relato por escrito de la escena incluirán:

- Número e identificación del caso.
- Día y hora.
- Identificación de quien lo realiza y de quien acompaña su práctica.
- Las condiciones climatológicas y de iluminación presentes.
- La descripción del lugar.
- Los distintos indicios que se encuentran en la escena, así como su localización exacta.
- Fotografía (es una de las técnicas de fijación más ampliamente utilizadas y de mayor utilidad para la fijación de la escena).

Históricamente, las primeras aplicaciones de la fotografía en las Ciencias Forenses se encuentran ligadas con la identificación.

En este sentido, dos autores fueron figuras claves en su desarrollo:

- *Allan Pinkerton*, quien por primera vez en 1866 aplicó la fotografía criminal para la identificación de delincuentes.
- *Alphonse Bertillon*, que trabajando en la Prefectura de Policía de París, fue el primero en desarrollar un sistema científico que permitiera documentar la identificación de las personas. El denominado Bertillonage, adoptado oficialmente en el año 1888, era un método relativamente sencillo de aplicar, basado en la toma de una serie de medidas antropométricas, siempre de carácter físico. Posteriormente, los datos que se obtenían se trasladaban a una ficha individual que pasaba a formar parte del expediente policial, facilitando así su consulta posterior. Conforme el método se fue desarrollando, este autor fue añadiendo fotografías del individuo.

Este sistema se empleó para identificar a los criminales a lo largo de dos décadas hasta su sustitución por las huellas dactilares. Sin embargo, la contribución de Bertillon a las Ciencias Forenses es más amplia. Mediante el empleo de la fotografía y de un sistema de medidas aplicable tanto a las personas como a los objetos que podían constituir un indicio del suceso criminal, este autor extiende su campo de actuación al estudio de la escena del crimen. Acudía de manera rutinaria a las escenas criminales para fotografiar los cadáveres y su relación con otros indicios presentes en el mismo lugar, la localización, medidas y naturaleza de los distintos vestigios, así como la presencia de otros elementos tales como huellas de calzado, manchas, etc.

Hoy en día, la mayoría de protocolos de autopsia consideran la fotografía como un método esencial para documentar detalladamente las conclusiones obtenidas durante el acto quirúrgico (Manual sobre Prevención e Investigación eficaces de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias; ONU, Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios; 1992, ISBN 92-1-330132-4).

El empleo de la fotografía en la escena del crimen debe ser sistemático y al mismo tiempo, simultáneo en su práctica con otras etapas del procesamiento de los indicios (observación). La fotografía debe iniciarse lo más rápidamente posible, siempre con meticulosidad y cuidado.

Algunos de los siguientes aspectos son interesantes en relación con la fijación fotográfica del lugar de los hechos:

- Se pueden emplear tanto medios analógicos como digitales.
- El empleo de trípodes de fijación permite evitar las distorsiones derivadas al movimiento de la cámara.
- Las exposiciones deben realizarse por duplicado y en color.
- Siempre se deben tomar distintos planos y aproximaciones. Se incluirán exposiciones generales, planos medios que ayudan a establecer el *modus operandi*, y también aproximaciones en detalle, incorporando sus particularidades, los denominados “detalles de los detalles”, relacionados con el *corpus delicti*.

A la hora de fotografiar espacios cerrados, se aconseja proceder a la realización de tomas desde todos los ángulos posibles que, además de fijar la distancia entre los distintos indicios, sean capaces de demostrar la existente entre éstos y las diferentes estructuras de la escena. Como inconveniente, puede generarse una distorsión del plano que se obtiene, aunque esta molestia es técnicamente superable.

Todas las fotografías se deben tomar con y sin escala de comparación.

En la práctica, existen dos métodos básicos para fotografiar el lugar de los hechos:

- Exposiciones sobrepuestas solapadas: en las que se van tomando series de fotografías que incluyen planos parciales superpuestos obtenidos mediante el giro del que las realiza en el sentido de las agujas del reloj alrededor del plano que se intenta destacar.
- Exposiciones progresivas: consistentes en series de fotografías que comienzan en un punto fijo, a partir del cual, en rápida sucesión, se va realizando una aproximación hasta llegar al indicio que se quiere fijar.

En Chile, también se considera la fotografía como un método esencial para documentar las lesiones registradas, quedando a criterio del perito fijar fotográficamente las lesiones que considere relevantes para la investigación.

En Santiago existe la Unidad de Audiovisual conformada por expertos fotógrafos que participan en toda la pericia y que aprendieron a escoger los mejores ángulos para registro fotográfico conservando el arte y prolijidad de sus fotos. En el resto del país, las fotos la deben tomar los mismos peritos o técnicos.

Siempre que sea posible se deben tomar fotografías tanto de la víctima como del sospecho. Además, es necesario realizar exposiciones que incluyan a los posibles testigos del suceso, los vehículos estacionados alrededor del lugar, si los hubiera, e incluso de las personas que se encuentren en la proximidad.

Uno de los mayores inconvenientes de la fotografía es que puede dar lugar a distorsiones a la hora de valorar las relaciones espaciales entre los indicios fotografiados y los diferentes elementos incluidos en la escena, dando la impresión de que se encuentran próximos cuando en realidad no es así.

Algunos autores señalan que el video constituye un método de fijación de la escena que puede ofrecer rendimientos superiores a los aportados por la fotografía.

Al emplearse, el movimiento de la cámara debe ser lento, asegurando siempre una imagen clara y panorámica, tanto de la escena como de sus alrededores. Las tomas se deben efectuar desde diferentes ángulos, incluyendo aproximaciones cuando así esté indicado, sin realizar movimientos bruscos con lo que se facilitará la apreciación de detalles concretos.

Invariablemente ha de quedar constancia de la fecha y hora a la cual se realiza la toma del video. La filmación siempre se debe practicar en silencio, preferiblemente sin personas alrededor, abarcando, sin interrupciones desde el inicio de la observación hasta su finalización.

Es aconsejable dejar los últimos 15 minutos de la cinta en blanco, procediendo posteriormente a la transferencia de su contenido a otros sistemas de alta calidad con la consiguiente mejora de la imagen obtenida, facilitando con ello su visualización. Siempre se evitará cualquier manipulación de su contenido.

Los *Dibujo/diagramas* constituyen un complemento de la fotografía. En una escala de valores con respecto a su utilidad como método de fijación, podría situarse por encima de la narración por escrito y un poco por debajo de la fotografía.

Existen diversas técnicas para dibujar la escena, aunque básicamente todas ellas podrían incluirse dentro de una de las cuatro categorías siguientes:

- Por elevación: el dibujo se realiza situándose visualmente desde un plano superior, como si “a vista de pájaro” se tratase.
- Por divergencia: generalmente se emplea en escenas cerradas donde los límites naturales o paredes al dibujarlas se abren y caen hacia el exterior como “por efecto de una explosión”.
- Lateral: el dibujo, en este caso, reflejaría la visión que tiene el observador desde uno de los límites laterales de la escena. En este caso, deberán realizarse sucesivamente diferentes dibujos desde cada uno de estos límites laterales.
- Con perspectiva: técnica de dibujo en la que se representan objetos lejanos de forma tridimensional.

Los datos que se deben incluir en el dibujo o diagrama de la escena son:

- Fecha y hora de su realización.
- Identificación de las diligencias.
- Identificación del dibujante.
- Localización de la escena.
- Condiciones ambientales.
- Escala aproximada a la que se realiza el dibujo.
- Orientación del mismo (es útil el compás).
- Indicios hallados en el lugar de los hechos.
- Ubicación de los mismos en la escena.
- Medidas y distancias.

Los dibujos y diagramas tomados inicialmente pueden ser mejorados por especialistas en momentos posteriores de la investigación, con la condición de que los originales nunca se destruyan, debiendo permanecer siempre unidos al resto de la documentación de la escena del crimen.

1.2.7. RECOGIDA DE LOS INDICIOS.

Únicamente después de que se haya realizado una fijación completa de la escena, se puede proceder a la recogida de indicios. La recogida de los indicios es posiblemente uno de los pasos más importantes en el procesamiento del lugar de los hechos y constituye, en sí, uno de los fines fundamentales de la investigación.

Antes de proceder a la recogida de los distintos indicios, el funcionario policial responsable de la investigación debe asegurar la suficiencia de los medios materiales (vestuario, guantes, mascarillas, de recogida y embalaje) y personales para llevarla a cabo. De esta forma, no se incurrirá en demoras innecesarias, evitando posibles pérdidas y/o contaminaciones.

Con carácter general, las siguientes pueden ser pautas o recomendaciones útiles para llevar a cabo la recogida de indicios:

- Mantener en todo momento la protección de la escena.
- Asegurarse de que se ha realizado previamente una correcta fijación de la misma.
- Valorar continuamente las circunstancias ambientales.
- Proceder siempre mediante una evaluación cuidadosa y metódica.
- Evitar las manipulaciones excesivas.
- Seleccionar previamente los medios técnicos complementarios adecuados al caso concreto.
- Emplear inicialmente técnicas poco intervencionistas.
- Establecer un patrón adecuado de búsqueda. La finalidad de esta medida es triple evitando:
 - La pérdida de determinados indicios.
 - Su destrucción.
 - Su contaminación.
- Tanto por su fragilidad como por su escasa cantidad, prioritariamente se debe centrar la atención en la búsqueda y recuperación de la evidencia traza.
- Siempre se aconseja la intervención de un segundo investigador, tanto para la identificación como en la recogida y embalaje de las muestras procedentes de la escena.
- Se debe documentar la recogida de las muestras: quedará constancia

del día y hora, así como la identidad de quien realiza la recogida.

- El método para recoger el indicio y el envase donde se va a depositar variará de acuerdo con el tipo del mismo, su estado y tamaño. Mención especial merecen los dispositivos o aparatos electrónicos grabables que se deben asegurar con carácter previo a su embalaje.
- Es prioritario obtener las muestras más útiles, asegurando la suficiencia cuantitativa de lo que se va a remitir.
- El sellado de los envases siempre se llevará a cabo in situ.
- Es imprescindible la toma de muestras para control.
- En todo momento se debe mantener la cadena de custodia de las muestras.

A la recogida del indicio, le sigue el envasado en un recipiente adecuado, el sellado del mismo y su etiquetado. La realización de un etiquetado correcto refuerza la credibilidad del indicio como medio de prueba y permite su control en el contexto de la cadena de custodia.

Sea cual sea el medio que se emplee para el etiquetado, debe quedar firmemente adherido o unido al envase que contiene la muestra de tal forma que su manipulación no acarree su pérdida. Asimismo, existen una serie de datos que invariablemente deben incluirse en esta etiqueta identificativa:

- Número del procedimiento.
- Número de muestra dentro del procedimiento.
- Identificación de quien recoge la muestra.
- Fecha y hora.
- Lugar de procedencia.
- Tipo de muestra y descripción de la misma.
- Lugar a donde se remite.

La comunicación entre los distintos profesionales inmersos en la investigación criminal constituye uno de los elementos más importantes a la hora de llevar a cabo un procesamiento correcto de la escena. El adecuado intercambio de información en cada momento, dependerá de que desde el primer instante el equipo investigador sea capaz de establecer vías dirigidas a propiciar una comunicación clara, continua y fluida.

Este intercambio de información no se debe limitar exclusivamente a los investigadores de campo. Por el contrario, debe extenderse a los técnicos de laboratorio encargados de analizar los indicios. Previamente, los primeros deben conocer las limitaciones técnicas analíticas del laboratorio de referencia, mientras que los segundos pueden asesorar con respecto a que indicios pueden ser más relevantes en cada caso y cual es la metodología más apropiada para su obtención y conservación.

Dicha información es muy interesante para el investigador, ya que las técnicas analíticas avanzan continuamente y las disponibilidades de los laboratorios también varían, actualizándose.

1.2.8. ABANDONO DE LA ESCENA.

La mayoría de textos y publicaciones vienen a considerar que el estudio del lugar de los hechos concluye con la recogida de las muestras, sin tomar en cuenta que el abandono de la escena, como último acto, constituye el eslabón final dentro de la cadena del procesamiento de los indicios.

Es el responsable de la investigación quien tomará la decisión de abandonar la escena (el fiscal, si hubiere concurrido o el funcionario policial a cargo).

Esta decisión será meditada, incluso discutida con el resto de los integrantes del equipo de investigación. Dicha discusión debe constituir un verdadero examen crítico de lo realizado, en el que se repasarán las medidas adoptadas hasta ese momento y también las que se deben acometer a continuación. Se repasarán la documentación, los hallazgos obtenidos y en suma, todo lo actuado hasta entonces, tratando de detectar errores que hayan podido pasar inadvertidos.

Con carácter previo al abandono de la escena, el equipo investigador se debe asegurar de que:

- Cada una de las áreas del lugar haya sido completamente procesada, incluso que en aquellas que podrían denominarse de especial interés, se haya realizado un segundo examen.

- Se hayan recogido todos los indicios.
- Se haya recogido el equipo empleado para la investigación, así como todos aquellos materiales cuya permanencia pueda llegar a constituir un peligro.

Únicamente cuando se hayan completado la totalidad de los pasos anteriores, se podrá tomar la decisión de abandonar la escena y dar por concluida la investigación del lugar de los hechos.

1.3. CONTAMINACIÓN DE LA ESCENA DEL CRIMEN. LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS.

La investigación del lugar de los hechos y el procesamiento de una escena criminal femicida, suponen para los investigadores una suma de retos. Cada fase de la misma pone a prueba las habilidades, preparación y bagaje científico del equipo investigador.

Un procesamiento deficiente, una manipulación incorrecta de los distintos indicios incluidos en la misma, entre otros factores, pueden conllevar consecuencias nefastas para la investigación, en la mayoría de las ocasiones invalidando sus resultados.

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la investigación del lugar de los hechos, por la trascendencia que va a tener para la validación judicial de los indicios, es la denominada contaminación de la escena.

La inclusión de elementos ajenos a la escena supone que se puedan suscitar errores a la hora de detectar y valorar la importancia de determinados indicios. Siempre se debe tener en cuenta que si se pierde un indicio, se pierde una oportunidad de investigación. De la misma forma, en virtud de esta intrusión, se modificarían los resultados analíticos posteriores, al no haberse podido asegurar una correcta cadena de custodia.

La posibilidad de reconstruir un crimen surge alrededor de la idea de que los indicios que se observan, fijan y obtienen en el lugar, son reales, y por lo tanto, no han sido modificados en ningún momento de su procesamiento. Pero esto no siempre es así. En ocasiones, pueden alterarse antes, du-

rante y después de la recogida. Surge con ello el concepto de dinámica de la evidencia, término que define el proceso mediante el cual se introducen modificaciones en los indicios como consecuencia de múltiples factores que pueden actuar en cualquiera de los momentos comprendidos entre su depósito y la remisión al laboratorio correspondiente.

1.3.1. TIPOS DE CONTAMINACIÓN.

Es rara la escena del crimen que no se ha contaminado. Existen diferentes tipos de contaminación:

- **Anterior:** aquélla que tiene lugar en el intervalo de tiempo que transcurre entre la comisión o la ejecución del crimen y su hallazgo. Se incluyen dentro de este tipo de contaminación:
 - Las condiciones climatológicas desfavorables, que pueden modificar, sobre todo en las localizaciones abiertas, las condiciones originales del lugar, moviendo algunos indicios desde su ubicación original, en ocasiones, hasta hacerlos prácticamente indetectables, modificando sus características, etc. Este ejemplo constituye el prototipo de la denominada contaminación anterior accidental.
 - Las manipulaciones llevadas a cabo intencionalmente por el autor del crimen con la finalidad de crear dudas al investigador. Es la contaminación anterior intencional.

Al lado de la anterior, que siempre se tendrá en cuenta durante la investigación, existen otros dos tipos de contaminación directamente relacionadas con la práctica de un deficiente procesamiento de la escena del crimen.

- **Paralela:** también llamada negligente y que resulta de la manipulación incorrecta de los indicios presentes en la escena.
- **Posterior:** resulta como consecuencia de la remisión incorrecta de los vestigios objeto de análisis.

La contaminación anterior de la escena es independiente de la actuación del investigador, mientras que las otras dos, paralela y posterior, están íntimamente relacionadas con actos o decisiones incorrectas tomadas por el

equipo investigador en la propia escena, con la consiguiente falta de validez de los resultados analíticos que se puedan obtener en el laboratorio.

1.3.2. PRINCIPALES CAUSAS DE CONTAMINACIÓN.

Las causas que pueden ser fuente de los diferentes tipos de contaminación en las distintas etapas del procesamiento son infinitas, y entre ellas, además de algunas de sentido común (tocar la escena sin guantes, movilizar inadecuadamente objetos, deambular sin cuidado, mezclar indicios, remitirlos envasados de manera inadecuada, sin secarlos cuando sea preciso, etc.), se incluyen:

- **Los actos que realiza el imputado durante la comisión del hecho y en el inmediato posterior al mismo.** Se engloban aquí todas aquellas acciones llevadas a cabo conscientemente antes, durante y después del crimen, con la finalidad de confundir y equivocar a los investigadores. En otras ocasiones, el autor material añade, mueve o manipula objetos de la escena con la finalidad de modificar el aparente motivo del crimen. También comprenden otros actos de tipo ceremonial, ritual o de fantasía, que generalmente se realizan mientras se comete el crimen o inmediatamente después de éste y entre los que se encuentran las mutilaciones post-mortales, la necrofilia o el arreglo estético del cuerpo.
- **Los actos o acciones llevados a cabo por la propia víctima,** incluso los previos al crimen, y que en ocasiones son fuente de resultados que modifican la valoración adecuada de los indicios. También entre ellos, se incluyen los que realiza el ofendido durante el ataque y después del mismo (defensa, limpieza).
- **La transferencia secundaria** de indicios entre objetos y/o personas, que tiene lugar a continuación del intercambio original y que no se asocia con las circunstancias que dieron lugar a aquél.
- **Las actuaciones llevadas a cabo por testigos** en el intervalo post-comisión del crimen, incluidas todas aquellas practicadas con el fin de preservar la dignidad de la víctima en el seno de la compasión que genera el cuerpo de la fallecida.
- **La climatología,** ya comentada como causa de contaminación anterior accidental. En escenarios abiertos o semiabiertos, las condiciones climatológicas desfavorables influyen sobre la evolución mor-

fológica del cadáver, modificando el aspecto externo del cuerpo y propiciando la pérdida y/o enmascaramiento de determinados indicios.

- **La descomposición cadavérica** puede llegar a modificar el aspecto macroscópico de algunas lesiones.
- **La actividad de los insectos**, capaz de alterar las características macroscópicas de las lesiones pero también, de movilizar e incluso hacer desaparecer determinados indicios.
- **La actividad de animales predadores**, con similares consecuencias a las ya señaladas en el punto anterior.
- **Algunas actividades profesionales:**
 - Bomberos: el empleo de agua a presión, de productos químicos e incluso, el propio profesional durante su trabajo pueden dar lugar a modificaciones en la escena. En este caso, es relativamente frecuente que las evidencias cambien de ubicación, desapareciendo los patrones espaciales originales. También se pueden perder vestigios, hacerlos indetectables o añadir artefactos al lugar.
 - Policía: sobre todo en aquellos casos en los que es prioritario salvar la vida de posibles supervivientes. La rapidez con que se debe llevar a cabo dicha tarea, puede acarrear consecuencias similares a las anteriores.
 - Personal médico: cuya actuación, además de los efectos ya señalados, puede dar lugar a resultados terapéuticos en la mujer viva o en la ya fallecida víctima del femicidio. A este respecto, se deben recordar las recomendaciones formuladas en otro Capítulo de este Manual con respecto al primer contacto con la escena del crimen.
 - Forenses: al practicar una manipulación inadecuada y/o excesiva del cadáver en la escena, incluso en los casos en que dicha exploración se realice correctamente, se pueden arrastrar indicios que se encuentren en su proximidad o en alguno de sus planos o decúbitos, sobretodo si éstos son frágiles y escasamente visibles. De la misma forma, cuando se introduce el cuerpo en la bolsa para su traslado, durante el mismo y al extraerlo para la práctica de la autopsia, se pueden perder indicios de inestimable valor.

Los esfuerzos encaminados a tratar de minimizar una posible contaminación de la escena del crimen nunca serán suficientes. La contaminación del lugar de los hechos siempre subyace como gran peligro en toda investigación y sus consecuencias para el resultado de la misma son nefastas, llegando incluso a invalidarla.

En toda investigación criminal debe priorizarse la adopción de medidas conducentes a disminuir, hasta hacer desaparecer, el riesgo de contaminación.

Es una tarea en la que se deben involucrar la totalidad de personas que intervienen en la investigación, comenzando por el primer funcionario que tuvo acceso al lugar. Las medidas que se vayan adoptando se supervisarán continuamente y se irán actualizando conforme transcurra la investigación, se vaya procesando la escena y en función de los cambios que puedan ir surgiendo durante la misma.

La escena del crimen es única e irrepetible, por lo que es imprescindible mantener un control absoluto sobre la totalidad de actos que integran su procesamiento y sobre cada uno de los indicios.

Un procesamiento erróneo de la escena, su contaminación y la gestión incorrecta de los vestigios presentes en la misma, dará lugar a resultados analíticos inconcluyentes cuando no equivocados, carentes en suma, de validez como prueba científica pericial.

1.3.3. LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS.

Se trata de otro de los elementos de prueba de los que dispone el Instructor para comprobar la verosimilitud o inverosimilitud de algunas de las afirmaciones formuladas en el resto del procedimiento.

De la misma forma, el investigador que concurre a dicha reconstrucción puede extraer importantes conclusiones acerca de la validez de las hipótesis de trabajo elaboradas de acuerdo con los resultados obtenidos en el curso de su indagación.

La reconstrucción de los hechos consiste en la reproducción artificial de un hecho de interés para el proceso con el fin de ayudar a comprobar si se efectuó o pudo efectuarse de acuerdo con las declaraciones y demás pruebas actuadas. Sirve de complemento a las narraciones practicadas acerca de los hechos y constituye un medio de prueba en ocasiones muy importante ya que provee del detalle de la realización de los hechos de una manera muy concreta y fácil de asimilar.

Se trata de una especie de reproducción cinematográfica o teatral sobre los momentos en los cuales se cometió el crimen, femicidio en este caso, o de algunas de las circunstancias vinculadas con el mismo.

La finalidad principal de la reconstrucción de los hechos es aclarar las circunstancias que resultan de las declaraciones de testigos, del imputado, de la propia víctima, o de cualquier otra prueba, para poder establecer si el crimen se pudo cometer de un modo determinado y por consiguiente, contribuir así a formar la convicción del Juzgador. En suma, se trata de verificar si el delito se efectuó, o pudo acontecer, tomando en consideración las declaraciones previamente formuladas y el resultado del resto de pruebas llevadas a cabo a lo largo de la investigación.

Esta diligencia se suma a las diversas narraciones realizadas acerca de los hechos, mostrando un esquema panorámico aproximado de lo que ocurrió y de los efectos causales que produjeron determinados actos delictivos.

Este medio de prueba se complementa con otros que operan simultáneamente tales como las diferentes fases de la inspección ocular. También y de forma casi experimental, las hipótesis de investigación pueden ser contrastadas por esta vía.

Esta diligencia cumple con una pluralidad de funciones: fiscalizadora, de control y confrontación con otras diligencias practicadas o por efectuarse, ampliatoria, modificadora, reguladora y fundamentalmente, como ya se ha mencionado, de eliminación o certidumbre de las hipótesis delictuales. También sirve para verificar lo ajustada que pueda ser la hipótesis pericial.

Al igual que se fija la escena del crimen, la diligencia de reconstrucción de los hechos debe quedar plasmada en un acta donde se da cumplida cuenta del desarrollo de la misma.

En cuanto a la metodología, al no ser todos los femicidios iguales, no es posible formular unas directrices únicas relativas a la forma en la que se debe llevar a cabo la reconstrucción de los hechos en estos casos.

La sucesión de actos que se practican en esta labor reconstructora no son nunca producto de la improvisación. El conocimiento previo de lo realizado hasta ese momento exige que las actividades que integran la reconstrucción se adapten en su desarrollo al objeto de confirmar aspectos concretos muy relevantes en la investigación del suceso criminal y por ello, deben ser meticulosamente meditadas.

1.4. PRINCIPALES INDICIOS EN LA ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA. METODOLOGÍA Y PROTOCOLOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL FEMICIDIO.

El procesamiento de la escena del crimen gira en torno a un objetivo fundamental: la identificación y obtención reglada de los indicios que una vez estudiados, puedan constituir prueba científica de la comisión de un hecho criminal, poniendo en relación al sospechoso con el suceso del que es acusado.

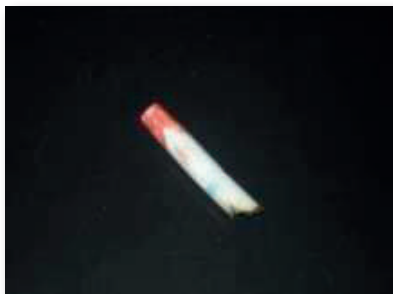
1.4.1. INDICIO, VESTIGIO, EVIDENCIA.

La palabra indicio, resultante de la contracción inde-dicere, deriva etimológicamente del vocablo latín indicum que significa signo patente y probable de que exista alguna cosa, seña, muestra, indicación. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española relaciona en sus acepciones los términos indicio y vestigio.

Aunque habitualmente empleados de forma indistinta en la práctica, el primero de ellos se define como el fenómeno que permite conocer o inferir la existencia de otro no percibido, mientras que el segundo, el vestigio, como sinónimo de huella, retrata el indicio por donde se infiere la verdad de una cosa o se sigue la averiguación de ella.

El diccionario señalado, se refiere a la evidencia como la certeza clara, manifiesta y tan perceptible, que nadie racionalmente puede dudar de ella. Doctrinalmente, también se denomina indicio necesario a la evidencia tra-

tando de significar con ello que es aquél que de manera infalible e inequívoca demuestra la existencia o inexistencia del hecho investigado. Algunos autores distinguen dentro de las evidencias los denominados indicios graves, que son los que interesan en materia penal, al derivarse de ellos una relación lógica e inmediata con el hecho investigado.



En otras palabras, el indicio es el hecho debidamente probado que iluminado por el argumento probatorio es capaz de mostrar otro suceso. El indicio no es por tanto cualquier evento, sino, por el contrario, aquél sobre el que aplicado el razonamiento deductivo, es capaz de demostrar una determinada hipótesis.

Tipos.

Habitualmente, el término indicio se emplea en el orden técnico de la investigación criminal, también en el penal, admitiéndose múltiples definiciones del mismo. Aún cuando en Criminalística se entiende por indicio el objeto, instrumento, huella, marca, rastro o señal que se emplea o se produce en la comisión de un hecho delictivo, las definiciones que se pueden formular son muy variadas:

- Cualquier elemento o material, microscópico o no, sólido, líquido o gaseoso, que puede ayudar a la determinación de la verdad en la investigación de un suceso concreto.
- Cualquier artículo tangible, pequeño o grande, cuyo análisis da lugar a información tendente a probar o a oponerse a una hipótesis sobre un/os punto/s en cuestión, particularmente en aquellos casos de interés criminal.
- Cualquier elemento orgánico o inorgánico que el presunto autor material de un hecho delictivo se lleva o deja en el lugar de los hechos, y que de alguna manera le conecta con dicha escena.

Las definiciones anteriormente enunciadas reúnen una serie de elementos que, sin ser comunes, se complementan entre sí hasta dibujar el con-

cepto integral del indicio. Sumadas todas ellas (naturaleza, características, tamaño, origen, posibilidad de identificación mediante su análisis y medio de prueba), se llega a comprender mejor la relevancia que este término posee en Criminalística. Y es que independientemente de los distintos tipos de indicios, de su posible clasificación (orgánicos, inorgánicos; visibles, invisibles; positivos o negativos) y características (falta de actualidad; fragilidad y autenticidad), todos ellos:

- Poseen valor probatorio de la comisión de un determinado hecho delictivo.
- Sirven para establecer la relación entre el sospechoso, la víctima y/o la escena, situándolo en dicho lugar.
- Permiten identificar al potencial sospechoso.
- Ayudan a exculparlo.
- Permiten corroborar los testimonios prestados tanto por la propia víctima como por los que hayan podido ser testigos del suceso.
- Sirven como instrumento para que el sospechoso revele la verdad sobre lo sucedido (confesión).

Los indicios se pueden clasificar en:

- *Directos*: por sí mismos constituyen prueba del delito. Si se trata de un testimonio, serán el resultado del conocimiento personal derivado de la percepción proporcionada por uno o más sentidos del observador.
- *Indirectos o circunstanciales*: aquéllos que siendo reales y verdaderos, ayudan a establecer la verdad con respecto a un determinado suceso o episodio mediante la prueba de otro.
- *Físicos*: también denominados reales o tangibles, equivalentes a los directos ya señalados. Al estar relacionados directamente con el suceso criminal, son por sí mismos valorables como tales por el Juez.
- *Testimoniales*: aportados mediante el relato proporcionado por los testigos e incluso por la víctima o el sospechoso. A diferencia de los anteriores, pueden cambiar, e incluso desaparecer en el intervalo de tiempo que transcurre desde el momento en el que inicialmente se obtuvieron y aquél en el cual se realiza su manifestación oral ante el Tribunal.

El profesor Pierre-Fernand Ceccaldi distingue indicios:

- *Determinantes*: aquéllos que por su naturaleza física no requieren del análisis completo de su composición y estructura para llegar a su identificación. Basta con su cuidadoso examen realizado visualmente o mediante el auxilio de instrumental magnificador (lentes) para conocer y determinar su naturaleza y forma (por ejemplo: un arma blanca).
- *Indeterminantes*: a diferencia de los anteriores, es preciso el empleo de métodos analíticos para conocer y apreciar su naturaleza física, ya que el sentido de la vista es insuficiente para poder llegar a definirlos.

Otros autores distinguen entre indicios:

- *Asociativos*: estrechamente relacionados con el hecho que se investiga.
- *No asociativos*: aún apareciendo en la escena, no guardan relación alguna con el suceso que se investiga.

Tres son las armas con las que el investigador logrará “hacer hablar a los indicios”: Su propia experiencia, la aplicación del razonamiento deductivo/inductivo y el auxilio de técnicas analíticas específicas.

Los indicios adquieren entonces relevancia en la investigación criminal, llegando posteriormente a constituir un medio más de prueba ante el Tribunal al ser capaces de explicar en su integridad la dinámica del suceso criminal.

Dependiendo de sus características, su potencialidad, en este sentido, reside en su capacidad para identificar al autor del hecho criminal. La inmutabilidad y permanencia del indicio físico definen dos de sus propiedades más importantes:

- Sobre ellas reside su relevancia como medio de prueba; y
- únicamente un procesamiento e interpretación deficiente pueden implicar modificaciones en su consideración y conducir a errores en su valoración.

1.4.2. PRINCIPALES INDICIOS EN LA ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA.

INDICIOS Y ESCENA DEL CRIMEN FEMICIDA CONSTITUYEN UN BINOMIO INDISOLUBLE.

Sangre.

La existencia de sangre en el lugar de los hechos puede aportar información de indudable interés para la resolución de un femicidio. Tanto es así que en ocasiones, constituye uno de los elementos de mayor valor probatorio, cuando se ha documentado correctamente su presencia y procesamiento. Su manipulación inadecuada, cuando no negligente, resta validez a su consistencia como prueba incriminatoria, modificando sensiblemente el resultado de la totalidad del procedimiento.

La sangre como indicio es capaz de:

- Establecer la conexión entre el sospechoso, el suceso criminal femicida y el lugar de los hechos.
- Respaldar o contradecir determinados testimonios en base a su presencia o inexistencia.

