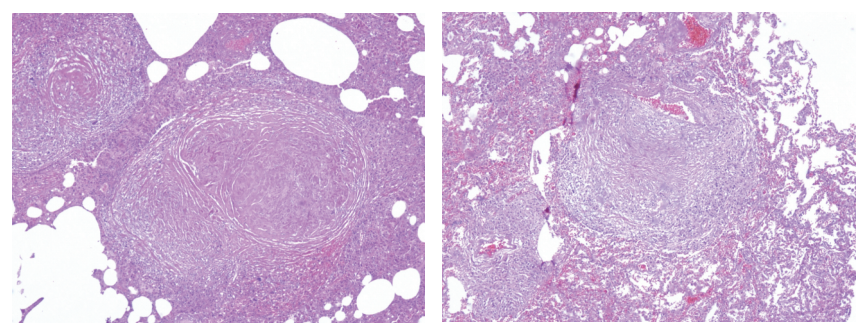
Volumen 22(1-2). Enero - Junio 2016

Cuadernos de medicina forense

Asociación de Médicos Forenses de Andalucía



Editorial M. Salguero Villadiego

Originales

Neumoconiosis por aglomerados de cuarzo: hallazgo de autopsia en un suicidio
A. Sibón Olano, E. Sánchez Rodríguez, E. Barrera Pérez, C. Martínez Sánchez, MC. Olano Acosta

Estudio de los casos reconocidos en la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) de Sevilla, durante los años 2013 y 2014
C. Llopis Giménez, I. Hernández Mancha, MI. Rodríguez García

Diagnóstico diferencial entre especies durante un levantamiento de dos cerebros. ¿Es fácil? ¿Es suficiente con un examen macroscópico?
H. Martínez Alcázar, M. Subirana Domènech, MJ. Mansilla Legorburo, J. Castellà García

Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad
JF. Lozano Oyola, M. Gómez de Terreros Guardiola, I. Avilés Carvajal, A. Sepúlveda García de la Torre

Caso clínico

El papel del impulso sexual como elemento mediador de la autoestima en un agresor sexual con múltiples parafilias
MS. Alfageme Redondo, Á. Martínez Pérez-Crespo

Formación continuada

Limitaciones de los análisis de pelo para determinar las circunstancias que atenúan o eximen de la responsabilidad criminal
C. Jurado Montoro, T. Soriano Ramón

Revisión legislativa CA. García García

Cuadernos de medicina forense

Asociación de Médicos Forenses de Andalucía

Fundada en 1995 por la A.M.F.A.

Presidente
Pablo J. Pérez Jorge

Incluida en:
Índice Médico Español
IBECS
SciELO
SCOPUS
CODEN: CMFOFA
Dep. Legal: SE-1230-95
ISSN: 1135-7606 (versión impresa)
ISSN: 1988-611X (versión electrónica)

Información:
Teléfono: 955 928 020
Fax: 955 928 023

Correspondencia:
Servicio de Patología Forense
Instituto de Medicina Legal
Ciudad de la Justicia
Fiscal Luis Portero García, 6
29010 Málaga (España)
E-mail: cuadernosmedicinaforense@hotmail.com
Web: www.cuadernosdemedicinaforense.es

Edita
ESMON PUBLICIDAD
Balmes 209, 3º 2ª. 08006 Barcelona
Tel: +34 93 2159034

Publicidad
ESMON PUBLICIDAD
Balmes 209, 3º 2ª. 08006 Barcelona
Tel: +34 93 2159034
E-mail: esmon@esmon.es

Suscripciones
E-mail: suscripciones@esmon.es

Impreso en papel libre de cloro
Printed on chlorine-free paper

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Editor jefe

Manuel Salguero Villadiego
Jefe de Servicio de Histopatología.
Director del Departamento de Sevilla del INTCF

Editores asociados

Aurora Valenzuela Garach. *Departamento de Medicina Legal. Universidad de Granada*
Valentín Ramos Medina. *Servicio de Patología Forense. IML Málaga*
María Santos Rodríguez. *Médico Forense. Servicio de Patología Forense. INTCF Sevilla*
Antonio Rico García. *Médico Forense. Jefe de Sección de Histopatología. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal de Sevilla*

Consejo editorial

Luis Concheiro Carro
Instituto de Medicina Legal. Santiago de Compostela

Alfonso Galnares Ysern
Real Academia de Medicina de Sevilla

Pedro M. Garamendi González
Servicio de Patología Forense. IML de Huelva

Eloy Girela López
Unidad de Medicina Legal y Forense. Universidad de Córdoba

Julio Guija Villa
Servicio de Psiquiatría. IML de Sevilla

Carmen Jurado Montoro
INTCF de Sevilla

Emilia Lachica López
Servicio de Clínica Forense. IML de Granada

Assumpció Malgosa Morera
Unitat d'Antropologia Biològica. Universitat Autònoma de Barcelona

Pilar Molina Aguilar
Servicio de Patología Forense. IML de Valencia

José Miguel Pena Andreu.
Departamento de Psiquiatría. Universidad de Málaga.

Agustín Sibón Olano
Servicio de Patología Forense. IML de Cádiz

Enrique Villanueva Cañadas
Departamento de Medicina Legal. Universidad de Granada

Consejo asesor

Antonio Alonso Alonso *(Madrid)*
Álvaro Arbizu Duralde *(Madrid)*
José Aso Escario *(Zaragoza)*
César Borobia Fernández *(Madrid)*
Miguel Botella López *(Granada)*
Antonio A. Cantu *(Washington, USA)*
Angel Carracedo Álvarez *(Santiago)*
Juan Luis Carrillo Martos *(Sevilla)*
José María Castilla Garrido *(Sevilla)*
Máximo Duque Piedrahita *(Bogotá, Colombia)*
Francisco Etxeberria Gabilondo *(San Sebastián)*
Angelo Fiori *(Roma, Italia)*
José G. de Freitas Drumond *(Montes Claros, Brasil)*
Pedro García Fortea *(Málaga)*
James R. Gill *(Connecticut, USA)*
Antonio Gómez García *(Madrid)*
Ignacio Gómez de Terreros *(Sevilla)*
José Manuel González Infante *(Cádiz)*
Jorge González Pérez *(La Habana, Cuba)*
Charles S. Hirsch *(New York, USA)*
Luis A. Kvitko *