Pero posiblemente, la mayor importancia que tiene la presencia de sangre en la escena es su capacidad para, mediante su análisis, excluir a determinadas personas como sospechosos del crimen femicida.

En términos generales, se entiende por mancha toda modificación de color, toda suciedad o toda adición de una materia extraña, visible o no, realizada sobre la superficie del cuerpo humano, sobre instrumentos o sobre un objeto cualquiera, determinada por el depósito de un producto líquido, blando, en ocasiones sólido, de cuyo estudio se pueden establecer relaciones con la intervención o participación de una persona en un hecho delictivo (Gisbert Calabuig y López Gómez).

La sangre adopta la forma de manchas en el lugar de los hechos. Su aspecto varía conforme lo hace su antigüedad y también depende del tipo de soporte sobre el que asientan:

- En tejidos absorbentes y claros presentan un color rojo oscuro, que tiende a ennegrecer con el tiempo.

- Si se han intentado hacer desaparecer mediante el lavado, su intensidad tiende a disminuir apareciendo entonces como rosadas y pigmentado irregularmente el soporte.
- Se visualizan mal en tejidos oscuros por lo que es necesario el empleo de reactivos.
- Con el paso del tiempo, adoptan la forma de costras (escamas brillantes) sobre soportes no absorbentes. Si la sangre es reciente, serán de color rojo, virando a más oscuro conforme se van haciendo más antiguas.

Simonin distingue los siguientes mecanismos de producción de las manchas de sangre:

- **Proyección:** como consecuencia de que la sangre sale impulsada con cierta fuerza viva, describiendo una curva parabólica. El análisis de la morfología de estas manchas posee un claro interés reconstructivo, aunque esté sujeto a múltiples influencias que exigen cautela en su valoración.
- Cuando la sangre cae perpendicularmente sobre una superficie da lugar a una mancha redondeada cuya morfología dependerá de la cantidad derramada, de la altura de la caída y de la superficie sobre la que cae. Si la altura es pequeña, tiende a adoptar una forma redondeada; a mayor altura, mayor diámetro; característicamente se observan irregularidades en el contorno al aparecer dentellones y pequeñas gotas satélites.

La forma de la mancha de sangre no depende exactamente de la altura desde la cual es proyectada. Sin embargo, existen algunos trabajos experimentales que teniendo en cuenta las características físicas de este fluido biológico y la cantidad de la misma contenida en una gota, tratan de relacionar ambos parámetros.

En este sentido, son clásicas las aportaciones de Mc Donnell.

Este autor señalaba que una gota contiene entre 0,0495 y 0,0516 ml. de sangre. Una gota que cae desde una altura de 8 cms. dará lugar a una mancha perfectamente regular de unos 9 mm. de diámetro.



Si la altura de caída es de 30 cms., tendrá 13 mms. de diámetro y su periferia será festoneada con salientes de aproximadamente 0,5 mm. de longitud. Si aumenta la altura de caída, el diámetro de la mancha principal no suele pasar de los 16 mm., pero será aún más festoneada, terminando habitualmente en una pequeña gota que se independiza de la original, adoptando la morfología de una estrella. Si la mancha es proyectada oblicuamente, incidirá sobre el plano de choque con un ángulo agudo, alargándose en el sentido de la dirección de proyección. Según sea este ángulo, dependiendo de la velocidad de proyección y de la cantidad de sangre, la superficie de la mancha será más o menos alargada, dibujando en casos extremos un signo de admiración.

Cuando se encuentran centenares de pequeñas gotas muy separadas entre sí en ausencia de otras gotas de mayor tamaño, se debe pensar en un mecanismo de proyección a gran velocidad. Pequeñas gotas, con forma de signos de admiración, de dirección opuesta y variable, sugieren el empleo de un arma ensangrentada manejada de forma violenta.

- **Escurrimiento:** su importancia reside en que la presencia de este tipo de manchas de sangre en el lugar de los hechos permite, de alguna manera, reconstruir los cambios de posición llevados a cabo por la víctima e incluso aquellos relativos a los instrumentos empleados en la agresión. Las dimensiones que adquieren las manchas sobre los tejidos empapados pueden dar idea del volumen de sangre perdida y del tiempo de permanencia en contacto con la misma.
- La sangre tiende a caer por efecto de la gravedad, dejando un rastro característico si se deposita en una superficie vertical, mientras que sobre planos discretamente declives, tenderá a depositarse sobre sus bordes o límites.
- En la actualidad, existen programas informáticos que, empleando determinadas medidas de la escena, los patrones de dispersión de la sangre y el estudio del eje de todas las gotas así como su extrapolación al punto donde se produce su convergencia tridimensional, pueden llegar a concretar el punto original a partir del cual se produjo el sangrado.

Habitualmente, el valor de la sangre como prueba incriminatoria es mayor en aquellos sucesos criminales en los cuales pudo existir gran proximidad entre víctima y agresor (por ejemplo: femicidio median-

te el empleo de un arma blanca), ya que en estos casos su transferencia permite la individualización.

La obtención de especímenes de sangre periférica (alejada de la escena principal) y de todos aquellos patrones de sangre dispersos que difieran en su morfología con respecto a la mayoría, pueden ser indicativos de la vía de huida que pudo emplear el agresor manchado o herido o del lugar donde se produjo el ataque inicial.

Con respecto al procesamiento de una escena criminal femicida manchada de sangre, se pueden realizar una serie de consideraciones:

- Se debe prestar mucha atención a la aproximación inicial y a la deambulación por el lugar.
- La filmación en video constituye un método excelente para la fijación de las manchas de sangre ya que permite establecer la perspectiva real de las mismas en la escena situando cada una de ellas dentro de un patrón determinado. Es muy sensible a la hora de fijar la relación espacial existente entre los distintos patrones y entre éstos y la proximidad de una estructura concreta tomada como punto de referencia.
- Nunca debe olvidarse la fotografía. En ocasiones, el empleo de infrarrojos puede ayudar a la visualización de una mancha de sangre parcialmente oculta situada sobre una superficie oscura.
- Las manchas de sangre no son fáciles de hacer desaparecer; suelen adoptar un color marrón cuando se han tratado de limpiar.

En ocasiones, es posible objetivar la presencia de sangre en la escena del crimen femicida mediante el empleo de un foco luminoso de alta intensidad, pero este método no siempre es útil.

En los últimos años ha ganado gran aceptación la aplicación de algunos compuestos químicos capaces de revelar la presencia de manchas de sangre mediante su unión a ésta.

Entre ellos, el luminol (3-amino-ftalhidracina) vaporizado en forma de aerosol, es el que con mayor frecuencia se utiliza, provocando sobre una mancha de sangre, incluso diluida, un viraje luminiscente característico.

El uso de este revelador no está exento de inconvenientes:

- En aquellos casos en los que la mancha de sangre se encuentra poco concentrada, casi invisible a simple vista, la aplicación de este revelador provocará mayor dilución de la misma al incluir en su composición agua. En este caso, se añaden las dificultades que presentará la necesidad de practicar un análisis de confirmación.
- Puede dar lugar a falsos positivos. Reacciona con el ión cobre, cobalto, los compuestos de ambos y los del hierro. También es capaz de reaccionar con el permanganato potásico, presente en algunos tintes, el hipoclorito sódico, los ferrocianuros y las peroxidases vegetales.
- Puede ocasionar la pérdida de determinados marcadores genéticos.
- En ocasiones, paradójicamente provoca un aumento de la densidad de la mancha de sangre (aspecto pringoso).

Algunos autores, señalan la posibilidad de emplear con mejores resultados otras sustancias reveladoras como la merbromina y orto-toluidina, que en su composición poseen solventes orgánicos evaporables.

El proceso de recogida de las manchas de sangre comenzará con el de aquéllas que se consideren más frágiles o aquellas que puedan perderse o contaminarse con mayor facilidad. El método de recogida variará dependiendo de que la mancha se encuentre seca o húmeda y en el primer caso, en función de la superficie sobre la que asienta.

Es posible realizar una serie de recomendaciones generales con respecto a su manipulación y envasado:

- Se deben procurar las máximas condiciones de esterilidad mediante el empleo de guantes de un solo uso que se cambiarán cuantas veces sea necesario. El resto del instrumental debe ser estéril.
- En la medida de lo posible, siempre se empleará instrumental renovado cuando se proceda a la recogida de una muestra nueva.
- Cada una de las muestras debe conservarse en un envase distinto.
- El envase nunca debe ser de plástico puesto que la humedad en su atmósfera cerrada facilita el crecimiento bacteriano y de hongos que pueden desnaturalizar el ADN, imposibilitando su análisis. Si no se puede evitar el empleo de envases de plástico, la sangre no debe per-

- manecer en el mismo más de dos horas.
- Se procederá a su refrigeración (cerca de 4° C) lo más rápidamente posible, remitiéndose al laboratorio correspondiente antes de las 48 horas post-recogida con lo que en todo momento se asegurará la integridad de la cadena de frío.
- En todos los casos, se identificarán a las personas que hayan intervenido en su manipulación con el fin de descartar posibles contaminaciones cruzadas.
- Es fundamental proceder a la recogida de muestras tanto de la víctima como del sospechoso. En el sujeto vivo, bastan 10 cc. obtenidos mediante punción que se envasarán en un tubo de vacío con EDTA como anticoagulante. Es posible sustituir la punción por una muestra de mucosa oral obtenida mediante la aplicación de un hisopo que posteriormente se dejará secar a temperatura ambiente y se conservará en envase de papel.

En el caso de manchas de sangre secas:

- Si el objeto sobre el que se encuentran depositadas es pequeño, después de recogido, se envasará en un sobre o bolsa de papel. En este caso, la interacción investigador-muestra es mínima, con lo que se permite al técnico de laboratorio decidir la mejor manera de recuperarla.
- Si el objeto es de tamaño y peso considerables, y por ello, no fácilmente transportable, puede ser útil el empleo de alguna de las siguientes técnicas de recuperación:
 - Corte de la parte del objeto que contiene la mancha y envasado en recipiente de papel. Siempre se debe obtener un segundo fragmento para control.
 - Como inconvenientes de esta técnica, cabe mencionar la resistencia de algunos materiales y las dudas que se le pueden suscitar al investigador con respecto a cual es la porción que debe cortar.
 - Aplicación de banda adhesiva tanto sobre la mancha de sangre



como sobre la superficie que la rodea. Posteriormente la cinta se depositará sobre un soporte de acetato de vinilo. Es una técnica fácil cuyo mayor inconveniente reside en la dificultad para obtener muestras de manchas situadas sobre superficies muy irregulares.

- Raspado. Mediante esta maniobra y la aplicación de un instrumento muy fino, es posible obtener un residuo que una vez depositado sobre papel, se introduce, a su vez, en un sobre. De nuevo, nunca debe emplearse un envase de plástico ya que la electricidad estática generada por sus paredes, puede causar la dispersión de las trazas obtenidas hacia los bordes, cuando no hacia el exterior del recipiente. Son inconvenientes de esta técnica la posible pérdida de una parte del indicio y la imposibilidad para rascar determinadas superficies.
- Absorción empleando hisopos estériles o trozos-hilos de algodón. Los primeros (al menos cuatro) se sumergirán en agua destilada o desionizada, debiéndose secar después de la toma, antes de su envasado.
- Entre los inconvenientes de esta técnica se encuentran la producción de una dilución mayor de la muestra y un incremento en las probabilidades de su contaminación, problemas que se podrían solucionar impregnando los hisopos previamente con acetona o etanol al 70%.
- En el caso de manchas de sangre húmedas, cualquier técnica que permita su absorción es útil. El dispositivo que se emplee para su recogida siempre se dejará secar a temperatura ambiente, para posterior e idealmente introducirlo en un tubo con anticoagulante.

Pelos.

Constituidos por una proteína, la queratina. Se denominan así a las características excrecencias presentes en la piel de los mamíferos.

Cada especie posee un pelo con peculiaridades específicas relativas a su longitud, color, forma y morfología de la raíz, pudiéndose distinguir unos de otros al microscopio. De la misma forma, dentro de una misma especie, existen diferentes tipos de pelo dependiendo de la región anatómica

donde nacen, por lo que su estudio permite localizar exactamente su área de procedencia.

Los pelos, al igual que otros indicios, están sometidos al Principio de Intercambio de Locard (“cuando dos cuerpos entran en contacto siempre existe un intercambio”), ya que se pueden transferir en situaciones de contacto físico o proximidad.

Se denomina transferencia primaria a la que tiene lugar directamente desde la región cutánea donde el pelo crece, mientras que la transferencia secundaria es aquella en la que dicha transmisión se verifica desde la ropa del sujeto donde han caído. El vestuario constituye una fuente ingente para la transferencia de pelos ya que sobre él se llegan a desprender diariamente hasta 100 de ellos procedentes de la cabellera.



El examen forense de los pelos se realiza mediante su visualización en el microscopio de comparación. Éste consta de dos microscopios de luz que están conectados por un puente óptico que permite la observación simultánea tanto del pelo dubitado como indubitado.

El proceso se realiza en dos etapas. En primer lugar, se estudia el pelo cuestionado, comparándose en un segundo tiempo con los procedentes del sujeto conocido. El objetivo final es poder llegar a determinar si dos sujetos han podido estar en contacto o próximos entre sí, o si una o más personas pueden haberse encontrado en un determinado lugar.

Los factores que van a influir en la fiabilidad de la prueba son múltiples: unos personales, dependientes del entrenamiento del técnico, y otros, materiales, derivados de los medios disponibles para el examen.

En la práctica forense, los pelos que básicamente se emplean para realizar este examen comparativo proceden de la cabellera y de la región pubiana. A diferencia del primero, el pelo púbico no sufre tantos cambios a lo

largo de su ciclo vital por lo que pueden ser útiles para el estudio muestras obtenidas hasta un año después del suceso criminal.

El procesamiento de este indicio en el lugar de los hechos debe constituir una prioridad en la investigación de la escena, por cuanto por su fragilidad y escaso peso pueden destruirse o desaparecer cuando no se recuperan precozmente.

Para su recogida siempre se emplearán pinzas con el auxilio de una fuente de iluminación adecuada.

Se envasarán por separado, preferiblemente en sobres pequeños que posteriormente se introducirán en otros de mayor tamaño. Si el pelo se encuentra incluido en una mancha seca (por ejemplo: sangre), nunca se intentará su separación in situ. El conjunto se remitirá completo al laboratorio, adoptando las medidas de protección adecuadas.

A través del examen comparativo de los pelos es posible determinar:

- Su origen animal o humano e incluso en el primer caso, la especie de la cual proceden.
- En el caso de que sea humano es posible:
 - Establecer la región anatómica de origen.
 - Determinar la raza (generalmente a partir de los procedentes de la cabellera).
 - Aproximar la edad del sujeto.
 - Fijar el sexo mediante el estudio de la cromatina sexual presente en las células del folículo.
 - Si se ha sometido a determinados tratamientos estéticos, incluso cuando se han realizado.
 - Investigar la administración de tóxicos.
 - Concluir si el pelo ha sido arrancado o se ha caído naturalmente.

El pelo se afecta por el proceso de putrefacción cadavérica, apareciendo una banda de color negro situada en la proximidad de su raíz.

La eficacia del estudio de los pelos con fines forenses no es comparable con la que se pueda obtener mediante el empleo de las huellas dactilares y evidentemente, con las técnicas de análisis del ADN, aún cuando puede encontrarse a un nivel similar al de los grupos sanguíneos ABO.

Cristal.

Como indicio, su presencia es frecuente en escenas de muertes de mujeres relacionadas con robos, atropellos e incluso, en agresiones en las cuales se emplean objetos fabricados con dicho material.

Con respecto al procesamiento de este indicio, es posible destacar los siguientes aspectos:

- Cuando están rotos, es relativamente frecuente su depósito en la suela de los zapatos, ropa y otros objetos.
- Es aconsejable embalarlos en recipientes resistentes cuya capacidad sea acorde con el tamaño de la muestra. Si están manchados y húmedos, se dejarán secar previamente.
- Resulta imprescindible tomar muestras para comparación.
- En caso de femicidio llevado a cabo mediante atropello:
 - Se debe tratar de recuperar el máximo número de fragmentos procedentes tanto del lugar de impacto inicial como los que hayan podido caer a distancia del mismo.
 - Las muestras procedentes de cada lugar se envasarán en recipientes distintos.
 - En caso de rotura de lámparas frontales, se recuperarán tanto los cristales como los filamentos de la lámpara.
 - Se prestará mucha atención al examen de la ropa de la víctima. En ella se pueden identificar fragmentos de cristal y también



restos de pintura del vehículo involucrado. Las zonas donde se pueden recuperar con mayor frecuencia son las que presentan huellas de presión, roturas o marcas

Si se encuentran, nunca se procederá a su manipulación in situ, debiéndose remitir la prenda cuidadosamente protegida al laboratorio de referencia. En su caso, cada muestra de pintura se envasará por separado.

Fibras.

El estudio de las fibras es uno de los métodos que se puede emplear para la investigación del femicidio en un intento por demostrar los lados de ese particular triángulo autor-víctima-lugar de los hechos, ya que estos indicios pueden transferirse entre:

- Dos individuos.
- Un sujeto y un objeto.
- Dos objetos.

Su valor como prueba depende de una serie de factores:

- El tipo de fibra.
- El color de las mismas y las variaciones del mismo presentes a lo largo de su longitud.
- El número de fibras que aparecen.
- Su localización en la escena o en la víctima.

La transferencia de las *fibras* y la posibilidad de su detección, dependerá directamente del tiempo de contacto que haya existido entre el autor, la víctima y/o la escena, de tal forma que cuanto mayor haya sido éste, mayor serán las posibilidades de detección.

Una fibra es la unidad más pequeña del material textil en la que característicamente su longitud es varias veces superior a su diámetro.

Pueden ser *naturales* (animales, vegetales) o sintéticas. Se unen entre sí para formar los hilos, que a su vez se procesan para obtener finalmente el tejido. El tipo y longitud de la fibra empleada, la forma en la cual se unen

para formar el hilo y la manera en las que éstos se reúnen para dar lugar al tejido, son factores que van a influir en la dinámica del intercambio o transferencia y en la posibilidad de hallar coincidencias en su estudio.

Al igual que en el caso de los pelos, la transferencia de fibras puede ser primaria, directamente desde el tejido hasta la víctima, o secundaria, cuando se lleva a cabo desde la ropa del autor a la víctima.

Se señalan 24 horas como límite temporal, pasado el cual, va a resultar muy difícil recobrar este indicio traza. Cuanto más tiempo haya transcurrido desde el suceso criminal femicida, menores van a ser las posibilidades para recuperarlo.

El estudio de las fibras halladas tanto en el lugar de los hechos como en el agresor o en la víctima, puede aportar datos relevantes a la investigación, algunos ya señalados, en relación con:

- La naturaleza de la fibra: sintética o natural.
- Tipo de fibra.
- Coloración/decoloración.
- N° de fibras que configuran el hilo.
- Forma de asociarse los hilos en el tejido.
- Fabricante.
- Antigüedad de la fabricación.
- Daños producidos por el uso.

1.4.3. PROCESAMIENTO DE LAS ARMAS DE FUEGO Y ARMAS BLANCAS COMO INDICIOS.

Las armas de fuego constituyen indicios del máximo interés para la reconstrucción de un femicidio en el que aparezca involucrada su utilización.

Las siguientes, constituyen pautas de actuación a la hora de manipular y recuperar dichos instrumentos en el lugar de los hechos:

- Nunca se debe remitir un arma cargada al laboratorio.
- Nunca se debe proceder a su limpieza total o parcial.

- Nunca se debe intentar disparar un arma antes de su remisión al laboratorio.
- Nunca se debe recoger un arma de fuego levantándola mediante la introducción de un lápiz u objeto similar en el cañón.
- Siempre se debe consignar el número de serie, modelo y calibre del arma.
- Preferiblemente se deben envasar en recipientes de cartón o madera rígidos y resistentes, situando un material adecuado en su interior para evitar su desplazamiento.
- Si aparecen manchas de sangre u otros indicios en ellas, se aplicarán previamente medidas de protección específicas, intentando evitar su deterioro o destrucción. Nunca se recuperarán estos indicios biológicos in situ.
- Los proyectiles como indicios poseen valor para identificar el arma desde la cual han sido disparados y:
 - Nunca se debe realizar marca alguna en ellos.
 - Se deben envolver en papel, previo secado si están húmedos o manchados, para posteriormente introducirlos en sobres de igual material debidamente identificados.
 - Siempre se remitirán al laboratorio la totalidad de proyectiles o fragmentos de los mismos que se obtengan.
 - Nunca se deben limpiar.



Con respecto a los cartuchos:

- Se envolverán de forma similar a la señalada para los proyectiles. Cada uno de ellos por separado en sobres de papel correctamente identificados.
- Si aparece el arma problema, es obligatoria su remisión conjunta, así como la del resto de la munición que no haya sido disparada.

En el caso de la pólvora, tatuaje o residuos del disparo:

- Si se han depositado en la ropa, ésta se embalará, previa toma de fotografías y secado, doblándola poco, cuidadosamente, evitando manipularla en demasía, ya que estas trazas pueden perderse. Cada

elemento se envasará por separado.

- Los residuos del disparo son indicios muy frágiles que deben recogerse preferiblemente antes de que transcurran tres horas desde que se haya efectuado el mismo. Además:
 - En el sospechoso, si han transcurrido más de 6 horas desde que se realizó el disparo o en el caso de que se haya lavado las manos, la detección mediante el uso de los kits habituales va a ser muy complicada, aún cuando también en todos los casos, nunca de debe desechar la toma de la muestra.
 - En el cadáver se:
 - Evitará la manipulación excesiva en el lugar de los hechos tratando de demostrar la presencia de estos indicios.
 - Protegerán las manos mediante bolsas de papel amplias que eviten el roce y pérdida de indicios.
 - Disecarán la piel y el tejido celular subcutáneo del orificio de entrada y de salida, si este último existe. Esta resección será amplia incluyendo un margen de seguridad que pueda incorporar todos los posibles elementos del disparo.



Con respecto al procesamiento de las armas blancas como posibles indicios del crimen femicida es posible realizar las siguientes precisiones:

- Su manipulación debe ser exquisita ya que pueden ser portadoras, a su vez, de indicios procedentes del autor (huellas dactilares) y/o de la víctima (huellas dactilares, sangre).



- Nunca se deben recoger sin llevar guantes.
- Si están húmedas, se dejarán secar previamente.
- Inicialmente, se envolverán en papel, para posteriormente introducirlas en sobres que a su vez se incluirán

debidamente fijadas en un recipiente de cartón resistente o de madera con el fin de evitar desplazamientos.

1.4.4. HUELLAS DACTILARES Y DE PIES.

Si bien se ha documentado el empleo de las huellas dactilares con fines identificativos en Corea ya hace más de 1200 años, el desarrollo de esta disciplina como ciencia comienza en 1829 con Purkinje. Más próximas, las aportaciones de Herschell, Faulds, Galton, Henry, Vucetich y Olóriz han contribuido a la creación de un sistema que, basado en cuatro tipos fundamentales, permite la identificación a partir del dibujo de la huella dactilar presente en los diez dedos de las manos.

Se denominan huellas dactilares a las impresiones que dejan el pulpejo²⁸ de los dedos de las manos manchados con tinta, sudor u otro líquido, sobre una determinada superficie.

Las huellas dactilares forman dibujos constituidos por una serie de líneas entrantes y salientes (surcos y crestas) que dan lugar a multitud de figuras, siempre diferentes, gracias a lo cual es posible la identificación de las personas.

Su examen siempre se debe practicar empleando una buena iluminación, variando el ángulo de aplicación de la fuente luminosa para facilitar una óptima visualización. Cualquier huella observada debe ser inmediatamente fotografiada antes de manipularla o de proceder a su revelado.

Nunca se debe manipular excesivamente la superficie sobre la que se encuentran depositadas.

La obtención de las huellas dactilares es posible en las siguientes situaciones:

- En el sujeto vivo: mediante entintado y deslizamiento por rodadura del pulpejo sobre una cartulina. Es competencia de la Policía.

²⁸ El término pulpejo se utiliza para denominar los segmentos distales de los dedos de las manos y está asociado a la toma de las huellas dactilares. Para los pabellones auditivos se utiliza el término lóbulo.

- En el cadáver:
 - Si el pulpejo se encuentra bien conservado, empleando el sistema anterior. La única dificultad puede residir en la presencia de la rigidez cadavérica que impedirá una extensión adecuada de las falanges.
 - Si el pulpejo está deteriorado, la mejor opción es disecar la zona dermoepidérmica, eliminando, en un segundo tiempo, la grasa subcutánea para posteriormente, proceder a la rehidratación de la pieza con glicerina y ácido acético al 20%.

Una vez conseguida la rehidratación, la huella se puede obtener mediante:

- El entintado del dedil de piel obtenido y su deslizamiento sobre una cartulina.
- Compresión del trozo de piel previamente entintado entre dos cristales y posterior fotografía empleando iluminación oblicua.
- Impregnación suave en grasa del dedil de piel, fabricación de una huella latente que posteriormente se revelará y fotografiará.

En forma de huella latente: es decir, aquéllas difícilmente visibles. Para su comparación es necesario proceder a su revelado, una labor estrictamente policial. El método para evidenciarlas depende:

- Del tipo de superficie sobre la que asientan (porosa, no porosa).
- De sus características particulares (sequedad, humedad, suciedad, etc.).
- Del tipo de residuo del cual procede la huella (sangre, grasa, transpiración, suciedad).

El revelado de las huellas dactilares se puede hacer mediante el empleo de:

- Láser y/o fuentes de iluminación alternante.
- Polvos magnéticos/no magnéticos (negro, gris, blanco).
- Vapores de yodo metaloide: se adhieren a las grasas y aceites tanto

en superficies porosas como no porosas. Láser y/o fuentes de iluminación alternante.

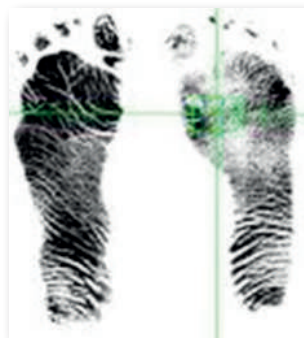
- Polvos magnéticos/no magnéticos (negro, gris, blanco).
- La solución de nifhidrina (en metanol, isopropanol y éter de petróleo), es capaz de reaccionar con determinados amino-ácidos presentes en el sudor.
- Nitrato de plata: reacciona con el cloruro sódico de la transpiración. Se emplea en superficies porosas.
- Sudán: útil para el revelado de huellas producidas por la secreción grasa de las glándulas sebáceas. Da lugar a imágenes de color negro-azulado. Su empleo es valioso en superficies contaminadas por restos de comida y otras sustancias grasas.

Las **huellas de pies** (calzados, descalzos) se deben buscar en emplazamientos cercanos a la escena del crimen femicida, pero también en ubicaciones alejadas de la misma.

Su contaminación es frecuente por lo cual en muchas ocasiones no es posible obtener una bien conservada y que sea útil.

Las huellas de pies pueden ser:

- Positivas: generalmente se imprimen sobre superficies lisas como resultado del depósito en ellas de algún tipo de tinte, suciedad o sudoración. En el supuesto de que el autor se encontrase descalzo, pueden revelarse mediante el empleo de fuentes de iluminación y de los reactivos enumerados anteriormente.
- Negativas: son aquellas que se imprimen sobre superficies blandas (tierra, arena). A partir de ellas se pueden extraer moldes para el estudio comparativo con la suela del calzado del sospechoso.



1.4.5. MARCAS DE OBJETOS.

Aparecen con mayor frecuencia en determinados delitos como los robos, aunque también pueden observarse en otros delitos (femicidio) como consecuencia de la aplicación de objetos o instrumentos vulnerantes concretos. Tanto en aquellos casos en los cuales el objeto se ha empleado como arma o en los que se emplean como medio para acceder a la escena, su recuperación siempre reviste indudable interés para la investigación. En ambos casos, es posible hallar en ellos restos de otros materiales contra los que haya podido impactar (pintura, cemento, etc.) o materiales biológicos depositados como consecuencia de su empleo como arma (sangre, cabellos).

El estudio morfológico de la marca, incluso en el cadáver, permite determinar alguna de las características del instrumento empleado. En el caso de que sea posible la recuperación del instrumento utilizado en la agresión, para su procesamiento y embalaje se seguirá la metodología específica señalada en apartados previos para el caso de las armas de fuego y armas blancas.

1.4.6. TIERRA.

Se trata de un indicio no biológico de naturaleza mineral, aunque habitualmente su composición también incluye elementos vegetales, a partir de cuyo estudio es posible extraer datos muy interesantes y útiles para la investigación criminal. De difícil procesamiento y frecuente contaminación, su mayor valor criminalístico reside cuando es posible realizar su estudio comparativo a partir de muestras obtenidas en la escena, alrededor del cadáver, en él, en vehículos o en suelas de calzado.

En ocasiones, permite vincular al sospechoso con una ubicación concreta y reproducir los movimientos del agresor y de la víctima tanto en el lugar de los hechos como en sus inmediaciones (accesos, huida, vía de salida).

1.4.7. CADENA DE CUSTODIA.

Los indicios obtenidos en la escena del crimen femicida, como en todos los casos, son únicos e irrepetibles, y por ello, el que en todo momento se establezca una custodia adecuada de los mismos, asegura su integridad e inviolabilidad.

La metodología que se debe seguir desde que se procesan en la escena hasta que se procede a su estudio y análisis en el laboratorio, está encaminada a garantizar la fiabilidad y exactitud de los resultados que después se obtengan.

Ello ha motivado que siempre haya existido la inquietud entre los especialistas por tratar de implantar un sistema global de gestión de los indicios capaz de asegurar la integridad de los mismos así como la calidad de los resultados que se puedan obtener de su análisis. Este sistema integral de gestión tiene por objeto disminuir la tasa de errores que se puedan cometer y debe abarcar cualquier actuación llevada a cabo sobre los indicios desde el mismo momento inicial de su observación, asegurando:

- La fiabilidad de su procesamiento.
- La fiabilidad de los resultados analíticos.
- El buen funcionamiento del equipamiento de laboratorio que se emplea para su análisis así como la calidad de los reactivos.
- La idoneidad y comprensión de los informes que se emiten.

La denominada cadena de custodia es en realidad un documento escrito. En él se reflejan todas las incidencias relativas al procesamiento y gestión de los indicios, es decir, donde queda constancia de la totalidad de movimientos o actuaciones que se realizan sobre éstos desde que se recogen hasta que se destruyen o devuelven.

La documentación de estos actos resulta hoy en día imprescindible para respaldar como elemento probatorio la evidencia y exige la implicación de todas las personas que entran en contacto o procesan los indicios.

En relación con la metodología en la cadena de custodia legal de la evidencia, se hace imprescindible la adopción de protocolos de actuación que tomen en consideración la metodología que se debe seguir:

- Antes de la recogida del indicio: de acuerdo con lo ya señalado a lo largo de capítulos anteriores, teniendo siempre en cuenta la individualidad y necesidades de cada indicio, la obligación de seleccionarlos de acuerdo con su idoneidad, así como las medidas que van a ser necesarias para su correcta conservación y transporte al laboratorio.
- Durante la recogida del indicio: ya se ha reiterado suficientemente la importancia que tiene el seguimiento de una metodología específica en esta etapa del procesamiento de los indicios. Errores en la misma pueden imposibilitar el análisis del vestigio y/o invalidar los resultados analíticos que se obtengan. A estos efectos resulta útil:
 - La adopción de un protocolo de selección y muestreo adecuado.
 - Asegurarse de que se establecen las medidas aptas para la conservación inmediata de los indicios mediante la instauración inmediata de un sistema singularizado para cada uno de ellos.
 - El envasado de los mismos en recipientes apropiados, preferiblemente estancos.
 - Un etiquetado correcto y completo de cada envase.
 - El envasado se realizará de manera primaria en un recipiente estanco apropiado para la muestra y secundariamente en otro externo, resistente, también hermético. Todos ellos se identificarán y precintarán adecuadamente. En ocasiones puede ser interesante acompañarlos de dibujos o fotografías.
- Después de la recogida, debiendo constar:
 - Local donde se conserva hasta su remisión.
 - Tiempo de conservación en el mismo.
 - Tipo de conservante, en el caso de que se haya empleado alguno.
 - Momento en el cual se remite al laboratorio.
 - Medio de transporte utilizado hasta el laboratorio.
 - Fecha y hora del mismo.
 - Condiciones bajo las cuales se realiza.

Desde el momento que entra el indicio en el laboratorio, deberá constar:

- Fecha y hora de entrada.
- Identificación de la persona o empresa que procede a su entrega.
- Tipo y estado del embalaje, así como del sello.

- Identificación de la persona que lo recibe y abre.
- Codificación de la muestra.
- Lugar donde se almacena hasta su ingreso en el laboratorio.
- Descripción del envío, comprobando que consta:
 - Número de indicios que se remiten.
 - Tipo de envase.
 - Posibles anormalidades detectadas.
 - Documentación adjunta.
- Descripción del etiquetado (legible y completo). Se describirán los envíos que no hayan sido correctamente etiquetados o con otras anomalías.
- Lugar de conservación hasta que se procede a su análisis.
- Identificación de las personas que entregan el indicio en cada uno de los pasos.

Durante el análisis se acreditará:

- La fecha de inicio de cada uno de los solicitados.
- Previamente, la descripción del indicio. Se puede emplear la narrativa, fotografía (lo más frecuente) o su dibujo.
- Las maniobras o manipulaciones que se llevan a cabo sobre ellos, registrando la totalidad de las mismas: fecha, hora, lugar/departamento, tipo de acto analítico efectuado e identificación de quien lo lleva a cabo.

Después de análisis:

- Fecha de su finalización.
- Listado de las muestras y cantidad de indicios que sobran.
- Lugar donde se van a almacenar hasta su destrucción.
- Periodo durante el cual se mantiene la custodia post-análisis.
- Fecha y/o forma de destrucción o devolución.

La emisión del correspondiente informe pericial (siguiendo las pautas que establece la norma ISO 17015) constituye el colofón o punto final de todo lo ejecutado hasta ese momento en el laboratorio. En Chile, se utiliza el NUE (número único de evidencia), esto es, el número que se asigna a una evidencia y que acompañara a la misma en las distintas etapas, instituciones o personas por las cuales deba pasar la evidencia, existiendo un formato único que es utilizado por todos los organismos que manipulan estas evidencias.

Además, cabe señalar que el Servicio Médico Legal cuenta con un Manual de Cadena de Custodia, debiendo dar inicio a ella, cuando se genera una muestra del cadáver, sea ésta biológica, de fármacos encontrados, proyectiles balísticos, etc. En ese Servicio se rotula el frasco, se envuelve con la boleta y se introduce al interior del receptáculo con llave (caja fuerte que está en la misma Sala de Autopsia).

1.4.8. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La interpretación de los resultados analíticos producto del estudio en el laboratorio de los distintos indicios se integra como una parte más dentro del procedimiento pericial global, donde también se enmarca la totalidad de la diligencia de inspección ocular.

Se trata de una parte esencial de la actividad pericial. Con ella culmina el procedimiento y permite poner en relación el hallazgo obtenido (indicio) y el resultado analítico obtenido, con las circunstancias concretas del asunto criminal.

Esta labor interpretativa exige una serie de condiciones:

- Personales: constituidas por los conocimientos científicos previos necesarios e imprescindibles para proceder al análisis correspondiente y generar unas conclusiones útiles a la vista de sus resultados.
- Organizativas: todos los laboratorios involucrados en el análisis de indicios deben encontrarse en disposición de asegurar que los resultados que emiten son fiables.

Esta organización exige la implantación de una cadena de custodia que debe vincular y responsabilizar a cualquier persona que maneje los indicios y sus alícuotas previamente y en su análisis. Los indicios deben estar controlados continuamente, así como los lugares donde se almacenan y analizan, cuyo acceso debe restringirse al personal autorizado para el manejo y realización de los análisis.

Los resultados se deben generar y transmitir de forma que no ocurran errores administrativos.

Los datos analíticos y la totalidad de la documentación que constituye la cadena de custodia se deben archivar y conservar por si hubiera lugar a su presentación en el proceso judicial.

En la mayoría de las ocasiones, es la totalidad del procedimiento seguido, más que el análisis del indicio en sí, el motivo principal para argumentar deficiencias en el resultado analítico, invalidando su valor como prueba en el proceso judicial.

La fiabilidad de los resultados obtenidos en el análisis se encuentra relacionada directamente con la circunstancia de que el laboratorio haya instaurado un sistema de calidad adecuado, a su vez, respaldado por un proceso de acreditación apropiado.

Los puntos claves que deben quedar reflejados en cualquier sistema de calidad relacionado con el análisis de muestras incluyen (lo mismo con respecto al símbolo y margen):

- La adecuación de las instalaciones y equipos, con zonas separadas para el análisis de los distintos vestigios.
- El desarrollo y seguimiento estricto de una cadena de custodia que garantice en todo momento la integridad del indicio.
- La calibración, verificación y mantenimiento de los equipos de ensayo con la finalidad de asegurar al máximo la exactitud de los resultados.
- La elaboración de procedimientos normalizados de trabajo que a modo de documento, describan pormenorizadamente como deben realizarse los análisis, el manejo de los distintos instrumentos y otras tareas del laboratorio, cuyo seguimiento en cada momento es obligatorio. Se trata de una documentación única, cuya propiedad es exclusiva del Centro donde se realiza la prueba analítica.
- La validación de los métodos de ensayo, mediante los cuales es posible conocer la precisión, exactitud, especificidad y el límite de detección de cada uno de ellos.
- El diseño de un sistema de control de calidad apropiado, como refuerzo aún mayor de la fiabilidad de los resultados.
- La disponibilidad de materiales de referencia, que posibilitan estudios comparativos.
- La participación del analista en pruebas de aptitud, como instrumento que permite evaluar continuamente su capacidad técnica.

Los objetivos principales de los procedimientos normalizados de trabajo en los laboratorios forenses son: reducir el riesgo de equivocación por parte de las personas que realizan el análisis, estandarizar los resultados obtenidos, minimizar la generación de posibles errores, y facilitar el aprendizaje de nuevo personal.

Los laboratorios forenses aún no han llegado al término de su desarrollo y potencialidad. Los retos futuros que se presentarán incluirán desde la renovación de las técnicas analíticas actualmente disponibles, hasta la investigación de los límites potenciales de la interpretación de los resultados.

Con este mismo fin, el desarrollo de estrategias interpretativas en colaboración con otros laboratorios del área, y la comunicación de los resultados a la Comunidad Científica Internacional, son básicos para asegurar la fiabilidad de los resultados analíticos dentro del ámbito forense.

1.4.9. METODOLOGÍA PARA LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES OPERADORES EN LA INVESTIGACIÓN.

La investigación de la escena del crimen femicida es un trabajo multidisciplinario que se lleva a cabo en equipo. Aún cuando el femicidio, desde el punto de vista criminal posee una serie de singularidades, la metodología que se sigue para indagar en él no difiere significativamente de la que se prosigue en otros hechos criminales similares.

La profusión de operadores que confluyen en la escena del crimen femicida implica la realización de múltiples tareas, algunas sucesivas, otras simultáneas que, por el bien de la investigación, deben ser coordinadas adecuadamente. En este contexto y como ya se ha señalado anteriormente, esta función coordinadora recae sobre la figura del responsable de la investigación.

Basándonos en la experiencia y normativa europea, se podría dibujar un protocolo de actuación que, de manera sencilla, tomando en consideración las distintas actividades que debieran realizarse en la escena, sintetice algunas pautas de trabajo en el lugar de los hechos del crimen femicida. Así, en los supuestos de femicidio, se recomiendan las siguientes actuaciones²⁹:

²⁹ En este punto, es necesario insistir que en Chile, el médico criminalista que concurre al sitio del suceso, no es el mismo médico que realizara la autopsia.

1. Comunicación del suceso a la autoridad competente: Fiscalía y/o Policía.
Será la autoridad competente la encargada de remitir el cadáver al Servicio Médico Legal o de derivar a la mujer para las pericias respectivas, en el caso de femicidios tentados o frustrados.
2. Traslado de la autoridad competente a la escena.
3. La autoridad competente asume el papel de responsable de la investigación y coordina la actuación del resto de operadores. El examen de la escena es una tarea conjunta y coordinada de la policía y del médico criminalista.
4. Una vez protegida la escena adecuadamente, se realizará una aproximación cuidadosa hacia el indicio principal, el cadáver, procediéndose a la verificación de la muerte y al examen del cuerpo por parte del médico criminalista y del responsable de la investigación.
5. El trabajo de la Policía se centra fundamentalmente en el procesamiento de la escena y de los indicios incluidos en la misma: observación, fijación, reseña, recogida, envasado y custodia de ellos.
6. La tarea del médico criminalista en la escena del crimen femicida debe concentrarse básicamente en el estudio del cadáver. Su traslado a la escena debiera hacerse lo más rápidamente posible y su figura debiera mantener también un papel fundamental en la supervisión del procesamiento de determinados indicios, sobre todo, aquellos situados en el alrededor inmediato o sobre el cadáver.
7. El médico criminalista al inspeccionar el cadáver en la escena del crimen femicida, debiera describir en todos los casos:
 - La posición del mismo.
 - El estado de su vestuario.
 - La presencia de fenómenos cadavéricos y su estado (livideces, rigidez, temperatura -previa toma de muestras cuando sea necesario- a nivel rectal y ambiental).
 - Los indicios presentes en el cadáver (biológicos y no biológicos).
 - El procesamiento de los mismos.
 - Un examen preliminar del cuerpo centrando su atención en las lesiones que pueda presentar.
8. El médico criminalista debiera supervisar la adopción de las medidas de protección del cadáver más adecuadas en cada caso de acuerdo con el examen externo y el tipo de mecanismo lesivo, la idoneidad del

medio empleado para su transporte y las medidas de custodia que se deben adoptar hasta la realización de la autopsia.

1.5. EL INFORME MÉDICO FORENSE EN LOS CASOS DE MUERTE POR FEMICIDIO: METODOLOGÍA NORMALIZADA DEL INFORME DE AUTOPSIA.

Desde finales de los años 90 y con respecto a las autopsias, existe en Europa una Recomendación del Consejo Europeo (99-3) relativa a la Normalización Metodológica de la Práctica Tanatológica, donde se establece el método y los pasos que se deben seguir a la hora de practicar una autopsia médico forense³⁰.

Dicha Recomendación, tomando en consideración otros protocolos previos (“Manual of disaster victim identification”, INTERPOL, 1996; “Principios para una prevención efectiva de las ejecuciones ilegales, arbitrarias y sumarias”, Comité de la ONU para la prevención y Control del Crimen, 1991), realiza una serie de consideraciones con respecto al informe de autopsia, asumibles y aplicables íntegramente en el caso del femicidio:

- Se considera el informe de autopsia como una parte integral de la misma al fijarse en este documento la totalidad de hallazgos observados durante su práctica.
- El informe de autopsia debe ser:
 - Completo.
 - Detallado.
 - Objetivo.
 - Comprensible, tanto para otros médicos como para profanos en la materia.

³⁰ En Chile, el actual Instructivo y Normativa Técnica Pericial para la realización de la autopsia médico Legal, que se encuentra vigente desde el año 2002 en el Servicio Médico Legal, está basado en la Recomendación N° (99)3 del Consejo de Ministros adoptada por la Organización Internacional de Policía Criminal (Interpol) en su Asamblea General de 1997 que es la misma Recomendación del Consejo Europeo (99-3). Este Instructivo se encuentra en etapa de revisión y si bien, se conservó la Recomendación en su totalidad, se incorporaron algunos aspectos del Instructivo que se utiliza en Colombia.

- Entre sus características más destacables se encuentran:
 - Debe estructurarse a modo de ensayo razonado siguiendo una secuencia lógica descriptiva.
 - Siempre se ordenará en secciones y apartados.
 - Será legible, admitiéndose cualquier tipo de soporte para su conservación.
- Con respecto al contenido, siempre incluirá:
 - Preámbulo legal.
 - Cargo/identificación de quien ordena la autopsia.
 - Fecha, hora, lugar.
 - Función/identificación de las personas presentes durante su práctica.
 - Identificación/titulación experto/s médico forense.
 - Codificación (recuperación).
 - Identificación del cadáver; fuente de la identificación.
 - Muerte: fecha, hora, lugar.
 - Antecedentes (historia previa; inspección ocular).
 - Examen externo.
 - Examen interno.
 - Muestras tomadas para análisis.
 - Pruebas complementarias/resultados (radiología, odontología, entomología, antropología).
 - Consideraciones (interpretación a modo de ensayo de todo lo anterior).
 - Conclusiones relativas a la causa de la muerte, codificando la misma de acuerdo con la Clasificación CIE 10. En el caso de que existan diversas alternativas, se ordenarán por orden de probabilidad.
- El informe de autopsia se entregará en el plazo de 24-48 horas, aunque con carácter provisional en espera de los resultados de las pruebas complementarias solicitadas.

TÍTULO 5

PATOLOGÍA Y TANATOLOGÍA FORENSE: ESTUDIO DE LOS
PRINCIPALES HALLAZGOS DE AUTOPSIA Y MECANISMOS DE
MUERTE EN LA VIOLENCIA FEMICIDA

TÍTULO 5

PATOLOGÍA Y TANATOLOGÍA FORENSE: ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DE AUTOPSIA Y MECANISMOS DE MUERTE EN LA VIOLENCIA FEMICIDA

La investigación judicial de la violencia femicida es un camino no exento de dificultades, que precisa de medios materiales, personal capacitado y coordinación entre los diferentes actores.

La carga de la prueba en los casos de femicidio debe recaer, en gran medida en la prueba pericial, por encima incluso de la testifical, y en todo caso, complementaria de ésta, ya que los testigos frecuentemente forman parte del ámbito familiar o han sido testigos accidentales de un hecho criminal por razón de vecindad. Otras veces, son sujetos sometidos a presiones y amenazas desde un principio, por pertenecer a grupos de delincuencia, o sufren las amenazas de muerte de sus propios familiares o desconocidos cercanos a los imputados.

Otros testigos son actores pasivos del crimen, por lo que igualmente ocultarán los hechos, modificarán la realidad o incluso encubrirán y protegerán al autor o autores del femicidio.

Muchos sujetos que inicialmente estarían dispuestos a relatar los hechos tal como los presenciaron, posteriormente, en el curso de la instrucción van desmarcándose de su declaración inicial hasta perder la prueba su consistencia, de tal manera que en la fase de juicio oral, lo que era el sustento de la acusación carece de los elementos de prueba mínimos que pudieran dar garantías al fallo acusatorio.

Sin desmerecer la prueba testifical, la prueba pericial médico forense en casos de femicidio, adquiere todo su potencial valor, cuya máxima expresión como valor probatorio, está basado en la objetividad y rigor científico.

La investigación de los femicidios pivota sobre la instrucción que dirige el Fiscal, sobre el personal especializado en Ciencias Forenses y sobre la Policía.

Es verdad, que cada uno de estos operadores sigue una línea de trabajo en el proceso, pero no hay que olvidar que la Policía aporta al Fiscal los datos que se van desprendiendo del curso de la investigación, que las Ciencias Forenses igualmente contribuyen a alimentar esos datos a través de la emisión de los informes con unas conclusiones obtenidas desde la observación y fundadas en los elementos científicos biológicos y médicos. Y no es menos cierto que cualquier giro que el Fiscal pueda dar a la investigación aunando estos datos junto con los obtenidos de la declaración de testigos, bien por su confluencia y confirmación, o por iniciarse nuevas líneas de trabajo, van a revertir de nuevo en los trabajos de la Policía y de los profesionales de las Ciencias Forenses.

De esta manera se comprende que la intercomunicación entre los diferentes actores cierre un triángulo con una visión y proyección de cada uno de ellos bidireccional y fluida, lo que implica el conocimiento de la problemática de cada uno de los operadores, en el tema común a investigar, el femicidio.

En este módulo vamos a hacer un recorrido por las muertes más frecuentes en los casos de femicidio con la intención, no de profundizar en cada uno de los capítulos en cuanto a las cuestiones técnico-periciales, sino de adaptar el conocimiento médico-forense sobre las autopsias y las muertes violentas que vamos a analizar a la comprensión de los profesionales y funcionarios que participan de la investigación femicida. La preservación de indicios, la necesidad de abordar determinadas pruebas, el alcance y también las limitaciones de la investigación Médico Forense solo la podrán entender los otros operadores desde su implicación en la propia temática, que en ningún caso supone traspasar los límites que su función le impone. La formación de Fiscales en materias extrajudiciales, concretamente en Medicina Forense, facilita el desarrollo de su actividad, y de Médicos Forenses en Elementos de Derecho da sentido a esta disciplina, objetivo central de su naturaleza, el servicio a la Administración de Justicia, que para el caso que nos ocupa, el femicidio, es eslabón básico de su investigación.

Al igual que el Fiscal debe contar con elementos de prueba que sustenten la acusación, el Médico Forense debe contar con los hallazgos obteni-

dos de la observación de cada caso en particular con el fin de fundamentar sus conclusiones.

La prueba pericial tiene que gozar de credibilidad, y ésta solo se obtendrá desde la objetividad y el conocimiento científico.

El Fiscal debe conocer, que no es entrar en los límites que no le corresponden, hasta dónde podría llegar la investigación. Solicitar y facilitar las pruebas que el perito Médico Forense precise y al mismo tiempo éste deberá conocer cuales son los límites de su pericia para no incurrir en pronunciamientos ya no médicos, sino jurídicos que invalidarían totalmente la prueba.

En consecuencia, no vamos a introducirnos en la temática más profunda de la investigación de los tipos de muerte que analizaremos, ni en los últimos avances en pruebas complementarias de laboratorio, sino todo lo contrario, vamos a intentar, entender los motivos por los que debemos investigar de una determinada manera, que razonamientos debemos hacer para saber que es lo que debemos buscar y cuáles serán las bases de nuestros hallazgos y con qué finalidad, las interpretaciones de hallazgos, y por último, qué resultados podremos alcanzar con una determinada investigación.

Nuestra línea es clara, la lucha contra la impunidad, a través de la investigación, comprensión de la labor de los diferentes actores y su coordinación, para dar respuesta desde la instancia judicial a estos casos tan graves y frecuentes en nuestra sociedad, que son los femicidios.

En los siguientes capítulos vamos a introducirnos en las prácticas de autopsia, el interés de sus fases y sus objetivos, plasmando la necesidad de su realización de forma sistemática en todos los casos de muertes violentas y sospechosas de criminalidad, como requisito indispensable para afrontar la realidad de la investigación de muertes femicidas. Sólo el trabajo metódico será útil para los fines que nos proponemos. Valoraremos las condiciones mínimas para garantizar un trabajo de forma efectiva, las situaciones que inciden positiva y negativamente en la realización de la autopsia y por último, haremos una revisión de los principales mecanismos de muerte y los objetivos hacia los que debemos enfocar la investigación.

También, en los siguientes capítulos, estudiaremos las cuestiones médico-forenses de interés en los casos de muertes femicidas, cuando el agresor o agresores utilizan armas, en su sentido más amplio, ya sean ocasionales para tal efecto o comerciales, y entre las que analizaremos las lesiones y muerte por armas blancas y de fuego en sus diferentes tipos. El último capítulo lo destinamos al amplio campo de las asfixias mecánicas como mecanismo lesivo de los femicidios, con una especial referencia a los casos de disimulación de este tipo de muertes, simulando muertes naturales o accidentales, donde quizás podamos encontrar alguna de las más grandes debilidades en la investigación de estos crímenes.

CAPÍTULO 1: AUTOPSIA MÉDICO-LEGAL EN CASOS DE MUERTES VIOLENTAS. 1.1. CONCEPTO DE AUTOPSIA MÉDICO-LEGAL Y DIFERENCIAS CON LA AUTOPSIA CLÍNICA. 1.1.1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR MUERTE VIOLENTA Y MUERTE SOSPECHOSA DE CRIMINALIDAD? 1.1.2. FASES DE LA AUTOPSIA. 1.2. CONDICIONES Y MEDIOS NECESARIOS PARA LA INVESTIGACIÓN NECRÓPSICA. 1.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS. TÉCNICAS DE APERTURA CADAVERICA. FUNDAMENTOS. 1.2.2. LOS FENÓMENOS PUTREFACTIVOS COMO ELEMENTOS DESFAVORABLES EN LA INVESTIGACIÓN. 1.3. MUERTES FEMICIDAS. PRINCIPALES MECANISMOS LESIVOS.

CAPÍTULO 1: AUTOPSIA-MÉDICO LEGAL EN CASOS DE MUERTES VIOLENTAS.

1.1. CONCEPTO DE AUTOPSIA MÉDICO LEGAL Y DIFERENCIAS CON LA AUTOPSIA CLÍNICA.

Etimológicamente, la palabra autopsia (del griego *autos*, uno mismo, y *ophs*, vista) significa examen con los propios ojos, comprobación personal.

Con ella, se expresan la serie de investigaciones que se realizan sobre el cadáver, encaminadas al estudio de las causas de la muerte, tanto directas como indirectas, y las circunstancias en las que se produjo. Es sinónima de necropsia (necros, cadáver).

Es habitual distinguir dos tipos de autopsias:

- La autopsia anatomopatológica o clínica
- La autopsia médico-legal.

La primera estudia el cadáver con el objeto de averiguar las alteraciones anatomopatológicas y bioquímicas, que como consecuencia de la enfermedad sufrieron los tejidos, y a partir de las mismas aclarar o confirmar un diagnóstico y averiguar en otras ocasiones la causa de la muerte.

La autopsia médico-legal, en cambio, es aquella en la cual el descubrimiento, comprobación e investigación de las lesiones o alteraciones anatomopatológicas, van encaminadas al esclarecimiento de la causa de la muerte y sus circunstancias, de la exclusión o no como muerte violenta y en este último caso la etiología medico legal y la data de la de la muerte. La existencia o no de agonía, las circunstancias de índole médico-científica

que pudieran identificar al agresor o agresores, los medios o modos usados para producir la muerte, la identidad del cadáver o necroidentificación, así como otras circunstancias que concurrieron en el hecho delictivo.

En definitiva, su objeto es informar a la autoridad sobre la causa o causas que produjeron la muerte en el caso propuesto y todas las circunstancias que la rodearon que sean de interés para la investigación.

Todas las cuestiones a analizar son importantes, pero la primera que hay que resolver es la confirmación de que se trata de una muerte violenta y su etiología médico-legal. A partir de ahí se abre un abanico de cuestiones médico-forenses que completarán la investigación.

A la justicia penal, le interesa especialmente la muerte en tanto tenga un origen violento o sospechoso de criminalidad. Si con la autopsia se demuestra el carácter natural de la muerte, la misma, en general, deja de tener interés para la justicia penal. La autopsia médico-legal constituye, pues, una de las diligencias de mayor trascendencia, entre las propias, de la actividad médico-forense.

Puede delimitarse el concepto de autopsia judicial, diferenciándola de la autopsia clínica, por los siguientes caracteres:

- Quién ordena la práctica de la autopsia: El Fiscal encargado del caso.
- Cuándo la ordena: En los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y en todos los casos en que se desconozca la causa de muerte.
- Cuál es el fin de la autopsia médico-legal: Establecer el origen del fallecimiento y sus circunstancias.
- Dónde se lleva a cabo: En las dependencias del Servicio Médico Legal o servicio médico que el Fiscal determine.
- Quién la realiza: Médicos Forenses o facultativos que hagan sus veces. El artículo 199 del Código Procesal Penal indica que en aquellos lugares en que no hubiere legista, el fiscal designará el médico encargado y el lugar en que la autopsia deberá ser llevada a cabo.
- Cómo se practica: La autopsia debe ser siempre completa, con la abertura de todas las cavidades y examen de su contenido. Pero al mismo tiempo, debe ser respetuosa, evitando la deformación del cadáver para no herir los sentimientos de los familiares del difunto.

1.1.1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR MUERTE VIOLENTA Y MUERTE SOSPECHOSA DE CRIMINALIDAD?

Muerte violenta es la producida por agentes externos, traumáticos o tóxicos y por extensión, se debe también entender como muerte violenta la producida en situaciones extremas o medioambientales desfavorables, tales como las muertes por hambre, sed, frío, calor o ausencia de aire respirable.

El diagnóstico de muerte violenta abre tres variables de etiología médico-legal:

- Etiología Médico-Legal homicida.
- Etiología Médico-Legal suicida.
- Etiología Médico-Legal accidental.

La conclusión de etiología Médico-Legal homicida se alcanza con la determinación de hallazgos que permitan la interpretación científica de que en el mecanismo o mecanismos de muerte ha intervenido mano ajena al propio individuo.

La conclusión de etiología Médico-Legal suicida se alcanza cuando se puede establecer, por los hallazgos obtenidos, que ha sido el propio individuo el que se ha dado muerte.

La etiología Médico-Legal accidental lo es cuando se ha debido a un hecho fortuito o fuerza mayor.

¿Cuál es el paso previo para considerar una muerte femicida?

El paso previo es el diagnóstico certero de que se trata de una muerte violenta de etiología médico-legal homicida.

Muerte femicida no es una etiología médico-legal. Es una cualificación especial de una muerte de etiología médico legal homicida. Exige de un grado superior en la investigación y sus elementos no solamente se nutren de los hallazgos de autopsia.

En consecuencia, es necesario, como paso previo para su consideración, la conclusión del informe de autopsia judicial que refleje el diagnóstico de muerte violenta de etiología médico legal homicida.

¿Por qué se debe hacer siempre la autopsia en una muerte violenta pero presumiblemente accidental?

Por la confirmación de esa etiología médico-legal. En algunos casos no se realizan esas autopsias y es posible que el agresor o agresores hayan manipulado el cadáver para que parezca un accidente cuando en realidad ha podido ser una muerte homicida.

Este error es frecuente en algunos países cuando por diversas circunstancias no se practica la autopsia a cadáveres que se han encontrado sumergidos en ríos, prejuzgando que se han ahogado. Igualmente ocurre en los accidentes de tránsito y en otros tipos de muerte presumiblemente accidentales. Es preciso, por tanto, la confirmación mediante la investigación, y no su ausencia que conlleva la presunción.

La autopsia sistemática de todos los casos de muertes violentas reduce notablemente las posibilidades de error.

Muerte sospechosa de criminalidad: son todas aquellas muertes súbitas, inesperadas, a veces de personas jóvenes, sin enfermedad alguna que pudiera hacer pensar en el fatal desenlace, sin causa alguna aparente que la pudiera justificar, de sujetos solos, en muchos casos desconocidos. Es el carácter rápido y sorpresivo el que provoca que sean controvertidas y por tanto, se practica la autopsia con el fin de comprobar que es una muerte natural o en su defecto si es una muerte violenta.

1.1.2. FASES DE LA AUTOPSIA.

La autopsia judicial debe ser completa, abarcando las siguientes fases:

- Todos los hallazgos obtenidos del levantamiento de cadáver, examen técnico pericial del lugar de los hechos. Examen del cadáver y su perimundo.
- Examen de las ropas e indicios biológicos.

- Examen externo del cadáver.
- Apertura cadavérica por cavidades y examen de las mismas.
- Obtención de muestras en su caso para análisis complementarios de laboratorio.
- Reconstrucción del cadáver.
- Estudio de los resultados de laboratorio.
- Finaliza con la emisión del Informe completo médico forense entregándolo al fiscal competente con la interpretación científica del conjunto de resultados obtenidos.

Todas las fases tienen su carga de interés, se complementan entre sí y tienen escasa o nula validez de forma aislada.

1.2. CONDICIONES Y MEDIOS NECESARIOS PARA LA INVESTIGACIÓN NECRÓPSICA.

Pueden distinguirse para la práctica de las autopsias, tres pilares básicos:

- El primero, corresponden al perito médico que las realiza.
 - El segundo, a los medios materiales para su ejecución.
 - El tercero, a las condiciones higiénico - sanitarias.
- *Condiciones del perito.* El perito Médico-Forense debe tener los conocimientos teóricos y prácticos precisos y estar preparado en la técnica, con capacidad de observación minuciosa y de interpretación de hallazgos.

Los signos lesivos, los indicios sobre las ropas, vestigios en la superficie corporal, hallazgos de interés en el examen interno del cadáver, no afloran por sí solos, sino que el perito debe pensar en ellos para buscarlos.

Ejemplo: Una mujer aparece estrangulada en un lugar alejado, donde no existe testigo alguno de cómo pudieron ocurrir los hechos. El examen del cadáver a través de la autopsia nos ofrece datos fidedignos de muerte violenta de etiología médico-legal homicida por estrangulación. Si no pensamos en la posibilidad de una violación previa no haremos el estudio de orificios naturales y obtención de muestras, no procederemos a la extracción de muestras biológicas en muslos y nalgas por la posible existencia

de saliva del agresor, para estudio complementario de ADN, no habremos hecho una autopsia completa, sino todo lo contrario, habremos perdido la posibilidad de identificar al agresor y no habremos investigado y diagnosticado ese elemento fundamental, que es la violación previa.

Por ello, se recomienda que el médico forense, en todas aquellas cuestiones de índole científica, médica o biológica, esté en posesión, también, de cuantos antecedentes del caso existan, ya que justamente, de estos datos y orientaciones, equiparables al interrogatorio o anamnesis en clínica, se ha de deducir el planteamiento del problema que hay que resolver. Es precisa la reflexión previa a la práctica de autopsia, pues aunque la metodología puede ser similar, cada caso es distinto.

Por esta razón, resulta necesario que los médicos forenses que no concurren al sitio del suceso, realicen las coordinaciones necesarias con las instituciones que trabajaron en la escena del crimen (Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile), con el objeto de traspasar al forense todos los antecedentes e información del mismo.

- *Medios materiales.* En cuanto a los medios necesarios para la realización de la autopsia, podemos diferenciarlos en aquellos referidos al local, y los referidos a los medios instrumentales.

Respecto al local, lo idóneo es que las autopsias se realicen en pabellones independientes, en los que deberían existir al menos los siguientes elementos:

- Depósito de cadáveres, con su cámara frigorífica y sala de exposición a efectos de reconocimiento de los cadáveres no identificados.
- Sala de autopsias.
- A ser posible, sala de Rayos X.
- Archivo.
- Dependencias para conservar el material de autopsias, proceder a su limpieza, archivar ropas y objetos que portaran los cadáveres, etc.
- Sala de duelos.

¿Qué interés tiene para la investigación una sala de duelos?

Nunca debemos olvidarnos de habilitar una parte del local de la morgue como sala de duelos. La razón es que la práctica de la autopsia siempre supone dañar aún más la grave situación por la que están pasando los familiares de la víctima. Los familiares se oponen por múltiples razones. Una de ellas es la falta de información por escasa sensibilidad que en general se tiene ante estas situaciones.

Es preciso dignificar el tiempo de espera de los familiares mientras el cadáver es objeto de investigación, hasta que ésta termina y pasa a disposición familiar para su inhumación.

La resistencia a la práctica de la autopsia ha llegado en algunos casos a frustrar la investigación.

Razones como la apuntada, y razones culturales, son obstáculos frecuentes, que nunca deberían ser ajenos.

Contar con un local digno y explicar en todo momento a los familiares de la víctima la intervención que se va a realizar y el objeto de la misma para aclarar las circunstancias de la muerte y poder dar con la identidad de autor o autores, puede modificar notablemente esa actitud, en un principio negativa.

Esta es una muestra de que los medios materiales por sí solos nunca valen y es la sensibilidad del investigador la que pueda allanar el terreno hacia la solución.

¿Por qué son importantes las cámaras frigoríficas?

En el momento que se produce la muerte y el cuerpo queda inerte, comienza una serie de cambios que constituyen los fenómenos cadavéricos, y la autólisis y putrefacción.

Entre los fenómenos cadavéricos se encuentra el enfriamiento, la rigidez, las livideces cadavéricas.

La denominada autólisis y putrefacción pasa por la fase enfisematosa, con producción de gases desfigurándose la morfología del cadáver, la fase de licuefacción da lugar a la pérdida de estructuras blandas, piel y vísceras y por último llega la fase de reducción esquelética.

Cuanto más avanzada es la fase de autólisis y putrefacción más difícil es la investigación criminal. Se destruyen gran parte de los indicios biológicos del agresor que puedan quedar en el cuerpo de la víctima y se destruye la morfología de las lesiones sobre tejidos blandos, como ocurre con los bordes de las heridas.

El cadáver en una cámara frigorífica y a determinada temperatura, retrasa estos fenómenos lo que permite realizar la autopsia en las mejores condiciones, facilitando así el resultado final.

Respecto a los medios instrumentales, el material requerido para llevar a cabo una autopsia completa es muy variado, no obstante, el instrumental básico se compone de:

- Instrumentos para seccionar partes blandas y cartílagos: Bisturí, cuchillos (grandes y pequeños, como el cerebrotomo, mielotomo, etc.) Tijeras: grandes y pequeñas, para bronquios, vasos y conductos, abotonadas, especiales para corazón, intestinos, etc.
- Instrumentos necesarios para la sección de huesos: costótomo, leguas, sierras, escoplos (recto, en T), martillo, pinzas de huesos, etc.
- Instrumentos de presa: pinzas de disección, pinzas de dientes de ratón, de forcipresión, etc.
- Instrumentos de medición: regla graduada, compás de espesor, cono para la medición de los orificios valvulares cardíacos, cucharones, copas graduadas, balanza de 5 Kg., etc.
- Elementos de sutura: agujas rectas y curvas, hilo.
- Instrumentos accesorios: lente de aumento, zócalos de madera, frascos para recoger vísceras, tubos de ensayo estériles, etc.
- Reproducción gráfica: Es necesario disponer de un adecuado equipo fotográfico.
- En cuanto a los medios higiénicos sanitarios, estos son imprescindibles para desarrollar la adecuada función del médico forense que practica la autopsia. Los medios para la prevención de contagios de enfer-

medades infecto contagiosas siempre serán pocos teniendo en cuenta el riesgo del personal que trabaja en este ámbito, tanto los facultativos como el personal auxiliar que maneja el cadáver.

Batas, guantes gorros, calzas, gafas de protección, son algunos de ellos.

La vacunación pertinente del personal junto a una guía metodológica evitará parte del riesgo potencial de contagios que conlleva el ejercicio de esta actividad profesional.

La limpieza adecuada de la sala de autopsias, su material e instrumental deberán ser una práctica intensa y regular. Las condiciones higiénicas sanitarias, previenen los riesgos de los operadores y dignifican su profesión.

1.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS. TÉCNICAS DE APERTURA CADAVÉRICA. FUNDAMENTOS.

Como ya hemos comentado, la autopsia, es aquella en la cual el descubrimiento, comprobación e investigación de las lesiones o alteraciones anatómopatológicas van encaminadas al esclarecimiento de los hechos ante una muerte violenta o sospechosa de criminalidad, para determinar la causa de la muerte, la etiología medico legal, la data, los medios o modos usados para producirla, la forma rápida o lenta en la que ésta se produjo, las circunstancias que pudieran identificar a su autor o autores, así como otras circunstancias que concurrieron en el hecho y que puedan ser de interés para la investigación. En definitiva, su objeto es informar a la autoridad sobre la causa o causas que produjeron la muerte en un caso concreto y las circunstancias que la rodearon.

Los métodos de realizar una autopsia se encuentran en mayor o menor medida sistematizados a través de las diversas técnicas. Sin embargo, hay que tener siempre presente que la metodología empleada no necesariamente debe ser siempre la misma y que el operador, deberá modificarla dependiendo del caso.

Ejemplo: La habitual incisión con bisturí que se realiza en cabeza, tórax y abdomen para la apertura de estas cavidades, deberá rectificarse si coincide su trayectoria con una herida, para no alterar sus bordes, elemento

fundamental de la investigación. Unas lesiones en una región anatómica que se considere de especial interés por su significado, pueden obligar a que se modifique el orden de estudio habitual con el fin de preservar éstas de mayor importancia frente a otras cuya manipulación ofreciera riesgos en detrimento de ellas.

El método de trabajo sistematizado debemos seguirlo con el fin de no pasar nada por alto, para lo que se recomienda el establecimiento de protocolos, sin embargo, el método no debe ser rígido, sino adaptado a las circunstancias propias de cada caso.

Antes de comenzar el examen externo del cadáver (que normalmente en Chile es realizado por un profesional médico distinto a aquel que realiza la autopsia), y el examen interno del cadáver (en Chile, normalmente realizado por el perito Tanatólogo del Servicio Médico Legal), el Médico Forense debiera contar con todos los datos que hasta ese momento se hayan obtenido, relacionados con la muerte que va a investigar:

- De la diligencia de levantamiento del cadáver.
- De las investigaciones que se hayan realizado.

Contar con los datos recopilados hasta ese momento, de las pesquisas policiales de investigación, tiene especial interés porque a veces, pueden orientar hacia elementos que necesariamente deben investigarse.

Ejemplo: La ausencia de estos datos previos, se puede asemejar al caso de un cirujano que iniciará su operación sin contar con los informes médicos del especialista que diagnosticó la enfermedad por la que se va a intervenir, el traumatólogo sin las radiografías o el anestesista sin los análisis previos.

Por lo anterior, si el personal técnico que acuda a la escena del crimen es distinto al que va a realizar la autopsia, la transferencia de datos debe ser total y fidedigna, lo que deja de manifiesto la importancia del trabajo coordinado del Fiscal a cargo del caso y los organismos auxiliares en la investigación.

La confirmación de una muerte violenta como femicida exige una relación minuciosa de todos los elementos que se obtienen de la investigación y estos pueden estar tanto en la escena del crimen como en el cuerpo inerte, pero sobre todo en ambos, complementándose unos datos con los otros.

Denominamos como técnica de autopsia al conjunto de procedimientos operatorios que tienen por objeto facilitar la exteriorización y examen de los órganos y tejidos que integran el organismo animal.

El fundamento de la autopsia es esa exteriorización de los órganos y vísceras en las condiciones más naturales posible, originando la mínima alteración del cadáver compatible con una perfecta observación de aquellos. Además, debe ser posible la reconstrucción del cuerpo, de modo que pueda ser devuelto a sus deudos sin lesionar sus sentimientos. Cualquier técnica de autopsia tiene, por tanto, su fundamento en el conocimiento de la anatomía normal y patológica; de la forma y estructura de los órganos y vísceras y de las relaciones topográficas entre los sistemas y aparatos que componen el organismo.

Las técnicas de apertura cadavérica, aunque en síntesis son similares, varían según determinadas circunstancias. Unas son más adecuadas que otras para el estudio de los cadáveres con lesiones mortales determinadas, otras se adaptan a la mayor idoneidad para el caso de recién nacidos, violaciones, etc., y otras para el estudio de casos especiales como las utilizadas para el estudio de miembros descuartizados, mujeres gestantes fallecidas, etc.

La técnica más habitual de apertura cadavérica es la técnica de Virchow, con sus variantes. En España, se ha utilizado durante muchos años la técnica del profesor Mata pero esta se muestra muy deficiente con respecto a la técnica de Virchow, cuyas principales ventajas residen en la posibilidad de realizar un correcto y meticuloso examen mediante el procedimiento de los cortes encuadrados.

La apertura de la cavidad craneal no difiere esencialmente del método descrito por Mata. Su aportación original reside en el examen cerebral

mediante cortes seriados. La apertura del cuello, tórax y abdomen con la técnica de Virchow se practica en un mismo tiempo operatorio.

Al respecto es necesario señalar que en Chile se utilizan estas dos técnicas: Virchow y Mata, con sus variantes. Se utilizan los cortes encuadrados que conservan los órganos completos que pueden ser revisados en una eventual segunda pericia.

Ahora bien, al margen de la técnica empleada, la autopsia no finaliza en tanto no se presenta el informe Médico Forense que deberá contener en términos generales los siguientes apartados:

- Si se trata de una muerte natural o de una muerte violenta.
- La etiología médico-legal de la muerte, homicida, suicida, o accidental.
- La causa inmediata y fundamental de la muerte.
- El cronotanatodiagnóstico (La data de la muerte).
- La forma rápida o lenta de producirse la muerte.
- La necroidentificación.
- Diferenciación entre lesiones vitales o postmortem.
- Otras cuestiones específicas de cada caso:
 - Posición relativa víctima agresor.
 - Identidad del arma o armas utilizadas en la agresión
 - Determinación de uno o más agresores.
 - Orden de las heridas.
 - De entre varias o múltiples heridas, determinar cuales de ellas fueron por sí mismas suficientes para causar la muerte.
 - Distancias de disparo, etc.

Para llegar a estas conclusiones deberemos tener en cuenta el fundamento y sentido de la autopsia judicial que a diferencia de la autopsia clínica, debe ser mucho más abierta y flexible en sus protocolos.

Ejemplo: Un Médico Forense podría estar analizando si la vesícula del cadáver que está autopsiando tiene cálculos biliares u obteniendo muestras de hígado para estudio microscópico de tejido hepático con el fin de confirmar una cirrosis.

Sin embargo, ese cadáver ingresó en la Morgue judicial con múltiples lesiones en el cuerpo y heridas profundas en cuello, tórax y abdomen, además de varios disparos.

Es posible que el médico forense, por la necesidad de seguir el protocolo, siga estudiando los cálculos de la vesícula, o el hígado, u observando si padecía de una antigua úlcera de duodeno. Es verdad que el examen debe ser completo pero hay que tener clara la finalidad de la autopsia, que no es otra que el esclarecimiento del hecho delictivo, y si la vesícula tenía 5 o 7 cálculos tiene escasa o nula trascendencia en la investigación, y sin embargo, se han podido obviar elementos indiciarios fundamentales.

Por tanto, siempre hay que tener presente, la necesidad de enfocar el estudio y optimizar los recursos a los fines de la investigación.

1.2.2. LOS FENÓMENOS PUTREFACTIVOS COMO ELEMENTOS DESFAVORABLES EN LA INVESTIGACIÓN.

Una vez que se produce la muerte, el cadáver queda a expensas de fenómenos pasivos, físicos y abióticos, que conforman lo que se denomina los fenómenos cadavéricos; y de fenómenos activos, químicos y biológicos, que dan lugar a la autólisis y putrefacción, que se enmarcan bajo la denominación de fenómenos transformativos del cadáver.

La autólisis es el conjunto de procesos fermentativos que tienen lugar en el interior de la célula, y secundariamente en los tejidos, por la acción de las propias enzimas celulares, sin intervención bacteriana, o lo que es lo mismo, es el conjunto de cambios que sufre el cadáver por acción de sus propias enzimas.

A la autólisis le sucede posteriormente la putrefacción, aunque en realidad los fenómenos autolíticos y putrefactivos se superponen en su evolución.

Desde el punto de vista bioquímico, la autólisis consiste en un proceso de demolición molecular de los elementos orgánicos existentes en la célula por la intervención de los fermentos o enzimas celulares.

Las alteraciones en los tejidos y órganos son variables en el tiempo. Entre los más afectados, podemos citar, la sangre, vesícula biliar, el páncreas, las glándulas suprarrenales, el timo, estómago, esófago y encéfalo.

Las estructuras musculares suelen resistir más a los procesos autolíticos; de ahí que órganos como el corazón, útero o próstata se conserven durante más tiempo.

La autólisis comienza inmediatamente al fallecimiento con cambios morfológicos progresivos, aunque la cronología depende mucho de la causa de la muerte y de las condiciones en que se encuentre el cadáver. El frío tiene el efecto de retrasarla, mientras que el calor la acelera enormemente.

La putrefacción consiste en un proceso de fermentación pútrida de origen bacteriano que sufre la materia orgánica del cadáver.

Los gérmenes responsables se desarrollan en esa materia orgánica, produciendo enzimas que actúan selectivamente sobre los principios orgánicos (prótidos, grasa, glúcidos), dando lugar a modificaciones profundas del cadáver que conducen a su destrucción. Una vez terminado este proceso, sólo persisten las partes esqueléticas de naturaleza calcárea, los dientes, las uñas y los pelos.

Los gérmenes responsables de la putrefacción pueden proceder directamente del exterior a través de la boca, nariz y órganos respiratorios. Pero el papel principal es el desempeñado por los gérmenes existentes en el tramo intestinal, produciendo grandes cantidades de gases que aumentan la presión abdominal, lo que da lugar a una verdadera circulación post mortem.

Además de los gérmenes citados, otros microorganismos exógenos y agentes patógenos, como estafilococo y estreptococo, intervienen en la putrefacción.

La putrefacción evoluciona en el cadáver en cuatro fases o períodos bien caracterizados:

- Período colorativo o cromático.
- Período enfisematoso o de desarrollo gaseoso.

- Período colicuativo o de licuefacción.
- Período de reducción esquelético.
- *El período cromático.* Se inicia con la llamada mancha verde, localizada inicialmente en la fosa ilíaca derecha, pero que después se extiende a todo el cuerpo.

Esta primera coloración verdosa se va oscureciendo progresivamente hasta llegar a un tono pardo negruzco, a veces con un matiz rojizo por la hemólisis concomitante. Este período, que se inicia de ordinario 24 horas después de la muerte, dura varios días, y a él se van añadiendo, poco a poco, los fenómenos propios de la segunda fase. También en los órganos internos puede comprobarse la coloración verde, que se hace primero ostensible en las vísceras abdominales y, de modo especial, en el hígado. El inicio de la mancha verde puede adelantarse o retrasarse según las condiciones ambientales e individuales. Finalmente la fase cromática abarca la totalidad del cuerpo, superponiéndose ya claramente con la siguiente fase.

Es consecuencia de la formación de ácido sulfhídrico, producido por la putrefacción de los tejidos, sobre la hemoglobina sanguínea en presencia del oxígeno. De esta reacción se produce la sulfohemoglobina. En el intestino, y a nivel del ciego, es más abundante la flora intestinal, lo que justifica que el lugar en el que se manifiesta primero la mancha verde sea a nivel de la fosa ilíaca derecha.

Diversas influencias dan lugar a variaciones topográficas en la aparición de la mancha verde:

- Muerte por sumersión. En este tipo de muerte la mancha verde se inicia en la parte alta del pecho y cuello, debido a los gérmenes que penetran por las vías respiratorias.
- Muertes con fenómenos congestivos cefálicos. En estos cadáveres la mancha verde suele comenzar por la cara.
- Fetos. Al ser su intestino estéril, la putrefacción es debida a las bacterias que penetran desde el exterior por las vías respiratorias; es por ello que la mancha verde se inicia en cuello, cara y parte superior del tórax.
- Traumatismos internos sin lesión cutánea. Comienza la mancha ver-

de en las zonas cutáneas próximas a la lesión interna. En esta región hay lo que podría llamarse un lugar de menor resistencia, que facilita el desarrollo de los gérmenes procedentes de la bacteriemia agónica.

- Lesiones gangrenosas y supurativas. En todos estos casos se ve aparecer la mancha verde en los alrededores de las lesiones, por el gran predominio de gérmenes que dan lugar a una putrefacción local precoz.
- *Período enfisematoso.* Se caracteriza por el desarrollo de gran cantidad de gases que abomban y desfiguran todas las partes del cadáver (enfisema putrefactivo). La infiltración gaseosa invade todo el tejido celular subcutáneo; hincha la cabeza, en donde los ojos presentan un acusado exorbitismo y la lengua aparece proyectada al exterior de la boca; los genitales masculinos, por la capacidad de distensión de la bolsa escrotal, llegan a adquirir grandes volúmenes. El tórax y el abdomen están distendidos.

Hay otro fenómeno igualmente característico: la red venosa superficial se hace muy aparente en todas las regiones corporales; se debe a que la sangre es empujada hacia la periferia por la circulación post mortem. El resultado es que la red vascular superficial queda rellena de la sangre cadavérica y se marca a través de la piel en un color rojizo debido a la trasudación e imbibición de la hemoglobina. Este período tiene una duración de varios días, a veces hasta un par de semanas.

- *Fase de licuefacción o colicuativa.* La epidermis se despegas de la dermis por reblandecimiento, formándose ampollas de dimensiones variables, llenas de un líquido sanioso de color pardusco. La epidermis está bastante bien conservada y puede desprenderse fácilmente del plano subyacente por la simple presión de los dedos, formando colgajos. El aspecto de estos colgajos y de las zonas húmedas dérmicas que dejan al descubierto es similar al aspecto de las ampollas de una quemadura de segundo por lo que debe evitarse el confundirlos. Un líquido pardo se escurre por los orificios nasales. Los apéndices cutáneos (uñas, pelos) se desprenden. La licuefacción va instaurándose.

Los gases se irán escapando y el cuerpo irá perdiendo el aspecto que tuvo en el período anterior. En la cabeza los ojos se hunden, se aplastan

las alas de la nariz, se denuda el cráneo y, más tarde, se destruyen las partes blandas de la cara. El abdomen, que estuvo ampliamente distendido en el período enfisematoso, sufre soluciones de continuidad que dan una salida hacia al exterior a los gases. Todos los órganos están reblandecidos y dejan escapar una serosidad. Sin embargo, una autopsia realizada en este momento aún puede proporcionar numerosas informaciones, por cuanto los órganos permanecen individualizados y su continuidad está intacta, lo que permite descubrir cualquier solución de continuidad que hubieran tenido en vida. La fase colicuativa dura varios meses.

El tórax, aunque tardíamente, se deprime, y se desinsertan las costillas y el esternón, que pueden llegar a separarse en sus distintas piezas. Los pulmones están sembrados de múltiples y desiguales vesículas pútridas y después se hunden en los canales raquídeo-costales, bañados en un líquido de trasudación, de color negruzco; los bronquios y la tráquea se reconocen durante mucho tiempo. El músculo cardíaco suele resistir considerablemente a la licuefacción.

El abdomen se deprime y no tarda en excavarse quedando su pared unida a la columna vertebral; más tarde queda reducido a residuos negruzcos que se fijan en las estructuras óseas vecinas. El conjunto de órganos y vísceras se va destruyendo al mismo tiempo, con diferencias en cuanto a su resistencia según su estructura; el bazo se destruye muy rápidamente y algo menos el hígado; el riñón está protegido durante bastante tiempo por su celda grasa; en cuanto al útero es, sin duda, uno de los órganos más resistentes.

- *Período de reducción esquelético.* Paulatinamente, durante un período de hasta cinco años, todas las partes blandas del cadáver irán desapareciendo a través de su licuefacción y transformación en putrúlagos. Los elementos más resistentes suelen ser el tejido fibroso, ligamentos y cartílagos, por lo cual el esqueleto permanece unido durante todo este período, aunque al final también llegan a destruirse estos elementos.

En la cabeza resisten más tiempo las mejillas y orejas, hasta que llega un momento en que sólo quedan unos residuos en la región malar. La cabeza se desprende del tronco cuando desaparecen los elementos de unión, lo que tiene lugar al final de este período.

Es importante tener presente, que durante la putrefacción, junto a la acción bacteriana, colaboran otras series de organismos que se han dado en llamar auxiliares de la putrefacción.

En el proceso de la destrucción cadavérica colaboran diversas especies de insectos que acuden a los cadáveres, a depositar sus huevos en él, encontrando allí las larvas un pasto nutritivo adecuado a sus necesidades. La acción sucesiva o simultánea de las distintas especies de insectos y sus larvas, devorando materialmente el cadáver, conduce a veces a su destrucción rápida. La entomología forense ha aprovechado el conocimiento de la fauna cadavérica para el diagnóstico de la data de la muerte (entomología cadavérica).

Otros animales superiores (roedores, mamíferos, aves, cuando se trata de cadáveres que permanecen al aire libre; peces, en los cadáveres sumergidos), atacan también el cuerpo muerto, mutilándole y devorándolo parcialmente, actuando también de esta manera como auxiliares de la putrefacción en la desorganización de los cadáveres.

La marcha normal de la putrefacción puede ser modificada por condiciones dependientes unas del mismo sujeto y otras del medio ambiente.

La influencia de la constitución física es notoria. Los obesos se descomponen con mayor rapidez que los sujetos flacos. La edad hace que la putrefacción sea más rápida en los niños y más tardía en los viejos, evolucionando de forma intermedia en los adultos.

La causa de muerte o diversos procesos patológicos existentes en el sujeto antes de su muerte condicionan la evolución del proceso putrefactivo, acelerándolo o retardándolo. En la mayor parte de los casos la intensidad de la putrefacción corre pareja con la precocidad con que se inicia.

La putrefacción es precoz e intensa en los siguientes casos:

- Heridas graves.
- Focos extensos de contusiones.
- Enfermedades sépticas, por cuanto proporcionan abundante materia prima bacteriana.

- Muertes tras lentas agonías, ya que la bacteriemia agónica da origen a una diseminación de gérmenes que aumentan los puntos de ataque.
- Otras causas de muerte (asfixia, insolación, fulguración, anasarca) son también causa de intensos procesos putrefactivos.

La putrefacción se retarda, por el contrario, en los siguientes casos:

- Grandes hemorragias, por sustracción del medio de cultivo bacteriano, que es también el medio de generalización de los gérmenes.
- Intoxicación por el óxido de carbono, el ácido cianhídrico y el arsénico.
- Enfermedades que cursan con deshidratación intensa.
- Tratamientos con antibióticos a dosis elevadas, previos a la muerte, dificultan la marcha de la putrefacción al reducir considerablemente la flora bacteriana.

En cuanto a las influencias ambientales, dependen de la humedad, frío, calor y aireación que haya en el medio ambiente en que se desarrolle la putrefacción, por lo que ésta será distinta al aire libre, en la tierra (variando con la naturaleza del suelo, porosidad, corrientes de agua, etc.), en el agua, en las letrinas, en los estercoleros.

El interés, que tiene el conocimiento de la marcha evolutiva de estos fenómenos transformativos del cadáver, surge en primer lugar de la importancia de procurar al máximo que estos fenómenos no progresen, pues esta evolución es directamente proporcional a las dificultades que se producen en la investigación médico forense. La desestructuración progresiva de los tejidos blandos, alteraciones de la coloración dificulta ya desde el inicio la valoración de erosiones, excoriaciones, contusiones, heridas, y el significado forense que tienen en las diferentes formas de femicidios. Se trasforman las lesiones traumáticas y aparecen falsas equimosis, pudiéndose confundir los fenómenos de putrefacción con lesiones.

Si bien es cierto que la data de la muerte está basada en la aparición de fenómenos cadavéricos, autolisis y putrefacción, cuanto más avanza ésta, mayores son los márgenes de error, siendo precisos estudios complementarios entomológicos que no siempre están disponibles y que tampoco se caracterizan por su exactitud.

Los periodos cromático y enfisematoso alteran notablemente la morfología del cuerpo, lo que altera los caracteres de la identificación, para lo que se hace preciso el uso de técnicas complementarias como el ADN.

El establecimiento de las causas de la muerte sufre igualmente dificultades progresivas, según avanza la putrefacción y los estudios toxicológicos pueden arrojar resultados erróneos, como ocurre con la formación de alcaloides cadavéricos.

Los indicios biológicos que el agresor haya dejado sobre el cadáver de la víctima ya sean en la superficie corporal o en orificios naturales, sufren su destrucción y de ahí las grandes limitaciones de la investigación.

El avance de la putrefacción siempre debe considerarse como un elemento desfavorable en la investigación forense y el investigador debe adoptar medidas frente a la misma. En primer lugar deberá proceder de inmediato a la obtención de muestras, estudio de ropas, apertura cadavérica y estudios complementarios, evitando retrasos en el traslado del cadáver a la Morgue. Utilización de cámaras frigoríficas manteniendo el cadáver en torno a un grado de temperatura. Resultan idóneos los vehículos de traslado cadavérico con cámara refrigerada.

Deberá tener en cuenta que cuando las circunstancias ambientales han sido favorables al retraso de la putrefacción como es el caso de cadáveres en agua fría no estancada, en el momento que el cadáver se retira de ese medio, todo el retardo en el avance de la putrefacción que producía el mismo, al igual que cuando estaba en cámara frigorífica, se recupera, avanzando ésta de forma muy acelerada. Si el hallazgo del cadáver lo es en un estado ya putrefactivo, deberá tener en consideración cada una de las fases anteriormente descritas y el estudio será especialmente minucioso con el fin de hacer diagnósticos diferenciales entre lo que serían lesiones producidas en vida y hallazgos postmortem producto de la transformación cadavérica, así como solventar los problemas de identificación cadavérica mediante técnicas de ADN.

1.3. MUERTES VIOLENTAS. PRINCIPALES MECANISMOS LESIVOS.

No existe muerte femicida que no sea violenta. Sin embargo, la primera conclusión a la que debemos llegar tras la realización de la autopsia, es la confirmación de que se trata de una muerte violenta y a partir de ese momento la determinación de la etiología médico-legal, homicida, suicida o accidental.

Muerte femicida no es una etiología médico-legal. Es una forma cualificada especial de una muerte violenta de etiología médico-legal homicida.

Exige de un grado superior en la investigación y hallazgos, y sus elementos no solamente se nutren de los hallazgos de autopsia.

Esquemáticamente podemos diferenciar los siguientes pasos para concluir en la afirmación de muerte femicida:

- Es necesaria la práctica de la autopsia para alcanzar la conclusión de que la muerte violenta es de etiología médico legal homicida.
- Son necesarias fuentes de la investigación policial y médico forense de apoyo al Ministerio Público para alcanzar la cualificación de la agresión como Femicida.
- La triangulación en la investigación Medicina Forense, Policía, Ministerio Público es fundamental a través de la coordinación, aunque cada operador por sí solo, puede alcanzar en muchos casos la conclusión de femicidio sin apoyarse en la investigación de los otros.

Los mecanismos de muerte son muy variados y superponibles en la mayoría de los casos a cualquier otro tipo de muerte violenta pero se va a hacer especial referencia a los más frecuentes y dentro de ellos las características propias que podemos encontrar del femicidio.

Veremos en los siguientes capítulos el estudio de las lesiones por arma blanca muy característico de algunas formas de femicidio y que indica la cercanía del agresor a la víctima. El estudio de armas de fuego y asfixias mecánicas que en este caso, al igual que las armas blancas, implican siempre la cercanía del agresor.

Además, distinguiremos cuáles de las lesiones han intervenido en el mecanismo de la muerte y cuáles no, y en cada una de ellas interpretaremos lo que son lesiones de defensa y lucha.

CAPÍTULO 2: LESIONES Y MUERTE POR ARMAS BLANCAS. 2.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN. 2.2. CARACTERES LESIVOS. 2.2.1. HERIDAS POR ARMAS PUNZANTES. 2.2.2. HERIDAS POR ARMAS INCISAS O CORTANTES. 2.2.3. HERIDAS POR ARMAS INCISO PUNZANTES. 2.2.4. HERIDAS POR ARMAS INCISO CONTUNDENTES. 2.3. CUESTIONES MÉDICO FORENSES Y SU VALORACIÓN. 2.3.1. RELACIÓN DE LAS HERIDAS CON LAS MANCHAS DE SANGRE. 2.3.2. ESPECIFICACIONES MÉDICO LEGALES. 2.3.3. LESIONES DE DEFENSA Y LUCHA. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

CAPÍTULO 2: LESIONES Y MUERTE POR ARMAS BLANCAS.

2.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.

Desde un punto de vista Médico Forense, entendemos por arma todo instrumento, elemento o mecanismo destinado a ofender o a defenderse, cuya capacidad lesiva es mayor que la que producirían por sí solas las manos.

Dentro de ese contexto, son armas blancas aquellas que hieren por sí mismas, (en el caso de armas de fuego no es el arma la que hiere, sino el proyectil que lanza). Son instrumentos lesivos manejados manualmente que atacan la superficie corporal por su filo o filos, su punta o ambos a la vez. Estas armas deben su nombre a la brillantez metálica de su hoja, aunque muchas de ellas no la poseen.

Cabe tener presente que en Chile el artículo 132 del Código Penal define armas como toda máquina, instrumento, utensilio u objeto cortante, punzante o contundente. Luego al tratar los delitos en particular, el Código Penal Chileno utiliza la denominación de armas cortantes o punzantes (artículos 288 bis y 450) y también la denominación de arma blanca (artículo 494 N°4).

- Vamos a clasificar las heridas por armas blancas en:
- Punzantes.
- Incisas o cortantes.
- Inciso punzantes.
- Inciso contundente.

Frecuentemente, en esta clasificación se producen denominaciones distintas a las apuntadas. En vez de referirse a una herida como producida

por arma incisa se podría decir herida por arma cortante, ya que el término inciso proviene del vocablo *incidere* que significa cortar. No obstante, es más frecuente denominar a una herida como incisa que a esa misma herida como cortante. Sin embargo, se pueden cometer errores, tal es el caso de describir la herida como inciso-cortante, pues hay una redundancia del mismo término y por tanto, desconocemos realmente qué quiere indicar. También, a veces, sustituimos la denominación de herida inciso-contundente por el de inciso-contusa pero en este caso es totalmente válido.

2.2. CARACTERES LESIVOS.

2.2.1. HERIDAS POR ARMAS PUNZANTES.

Se llaman así a las heridas producidas por instrumentos de forma alargada, de un diámetro que aunque puede ser variable, es de escasa dimensión en cuanto a su sección, ya sea circular o elíptica, que terminan en una punta más o menos aguda. Se trata pues, de cuerpos cilindro-cónicos alargados de punta afilada.

Estos instrumentos pueden ser naturales o artificiales. Entre los primeros, podemos citar las espinas o defensas de animales. Son más frecuentes, sin embargo, los artificiales, entre los que deben citarse, alfileres, agujas, clavos, punteros, flechas, floretes, lanzas, punzones, etc.

- **Mecanismo de acción:** Los instrumentos punzantes penetran en los tejidos actuando a modo de cuña, disociando y rechazando lateralmente los elementos anatómicos del tejido atravesado. Lo fundamental en la acción de estos instrumentos es la punta que concentra la fuerza viva en una superficie muy limitada. El agresor ejerce sobre el arma un mecanismo de presión, por lo que ésta penetra en el organismo superando la resistencia y elasticidad de los tejidos blandos.
- **Caracteres de las lesiones:** Las heridas por instrumentos punzantes se definen por la existencia de un orificio de entrada, por un trayecto más o menos largo y, cuando traspasan por completo una zona del cuerpo, por un orificio de salida. Alrededor del orificio de entrada, cuando el arma ha penetrado en su totalidad en el cuerpo aparece una zona con-

tusita, halo contusivo, consecuencia del tope del mango al impactar con la piel.



Arma punzante

En la unión de la parte metálica con el mango, se deposita sangre de la víctima que se mantiene a pesar del lavado, lo que facilita la identificación del arma usada en la agresión.



Heridas punzantes

Zona anatómica con tres heridas por arma punzante. La de la derecha presenta halo contusivo.

El orificio de entrada, puntura, radica de ordinario en la piel y con mucha mayor rareza en mucosas. Cuando el instrumento es muy fino, queda reducido a un punto rojizo o rosáceo, puntura, cuya levedad del orificio de entrada no prejuzga el pronóstico de la herida, puesto que lesiones de apariencia insignificante pueden tener consecuencias graves por alcanzar órganos profundos importantes.

Si el instrumento es más grueso, con lo que su diámetro sobrepasa el límite de elasticidad de los tejidos, el orificio adopta la forma de una hendidura de ángulos ligeramente redondeados, similar a un ojal.

La forma y dirección del orificio de entrada son de una gran importancia médico-legal, ya que en ello reposa en buena parte el diagnóstico del instrumento responsable.

El trayecto de las heridas debidas a instrumentos punzantes viene constituido por un canal que atraviesa los distintos tejidos interesados por la lesión. En el cadáver este trayecto se señala por una línea rojiza que resulta

del derrame de sangre en su interior. Pero lo característico de esta clase de heridas, cuando el trayecto interesa varios tejidos superpuestos formando planos, es que la dirección del ojal que forma en cada uno de ellos es diferente, según sea la de sus respectivos elementos elásticos.

El orificio de salida, cuando existe, es de ordinario más irregular que el de entrada, pues la piel, al perforarse de dentro a fuera, da lugar a una especie de estallido, con lo que suelen producirse fisuras y roturas atípicas.

El pronóstico, depende considerablemente de los siguientes factores: grosor del instrumento, zona herida, profundidad de la lesión, y por último que haya interesado órganos vitales o de importancia funcional.

Son heridas que sangran poco al exterior pero que pueden causar intensas hemorragias internas y producir la muerte. Por su escaso sangrado externo podrían llegar a pasar inadvertidas en el examen externo de un cadáver, no así, si se practica la apertura cadavérica donde se observa la hemorragia y se puede establecer perfectamente el lugar de origen de la misma.

2.2.2. HERIDAS POR ARMAS INCISAS O CORTANTES.

Los instrumentos cortantes se definen por la existencia de una hoja de escaso espesor y sección triangular que actúa sólo por el filo. Ciertos objetos intervienen eventualmente como instrumentos cortantes, entre los que tenemos las láminas delgadas de metal o trozos de vidrio.

Los verdaderos instrumentos cortantes fabricados para tal fin, están representados por cuchillos, navajas, navajas de afeitar, bisturís, etc.

- *Mecanismo de acción:* Como se ha dicho, estos instrumentos actúan por el filo que penetra en los tejidos a modo de cuña y los divide produciendo soluciones de continuidad.

La acción del instrumento se lleva a cabo por un mecanismo de presión y deslizamiento. Cuanto mayor es la presión, más profunda es la herida y cuanto mayor es el deslizamiento mayor es la dimensión de la herida.

- Caracteres de las lesiones: Las heridas por instrumentos cortantes, o heridas incisivas, responden en general a tres tipos:
 - Heridas lineales.
 - Heridas en colgajo.
 - Heridas mutilantes.

Las heridas lineales, se producen cuando el instrumento penetra de forma perpendicular a la piel produciendo una simple solución de continuidad. Por efecto de la elasticidad de los tejidos seccionados, la herida tiende a abrirse adquiriendo la forma de paréntesis, y a veces, tienen una notable profundidad, dando lugar a la formación de dos paredes que confluyen hacia abajo, dibujando una sección triangular de vértice inferior. Los extremos de la herida, es frecuente que se hagan más superficiales, llegando a prolongarse como un verdadero arañazo superficial que no siempre tiene la misma dirección que el resto de la incisión. Cuando los extremos presentan estas características, reciben el nombre de colas.

Las colas son más aparentes cuando en el corte de la piel predomina el mecanismo de deslizamiento. Hay una cola de ataque, que corresponde a la iniciación del corte, y una cola terminal. La cola de ataque puede faltar, en este caso la zona de inicio de la herida se denomina cabeza de ataque. En todo caso, la cola más larga es la última producida en el corte, la terminal, al ir perdiendo contacto el instrumento con los planos cutáneos, carácter éste que puede servir para indicar el sentido en que fue producido el corte.

Cuando en la zona herida hay un plano subyacente de hueso, se detiene en él el corte, formando el fondo de la herida.

Las heridas en colgajo se producen cuando el instrumento cortante penetra más o menos oblicuamente, con lo que uno de los bordes queda cortado en bisel obtuso, mientras que por el otro, resulta una lámina o colgajo de sección triangular con el borde libre, largo o corto, grueso o delgado, dependiendo de la longitud del arma, de la oblicuidad del corte y de su profundidad.

Un ejemplo sería cuando el arma actúa oblicuamente en el codo con el miembro flexionado.

Las heridas mutilantes, se producen cuando el instrumento ataca una parte saliente del cuerpo (la oreja, la extremidad de los dedos, la punta de la nariz, el pezón mamario) dando lugar a su separación completa.

La morfología de estos tipos de heridas es distinta, por lo que nos podría inducir a error pensando que se han producido por distinta arma y con ello abrir la posibilidad de distintos agresores.

Cabe además incluir en la clasificación de las heridas incisas o cortantes unos tipos que agrupamos bajo la denominación de heridas incisas atípicas, que se producen en determinadas circunstancias. Las más habituales son las siguientes:

- *Rozaduras o erosiones.* Se originan cuando el instrumento no hace más que rozar tangencialmente la superficie cutánea, en la que sólo produce una excoriación, o el desprendimiento parcial de la epidermis.
- *Heridas en puente y en “zig-zag”.* Se deben a las características de la región. Cuando en ésta hay pliegues cutáneos (abdomen prominente) o se trata de una zona de piel laxa (párpados, escroto); el arma actúa linealmente, pero como consecuencia de haber formado un pliegue cutáneo, al extender la piel, se ven los cortes separados por un puente o una herida en “zig-zag”.
- *Heridas irregulares.* La falta de filo del arma o la existencia de melladuras da lugar a que la herida presente irregularidades, dentedaduras, hendiduras.

El pronóstico es muy variable de caso a caso, dependiendo de la finura del instrumento y de la zona herida, venas o arterias de la región, que puedan resultar interesados por el corte.

Las heridas incisas o cortantes pueden ser rápidamente mortales por hemorragia o por embolia gaseosa (heridas del cuello que interesa las venas).

A diferencia de las heridas producidas por armas punzantes, éstas sangran notablemente al exterior.

Dentro de este tipo de heridas, se encuentra el degüello, cuyo estudio adquiere un extraordinario interés en casos de femicidio.

El degüello de etiología médico-legal homicida tiene una disposición preferentemente en la cara anterior del cuello a diferencia de los suicidios, en los que se presenta en la cara antero-lateral del cuello, ya sea derecha o izquierda. Además, en los suicidios tiene una dirección oblicua frente a la dirección frecuentemente transversal que presenta en los casos de homicidio.



Degüello suicida

*Dirección oblicua al eje longitudinal. Sentido descendente.
Arranque en la parte superior y la cola de salida en la parte inferior.
Cara antero lateral del cuello.*



Degüello homicida

*Dirección transversal al eje longitudinal del cuello.
Cara anterior del cuello.*

En los degüellos suicidas, es frecuente hallar las “marcas de prueba” que se realizan o bien en el mismo cuello o en los antebrazos o piernas, y que el suicida realiza como tanteo previo para no fallar.

2.2.3. HERIDAS POR ARMAS INCISO PUNZANTES.

El potencial lesivo de los instrumentos inciso-punzantes está constituido por una lámina más o menos estrecha terminada en punta y recorrida por una, dos o más aristas afiladas y cortantes. Según el número de estas aristas, los instrumentos se clasifican en:

- Monocortantes.
- Bicortantes.
- Pluricortantes.

Entre los instrumentos inciso-punzantes más frecuentes en la práctica médico-legal deben citarse las navajas, los cuchillos de punta, los puñales, etc.

- *Mecanismo de acción:* El modo de actuar de los instrumentos corto-punzantes puede considerarse como la suma o término medio de los instrumentos punzantes y los cortantes, por cuanto actúan simultáneamente, por la punta penetran, y por el filo o filos, cortan. En efecto, al abordar el cuerpo por la punta, ejercen una acción en la forma citada para los instrumentos punzantes, pero al mismo tiempo el filo (o filos) queda situado en posición óptima para cortar.
- *Caracteres de las lesiones:* Puede distinguirse, una herida de entrada, un trayecto y, eventualmente, una herida de salida.

Herida de entrada. Su morfología es variable con la forma del instrumento.

- Inciso punzante de hoja plana monocortante. Forma una fisura, pero de sus dos extremos, uno es más agudo y se corresponde con el del lado cortante.
- Inciso punzante de hoja gruesa monocortante. Lo característico de este tipo de arma es la presencia de un lomo, opuesto al borde cortante. Como consecuencia, uno de cuyos extremos de la herida forma ángulo agudo y el otro es casi redondeado o cuadrado.
- Inciso punzante y bicortante. Cuando el instrumento posee una hoja plana y bicortante, la herida que produce tiene la forma de una fisura, con dos ángulos agudos. Uno por cada hoja cortante. No tiene “cola” si el arma entró y salió perpendicularmente a la piel; puede tener una sola si al entrar o salir formó ángulo agudo, y tener dos si cambió el ángulo con respecto a la perpendicular, en la entrada y en la salida.
- Hoja pluricortante. El orificio de entrada en estos casos tiene forma estrellada, con tantas puntas como bordes cortantes posea el instrumento.

El trayecto puede ser único, lo más habitual, o no, si se ha inferido un cambio de dirección al arma en su penetración.

Herida de salida. No es constante. Cuando lo hay, suele ser de menores dimensiones que el de entrada, pues las armas corto-punzantes son ordinariamente más finas y aguzadas por la punta. Es también habitual que cuchillos y navajas sean bicortantes en la punta y monocortantes en la base, por lo que la forma del orificio de entrada y el de salida son distintos.

Este tipo de lesiones, que produce las armas inciso punzantes suele ser de mayor gravedad, por su mecanismo de acción, que las punzantes o que las incisivas, ya que aúna simultáneamente el mecanismo de unas y de otras.

Un tipo especial de instrumento inciso-punzante son las tijeras, por lo que vamos a comentar algunas palabras sobre ellas.

Las tijeras, constituyen un instrumento que por su especial morfología da lugar a lesiones con caracteres propios, que permiten individualizarlas.

Tales características radican en la herida de entrada en la piel, que aparece bajo dos aspectos distintos, según el modo como haya entrado el instrumento.

Si éste se introduce con las dos ramas cerradas, produce una herida única en forma de ojal. Similar a una herida por arma punzante.

Si, por el contrario, se ha introducido con las ramas abiertas, se producen simultáneamente dos heridas en forma de fisura lineal que dibujan en conjunto una “V” En las extremidades proximales de ambas fisuras, que corresponden a los bordes cortantes de las ramas, éstas tienen un ángulo agudo y además, es posible la formación de una pequeña cola.

2.2.4. HERIDAS POR ARMAS INCISO CONTUNDENTES.

Son las producidas por instrumentos provistos de una hoja con filo, pero que tienen un peso considerable, por lo que a su efecto cortante se añade el propio de una gran fuerza viva. Son ejemplos representativos de

esta variedad de instrumentos, los sables, los cuchillos pesados, azadones y las hachas.

Mecanismo de acción: Los instrumentos inciso-contundentes reúnen la acción contusa y la propiamente cortante, predominando una u otra según las características del arma. Cuanto mayor sea la masa, y, por consiguiente, el peso, tanto más prepondera la fuerza viva sobre el filo cortante.

Si el arma es muy afilada, predomina la acción de corte, pero siempre incrementada en sus efectos por la fuerza viva que resulta del peso del instrumento y de la fuerza con que es manejado. En general, estas armas no suelen ser muy afiladas y es rara la acción de deslizamiento.

Características de las lesiones: Estas heridas están caracterizadas por una solución de continuidad en la piel a la que se une la contusión. En todo caso, la profundidad de la herida supera sensiblemente a las producidas por instrumentos cortantes y se da en ella el fenómeno de no respetar las partes duras, el hueso, lo que las diferencia de las demás.

Los bordes de la herida no son muy limpios por su escaso filo y se suma el contorno de contusión debida a la acción de la masa. En estas heridas, se observa, que ciertas partes de tejidos, por su mayor elasticidad, resisten sin romperse, permaneciendo a manera de pequeños puentes de unión entre los bordes y paredes de la herida, lo cual no se observa nunca en las heridas producidas por instrumentos cortantes. Las lesiones de los huesos pueden llegar a la fractura y hundimiento como es el caso del cráneo.

2.3. CUESTIONES MÉDICO-FORENSES Y SU VALORACIÓN.

2.3.1. RELACIÓN DE LAS HERIDAS CON LAS MANCHAS DE SANGRE.

Los caracteres macroscópicos de las manchas de sangre ofrecen múltiples datos en la resolución de los problemas que se pueden plantear en las muertes producidas por armas blancas, aunque de igual manera resultan de interés cuando la muerte se ha producido por otro mecanismo lesivo.

Su estudio nos va a aportar importantes datos en la reconstrucción de los hechos.

Los caracteres morfológicos y topográficos vienen condicionados por la naturaleza y localización de la herida, posición de la víctima, movimientos, desplazamientos, lo que hace variar la cantidad de sangre esparcida, el ángulo de caída de la sangre, etc.

La morfología de las manchas, según los mecanismos que la produzcan, tiene un claro interés reconstructivo, aunque está sujeto a influencias diversas, que exigen mucha cautela en su valoración.

Las manchas de sangre se clasifican en:

- *Manchas por proyección.* Tiene lugar cuando la sangre sale proyectada con cierta fuerza viva, bien describiendo una curva parabólica o bien en caída libre.
Su origen puede ser múltiple; una arteria seccionada, un instrumento que se sacude con violencia, etc.
Cuando una gota cae perpendicularmente sobre una superficie, produce una mancha redondeada, cuyo aspecto dependerá de la cantidad de sangre que forma la gota, de la altura y de la superficie sobre la que cae. En superficies duras y lisas, no absorbentes, la mancha tiene la forma de un disco redondeado; apareciendo pequeñas gotas satélites a su alrededor.
Si la gota es proyectada oblicuamente, inciden sobre el plano en un ángulo agudo, con lo que la mancha principal se alarga según la dirección y sentido. Según este ángulo de incidencia, la velocidad de proyección y la cantidad de sangre, la superficie de la mancha se alargará más o menos, en forma de lágrima dibujando, en los casos más extremos, una gota o varias gotas satélite en la cara convexa.
Cuando se encuentra gran número de pequeñas gotas a distancia entre sí y en ausencia de otras de mayor tamaño, debe pensarse en un mecanismo de proyección a velocidad, como un disparo a boca de jarro.
- *Manchas de escurrimiento.* La sangre babea y, por concentración de cierta cantidad, al ir cayendo por acción de la gravedad, forma regueros.

Permite reconstruir los cambios de posición que haya experimentado el cadáver. El reguero sigue siempre en su dirección la influencia de la gravedad; regueros opuestos, por tanto, indicarán cambios de posición. También, cuando ha sido proyectada suficiente sangre, por ejemplo a paredes o puertas de superficie lisa o cristales se producirá reguero.

Los regueros pueden terminar su recorrido en un charco de sangre, debiendo siempre relacionar ambos. Igualmente, éste puede reconstruir la supervivencia de la víctima, señalando el recorrido que se hiciera después de la agresión hasta la muerte.

- *Manchas de contacto.* Cualquier objeto ensangrentado al contactar con un sustrato deja una impresión, Unas manos ensangrentadas o pies, pueden ir dejando manchas de sangre al contactar con objetos o superficies. Éstas pueden corresponder tanto a víctimas como a agresores. De ahí, su gran valor indiciario.
- *Manchas por imbibición impregnación.* Se trata de un mecanismo común a los anteriores, con los que se asocia; consiste en la penetración de la sangre en el sustrato. Si el tejido es absorbente, la sangre lo empapa y difunde por él, dando lugar a manchas uniformes, circulares y de bordes netos.
- *Manchas de limpiadura.* Se originan por un mecanismo mixto, entre el contacto y la impregnación. Cuando se seca una hoja de arma blanca, o un palo, en un trapo absorbente, cuando se pretende limpiar las manchas de sangre en el suelo, etc. Adquieren formas que siempre deben quedar sujetas a su interpretación.

2.3.2. ESPECIFICACIONES MÉDICO-LEGALES.

Toda muerte por arma blanca es una muerte violenta, y siempre se deberá practicar la autopsia.

La investigación comenzará en el mismo lugar donde se encuentra el cadáver, con el estudio del lugar de los hechos y recogida de todos los vestigios que puedan dar luz acerca de las circunstancias de la muerte y continuará con la práctica de la autopsia propiamente dicha.

Se deberá especificar:

1. *La confirmación de que se trata de una muerte violenta.*
La etiología médico legal, homicida, suicida o accidental. No existe regla general alguna que aplicar, para establecer la etiología médico-legal de una muerte por arma blanca. Es un juicio valorativo de los caracteres que presentan las heridas en cada caso particular, a los que deben unirse los derivados del lugar del hecho
 2. De esta manera, debemos tener en cuenta, entre otras cuestiones, aspectos como el lugar del cuerpo donde radican las lesiones, ya que su accesibilidad o no por el propio sujeto es un elemento diferenciador entre la etiología médico legal suicida u homicida. También el número de heridas, la multiplicidad, en especial cuando son graves y radicadas en diversas regiones corporales, excluye el suicidio y señala la etiología homicida. Si una víctima tiene al menos dos heridas que por sí solas hubiesen sido mortales, no sería viable considerar la posibilidad de suicidio, pues nunca se hubiese podido auto-inferir la segunda de ellas.
- La presencia de lesiones de defensa y lucha es un elemento definitivo en la aclaración de la etiología médico-legal.*
3. *La causa de la muerte por arma blanca.*
 4. *La data de la muerte.* El denominado cronotanatodiagnóstico, que se establecerá en base a determinados aspectos que se estudiarán, como es la marcha de los fenómenos cadavéricos, la putrefacción cadavérica o estudios complementarios antropológicos y entomológicos.
 5. *La forma rápida o lenta de producirse la muerte,* dato éste que se alcanzará a través del conocimiento de los mecanismos de la muerte y de los hallazgos que podamos obtener durante el tiempo de autopsia sobre la existencia o no de agonía.
 6. *Identidad del arma.* Clase de instrumento. Los caracteres generales de las heridas producidas por los distintos tipos de armas blancas estudiados en las páginas anteriores son, en general, lo bastante demostrativos

para determinar si el instrumento productor es punzante, inciso o cortante, corto-punzante o inciso-contundente.

Siempre intentaremos observar en las heridas inciso-punzantes, el número de bordes y la anchura de la herida con el fin de valorar el diámetro del arma. En cuanto a la longitud, su determinación, está sujeta a variantes de gran interés pues puede inducir a errores, y es que de forma elemental, podría decirse que la longitud del arma viene determinada por la profundidad de la herida. Pero este hecho sólo es cierto en contadas ocasiones, unas veces porque no ha sido introducida toda el arma en su totalidad, por lo que la profundidad de la herida será menor que la longitud del arma, y otras veces porque la entrada de la herida se halla en tejidos blandos o sobre cavidades depresibles, caso del abdomen, por lo que la profundidad de la herida sería mucho mayor que la longitud del arma. Este tipo de lesión ha sido llamada, de forma gráfica, herida en acordeón.

7. *Número de armas cuando la víctima presenta varias heridas.* El tamaño y la forma de las distintas heridas, es lo que permite este diagnóstico, y que nos podrá ofrecer la posibilidad de deducir la existencia de uno o más agresores cuando han sido producidas por diferentes armas.
8. *Heridas mortales y no mortales.* Cuando existan diferentes heridas, producidas por la misma o por distintas armas, determinar cuales de ellas por sí mismas hubiesen producido la muerte y cuales no.
9. *Orden de las heridas.* Es una cuestión difícil en su interpretación por lo que no podemos extraer datos generales o constantes para todos los casos, sino orientativos.

Así, las heridas que recaen en zonas mortales de necesidad, puede suponerse que sean las últimas. De la misma manera, si en una herida están ausentes los signos de reacción vital, debe deducirse que se produjo después de las que causaron la muerte. Si hay lesiones como las de defensa, deberemos entender que estas fueron anteriores a las que causaron la muerte.

10. *Diagnóstico del origen vital o postmortal.* Cuando aparecen varias o múltiples heridas es frecuente que algunas de ellas sean postmortem.

Los datos principales en que hemos de apoyar este juicio serán: la existencia de hemorragia externa o interna, su intensidad, la retracción de los bordes de la herida, la propulsión del tejido adiposo subcutáneo entre los bordes de la herida, y la presencia de coágulos sanguíneos íntimamente adheridos a las mallas de los tejidos, que resisten a la prueba del lavado (Infiltración hemorrágica). Todos estos signos constituyen pruebas del origen vital de la herida, por lo que su ausencia debe interpretarse en favor de haberse producido después de la muerte.

En los casos dudosos deberá recurrirse a las pruebas especiales: métodos histológicos, métodos bioquímicos, en sus distintas variantes técnicas.

11. *Posición relativa víctima-agresor.* Se trata de un problema que presenta grandes dificultades para su resolución y en el que no pueden darse normas generales. Será necesario valorar el número de lesiones, su disposición en la superficie corporal, la relación con las manchas de sangre, etc.
12. *Dictamen sobre las heridas que causaron la muerte,* y aquellas heridas que hayan podido aumentar el sufrimiento de la víctima sin intervenir en el mecanismo final de muerte.

2.3.3. LESIONES DE DEFENSA Y LUCHA. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

Todas las lesiones pueden tener un especial significado, pero las lesiones de defensa y lucha requieren una especial atención, pues inicialmente son lesiones que pueden ser similares a otras que presente el cuerpo pero su interpretación como tales nos conduce definitivamente a una etiología médico-legal homicida y de ahí posiblemente a incluirla como femicidio.

Este tipo de lesiones nunca se dan en muertes de otra etiología médico-legal suicida o accidental.

Pueden estar creadas por el arma que da muerte a la víctima o no.

Cuando la víctima es agredida, suele defenderse con las manos y piernas y cuando se ve reducida tiende a adoptar la posición fetal de defensa. Así son muy características estas lesiones en antebrazos y piernas pues la víctima intenta con estos miembros parar los golpes.

También son frecuentes los cortes en antebrazos y en la palma de la mano cuando el agresor porta un arma blanca. Los primeros, en antebrazo por la razón ya explicada y, los segundos en la palma de las manos por el intento de la víctima de asir el arma del agresor para quitársela, haciéndolo por el único sitio que puede, que es por la hoja, momento en que el agresor desde el mango o empuñadura, tira del arma hacia sí mismo, creando esos cortes característicos.

Otras veces son contusiones, por patadas en piernas, o espalda y brazos aunque pueden estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Las contusiones digitadas en brazos, sujetando a la víctima son muy características al igual de los muslos en su cara interna cuando se ha producido agresión sexual previa.

En algunos casos son muy llamativas; en otros, pueden pasar más desapercibidas. Siempre el investigador deberá tenerlas en cuenta por su importancia, ya que aportan al jurista elementos de prueba pericial de un valor indiscutible.



Heridas en antebrazo, de defensa. En mano, igualmente de defensa, al intentar arrebatar el arma al agresor



Heridas de defensa en antebrazo, provocadas por arma blanca. A diferencia de las heridas de prueba, en el suicidio, estas no guardan ningún paralelismo entre sí.

En cuanto a las especificaciones relativas al femicidio, debemos citar:

- Alcanzar el diagnóstico de muerte violenta de etiología médico-legal homicida es un eslabón insalvable para la catalogación como femicidio.
- Las armas blancas son muy frecuentemente utilizadas en los femicidios.
- Las armas blancas están al alcance de cualquier persona; unas son fabricadas con este fin, otras son utensilios de cocina, herramientas de trabajo e incluso oportunamente, como es el caso de las botellas de vidrio, al romperlas se transforman en armas blancas.
- El uso de estas armas supone la proximidad entre agresor y víctima, y salvo que sea sorprendida por la espalda, esté dormida, inconsciente o exista gran desproporción de fuerzas, podremos hallar vestigios de defensa y lucha e indicios biológicos en la víctima, del agresor, como en el presunto agresor de la víctima.
- El estudio conjunto con las manchas de sangre es obligado en la reconstrucción de los hechos.
- Algunos de los mecanismos de muerte, como es el degüello, puede ser característico de agresor o grupos de agresores, lo que puede servir para interrelacionar diferentes muertes violentas de mujeres, estudiadas de forma aislada, y que en su conjunto puedan registrarse como femicidios.
- Las armas blancas son utilizadas (lesiones postmortem) en los descuartizamientos para facilitar la ocultación del cuerpo o cuerpos.
- Siempre que se haya agredido con arma blanca, dentro del contexto de maltrato habitual y no se hubiese producido la muerte, el perito deberá fijarse en la gravedad de las lesiones atendiendo a la región anatómica y número de las mismas, lo fortuito de que no hubiese acaecido la muerte con las lesiones que le infirió su agresor y si de no haber sido atendida de forma inmediata, se hubiese producido el fa-

llecimiento. Con ello, el Fiscal y el Juez podrán valorar circunstancias ajenas a la intención del sujeto que evitaron la muerte, y fundamentar un homicidio en grado de tentativa, lo que en otro caso pudiera quedar como un delito de lesiones más, dentro del maltrato habitual.

- Especialmente, en heridas por arma blanca, de no producirse la muerte, la víctima podría curar en un espacio relativamente corto, lo que no guarda en absoluto relación con el alto riesgo para la vida que pudo sufrir. No existe relación cronológica entre la curación de las lesiones y la gravedad de estas por riesgo vital.

CAPÍTULO 3: LESIONES Y MUERTE POR ARMA DE FUEGO. 3.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE ARMAS DE FUEGO. 3.2. BALÍSTICA INTERNA Y EXTERNA. EFECTIVIDAD DE LOS PROYECTILES. 3.2.1. BALÍSTICA INTERNA Y EXTERNA. 3.2.2. EFECTIVIDAD DE LOS PROYECTILES. 3.3. LESIONES Y SIGNOS ORIGINADOS POR ARMAS DE FUEGO. 3.3.1. PLANO ROPA. 3.3.2. PLANO CUTÁNEO. HALLAZGO SEGÚN DISTANCIA DE DISPARO. 3.3.3. PLANO VISCERAL. 3.3.4. PLANO ÓSEO. 3.4. CUESTIONES MÉDICO FORENSES Y SU VALORACIÓN.

CAPÍTULO 3: LESIONES Y MUERTE POR ARMA DE FUEGO.

3.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE ARMAS DE FUEGO.

Reciben este nombre instrumentos de dimensiones y formas variadas destinados a lanzar violentamente ciertos proyectiles, aprovechando la fuerza expansiva de los gases que se desprenden al inflamarse de forma instantánea sustancias explosivas en un espacio confinado.

Conservan el nombre genérico de armas de fuego porque en los modelos primitivos los disparos iban acompañados de la salida de una llamarada por la boca del arma.

Las armas de fuego se componen de tres partes esenciales:

- La culata, destinada a sujetar el arma, presente sólo en las armas largas.
- Mecanismos de disparo, constituido por un percutor, que se acciona con un gatillo, y de extracción, en su caso, para expulsar el casquillo de la munición una vez hecho el disparo, este último en el caso de las pistolas.
- El cañón. Es un cilindro hueco, de mayor o menor longitud según el arma. Posee un cuerpo y dos orificios o bocas. La posterior es llamada boca de carga y está unida a la cámara de disparo, desde donde pasa el proyectil al cañón en el momento de la deflagración de la carga. El orificio anterior, libre, se llama también boca de fuego, por ser donde sale el proyectil al exterior en el momento del disparo. La superficie interna del cañón puede ser lisa, hoy en desuso, o estriado por unas crestas curvilíneas que recorren toda su longitud en sentido helicoidal; estas estrías imprimen al proyectil un movimiento de rotación que mantiene su trayectoria y le da una mayor fuerza de penetración.

En cuanto a la clasificación médico forense de las armas de fuego, debemos aclarar que una clasificación como vamos a hacer de las armas de fuego, tiene su interés desde el punto de vista médico forense por los diferentes signos que aparecen en el cadáver y su perimundo, pero no pretendemos profundizar en balística, cuyo peritaje corresponde a técnicos especialistas en esta materia.

A los efectos clasificatorios que proponemos pueden seguirse varios criterios:

- Según su alcance y en relación con la longitud del cañón:
 - Armas de fuego cortas: Son las que intervienen con mayor frecuencia en los asuntos criminales. Entre ellas figuran: pistolas ordinarias, revólveres, pistolas automáticas, pistolas ametralladoras.
 - Armas de fuego largas: Se utilizan para la caza y con fines de guerra. Figuran entre ellas: escopetas de caza, fusiles, carabinas, fusiles ametralladoras, subfusiles y metralletas.
- Capítulo aparte merecen el de las armas hechizas, esto es, aquellas piezas de metal adaptadas entre sí y recamaradas para efectuar un disparo con munición de tipo industrial.
 En términos simples son tubos o piezas de metal que utilizan un percutor que puede disparar una munición regular, comúnmente de escopeta.
 Estas armas no cuentan con mecanismos complicados, y por lo contrario son armas de tiro a tiro, que requieren una pausa para realizar el próximo disparo.
 Para su fabricación requieren básicamente de cuatro trozos de tubo de metal, un clavo y soldadura de las partes, al que se introduce un cartucho de escopeta de mínimo coste económico.
 En Chile, se sanciona la tenencia, porte y fabricación de estas armas, en la Ley N° 17.798, sobre control de armas.
- Según la carga que disparan:
 - Armas de proyectiles múltiples.
 - Armas de proyectil único.

En el primer grupo se incluyen las escopetas de caza y algunas de

guerra. Los proyectiles que disparan estas armas se denominan, según su naturaleza y forma, metralla, postas o perdigones.

Al segundo grupo, más numeroso, pertenecen el resto de las armas de fuego que en cada disparo lanzan un solo proyectil o bala.

Una importante innovación tecnológica en la concepción de las armas de fuego de uso bélico ha conducido al desarrollo de un nuevo tipo de fusiles de asalto usados por primera vez en la guerra de Vietnam, que están dotados de proyectiles de pequeño calibre y alta velocidad.

Su perfeccionamiento en los años siguientes y su fabricación en grandes series los han generalizado y actualmente son empleados no sólo por los ejércitos regulares, sino también por guerrilleros, terroristas y delincuentes en general.

- Según la constitución de las armas. Las armas de fuego que intervienen en las peritaciones médico-legales pueden diferenciarse por su constitución en:
 - Armas típicas: Se engloban bajo esta denominación todas las armas comerciales fabricadas en serie por las distintas marcas.
 - Armas atípicas: Son armas irregulares e improvisadas, que resisten a toda descripción. Unas veces se fabrican caseramente, otras veces se trata de viejos mecanismos, a menudo transformados o arreglados. Su carga es muy irregular y, a menudo, de efectos brutales.

3.2. BALÍSTICA INTERNA Y EXTERNA. EFECTIVIDAD DE LOS PROYECTILES.

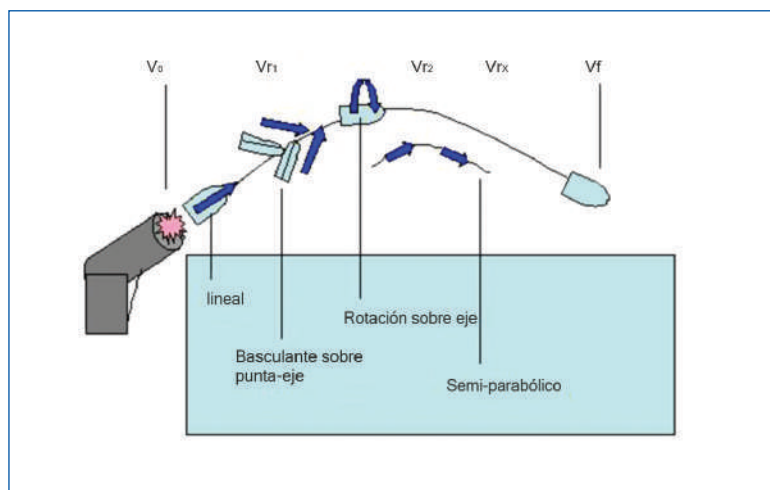
3.2.1. BALÍSTICA INTERNA Y EXTERNA.

- **Balística interna:** Es la parte de la balística que se ocupa del estudio de todos los fenómenos que ocurren en el arma a partir del momento en que la aguja percutora golpea el fulminante, hasta que el proyectil sale por la boca de fuego del cañón.

También se ocupa de todo lo relativo a la estructura, mecanismo y funcionamiento de las armas de fuego. Esquemáticamente, los fenómenos que ocurren en el interior del arma cuando la aguja percute el fulminante son; explosión del fulminante e ignición de la carga de pólvora que al quemarse origina un aumento de temperatura y produce una gran cantidad de gases, que al estar en un espacio confinado, transmiten su movimiento al proyectil. Las estrías del cañón suelen dar al proyectil un movimiento rotacional, mientras que la fuerza transmitida por los gases lo desplaza linealmente hacia delante. En definitiva, el proyectil sale con un movimiento lineal y otro rotacional.

- **Balística externa:** Se encarga del estudio de los fenómenos que ocurren al proyectil desde el momento en que sale del arma hasta que da en el blanco.

Un proyectil parte de una velocidad inicial al salir del cañón que progresivamente durante su trayectoria va a ir disminuyendo hasta la velocidad final con la que alcanza el objetivo. Para que la resistencia al aire sea baja y no pierda excesiva velocidad, el proyectil tiene forma cilindro-cónica. Durante su trayectoria va a seguir un movimiento lineal y de rotación que le imprimió el cañón; un movimiento basculante sobre su propio eje así como de semi-parábola.

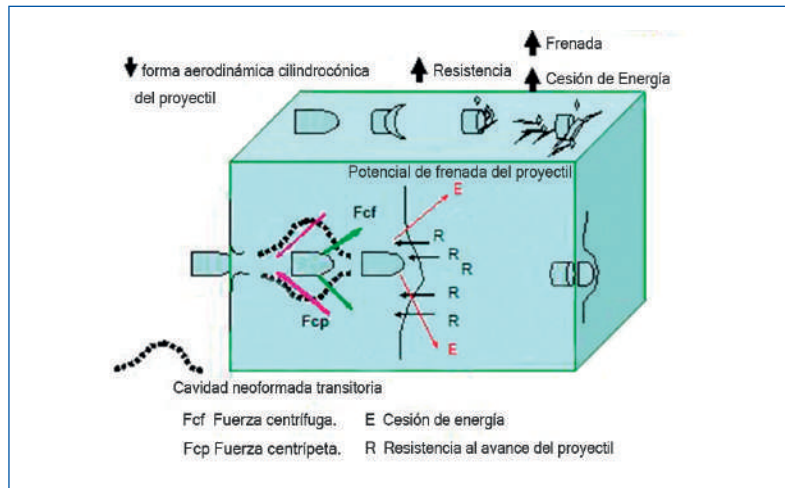


3.2.2. EFECTIVIDAD DE LOS PROYECTILES.

La efectividad de los proyectiles es la denominada la balística de efecto, la acción de los proyectiles una vez que entran en contacto con el blanco.

Los efectos de los proyectiles únicos (balas) dependen fundamentalmente de la cantidad de energía capaz de ceder el proyectil.

Al chocar con el blanco e iniciar su trayecto en el organismo, libera gran cantidad de energía. Cuanto mayor sea la resistencia de los tejidos corporales a la progresión del proyectil, mayor energía se liberará y mayor lesión celular.



Además, se forma una cavidad, la cavidad temporal, en la trayectoria según avanza el proyectil cuyo diámetro es mayor que el diámetro del trayecto definitivo. El movimiento centrífugo de alejamiento de los tejidos alcanza su expansión máxima, y a partir de este máximo, los tejidos son acelerados en sentido centrípeta, colapsándose la cavidad temporal. De este modo, se crea de nuevo una onda presión positiva a nivel del trayecto y el proceso vuelve a repetirse. Es así como se producen fases sucesivas de expansión y colapso de la cavidad temporal (pulsación de la cavidad), de amplitud progresivamente decreciente a lo largo del trayecto. Este me-

canismo explica la destrucción de tejidos por los proyectiles más allá de lo que físicamente por su volumen pueden lesionar. Los tejidos más inmediatos al paso del proyectil, que sufren directamente los violentos efectos mecánicos de la pulsación, dan origen a la zona de esfacelo, mientras que los tejidos más alejados, y menos afectados, dan lugar a la zona hemorrágica periférica. Cuanto mayor haya sido el volumen de la cavidad temporal, más vastas serán las zonas de esfacelo y de hemorragia, que caracterizan todo el trayecto del proyectil.

Finalmente, otros factores influyen también en estos efectos lesivos. Así, los proyectiles que chocan con el blanco por su parte posterior son más dañinos en superficie pero penetran menos. En los tipo dum-dum, esto es, balas normales con unos cortes en la punta para facilitar la deformación al romperse la envuelta, la envuelta solía romperse dejando esquirlas y heridas terribles (balas expansivas, producen mucho destrozo, por ello, su uso en la guerra está prohibido por la convención de Ginebra), etc.

Los efectos de los proyectiles múltiples, de los cartuchos de caza, van a depender de la distancia entre la boca de fuego del cañón y el objetivo.

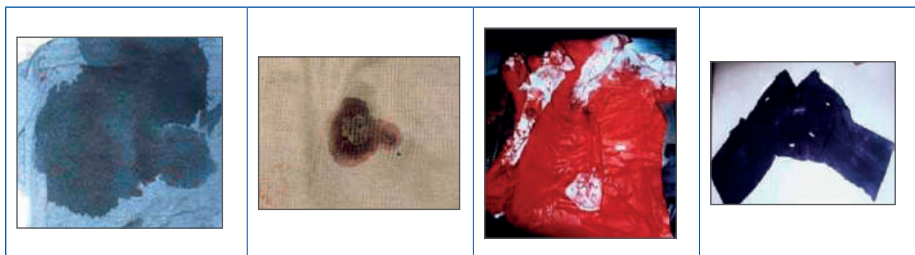
Cuando esta es corta, los proyectiles se comportan como un proyectil único; a medida que nos alejamos de la boca de fuego, los efectos son menores debido a la dispersión de cada uno de ellos.

3.3. LESIONES Y SIGNOS ORIGINADOS POR ARMAS DE FUEGO.

3.3.1. PLANO ROPA.

El plano ropa marca una fase inicial del estudio del disparo sobre el cuerpo.

Debemos relacionar la rotura de la ropa con el de los orificios. Además, hay que ser muy cuidadoso, antes de manipular el cadáver en la escena del crimen, para no movilizar la sangre antes de estudiar los regueros, desde los orificios que hayan dejado las balas y la disposición de éstos en las ropas, que nos indicarán la posición de la víctima en el momento de los impactos.



La ropa debe estar sujeta a estudios complementarios a cargo de quien efectúa la necropsia y eventualmente de personal policial especializado, pues la forma de romper para un tipo determinado de bala, es variable según la distancia lo que permite hacer pruebas para aproximar la distancia a la que se hizo el disparo.

Y por último, recordar que en la ropa pueden quedar, a partir de disparos a corta distancia, vestigios que podremos analizar.

Por lo anterior, es imprescindible que todas las prendas de ropa utilizadas por el cadáver en estudio sean remitidas junto con el cuerpo, al médico forense, con las correspondientes cadenas de custodia. En Chile el estudio de las prendas, lo realizan los peritos químicos, a veces mecánicos y balísticos, que tiene la opinión final sobre la base de las conclusiones de los primeros.

3.3.2. PLANO CUTÁNEO. HALLAZGOS SEGÚN DISTANCIA DE DISPARO.

Las heridas contusas que producen, en general, se caracterizan por presentar un orificio de entrada, un trayecto más o menos largo en el interior del cuerpo y eventualmente un orificio de salida, comunicando en este caso el orificio de entrada con el de salida.

- *Herida u orificio de entrada.* Generalmente es única por cada disparo, si bien puede ser múltiple, como en el caso de una mama péndula atravesada por el disparo y que alcanza el tórax después, o cuando el proyectil atraviesa el brazo antes de alcanzar el tronco, o perfora sucesivamente los dos muslos. También puede producirse varios orificios de entrada si la bala se fragmenta antes de alcanzar el blanco, al chocar

con un cuerpo duro. Finalmente, producen el efecto de varios orificios de entrada, las ocasionadas con proyectiles múltiples como los cartuchos de escopeta.

- *Orificio*: La forma es generalmente redondeada u oval. Las dimensiones ofrecen alguna variedad. En el caso más común de los proyectiles cilindro-cónicos, las dimensiones del orificio, en disparos a larga distancia, son menores que el calibre de la bala, pues ésta, al alcanzar la piel, la hunde y distiende a modo de un capuchón o dedo de guante que se perfora en su vértice.

Aún sin estos efectos explosivos, en los disparos próximos, por tanto, con el proyectil animado de gran fuerza viva, el orificio suele tener un diámetro análogo al del proyectil, o algo superior.

- *La cintilla erosiva-excoriativa*, también llamada cintilla de contusión, es muy estrecha, desecada, apergaminada en el cadáver, de color más o menos oscuro. Constituye un elemento característico del orificio de entrada. Puede adoptar una forma circular que rodea todo el orificio (disparos perpendiculares) o formar una semiluna (disparos oblicuos).

En su formación intervienen varios mecanismos:

- La contusión de la piel, por la bala, en el choque.
- La erosión que la distensión de la piel originaría antes de perforarse y que produce verdaderas roturas de las fibras cutáneas.
- La frotación del proyectil sobre la piel deprimida en dedo de guante.
- *El anillo de limpiamiento*, en la parte interna del orificio y junto a la cintilla de contusión, se produce al limpiarse la bala de la suciedad que pudiera llevar, a su paso por el orificio.

El orificio, la cintilla erosivo-excoriativa, y el aro de limpiamiento constituyen lo que se denomina el anillo de Fish.

Además, se produce la hemorragia, denominada hemorragia en “T”, correspondiente al espacio interesado físicamente por el proyectil, observa-

ble ocupando el orificio de entrada y la hemorragia superficial alrededor de este orificio que no es regular en su intensidad y que aparece como un infiltrado subcutáneo.

Todos los elementos que acabamos de describir, orificio de entrada, en el plano cutáneo o piel, son elementos constantes, es decir, se van a dar en todos los disparos por arma de fuego, que utilizan de proyectil, bala, independientemente de la distancia a la que se dispare. Estos elementos constantes sólo aparecen a larga distancia. Si nos vamos acercando, aparecen además, otros hallazgos.

A corta distancia aparecerá, además, el denominado tatuaje o taraceo.

Reciben el nombre de tatuaje aquellas formaciones resultantes del disparo que se dibujan alrededor del orificio de entrada, producidas por las incrustaciones de pólvora. Se trata de pequeños fragmentos de pólvora que no entraron en combustión y que son lanzados junto al proyectil. Tienen disposición concéntrica al orificio de entrada en los disparos perpendiculares a la piel, mientras que en los disparos oblicuos adopta una forma oval. Su coloración varía con el tipo de pólvora utilizado (negruzca en las pólvoras negras; grisácea en el fulminato de mercurio; amarillentas, grisáceas o verdosas en las pólvoras nitro compuestas).

Lo característico del tatuaje es que estos residuos de la combustión, lanzados con gran fuerza viva, se incrustan en los estratos cutáneos más o menos profundamente. Estos residuos de pólvora son resistentes al lavado; cuando permanecen en los estratos epidérmicos desaparecen con la descamación epitelial, pero cuando se han incrustado en las capas dérmicas, permanecen indelebles.

La distribución de los granos con relación al orificio constituye un buen elemento de juicio para determinar la dirección de los disparos.

Cuando a los elementos constantes se unen los hallazgos del tatuaje o taraceo, hablamos desde el punto de vista médico forense de disparos a corta distancia.

La quemadura se produce por acción de los residuos sólidos de la explosión que se hacen incandescentes (llamas). Son quemaduras de primer y segundo grado.

Son concéntricas o excéntricas, según el disparo hiera perpendicular u oblicuamente la superficie de la piel. La llama es mayor o menor según el tipo de pólvora empleada. Se suele unir a la quemadura el depósito de negro de humo de la pólvora que puede hacerse desaparecer por el lavado suave con agua.

Cuando aparecen los signos de quemadura, decimos que el disparo se ha producido a quemarropa o semicontacto.

Siempre que aparezcan signos de quemadura y negro de humo estarán también presentes los signos que hemos denominado constantes, y además el tatuaje.

La herida en boca de mina o cuarto de mina, se produce en los disparos hechos por el arma, en íntimo contacto con el blanco. Los gases de la explosión penetran en la herida con la bala y refluyen al encontrar un obstáculo óseo, originando un extenso estallido de la piel. La herida aparece ennegrecida por el depósito de negro de humo y granos de pólvora que embadurnan las anfractuosidades de la lesión.

Generalmente, se producen cuando hay hueso debajo de la piel y sobre todo, hueso plano como en la cabeza. La herida acaba adoptando una forma estrellada.

Estos hallazgos nos indican un disparo a cañón tocante, también llamado boca de jarro, y en él están presentes los elementos constantes, el tatuaje, las quemaduras y negro de humo más el efecto descrito de la onda explosiva constituyendo todo ello la denominada boca de mina o cuarto de mina.

Esquema de los hallazgos descritos, según distancia:

Larga distancia	Elementos constantes: Orificio de entrada, Anillo-erosivo-excoriativo, Anillo de limpiamiento, Hemorragia en "T"			
Corta distancia.	Elementos constantes	Tatuaje o taraceo		
Quemarropa o semi-contacto	Elementos constantes	Tatuaje o taraceo	Quemaduras de 1 ^{er} y 2 ^o grado	
Cañón tocante o boca de jarro	Elementos constantes	Tatuaje o taraceo	Quemaduras de 1 ^{er} y 2 ^o grado	Cuarto de mina: suma de efectos con los de la onda explosiva

El denominado signo de Puppe – Wergartner, es una zona rojiza, eritematosa e incluso excoriada que se produce por el contacto del cañón con la piel. Al estar caliente el cañón por el disparo y este en contacto con la piel, deja su impronta, su huella, su forma más o menos claramente marcada en la piel. Solo se puede producir este signo cuando el disparo se ha producido a cañón tocante.



Zona periférica al orificio que deja la impronta del arma al estar esta en contacto con la piel y el calentamiento del cañón con el disparo.

Este signo también es posible observarlo en la ropa cuando ofrece características como su especial textura, tal como podemos observar en la imagen de abajo.

	
<i>Signo de Puppe Wergartner sobre tejido.</i> <i>Rotura de tejido por disparo de bala con cañón izquierdo según disposición de fotografía</i>	<i>Arma con la que se produjo el disparo.</i>

Es preciso resaltar que a veces los hallazgos en la superficie corporal tienen variantes y el orificio de entrada de las heridas por arma de fuego difiere sensiblemente de lo descrito anteriormente, dando lugar a heridas atípicas. Las principales son:

- Simples contusiones producidas por balas muertas que no llegan a perforar. Se producen también cuando el proyectil, que posee aún cierta fuerza viva, choca con obstáculos como medallas, carteras, etc., al alcanzar el blanco.
- Erosiones o surcos producidos por balas que alcanzan el cuerpo tangencialmente.

En cuanto al orificio de salida, es una segunda solución de continuidad de la piel, originada a mayor o menor distancia del orificio de entrada, en cuya producción interviene habitualmente el proyectil y excepcionalmente los proyectiles secundarios que aquél haya desprendido a su paso. En consecuencia, el orificio de salida es único o múltiple de acuerdo con la existencia de un solo proyectil íntegro o fraccionado y la multiplicidad de las esquirlas óseas que provoca al fracturar un hueso. No existe cuando la

bala permanece en los tejidos. Su forma y su tamaño varían mucho, depende, ante todo, de los planos que atravesó la bala. Si se trata de un proyectil cilindro cónico no deformado que atravesó sólo tejidos blandos, puede ser un orificio circular u oval, de análogo diámetro o ligeramente superior que el de entrada si el disparo se produjo a larga distancia, o incluso puede adoptar la forma de una hendidura longitudinal. Sus bordes suelen estar evertidos.

Si la bala ha sido deformada, es mayor y más irregular. Si el proyectil atravesó tejido óseo, las esquirlas desprendidas y arrastradas pueden salir con la bala, produciendo en este caso grandes e irregulares heridas con desgarro y dislaceración de los tejidos.

Como el orificio de salida depende tan sólo en su producción del paso del proyectil (de dentro a fuera) y no intervienen los demás elementos del disparo, carece de cintilla de contusión, de tatuaje, etc.

Algunos autores han demostrado, en algunas ocasiones, la existencia de orificios de salida rodeados de una leve cintilla desecada y pardusca, explica su producción por un resquebrajamiento de la epidermis, que se deprime y estira excesivamente al paso del proyectil, lo que permitiría su apergaminamiento postmortal, y otros lo atribuyen a un mecanismo contusivo, pues sólo se ha encontrado cuando la zona del orificio de salida está apoyada en objetos de cierta resistencia (cinturones, carteras, placas), de modo que en el momento de su perforación por el proyectil la piel choca contra algo sólido, contundiéndose la epidermis.

Por último, cabe señalar, que aunque no sea un elemento constante, en general, en los disparos a corta distancia, quemarropa o boca de jarro, el diámetro del orificio de entrada suele ser mayor que el de salida y en los disparos a larga distancia suele ser más pequeño el de entrada que el de salida, aunque todo ello sujeto a gran cantidad de variantes apuntadas.

3.3.3. PLANO VISCERAL.

En el plano visceral, vamos a encontrar hallazgos en función de los órganos que interese el proyectil, pero en general vamos a encontrar el de-

nominado anillo hemorrágico que está compuesto por el orificio que deja la bala en la víscera y por un infiltrado hemorrágico alrededor del mismo, no obstante en algunos casos como es el corazón si la bala lo atraviesa tangencialmente puede dar lugar a una lesión en forma de canal.

Para establecer la trayectoria de las balas en el interior del organismo relacionaremos las lesiones del plano visceral con el plano cutáneo. Son frecuentes los trayectos múltiples, producidos por el rebote de la bala en el interior del cuerpo.

El calibre del trayecto no suele ser uniforme, sino que se ensancha debido a deformaciones sufridas por el proyectil y, sobre todo, a consecuencia de las esquirlas óseas y cuerpos extraños que la bala moviliza y arrastra a su paso.

El interior del trayecto se llena de sangre, de modo que en el cadáver se reconoce por la línea sanguínea que marca el paso del proyectil en medio de un foco hemorrágico y se corresponde con el recorrido de la bala en los tejidos. Puede ser único o múltiple, si la bala se fragmenta.

Por su dirección, por tanto, distinguimos los trayectos rectilíneos, que siguen la dirección del disparo, y los trayectos con desviación, por choques, sobretudo con huesos. Este hecho dificulta el hallazgo del proyectil en el cuerpo, cuando sabemos que no hay orificio de salida y por tanto se encuentra en el interior del mismo.

La dificultad para su hallazgo puede ser elevada, pero en ningún caso se puede justificar desde el punto de vista médico pericial, la inhumación de un cadáver con el proyectil en el interior del cuerpo. Se pierde con ello, una prueba de gran valor en la posible identificación del agresor y en el conjunto de la investigación del hecho criminal femicida.

Para facilitar la localización de la bala se hace a veces necesario el uso de los rayos X. Pero pese a las dificultades que pueda haber, el perito médico no debe cejar en sus esfuerzos hasta encontrar el proyectil, aun en ausencia de medios de Rayos X para su localización y extracción.

3.3.4. PLANO ÓSEO.

La destrucción del hueso por la bala va a ser irregular en el caso de huesos largos como fémur, húmero, cúbito, radio, tibia o peroné, dando lugar a fracturas parciales o totales del hueso. Sin embargo, en huesos planos y especialmente en el cráneo podemos observar algunos hallazgos característicos.

El cráneo está compuesto de dos tablas o diploes, el externo y el interno.

En la tabla externa, encontraremos un orificio de entrada más o menos circular cuyo diámetro es menor que el de la misma localización del diploe o tabla interna interno, y en el orificio de salida el diámetro del diploe interno es menor que el del diploe externo. Es lo que se ha venido a llamar signo del embudo.

Del orificio de entrada, con relativa frecuencia va a partir una línea de fractura irregular, alargada, consecuencia de la presión que va a transmitir el proyectil al interior del cráneo en el momento de su entrada, escapando esta presión por el lugar más débil que es el orificio neoformado en la entrada al cráneo desde donde se va a producir esa línea de fractura.

En el orificio de salida craneal tan solo se podrán observar a veces pequeñas líneas de fractura consecuencia de la rotura del hueso de dentro a fuera.

Mención aparte merecen las características de los orificios y trayecto causado por proyectiles múltiples (perdigones). Consisten en que cada uno de los elementos de la carga dará lugar en la piel a un orificio de entrada, como si hubiera actuado solo. Pero, en razón del número de elementos, la piel resultará perforada por toda una serie de heridas de entrada, a veces dispersas en una superficie de mayor o menor amplitud, dando lugar a la denominada rosa de dispersión. Pero a veces están tan próximas unas a otras, que forman un solo orificio, de contorno irregular y borde como desflecado.

Dentro de este grupo, las escopetas de caza son las que más a menudo se observan en los casos médico-legales. Su acción es fácilmente comprensible. A corta distancia los perdigones se encuentran reunidos formando bala, uniendo su efecto al de los gases de la pólvora para causar trastornos enormes y absolutamente característicos: atrición de las partes blandas, abertura del cráneo, etc. Además, junto a los elementos del disparo suele entrar en el cuerpo el llamado taco o borra, elemento generalmente de plástico que separa en el cartucho la zona de pólvora de la de los perdigones.

Los perdigones diseminados en la propia herida, o a su alrededor, facilitan el diagnóstico.

A mayor distancia, los perdigones se separan y actúa cada uno de ellos aisladamente, repartiéndose por una superficie tanto mayor cuanto más lejos se hizo el disparo. Al actuar cada perdigón como un proyectil independiente, las lesiones ocupan una superficie mucho más extensa, si bien cada una de ellas, por separado, tiene menor energía cinética y con ello, menor fuerza de penetración.

Dada la pequeña masa de cada proyectil, agotan pronto su fuerza viva, por lo que los trayectos de los distintos perdigones suelen ser de escasa longitud y el orificio de salida falta la mayor parte de las veces.

3.4. CUESTIONES MÉDICO-FORENSES Y SU VALORACIÓN. ESPECIFICACIONES AL FEMICIDIO.

De similar forma a las muertes por arma blanca, tenemos que determinar las cuestiones médico-forenses, que podemos considerar como generales y otras específicas de este mecanismo:

- Confirmar la muerte violenta.
- Determinar la etiología médico-legal, homicida, suicida o accidental.
- La causa de la muerte por arma de fuego.
- La forma rápida o lenta de producirse.
- La data o cronotanatodiagnóstico.
- La necroidentificación.

En cuanto a la etiología médico-legal homicida, apunta hacia la confirmación de la misma, el número de disparos. Si tres heridas son mortales por sí mismas es imposible que la misma persona se hubiese producido los restantes disparos después del primero. También hay que tener en cuenta la accesibilidad a la zona y la distancia.

En principio, salvo artilugios, un disparo a larga distancia nunca puede ser suicida. Además, se descartará el suicidio o en su caso se confirmaría al estudiar los restos de pólvora en la mano de la víctima.

No es extraño manipulaciones del hecho, simulando suicidio cuando en realidad se trata de un homicidio.

También, para estos casos, la existencia de lesiones de defensa y lucha es un elemento de absoluta certeza de etiología medico legal homicida.

Otras cuestiones específicas, son:

- *Distancia a la que ha sido realizado el disparo.* Para ello, se analizarán todos los elementos lesivos y vestigios del disparo, que hallemos en el cuerpo, además del estudio complementario de balística sobre las ropas.
- *Dirección del disparo.* Reparto de las incrustaciones de los granos de pólvora y del depósito de humo, forma de la cintilla de contusión. Trayectoria en el cuerpo.
- *Identidad del arma.* Es fundamental la búsqueda de los proyectiles para la identificación del arma lo que nos puede dar con la identidad del criminal. Si han sido disparados por dos o más armas distintas, apuntará a la posibilidad de más de un agresor.
- *Posición relativa víctima – agresor.* Además de la trayectoria, distancia, para la resolución de esta cuestión deberemos analizar la forma de las manchas de sangre que nos permitirá saber la posición de la víctima en cada uno de los disparos.
- *Orden de los disparos.* Se realizará en atención a la disposición de las manchas de sangre, posición del cadáver, y para ello es de nuevo importantísimo el estudio en la escena del crimen.
- *El número de disparos y cuales de ellas fueron mortales, por sí solos.*

- *Diferenciación entre heridas vitales y las producidas por disparos postmortem.*

Los femicidios por armas de fuego, son estudios complejos donde la reflexión del operador en cada paso de la investigación debe ser una constante. La manipulación sobre el cadáver desordenada hará desaparecer indicios de extrema importancia en la resolución del caso y será irreversible, no será posible la posterior reconstrucción.

A diferencia de las armas blancas, en este caso, es posible que se den dos circunstancias, puede haber contacto previo con la víctima, disparos desde corta distancia o boca de jarro o puede darse el disparo a larga distancia sin contacto con ella. Esto no quiere decir que en una muerte con disparo a larga distancia no se hayan producido contactos previos.

Los disparos a larga distancia pueden ser por muertes indiscriminadas o bien porque el agresor crea más difícil ser reconocido, por la propia víctima o testigos, o por encontrarla desprevenida.

Todas estas posibilidades abren un amplio espectro para la investigación de las muertes de mujeres.

En los disparos a corta distancia, quemarropa y cañón tocante, no deberemos nunca dejar de investigar pelos y otros indicios biológicos del agresor que hayan podido quedar en el cuerpo de las víctimas.

En todos los casos las lesiones de defensa y lucha, que aunque menos frecuentes que en los casos de armas blancas o asfixias mecánicas, tienen gran importancia.

Los indicios biológicos de agresión sexual previa y las lesiones de diferente data correspondientes a maltrato continuado a la mujer, son, una vez más, elementos de prueba irrefutables de muerte femicida.

Las muertes de mujeres por arma de fuego arrojan un dato que no siempre tienen otros mecanismos de muerte, que es la posibilidad de interrelacionar crímenes de estas características por el arma empleada. Para ello, es requisito indispensable la extracción del proyectil que se encuentre en el cadáver y hacer a continuación las pruebas correspondientes en el la-

boratorio de balística. Un estudio comparado de proyectiles disparados por la misma arma, dejarán su impronta característica, y permitirá al fiscal unir los esfuerzos de la investigación de todas aquellas muertes de mujeres cometidas con la característica de ese denominador común y aún más facilitará la investigación con el objetivo de alcanzar la resolución del caso en particular y de los demás casos.

Siempre deben tenerse presentes los objetivos alcanzados en la investigación, y la capacidad de dar respuesta través de la misma a las siguientes interrogantes:

¿Qué es lo que ha ocurrido? (Etiología médico-legal, homicida, suicida o accidental).
¿Cómo ha ocurrido? (Mecanismo de muerte).
¿Cuándo? (Cronotanatodiagnóstico).
¿Dónde? (Si realmente murió donde se encuentra el cadáver. Ya hemos visto la posibilidad de manipulaciones para ocultar o simular un tipo de muerte por otra).
¿Por qué? (El móvil. Que realmente es la suma de datos que obtenga la policía, Fiscal y Médico Forense).
¿Quién es la víctima? (Necroidentificación).
¿Quién o quiénes son los autores? La identificación a través e los indicios biológicos que hayan dejado sobre la víctima o del arma o armas utilizadas, nos puede dar esta respuesta.

CAPÍTULO 4: ASFIXIAS MECÁNICAS. 4.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN. 4.2. MECANISMO LETAL. 4.3. AHORCAMIENTO. 4.3.1. CONCEPTO Y ETIOLOGÍA. 4.3.2. CLASIFICACIÓN. 4.3.3. MECANISMO LETAL. 4.3.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO. 4.3.5. PROBLEMAS MÉDICO FORENSES. ESPECIFICACIÓN DE FEMICIDIO. 4.4. ESTRANGULACIÓN. 4.4.1. ETIOLOGÍA. 4.4.2. CLASIFICACIÓN. 4.4.3. MECANISMO LETAL. 4.4.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO. 4.4.5. PROBLEMAS MÉDICO FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO. 4.5. SOFOCACIÓN. 4.5.1. TIPOS. 4.5.2. MECANISMO LETAL. 4.5.3. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO. 4.5.4. PROBLEMAS MÉDICOS FORENSES. 4.6. MUERTE POR SUMERSIÓN. 4.6.1. TIPOS. 4.6.2. ETIOLOGÍA. 4.6.3. MECANISMO LETAL. 4.6.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

CAPÍTULO 4: ASFIXIAS MECÁNICAS.

4.1. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.

Las asfixias mecánicas se definen como aquellas situaciones de anoxia anóxica (falta o escasez de oxígeno en la sangre) capaz de producir la muerte de la persona y que están causadas por respirar en una atmósfera pobre en oxígeno, o bien es consecuencia de la existencia de un impedimento físico que interrumpe el flujo del aire a través de las vías respiratorias.

De la definición anterior se deducen que existen dos tipos de causas que originan asfixias mecánicas:

- Por respirar en una atmósfera pobre en oxígeno.
- Por la existencia de un impedimento de tipo físico que interrumpe el flujo aéreo.

Como consecuencia del primer mecanismo, tenemos las asfixias por confinamiento.

Como consecuencia del segundo mecanismo, tenemos como ejemplo las asfixias mecánicas por constricción del cuello que se producen en el ahorcamiento y en la estrangulación, las asfixias mecánicas por sofocación, entre las que se encuentran:

- Obstrucción extrínseca de las vías aéreas. Taponamiento de los orificios respiratorios.
- Obstrucción intrínseca de las vías aéreas: Por materiales sólidos, o pastosos.
- Compresión externa toracoabdominal.
- Asfixias mecánicas por sumersión: Irrupción de un líquido en las vías aéreas.

4.2. MECANISMO LETAL.

Aunque por definición en todas las asfixias mecánicas, se produce una anoxia anóxica, no en todas ellas éste es el mecanismo letal, aunque participe en mayor o menor medida.

En el confinamiento, carencia de aire respirable, y la obstrucción de los orificios respiratorios el mecanismo letal es una anoxia anóxica. En los otros tipos de asfixias mecánicas pueden participar otros mecanismos letales e incluso ser éstos, los últimos, los desencadenantes de la muerte.

Todas las asfixias mecánicas presentan rasgos comunes en su anatomía, como corresponde a su afinidad patogénica. Para su mejor descripción cabe hacer dos grupos con los hallazgos facilitados por la autopsia:

- *Hallazgos externos*. En primer lugar, señalaremos las características comunes que presentan los cadáveres:
 - *Livideces cadavéricas*. Situadas casi siempre en los planos declives, tienen una extensión mayor que la habitual, siendo su coloración más oscura y su aparición es precoz.
 - *Enfriamiento cadavérico*. Esta retrasado de ordinario.
 - *Rigidez cadavérica*. Generalmente es de aparición lenta y, por tanto intensa y prolongada. Cuando la muerte ha sido precedida de intensas convulsiones suele ser precoz.
 - *Putrefacción*. Suele ser rápida.

En segundo lugar, se observan también en el hábito externo de los asfixiados, algunos signos propios de este tipo de muertes que aunque no constantes, tienen un cierto valor de orientación:

- *Cianosis*. La cianosis es un signo que consiste en la coloración azulada, por acumulación de hemoglobina reducida en piel y mucosas. Es interesante observarla en labios y uñas.
- *Congestión*. Determina una intensa coloración roja azulada de las partes afectadas, al ser represada la sangre venosa.
- *Exoftalmia*. Que a veces llega a un verdadero exorbitismo ocular.
- *Protusión de la lengua*. La cual queda a menudo entre las arcadas dentarias, por lo cual puede presentar huellas de mordeduras agónicas.
- *Hongo de espuma*. Constituido por una espuma de burbujas finas y bastante iguales, que cubren los orificios respiratorios y que continúa con espuma traqueo-bronquial. Es especialmente característica de la sumersión, pero puede encontrarse también en otras asfixias.
- *Hemorragias petequiales*. Son pequeñas extravasaciones sanguíneas que aparecen en los tejidos laxos, en la conjuntiva, en la cara y en las cubiertas serosas de los órganos. Se localizan habitualmente en las zonas de piel laxa, a nivel de las conjuntivas y los párpados, suelen ser de tamaño puntiforme.

Las petequias no son indicadores exactos de que la muerte haya sido asfíctica en su origen, ya que pueden estar presentes en otras muertes de origen natural y ausentes en otras en las que cierto grado de privación de oxígeno es esperable, como en algunas sofocaciones y en la sumersión. De todas formas, la identificación inequívoca de petequias en la cara y especialmente en la región ocular debe ponernos en alerta.

- *Hallazgos internos*: Los hallazgos más típicos que encontramos en el examen interno, aunque no exclusivo de las muertes por asfixias mecánicas son:
 - *La congestión visceral*.
 - *Edema pulmonar*: En todas las muertes asfícticas se produce edema en todos los órganos, pero es más manifiesto a este nivel.
 - *La fluidez de la sangre*: Es conocido el estado de gran fluidez de la sangre en los cadáveres de personas fallecidas a consecuencia de una asfixia mecánica.

- *Hemorragias punteadas o petequiales internas*: Se pueden observar en todos los órganos. En el cerebro también se ven, aunque es difícil y no se deben confundir con la sección transversal de vasos sanguíneos congestionados.

Todos estos hallazgos, recordémoslo de nuevo, son inespecíficos y en cualquier caso son tan sólo sugerentes de un cuadro asfíctico, pero nunca demostrativos de su origen. Serán las lesiones propias y características de cada modalidad asfíctica las que permitan la determinación de las causas de aquel cuadro, lesiones que serán analizadas al tratar de cada una de esas formas de asfixia mecánica.

En resumen, el cuadro general asfíctico se caracteriza por:

- *Cianosis en labios y uñas.*
- *Congestión visceral generalizada.*
- *Punteado hemorrágico mas frecuentemente visible en la conjuntiva de los ojos.*
- *Sangre oscura y fluida.*

4.3. AHORCAMIENTO.

4.3.1. CONCEPTO Y ETIOLOGÍA.

El ahorcamiento puede definirse como la asfixia mecánica causada por la constricción del cuello que es ejercida por un vínculo sujeto a un punto fijo, sobre el cual hace tracción el propio peso del cuerpo.

En el ahorcamiento pueden describirse tres modalidades etiológicas: homicida, suicida, y accidental.

La etiología suicida es, con mucho, la más frecuente, sin embargo a nosotros nos interesa el ahorcamiento homicida concretamente en el contexto del femicidio, que tiene lugar, cuando existe una gran desproporción de fuerzas entre agresor y víctima, víctimas infantiles; también se puede dar cuando se encuentra la persona privada de conciencia, por traumatismo previo o uso de tóxicos, o se trata de una agresión en grupo, de un linchamiento y suspensión.

Toda muerte por ahorcamiento tiende a presumirse como suicida, lo que puede resultar un grave error. Por otro lado es preciso, siempre, confirmar la causa de muerte, pues puede tratarse de una muerte femicida por cualquier otro mecanismo, y posteriormente ahorcar el cadáver con el fin de simular un ahorcamiento suicida.

4.3.2. CLASIFICACIÓN.

De acuerdo con la posición del cuerpo y la del nudo se distinguen diversos tipos de ahorcamientos: completa, incompleta, asimétrica, simétrica, típica y atípica.

- En el ahorcamiento completo, el cuerpo se encuentra totalmente suspendido en el aire, sin que ninguna zona de aquél se apoye en parte alguna.
- Por el contrario, en el ahorcamiento incompleto se produce un contacto más o menos amplio con algún punto de apoyo. La constricción del vínculo se efectúa en estos casos tan sólo por una parte del peso corporal, pero es suficiente para ocasionar la muerte.
- El ahorcamiento es simétrico cuando el nudo se encuentra en la línea media del cuello. Cuando la situación del nudo es cualquier otra, se trata de un ahorcamiento asimétrico.
- El ahorcamiento típico es exclusivamente aquella en la que el nudo está situado en la línea media de la parte posterior del cuello.
- El ahorcamiento atípico corresponde a la situación del nudo en cualquier otra posición.

En relación con el lazo ó vínculo, es importante precisar que su consistencia es también variable y suelen clasificarse en blandos, y rígidos o duros, lo que se reflejará en las características del surco. Por otra parte, el cierre del vínculo puede efectuarse por medio de un nudo, tanto fijo como corredizo.

4.3.3. MECANISMO LETAL.

El mecanismo de la muerte en el ahorcamiento puede ser cualquiera de los cuatro mecanismos que vimos al referirnos a ellos de forma general, es decir, anoxia anóxica, anoxia encefálica, inhibición refleja o lesión medular.

- *Anoxia anóxica.* Recordemos, que es la consecuencia de la oclusión de la vía aérea por la retropulsión de la lengua, que se aplica contra la pared posterior de la faringe, al ser empujada hacia atrás por la presión del vínculo sobre el hueso hioides.
- *Anoxia encefálica.* Para este caso, la muerte resulta como consecuencia del compromiso arterial y venoso del encéfalo, por la presión que el vínculo origina sobre los vasos del cuello.

El compromiso vascular explica la rapidísima pérdida de conciencia en el ahorcamiento y la imposibilidad de reacción de la persona en los casos de ahorcamiento incompleto. La muerte en estas situaciones se produce porque el peso de tan sólo una parte del cuerpo es suficiente para alcanzar, al menos, las presiones necesarias para ocluir las venas yugulares y las arterias carótidas.

- *Inhibición refleja.* Aunque infrecuente como mecanismo letal, debe considerarse el paro cardíaco reflejo.
- *Lesión medular.* Por último, en los ahorcamientos en las que se produzca una caída libre del cuerpo hasta que el elemento de suspensión se tensa, se originan graves lesiones vertebrales con lesión medular concomitante.

4.3.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

En el examen externo del cadáver, la lesión fundamental del cuello es el surco, que forma una depresión longitudinal que rodea aquél.

El surco presenta, en general, ciertas características que permiten atribuirlo al ahorcamiento. Son las siguientes:



- *Dirección:* Oblicua ascendente hacia el nudo.
- *Profundidad:* Variable, en general mas marcada en la zona opuesta al nudo.
- *Continuidad:* Interrumpido a nivel del nudo.
- *Número:* Único, doble o múltiple.
- *Situación:* Habitualmente por encima del cartílago tiroides.
- *Aspecto del fondo:* Casi siempre apergaminado.

Es interesante observar la posible presencia en su fondo del *dibujo del vínculo*. En ocasiones se observa también, que ambos bordes del surco presentan una fina capa rojiza.

El rostro de los ahorcados puede estar congestionado o no, dependiendo del grado y tipo de compromiso vascular. En el caso del ahorcamiento simétrico y completo se dan las circunstancias más favorables para la obstrucción de la circulación arterial y venosa en todos los vasos, por lo que lo más probable es que el rostro sea pálido. Un ahorcamiento asimétrico e incompleto determinará que la sangre siga fluyendo a la cabeza por una de las arterias carótidas y desde luego por ambas arterias vertebrales, presentando en consecuencia, el rostro un aspecto congestivo.

Por la presión del vínculo, la lengua se proyecta hacia el exterior quedando atrapada entre los dientes. Los ojos presentan exorbitismo y la cabeza suele estar inclinada hacia el lado contrario al que se encuentra el nudo.

En los casos de suspensión completa las livideces cadavéricas (sangre del cuerpo inerte, en zonas declives, por efecto de la gravedad) se sitúan en las porciones distales de las extremidades.

En el examen interno, haremos una cuidadosa disección del cuello, tras la autopsia craneal y torácica, lo que facilita el drenaje de los vasos cervicales y minimiza la aparición de falsas infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas.

Se observará:

- Condensación del tejido celular subcutáneo a nivel del surco (Línea argentina.)
- Infiltraciones hemorrágicas en músculos y adventicia de los vasos. (Signo de Martín.)
- Desgarros de la capa interna de los vasos, principalmente en las arterias carótidas (Signo de Amussat) y yugulares internas (Signo de Otto).
- Rupturas de las astas mayores del hueso hioides y de las superiores del cartílago tiroides.

Los desgarros vasculares y las rupturas osteo-cartilaginosas presentan infiltración hemorrágica cuando son consecuencia de una suspensión en vida y no así cuando se ha colgado un cadáver.

En cuanto a las lesiones extracervicales internas debemos referirnos a las infiltraciones hemorrágicas a nivel de los discos intervertebrales. Esta alteración, constituye un signo de reacción vital en el ahorcamiento, cuya localización a nivel lumbar es frecuente.

A los signos anteriores hay que sumar el cuadro general e inespecífico de las asfixias, congestión visceral generalizada, cianosis sobretodo en la cabeza e infiltrados hemorrágicos y sangre oscura y fluida.

4.3.5. PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIÓN DE FEMICIDIO.

- *Confirmación de que se trata de una muerte violenta.*
- *La etiología médico-legal, homicida suicida o accidental.* Es preciso resaltar de nuevo, la importancia que tiene el no prejuzgar un ahorcamiento como suicida, pues se puede simular un suicidio. Siempre debe realizarse la autopsia, con un cuidadoso examen del lugar de los hechos.
- *Causa de la muerte.* Establecer el mecanismo asfíctico de la muerte. Habitualmente anoxia anóxica, lo que se hace a través del examen interno

del cadáver. Excluir la estrangulación a lazo ó vínculo, especialmente en los ahorcamientos incompletos donde la marca del lazo ó vínculo es transversal al eje longitudinal del cuerpo, similar al de estrangulación.

- *Data del fallecimiento, valorando evolución de fenómenos cadavéricos* y cuantos elementos nos puedan acercar a establecer el momento en el que se produjo la muerte. Un cadáver suspendido tiende a una putrefacción más rápida en la parte inferior del cuerpo donde se remansan los líquidos por efecto de la gravedad por lo que en fases avanzadas licuefactivas puede llegar a fraccionarse en dos a nivel de la cintura quedando la mitad superior colgada y la inferior en el suelo sin que ello signifique de violencia añadida.
- *Forma rápida o lenta de producirse la muerte.* En general no existen signos propios de agonía.
- *Identidad del vínculo.* Coincidencia de la trama del vínculo con la marca dejada en el cuello. Como estudio complementario, el de las fibras halladas en la piel del cuello.
- *Ahorcamiento vital o postmortem.* Si el ahorcamiento fuese postmortem, cambiaría totalmente la investigación, pues no sería la causa de la muerte y estaríamos ante una simulación. Si se ha simulado un suicidio, estamos ante un homicidio y ese es el eslabón previo necesario para alcanzar la cualificación de femicidio.

Se abre entonces, un gran abanico de posibilidades, desde la determinación de la causa real de muerte, la manipulación que ha sufrido el cadáver, que ha podido dejar vestigios sobre su cuerpo y ropas, y se abre una nueva línea de investigación por el instructor del caso y la policía, pues se diluye la posibilidad de un agresor totalmente desconocido de la víctima, por simular otra causa de muerte, por lo que le hace mas cercano a su víctima.

Para esta diferenciación además de los datos macroscópicos podremos tomar muestras para estudio histológico en el laboratorio:

- *Investigación toxicológica.* Puede tener considerable importancia a este respecto en el caso que la víctima estuviese bajo el efecto de sustancias e inconsciente.
- *Necroidentificación.* Investigación de datos que nos puedan llevar a la identidad de la víctima. Cuanto más avanzada esté la putrefacción, mayor es su dificultad.

4.4. ESTRANGULACIÓN.

4.4.1. ETIOLOGÍA.

La estrangulación puede definirse como la asfixia mecánica, producida por la constricción del cuello mediante la aplicación de una fuerza que actúa por intermedio de un vínculo, las manos, el antebrazo o cualquier otra estructura rígida. Raramente existen casos suicidas o accidentales. Es un mecanismo muy habitual entre los utilizados en los femicidios y puede ir asociado a violencia sexual previa.

La etiología de la estrangulación a mano es siempre homicida.

4.4.2. CLASIFICACIÓN.

Caben tres variedades de estrangulación:

- *Estrangulación a lazo o vínculo.* En esta modalidad de estrangulación la constricción del cuello se efectúa por intermedio, como el nombre indica, de un lazo ó vínculo.

Los lazos ó vínculos utilizados son una cuestión de oportunidad y, por ello, muy variados (corbatas, cinturones, medias, cables eléctricos, etc.).

- *Estrangulación a mano.* En esta clase de asfixia mecánica, la constricción del cuello se realiza por medio de una o ambas manos.
- *Estrangulación antebraquial.* La constricción del cuello se efectúa entre el brazo y el antebrazo, La compresión puede realizarse aplicando el antebrazo sobre la laringe, con lo que se ocluye la vía aérea, o situando aquélla en el pliegue de flexión del codo y flexionando el antebrazo; éste y el brazo comprimen las caras laterales del cuello anulando la circulación carotídea.

Para este caso es de resaltar la escasa presencia de lesiones externas a nivel del cuello aunque si se realiza por intermedio de un objeto rígido: tablilla, barra de hierro, etc., las lesiones serían muy evidentes.

4.4.3. MECANISMO LETAL.

La anoxia anóxica, la anoxia encefálica o el paro cardíaco por un mecanismo reflejo inhibitorio son los mecanismos de muerte en la estrangulación a lazo o vínculo.

Por el nivel de constricción, más bajo que en el ahorcamiento, la anoxia anóxica puede ser ocasionada en estos casos por el cierre laringo-traqueal. Este mecanismo es posible que tenga una mayor significación en esta modalidad de asfixia.

La anoxia encefálica se produce como consecuencia de la contricción de las arterias carótidas y de las venas yugulares.

4.4.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

En la estrangulación a lazo o vínculo, la lesión fundamental externa, se encuentra en el cuello. Se trata del surco de estrangulación, o depresión longitudinal que rodea a todo el cuello, cuyas características habituales son las siguientes:

- Dirección: generalmente horizontal.
- Profundidad: uniformemente marcado en todo el contorno.
- Continuidad: rodea completamente el cuello, no siempre.
- Número: a menudo múltiple.
- Situación: habitualmente a nivel o por debajo del cartílago tiroides.
- Aspecto del fondo: casi siempre blando.

Estas características, como en el caso del ahorcamiento, son rasgos generales y, por tanto, están sujetos a variables. Pueden encontrarse casos de estrangulación a lazo o vínculo con un surco único, oblicuo ascendente e incompleto.

En los casos de estrangulación homicida y concretamente en femicidios pueden encontrarse en la vecindad del surco estigmas ungueales, pequeñas equimosis redondeadas correspondientes a los dedos del agresor, en un intento previo de estrangulación a mano, o por los esfuerzos de la propia

víctima de librarse del vínculo y también se pueden encontrar en torno a la boca y labios por los intentos de acallar la víctima.

En esta modalidad pueden encontrarse en otras zonas corporales, diversos tipos de lesiones contusas, que no rara vez se localizan en las regiones occipital y espalda, consecuencia del apoyo de las manos o rodillas del homicida.

En la estrangulación a vínculo, la congestión del rostro es muy acusada y las hemorragias petequiales son muy abundantes.

En la estrangulación a mano, en el examen externo del cuello destaca, la presencia de equimosis pequeñas y redondeadas producidas por el pulpejo de los dedos, y de excoriaciones ocasionadas por las uñas, de forma semilunar (estigmas ungueales) o lineales cuando la uña no hace presa en la piel y resbala sobre ésta.

El número y localización de las lesiones equimóticas y excoriativas dependerán de varios factores:

- La utilización de una o ambas manos,
- La posición relativa de agresor y víctima,
- Si ha tenido lugar una sola presa y ha sido mantenida hasta la muerte de la víctima, o bien
- Si ésta se ha liberado de la primera u otras presas y la posición de las manos ha cambiado de lugar.

La existencia de lesiones contusas en otras zonas corporales es más frecuente que en la estrangulación a lazo o vínculo homicida, en la que a veces puede darse una agresión por sorpresa que minimice aquéllas.

Al igual que en la estrangulación a lazo o vínculo, la asociación con una agresión sexual no es rara, por lo que debe realizarse una cuidadosa exploración ano-genital y recoger muestras de las cavidades vaginal, rectal y bucal, para la detección de semen y de sus características grupo-específicas, en caso de resultado positivo.

En el examen interno del cuello, los hallazgos consisten básicamente en infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas y rupturas ósteo-cartilaginosas.

Las lesiones ósteo-cartilaginosas son más frecuentes que en el ahorcamiento, pero, dado el nivel habitual de la constricción, resulta afectado preferentemente el cartílago tiroides. También podrá existir ruptura del cartílago cricoides.

En el resto del examen encontraremos igualmente los hallazgos generales e inespecíficos de la asfixia ya citados.

En la estrangulación a mano, es fundamental analizar las marcas del pulgar, al igual que varias marcas por la contrapresión de los dedos opuestos. Es importante recordar que la presión puede ser relajada y reaplicada después repitiendo así las marcas.

Con menor frecuencia se aplican las dos manos y las marcas de los pulgares se encuentran en los dos lados y en la cara anterior del cuello.

Por último no olvidar la posibilidad de encontrar otras lesiones de defensa y lucha.

4.4.5. PROBLEMAS MÉDICO FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

- *Confirmación de muerte violenta.*
- *Confirmación de etiología médico legal homicida.* Ya hemos dicho que la estrangulación a mano solo puede ser homicida. El examen del lugar de los hechos de nuevo se muestra fundamental en la investigación de los hechos. La presencia de lesiones de defensa y lucha es una prueba de nuevo trascendental en la afirmación de etiología medico legal homicida y deberán observarse lesiones antiguas de maltrato habitual así como investigar la presencia de restos de semen, pelos públicos, etc., en la vagina o en el ano de la víctima. La estrangulación en sus diferentes formas implican cercanía del agresor a la víctima por lo que puede dejar gran cantidad de indicios biológicos cuya meticulosa recogida y posterior análisis de ADN nos puede conducir a la identidad del agresor en cualquier caso de femicidio por este mecanismo. No olvidemos también, que si la víctima ha podido defenderse arañando al agresor, en las uñas, pueden quedar células epiteliales del agresor de igual interés en la resolución del caso.

- *La causa de la muerte.* La observación de las lesiones asfícticas y de constricción del cuello.
- *Data de la muerte,* cuya aproximación puede servir al instructor y policía judicial para comprobar coartadas.
- *La vitalidad de las lesiones.* Para lo que se llevarán a cabo si es preciso estudios complementarios de laboratorio especialmente microscópicos. Algunos casos de femicidio por estrangulación a lazo o vínculo podrían disimularse, colgando postmortem a la víctima para simular un ahorcamiento suicida.
- *Necroidentificación.*

4.5. SOFOCACIÓN.

Bajo el nombre genérico de sofocación se incluyen diversas modalidades de asfixia mecánica, cuyo nexo de unión es la mayor pureza con que, con respecto a otras asfixias, se produce la muerte por un mecanismo de anoxia anóxica.

4.5.1. TIPOS.

Las formas de sofocación son:

- Por oclusión de los orificios respiratorios. Esta a su vez puede ser manual o mediante trapos, toallas, vestidos, etc.
- Por compresión externa toracoabdominal, como la que se produce en el aplastamiento por multitudes, derrumbamientos, etc.
- Por obstrucción de las vías respiratorias, como en los casos de aspiración de cuerpos extraños, alimentos, etc.
- Por carencia de aire respirable.

4.5.2. MECANISMO LETAL.

- *Sofocación por oclusión extrínseca de los orificios respiratorios.* La oclusión de los orificios respiratorios, fosas nasales y boca, por cualquier procedimiento origina una dificultad insalvable para el acceso de aire al interior de la vía respiratoria.

La etiología accidental es frecuente y la modalidad suicida es excepcional.

Los casos de etiología homicida son también habituales y los que más nos interesan. Los procedimientos de oclusión utilizados en estos casos se limitan al uso de manos o de objetos blandos como almohadas. En algunas situaciones en las que se coloca una mordaza, especialmente si se introduce una tela en la boca y su desplazamiento posterior ocluye las coanas, puede sobrevenir la muerte por sofocación.

- *Sofocación por oclusión intrínseca de las vías respiratorias.* El bloqueo de las vías respiratorias por un cuerpo o cuerpos extraños de diversa naturaleza es una modalidad de asfixia mecánica cuya forma accidental es la más frecuente. Pero también se produce la muerte por esta causa cuando una persona queda sepultada. En este caso puede ser tanto accidental como homicida.

También se da en aquellos homicidios, con secuestros o violaciones en los que a la víctima se le introduce un trapo o un trozo de ropa para acallar los gritos y en el forcejeo estos pueden llegar hasta la laringe.

- *Sofocación por compresión toracoabdominal.* En grandes multitudes, se producen cuando las personas huyen de un lugar, por un fuego o en los casos ocurridos en estadios de fútbol, por compresión de unos cuerpos con otros. Aisladamente, se observa en homicidios, en el que el agresor utiliza un sistema mixto de sofocación por compresión toracoabdominal colocando su cuerpo encima de ella, al tiempo que ocluye sus orificios respiratorios.
- *Sofocación por carencia de aire respirable.* Este tipo de sofocación puede acontecer como resultado de que una o varias personas quedan atrapadas en un espacio de reducidas dimensiones o bien de que una o varias personas sean encerradas en un espacio de esas características, de tal manera que progresivamente disminuye el oxígeno hasta agotarse completamente. A esta situación se la denomina confinamiento. Puede ser accidental y también homicida.

4.5.3. DIAGNOSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

En la sofocación por oclusión extrínseca de los orificios respiratorios, se observará en el examen externo del cadáver vestigios de la acción oclusiva de estos.

Cuando el agresor utiliza las manos, encontraremos equimosis redondeadas y excoriaciones, algunas de éstas con las características de los estigmas ungueales, de localización alrededor de la nariz y de la boca, además de otras lesiones en la cara. También pueden existir contusiones y desgarros en la cara interna de los labios, que se producen al quedar comprimidos contra las arcadas dentarias.

Si se utilizó una almohada o similar la dificultad de diagnóstico aumenta, pues los signos lesivos sobre la víctima serán menores. No obstante el meticuloso examen del lugar de los hechos y los hallazgos del síndrome general asfíctico nos indicarán el camino de la investigación.

En la sofocación por oclusión intrínseca de las vías respiratorias, el hallazgo del cuerpo o cuerpos extraños en el interior de la vía respiratoria es la aportación fundamental de la autopsia.

En el supuesto de una introducción forzada del cuerpo extraño, un trozo de tela habitualmente, será posible encontrar equimosis u otras lesiones contusas en la boca y faringe.

El lugar de la obstrucción dependerá del tamaño del cuerpo extraño. Lo más frecuente es que los de tamaño grande se encuentren obstruyendo la glotis y los de menor tamaño aparezcan alojados en la bifurcación traqueal, en un bronquio principal o rellenando completamente las vías aéreas en los casos de sepultamientos.

El resto de la autopsia pondrá de manifiesto, como en las otras asfixias mecánicas, los signos generales de asfixia.

En la sofocación por compresión toracoabdominal aparte las lesiones generales de asfixia y las eventuales lesiones traumáticas, la alteración más característica en este tipo de asfixia es la denominada mascarilla equimótica que se caracteriza por la congestión notable de la cara, cuello y parte superior del tronco debido al estasis sanguíneo en el territorio de la vena cava superior. Las hemorragias petequiales (puntiformes) en la piel de la cara y párpados, así como en las conjuntivas, son muy abundantes. Puede existir también hemorragia por oídos y nariz.

En cuanto a la sofocación por carencia de aire respirable, confinamiento, en el examen externo pueden encontrarse lesiones traumáticas derivadas de intentos infructuosos de la misma para liberarse. En el examen interno se aprecian los signos generales e inespecíficos de la asfixia, siendo la congestión cefálica especialmente intensa. No habrá más signos, por lo que una vez más el examen del lugar y la reconstrucción de los hechos junto con los datos de autopsia serán los elementos que entre sí se complementen en la investigación pericial.

En la sofocación criminal podrán encontrarse lesiones combinadas con la estrangulación a vínculo o a mano. En todos ellos, sería raro no encontrar señales de defensa y lucha, salvo que la persona esté inconsciente en el momento de la acción criminal.

4.5.4. PROBLEMAS MÉDICOS FORENSES.

Se inician como en todas las muertes violentas o sospechosas de criminalidad, confirmando la muerte violenta y estableciendo la etiología médico legal de la misma, homicida, suicida o accidental.

Ya nos hemos referido a la oclusión de orificios respiratorios con las manos, como única etiología médico-legal la homicida y con otros medios como almohadas podría ser accidental en casos de niños recién nacidos, pero en personas mayores lo más frecuente es la homicida. La existencia de lesiones de defensa y lucha frecuentes en esta etiología y específicamente en los femicidios nos alejará de cualquier duda. Hay que tener presente en estos casos que siempre hay contacto entre agresor y víctima y en ella pueden quedar indicios biológicos del agresor que incluso nos lleven a su identificación.

La obstrucción de vías respiratorias tiene una etiología fundamentalmente accidental, pero en aquellos casos que se haya obstruido la boca para acallar a la víctima modificaría la etiología.

En los casos de sepultamientos, éstos pueden ser consecuencia de accidente, como los corrimientos de tierras, fácilmente observable en el lugar de los hechos, o sepultamientos homicidas, en ocasiones con la víctima

inconsciente tras haber sido golpeada pero no debe obviarse también en la posibilidad de que se trate de una ocultación de un cadáver.

El grado y profundidad de la aspiración del medio sepultante permitirán el diagnóstico diferencial. Por otro lado, si el sepultamiento ha sido post-mortem, encontraremos los signos de la causa real que produjo la muerte.

El confinamiento hay que valorarlo fundamentalmente en el lugar de los hechos, puede ser homicida y accidental. Hay que fijarse en las lesiones en dedos y uñas al intentar la víctima salir del lugar. Podría darse en femicidios con una sola víctima o con varias, especialmente tras secuestros e introducidas en espacios muy reducidos, sin aireación bien para mantener su retención o para trasladarlas de lugar. Podrían ser patentes lesiones de defensa y lucha que se habrían producido en la acción del secuestro.

La compresión externa toracoabdominal en los femicidios estaría unida al mecanismo de obstrucción de orificios respiratorios, y sería coadyuvante de este.

La causa de la muerte, haciendo el diagnóstico de los diferentes mecanismos de sofocación descritos y los mecanismos mixtos como el anteriormente expresado.

La data de la muerte entre otros aspectos tiene interés por la posibilidad de contrastar las coartadas del posible agresor. La data de la muerte en sepultamientos, especialmente, puede ser muy antigua por lo que serán necesarios estudios antropológicos y entomológicos complementarios.

La forma rápida o lenta de producirse, a través del conocimiento del mecanismo de muerte, lesiones de defensa y hallazgos de signos de agonía.

La necroidentificación, que igualmente será más dificultosa en los sepultamientos.

En los femicidios podremos por tanto ver cualquiera de estos mecanismos de muerte que en conjunto conforman el grupo de las sofocaciones. Como final de un continuo de la violencia habitual, tras agresiones sexuales, etc. El confinamiento o ausencia de aire respirable debe tenerse

en cuenta en los secuestros y los sepultamientos. De forma aislada por la posibilidad de ser vitales o postmortem. De forma múltiple o colectiva, fosas, generalmente son postmortem.

4.6. MUERTE POR SUMERSIÓN.

Se puede definir la sumersión, como la muerte producida por la entrada de un medio líquido, habitualmente agua, en las vías respiratorias.

4.6.1. TIPOS.

De acuerdo con la superficie corporal cubierta por el agua, distinguimos:

- Sumersión completa, cuando la totalidad del cuerpo está inmerso en el agua.
- Sumersión incompleta, si tan sólo la cabeza o, en los casos más extremos, únicamente los orificios respiratorios se encuentran cubiertos.

Según la clase de agua, distinguimos:

- Sumersiones en agua dulce.
- Sumersión en agua salada.

4.6.2. ETIOLOGÍA.

La sumersión accidental, es la más frecuente. Junto a los accidentes relacionados ocasionalmente con los baños en piscina, ríos o mar, hay que considerar los secundarios a accidentes de navegación (naufrajos) o caídas fortuitas, entre otros.

La sumersión suicidio es empleada con mayor frecuencia por la mujer con respecto al varón. El suicida utiliza diversos medios para asegurar el éxito de su intento. Las ataduras de manos y pies son algunas de ellas.

La sumersión homicida, es una variedad rara pero no por ello deja de tener interés en los casos de eventuales femicidios. Es posible encontrar

otras huellas por golpes, estrangulación u otras violencias con las que se pudo llegar a aturdir previamente a la víctima y colocarla en situación de indefensión para después consumir el crimen mediante una sumersión.

Por último, debemos citar el homicidio por sumersión en niñas víctimas de agresiones sexuales en casos de pedofilia. Tanto en este caso como en el anterior, es ostensible la notoria desproporción de fuerzas entre el agresor y la víctima.

Debido a que la forma etiológica más habitual es la accidental, se cometen graves errores al no investigar adecuadamente estos casos de sumersión prejuzgando una etiología médico-legal accidental cuando en realidad se puede estar disimulando un femicidio causado con otros medios.

4.6.3. MECANISMO LETAL.

La anoxemia es sin duda la consecuencia fisiopatológica más grave de la sumersión, sea en agua dulce o salada.

En la sumersión asfixia, podemos distinguir diferentes fases o tiempos que comienzan cuando la persona entra en contacto con el agua, momento en el que se produce una inspiración profunda de aire. A continuación se produce una apnea o ausencia de respiración voluntaria, que dura unos cincuenta segundos y tras este tiempo aparece la siguiente fase que es la expiración forzada que se continúa de inmediato por fuertes inspiraciones involuntarias que conllevan la invasión de las vías respiratorias por el agua.

Tan solo hacer una breve referencia a los denominados ahogados blancos. Corresponde esta denominación a sujetos que han encontrado la muerte bajo el agua, pero sin ahogarse realmente. Se ha denominado a este cuadro síndrome de inmersión o hidrocución, por analogía con la muerte por electricidad y clásicamente es conocido como sumersión/inhibición. Es la forma menos frecuente de muerte por sumersión, se produce bruscamente un síncope mortal, una parada cardíaca. Se trata de casos de sumersión sin inspirar líquido. Este estado sincopal ha sido considerado como consecuencia de un reflejo inhibitor de la respiración y de la circulación desencadenado por el contacto de la piel y de las mucosas de las vías respiratorias altas con el agua fría.

4.6.4. DIAGNÓSTICO NECRÓPSICO Y PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES. ESPECIFICACIONES DE FEMICIDIO.

En cuanto al diagnóstico necrótico, el cadáver puede mostrar un conjunto de signos que son consecuencia de diversas circunstancias, por lo que deben distinguirse:

- Signos secundarios a la permanencia del cadáver en el agua.
- Posibles lesiones de otro origen, previas a la sumersión.
- Signos de que la víctima murió en el agua.
- Lesiones postmortem (eventuales).

No sólo la putrefacción modifica los signos que puede presentar el cadáver de un ahogado, sino que también la larga permanencia en el agua modifica el curso habitual de la putrefacción.

Examen externo: La inspección del cadáver permite apreciar los siguientes datos:

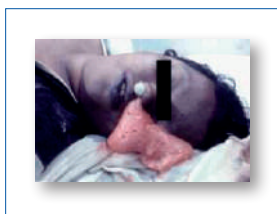
- Signos debidos a la permanencia del cadáver en el agua:
 - *Frialdad de la piel:* Objetivamente es una realidad que el equilibrio térmico se alcanza con mayor rapidez en el agua que en el aire. Subjetivamente es un hecho que la piel mojada da siempre sensación de frialdad, por la mejor capacidad conductora del agua.
 - *Cutis anserino:* Los cadáveres extraídos poco tiempo después de haber ocurrido la muerte presentan “piel de gallina”, aspecto granuloso de la piel, y que es consecuencia de la contracción de los músculos erectores de los pelos, lo que hace resaltar los folículos pilosos. Es particularmente apreciable en la cara externa de los muslos, en los brazos y el cuello.
 - *Retracción de pene, escroto y pezones:* Se suele presentar conjuntamente con el signo anterior y, como él, se debe a la contracción de las fibras musculares de la piel, pre o post mortem, en lo que parece influir muy especialmente la frialdad del medio.
 - *Maceración epidérmica:* Es lo que ya sucede en el sujeto vivo cuando permanece largo tiempo en el agua, cuya manifestación más típica es la llamada mano de lavandera. Las palmas de manos y pies, aparecen blanquecinas, arrugadas y engrosadas.

das. Posteriormente llega a desprenderse en bloque en forma de dediles. Cuando el cadáver permanece largo tiempo en el agua, la continuación de este proceso hace que los pelos y las uñas caigan precozmente o se desprendan con facilidad.

- *Lesiones de arrastre y otras lesiones postmortem.* Durante el tiempo que el cadáver es arrastrado por la corriente pueden crearse múltiples lesiones con solución de continuidad más o menos profunda, como consecuencia de los choques del cuerpo contra rocas, de la corriente del río o las olas del mar, hélices de embarcaciones que hayan podido atropellarlo, o bien animales acuáticos, como peces, cangrejos, ratas, etc.
- Como signo atribuible a reacción vital, tenemos el hongo de espuma, si bien este signo no es suficiente para el diagnóstico de sumersión, sí tiene interés para su confirmación con los hallazgos del examen interno.

El hongo de espuma cubre la boca y ventanas nasales de los cadáveres recién retirados del agua, y esta, formado por una pequeña masa de espuma blanca o rosada, que es consecuencia y continuación de la espuma que invade el árbol tráqueo-bronquial.

Si la putrefacción está avanzada, puede no apreciarse, por haberse agotado esta espuma tráqueo-bronquial, al igual que sucede cuando el cadáver permanece largo tiempo en el agua, ya que la masa de espuma puede haberse disuelto completamente o apenas quedar burbujas en los labios.



*Maceración de la piel, manos de lavandera y desprendimiento de la piel.
Hongo de espuma.*

Examen interno.

El líquido que penetra en las vías respiratorias se presenta en el cadáver en forma de espuma tráqueo-bronquial, constituida por burbujas finas, desiguales, de color blanco, más o menos sanguinolenta en ocasiones, que llega a ocupar todo el árbol tráqueo-bronquial formando el hongo espumoso.

Su formación se debe a una acción de batido, durante la respiración agónica, de agua, aire y mucosidades bronquiales, que se tiñe a veces de rojo por adición de sangre procedente de los desgarros alveolares.

A la apertura de tórax apreciamos los pulmones muy distendidos, aumentados de peso y tamaño, A la palpación se aprecia la crepitación propia de la presencia de agua en la superficie corporal tras romperse los alveolos (enfisema acuoso).

En la superficie también encontramos las equimosis o sufusiones hemorrágicas en el pulmón que conforman las denominadas manchas de Paltauf.

El corazón presenta sus cavidades derechas dilatadas y repletas de sangre fluida, no tan negruzca como en otros tipos de asfixia, en tanto que las cavidades izquierdas están prácticamente vacuas.

La sangre de todo el organismo es muy fluida, de coloración menos pronunciada de lo habitual, debido a su dilución.

En el abdomen, observaremos la presencia de líquido de sumersión en las vías digestivas. El estómago de los cadáveres de ahogados contiene agua en la inmensa mayoría de los casos. No es indicio seguro de sumersión vital, pues está demostrada la posibilidad de penetración post mortem de volúmenes incluso superiores a 500 cc.

En el intestino delgado también es posible encontrar líquido de sumer-

sión, tanto en duodeno como en yeyuno y, excepcionalmente, en íleon. La mayoría de los autores estiman el hallazgo de líquido en el intestino como signo de sumersión vital, por estimar que el píloro no permite el paso después de la muerte; no obstante, este criterio se invalida cuando se establece la putrefacción.

Por último encontraremos los signos propios de la asfixia, comunes a todas ellas, ya descritas.

Como estudios complementarios de laboratorio, contamos con el examen histopatológico de los pulmones y la investigación de las modificaciones de la sangre, mediante el análisis de la dilución relativa de la sangre de uno y otro ventrículo, a través de diagnóstico crioscópico.

Además, la demostración de los componentes sólidos ya que en la agnía pueden pasar a través de las paredes alveolares y penetrar en la sangre partículas sólidas del tamaño de un glóbulo rojo. Estas partículas sólidas constituyen el plancton mineral o cristalino-silíceo, formado por algas y caparazones de diatomeas de variada morfología. Tienen formas y birrefringencia variable según el agua de los distintos lugares en que se haya producido la sumersión, lo que permite su identificación por comparación. Su presencia en el organismo puede darse también en sumersiones postmortem por lo que es aconsejable su estudio en médula ósea de los huesos largos, como el húmero, la tibia o mejor el fémur.

Los problemas médico forenses presentan una gran riqueza, de ahí que una buena base científica de los hallazgos del levantamiento de cadáver, examen externo e interno y estudios complementarios de laboratorio, nos pueden dar solución a estos problemas que plantea este tipo de asfixia.

- *Confirmación de muerte violenta.*
- *Etiología médico-legal.* Puede ser homicida, suicida como accidental. Ya nos hemos referido a los riesgos que supone prejuzgar una etiología accidental en un cadáver sumergido, pudiéndose tratarse de un femicidio, bien por sumersión o por otro mecanismo y echarlo al agua para simular una sumersión accidental.
- *Causa de la muerte.* En ocasiones los signos anatomopatológicos

macroscópicos no son lo suficientemente claros, por lo que los resultados de los exámenes complementarios, serán determinantes. Las dificultades son máximas cuando se trata de un cadáver putrefacto.

- *Data de la muerte.* El medio acuoso va a producir alteraciones importantes en la marcha de la putrefacción, por lo que la data va a contar con amplios márgenes. El agua estancada o de colectores va a acelerar este proceso con respecto al agua de río o mar.
- *Sumersión vital o postmortem.* Los hallazgos en la autopsia de signos de sumersión y el estudio de las lesiones y la carencia de signos de reacción vital en ellas y su localización constituyen los criterios diagnósticos fundamentales. No obstante hay que tener en cuenta las lesiones postmortales propias de haber estado el cadáver en el agua tras haberse producido la muerte.
- *Lugar donde ocurrió la muerte.* El cadáver puede ser trasladado por la corriente y mareas, por lo que la investigación del lugar donde pudo ocurrir el femicidio puede ser distante al lugar donde se ha encontrado el cadáver. Los estudios comparados de diatomeas nos pueden acercar a la solución.
- *Necroidentificación.* La putrefacción sigue un curso más lento de lo habitual siempre que el cadáver no se encuentre en aguas estancadas, pero se acelera tan pronto se extrae de ese medio, de forma que resulta a veces sorprendente el aspecto externo del cadáver en el momento del levantamiento y en el momento de realizar la autopsia. Aunque tan solo hayan transcurrido de uno a otro, unas horas.

En todos los casos de sumersión, el médico forense deberá tener en cuenta la necesidad de realizar prácticamente de forma consecutiva a la investigación en el lugar de hechos y levantamiento, la fase de autopsia de apertura cadavérica pues la aceleración que sufrirá el cadáver en la marcha de la putrefacción limitará en gran medida el resultado final de la investigación.

La putrefacción gaseosa invade muy pronto el tejido celular subcutáneo de cara y cuello, y por hinchazón pútrida aparecen los labios y los párpados tumefactos, con expresión abotargada del rostro, dando lugar todo ello al aspecto conocido como cara negroide, por lo que los ahogados son

rápidamente irreconocibles, lo que da lugar a serios problemas de identificación que incluso han inducido a graves errores, al modificarse el aspecto de edad, constitución, etc. Además, la maceración, con desprendimiento de uñas y pelos, despegamiento del cuero cabelludo, de la piel de manos y pies son factores a añadir que impiden además en muchos casos el estudio de huellas dactilares, siendo preciso llegar al análisis de ADN.

El grupo de las asfixias mecánicas es un conjunto de mecanismos de muerte complejo por su variedad y en cuanto a la interpretación de los resultados. La gran cantidad de datos que ofrece el cadáver es el motivo por lo que se debe prestar mucha atención en cada una de las fases de la autopsia.

Podemos partir de lo que es el síndrome general asfíctico, que no es específico pero está presente en mayor o menor grado en las formas desarrolladas en este capítulo y que se caracteriza por la cianosis o coloración violácea de labios y uñas especialmente, las equimosis o punteados hemorrágicos fácilmente visibles en la capa conjuntiva de los ojos, y en la sangre oscura y fluida.

A partir de este síndrome general asfíctico aparecerán lesiones específicas de cada uno de los diferentes mecanismos que conforman este grupo. Hemos hecho una diferenciación entre las asfixias, de tal manera que distinguimos la obstrucción de orificios respiratorios, la obstrucción de vías respiratorias, el ahorcamiento, la estrangulación a lazo o vínculo, a mano y antebraquial; el confinamiento o ausencia de aire respirable, la compresión externa toracoabdominal y la sumersión.

Cada una de ellas tiene características que la hacen singulares con respecto a las otras y en ocasiones el criminal hace uso de dualidad de mecanismos para producir la muerte de su víctima. La obstrucción de orificios respiratorios junto con la compresión externa toracoabdominal es uno de ellos.

Otras asfixias precisan de un diagnóstico diferencial entre ellas como es el caso del ahorcamiento en su modalidad incompleta y la estrangulación.

La estrangulación a mano es un mecanismo frecuente en las muertes

criminales femicidas y no existe la posibilidad de etiologías médico-legales suicidas o accidentales.

El ahorcamiento, con frecuencia se presume suicida, al igual que la sumersión se presume accidental. Grave error este, expuesto ampliamente al estudiar las posibilidades de manipulación de cadáveres precisamente para disimular estos casos. El ahorcamiento puede ser postmortal y solo el estudio profundo y científico del caso en particular nos llevará a su solución. De igual manera nos hemos referido a las sumersiones, en las que en realidad es posible introducir un cadáver en el agua para que parezca un accidente cuando en realidad no lo es.

En todos los casos, hemos repasado los signos lesivos para diferenciarlos y señalado la importancia que tiene la necesidad de cercanía del agresor a la víctima para cometer el crimen, lo que representa la posible presencia de indicios biológicos en el cadáver, y a este respecto también hemos realizado especial referencia, como en otros casos, al estudio de la posible agresión sexual previa a la muerte.

Con todos los elementos de prueba que hemos estudiado y que podemos reseñar en la autopsia, si esta ha sido completa, desde un principio en la escena del crimen, tendremos la seguridad de poder alcanzar altas cuotas de verdad pericial que realmente sean útiles para el esclarecimiento de los hechos y fundamento válido para la acusación y fallo final.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, L. y OTROS. Comunicación sobre el programa del apoyo a la exploración judicial de testigos vulnerables. Presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica en Red. COP de Madrid, 2004.

ANTÓN BARBERÁ, F. Técnica policial. Serv. de Publ. de la Universidad de Valencia, España, 1990.

APLICACIONES DE LA TECNOLOGÍA DE ADN A LA RESOLUCIÓN DE CASOS DE INTERÉS JUDICIAL. Sección de Biología; Instituto Nacional de Toxicología. CEJ, Madrid España, 1997.

BAIGORRI SOLER, M. “La imputabilidad y en nuevo Código Penal”. José Luis de la Cuesta. . Estudios Jurídicos. Ministerio Fiscal. VII-1998.

BLAACKLEDGE, R. Obtención de pruebas en preservativos. Un factor de investigación de ataques sexuales. Revista del FBI, 1996.

BORNSTEIN, F.P. Homicide by electrocution. J. Fo. Sci 7:516-517, 1992.

BORRAS ROCA, L. Asesinos en serie españoles Ed. Boch, 2002.

CABRERA, J. y FUENTES, J. Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense. Ed. Arán, 1997.

CABRERA, R. y TORRECILLA, J. Manual de Drogodependencias. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 1998.

CARRASCO, J.J. Psicopatología del maltratador doméstico, Centro de Estudios Jurídicos de la Admón. de Justicia, 1998.

CASAS, M. Delincuencia y Toxicomanías. Ed. Neurociencias, 1992.

CASTELLANO, M. Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. Masson. Barcelona. España, 2005.

CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL Y ASUNTOS HUMANITARIOS; ISBN 92-1-330132-4: Manual para la Prevención de las Ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias; ONU, 1992.

CEREZO, A.I. El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico. Valencia. Ed. Tirant lo Blanch, 2000.

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento Versión multiaxial para adultos Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Consejo General del Poder Judicial. “Cuestiones y propuestas relevantes suscitadas en el primer encuentro de violencia doméstica”. Inmaculada Montalbán Huertas. Encuentros de Violencia Doméstica.

CORSI, J. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires. Paidós, 1995.

CRIME SCENE INVESTIGATION. A GUIDE FOR LAW ENFORCEMENT. RESEARCH REPORT. US Department of Justice; Office of Justice Programs; National Institute of Justice. Washington DC (USA), 2000.

CUADRADO CALLEJO. Dependientes del alcohol que delinquen. III Jornadas de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal “Alcoholismo, Psiquiatría y Ley”, 1995.

DELGADO BUENO y COL. Psiquiatría Legal y Forense. Ed. Colex, 1996.

DELGADO BUENO, S. y TORRECILLA JIMÉNEZ, J.M. Medicina Legal en Drogo-dependencias. Comunidad de Madrid, 2002.

DENK, W. y STELLWAG-CARION, C. Aspects, findings and problems in criminal cadaver dismemberment. Arch. Kriminol, Enero-Feb; 179(1-2): 24-30, 1987.

DIEZ, Diego “El proceso Penal”. TOL 10.734. www.tiranonline.es “Derecho Procesal Penal” Madrid 1984. Gómez Orbaneja-Herce Quemada.

DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002.

DUTTON, D. y GOLANT, S. El golpeador. Un perfil psicológico. Argentina, Ed. Paidós, 1997.

DUTTON, D.G. y PAINTER, S.L. Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. Victimology: an International Journal, 6: 139-155, 1985.

ECHEBURÚA, E. Personalidades violentas. Madrid. Ed. Pirámide, 1994.

ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. Manual de violencia familiar. Madrid. Siglo XXI, 1998.

ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? Formación Médica Continuada, 11, 293-299, 2004.

ESBEC, E. Evaluación psicológica de la víctima, en ESBEC E. y GÓMEZ-JARABO, G. Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Madrid. Ed. Edisofer, 2000.

ESBEC, E. y GÓMEZ-JARABO, G. Signos de sospecha de simulación en los trastornos mentales. Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. Nº 8. Págs: 35-44, 1999.

ETCHEBERRY, A., Derecho Penal, Parte Especial, Tomo III, Edit. Jurídica de Chile, Santiago de Chile, Santiago, Chile, 1997.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. Análisis y Modificación de la Conducta, 23. Págs. 151-178, 1997.

FINKELHOR D. y BROWNE A. The traumatic impac of child sexual abuse: A conceptualization. Annual progress in child psychiatry and child development, 1986.

FONT RIERA, G. Atlas de Medicina Legal y Forense. Ed. José María Bosch. 1996.

GARCÍA-ANDRADE, J. Psiquiatría Legal y Forense. Colección de Criminología. Centro de Estudios Ramón Areces, 2004.

GISBERT, J. Medicina Legal y Toxicología. Ed Masson, Madrid, España, 2005.

GÓMEZ, J. Conceptos generales sobre la gestión de muestras y cadena de custodia. En Avances actualizados en ciencias forenses en el trabajo pericial del Instituto Nacional de Toxicología. CEJ, Madrid, España, 2001.

GÓMEZ, J. informe UGC-008. Unidad de garantía de Calidad. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Madrid, España, 2000.

GUNN y TAYLOR. Forensic Psychiatry, clinical, legal and ethical issues. Butterworth Heinemann, 1995.

HALES, J., YUDOFKY, S. Y TALBOT, J. Tratado de psiquiatría. 2ª Edición. Editorial Ancora S.A. Barcelona, España, 1996.

HEILBRUN, K., MARCZYK, G. y DEMATTEO, D. Forensic Mental Health Assessment. Casebook. Ed. Oxford University, 2002.

HERRERO, C. Criminología. (Parte general y especial) Aumentada y actualizada 2ª edición, Dickinson. Madrid, España, 2001.

HORNO P. y OTROS. Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales. Ed: Save the Children, España, 2001.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. Secretaría Técnica: Situación y análisis del femicidio en la región centroamericana, 2006.

JENILLECK, S. Accidentes por la electricidad para ingenieros y médicos. Labor. Barcelona .España, 1935.

JONES, N. Atlas of Forensic Patology. Ed. Igaku – Shoin. 1996.

KNIGHT, B. Forensic Pathology. Ed. E. Arnold. Londres, 1991.

KAPLAN, H., SADOCK, B. Y GREBB, J. Sinopsis de psiquiatría. Ed. Panamericana, 7ª edición, Argentina, 1996.

KARLSMARK, T., THOMSEN, H.K., DANIELSEN, L. y COLS. Tracing the use of electrical torture. Am. J. For. Med. Pathol 5: 333-338, 1984.

KNIGHT, B. Forensic Pathology. Ed. E. Arnold. Londres, 3ª Edición, 2004.

KONOPKA, T., STRONA, M., BOLECHATA, F. y KUNZ, J. Corpse dismemberment in the material collected by the Department of Forensic Medicine, Cracow, Poland. Leg Med (Tokyo) Jan; 9(1): 1-13, 2007.

LAMEIRAS, M. Abusos sexuales en la infancia. Madrid. Biblioteca Nueva, 2002.

LAZARUS, R.S. y FOKMAN, S. Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.

LÓPEZ, J. y VALDÉS, M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Editorial Masson. Barcelona, España, 2002.

LORENTE ACOSTA, J.A. Y LORENTE ACOSTA, M. El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica. Ed. Comares. Granada, España, 1995.

LORENTE ACOSTA, M. La cara oculta de la violación: protocolo de actuación médico-forense. En: Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales. CEJ, Madrid, España, 1999.

LORENTE VALERO, M. “El Informe pericial en el proceso penal”. Estudios Jurídicos. Ministerio Fiscal VIII. Madrid 1998.

MARTÍN PALLÍN, J. “La Prueba en el Proceso Penal. I Interrogatorio de imputado y testigos”. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Madrid 1992.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. 2007.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Estado Español. Sistema de Indicadores y variables sobre la Violencia de Género sobre la que construir las base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. 2007.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Estado Español. Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer. Colección contra la violencia de género. Documentos, 2007.

Ministerio Fiscal. “Psiquiatría Forense”. Estudios Jurídicos. VII-1998.

MIRANDA ESTRAMPES, M. “La prueba de testigos en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos”. Estudios Jurídicos. Ministerio Fiscal. V-2000.

MORENO, J. “El concepto de habitualidad en el delito del art. 143 del Código Penal: aspectos procesales y sustantivos”. Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales. II. 2000. Ministerio de Justicia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centro de Estudios Jurídicos, Instituto de la Mujer. Pags. 361 a 382.

MORENO, V. Los sujetos de la denuncia. El proceso Penal. www.tiranonline.es. Organización Médico Colegial de España y Ministerio de Sanidad de España. Guía de buena práctica en abordaje en situaciones de violencia de género.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. CIE-10, Washington, EE.UU., 1995.

ORTEGA, A. ¿Electrocución sin quemadura?. Cuar. Med. Fo 14:55-58. España, 1998.

ORTEGA-MONASTERIO y COL. Psicopatología Jurídica y Forense: Promociones y publicaciones Universitarias.

OTERO, F. Aspectos legales de la psiquiatría. Ed. Drug Farma, 2007.

PAUL, L. KIRA. Crimen investigation, 2ª Edición. Ed. John Wiley and sons, USA, 1970.

PAZ RODRÍGUEZ, J. “La violencia basada en el género, una violencia diferente”. Dirección Provincial de Sevilla del Instituto Andaluz de la Mujer, Curso: “Ley de Medidas

contra la Violencia de Género” impartido por el Centro de Estudios Jurídicos el 4 y 5 de Mayo de 2006.

PAZ RUBIO, J. “La Prueba en el proceso penal”. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, España, 1992.

PÉREZ JORGE, P. La toma de muestras y la inspección ocular en los delitos sexuales. En: Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales. CEJ, Madrid, España, 1999.

PLATT, R. En la escena del crimen. Ed. Pearson educación. 2003.

POLITOFF, S. y ORTIZ, L. Texto y comentario del Código Penal Chileno, TOMO I, Libro Primero-Parte general. Editorial Jurídica de Chile, 2002.

PREPARACIÓN Y REMISIÓN DE MUESTRAS OBJETO DE ANÁLISIS POR EL INSTITUTO DE TOXICOLOGÍA. BOE 23 de diciembre de 1996.

PUEYO A. y REDONDO S. Perfil y tratamiento del maltratador familiar. En Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública, ISSN 1136-4645, N° 30. Págs. 25-36, 2004.

PÜSCHEL, K. y KOOPS E. Dismemberment and mutilation. Arch Kriminol, sep-oct; 180 (3-4):88-100, 1987.

RIVAS VALLEJO, M., GUILLERMO, L. Y BARRIOS, B. Violencia de género. Perspectiva multidisciplinar y práctica forense. Ed. Thomson – Aranzadi, 2007.

RIVES SEVA, M. “La prueba en el proceso penal. Doctrina de la Sala segunda del Tribunal Supremo”. Aranzadi Editorial.

RODES, F. y MARTI LLORET, J. Valoración médico-legal del enfermo mental. Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1998.

ROMERO COLOMA, A. La prueba pericial en el proceso penal, en Revista General de Derecho, número 537, junio 1989.

RUIZ M.P. Valoración pericial de la credibilidad del testimonio de menores abusados sexualmente. En revista “Jueces para la democracia”. N° 55. Págs. 59-67, 2006.

SELIGMAN, M.E.P. Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte. Madrid, 1981: Debate (orig. 1975).

SIMPSON, K. Medicina Forense. Ed. Expaxs. 1981.

SITUACIÓN Y ANÁLISIS DEL FEMICIDIO EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Secretaría Técnica. Agosto 2006.

SORIA, M. A. y HERNÁNDEZ J. A. El agresor sexual y la víctima. Barcelona. Marcombo Boixareu Editores, 1994.

STELLER, M. y KÖHNKEN, G. Análisis de declaraciones basado en criterios. En D. C. Raskin (Ed). Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Bilbao: Declée de Brouwer, 1994.

STUART H. JAMES. JON J. NORDBY. Forensic science. An introduction to scientific and investigative techniques. Ed. Taylor and Francis. 2º edición. 2005.

TEPLIN, L. Assessing alcohol, drug and mental disorders in juvenile detainees. Fact Sheet N° 2, 2001.

THE EVALUATION OF FORENSIC DNA EVIDENCE. National Research Council. National Academy Press. Washington DC, 1996.

TURK, E.E., PÜSCHEL, K., TSOKOS, M. Features characteristic of homicide in cases of complete decapitation. Amer. J. Fo. Med. and Pathol. 25 (1):83-86, 2004.

URRUELA, A. Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica. BBVA-Comares, 2004.

VALLEJO, J. y GASTÓ, C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Ed. Salvat, 1992.

VÁZQUEZ, C. Delincuencia Juvenil. Consideraciones penales y criminológicas. Ed. Colex, 2003.

VÁZQUEZ, J.M. Alcoholismo, personalidad y delincuencia. IV Simposium Europeo regional de la AIDSM, 1991.

WALKER, L. E. The Battered Woman Syndrome. New York: Springer, 1984.

ARTÍCULOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN RESPONSABILIDAD PENAL Y DELITOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA FISCALÍA DE CHILE:

CURIA, E. y TALADRIZ, M. Aspectos jurisprudenciales sobre el delito de amenazas en violencia intrafamiliar. Revista Jurídica del Ministerio Público N°43: 237-266, Santiago, Chile, 2010.

FERNÁNDEZ, R. Las medidas cautelares en delitos de violencia intrafamiliar y el delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°44: 239-247, Santiago, Chile, 2010.

RAMÍREZ, M. El incumplimiento de la suspensión decretada en una suspensión condicional del procedimiento en causas sobre violencia intrafamiliar y el delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°42: 255-277, Santiago, Chile, 2010.

RAMÍREZ, M. Comentario a sentencia del Tribunal Constitucional. Artículo 390 del Código Penal: convivencia. Revista Jurídica del Ministerio Público N°44: 248-277, Santiago, Chile, 2010.

RAMÍREZ, M. Comentario a sentencia de la Corte Suprema que rechaza recurso de apelación de amparo en causa sobre delito de lesiones en contexto de violencia intrafamiliar. Revista Jurídica del Ministerio Público N°45: 279-295, Santiago, Chile, 2010.

RODRÍGUEZ, R. Análisis estadístico descriptivo de los femicidios ocurridos durante el año 2007. Revista Jurídica del Ministerio Público N°35: 336-341, Santiago, Chile, 2008.

RODRÍGUEZ, R. Violencia de pareja y retractación de la denuncia: una propuesta de comprensión y análisis desde el paradigma sistémico. Revista Jurídica del Ministerio Público N°36: 241-248, Santiago, Chile, 2008.

SAN MARTÍN, M. Seriedad y verosimilitud de las amenazas, según bienes jurídicos protegidos. Revista Jurídica del Ministerio Público N°36: 249-264, Santiago, Chile, 2008.

TALADRIZ, M. Delitos cometidos en contexto de violencia intrafamiliar son de acción penal pública, siendo improcedente la extinción de ésta por perdón del ofendido. Revista Jurídica del Ministerio Público N°34: 347-348, Santiago, Chile, 2008.

TALADRIZ, M. El artículo 10 de la Ley N°20.066 no establece una condición previa de procesabilidad ni un elemento del delito de desacato. Revista Jurídica del Ministerio Público N°35: 345-350, Santiago, Chile, 2008.

TALADRIZ, M. Decisiones judiciales acerca del concepto “convivencia”. Revista Jurídica del Ministerio Público N°38: 268-288, Santiago, Chile, 2009.

TALADRIZ, M.; SAN MARTÍN, M. y RODRÍGUEZ, R. La retractación en violencia intrafamiliar y su incidencia en el sistema procesal penal. Revista Jurídica del Ministerio Público N°39: 223-243, Santiago, Chile, 2009.

TALADRIZ, M. Existencia de convivencia entre personas que cohabitan en un vagón de ferrocarriles. Revista Jurídica del Ministerio Público N°42: 285-292, Santiago, Chile, 2010.

TALADRIZ, M. y RODRIGUEZ, R. El delito de femicidio en Chile. Revista Jurídica del Ministerio Público N°46: 213-229, Santiago, Chile, 2011.

LEGISLACION:

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Convención Belem do Para”.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación, adoptada por las Naciones Unidas en Nueva York, el 18-9-1979.

Recomendación N° (99)3 del Consejo de Ministros de los Estados Miembros para la Armonización Metodológica de las Autopsias Médico-legales. CE, 1999.

Código Penal de Chile.

Código Procesal Penal de Chile.

Ley N° 20.427 publicada en el Diario Oficial el 18 de marzo de 2010, que modifica la Ley N° 20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.

Ley N° 20.480 publicada en el Diario Oficial el 18 de diciembre de 2010, que modifica el Código Penal y la Ley N° 20.066 sobre violencia intrafamiliar, estableciendo el “Femicidio”, aumentando las penas aplicables a este delito y reforma las normas sobre parricidio.

JURISPRUDENCIA

Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, de 16 de noviembre de 2009, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México.

Sentencia de la Corte Suprema, de 26 de enero de 2010, Rol N° 8467-09.

Sentencia de la Corte Suprema, de 10 de agosto de 2004, Rol 2109-2004.

Sentencia de la Corte Suprema, de 11 de agosto de 2003, Rol N° 2.662-03, Considerando 6°, letra d).

Sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 05 de octubre de 2010, Rol N° 2004-2010.

Sentencia Corte de Apelaciones de Santiago, de 03 de noviembre de 2006, Rol N°2031-2006.

Sentencia Corte de Apelaciones de San Miguel, de 05 de mayo de 1989, Rol N° 274-86.

Sentencia Corte de Apelaciones de Valparaíso, de 17 de enero de 2007, Rol N° 63-2007.

Sentencia Corte de Apelaciones de Rancagua, de 07 de abril de 2009, Rol N°89-2009.

Sentencia Corte de Apelaciones de Rancagua, de 26 de mayo de 2008, Rol N°198-2008.

Sentencia Corte de Apelaciones de Arica, de 24 de agosto de 2007, Rol N°136-2007.

Sentencia Corte de Apelaciones de Antofagasta, de 13 de mayo de 2011, Rol N° 84-2011.

Sentencia del Séptimo Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Santiago, de 02 de septiembre de 2011, RUC N° 1.100.201.011-0.

Sentencia de Décimo Juzgado de Garantía de Santiago, de 19 de noviembre de 2010, RUC: 1000245814-K.

PÁGINAS WEB

www.juntadeandalucia.es

www.mednet.org.oy/dml/bibliografic.nac

www.ujes.es/RevistaDS.

<http://geosalud.com//malpraxis/secretoprofesional.htm>

<http://gisep.artematicanet/modulos/usuarios>

www.unifr.ch/ddpl/derecho-penal.ley.htm

www.guardiaciviles.com

www.pensamientopenal.com

www.tiranonline.com

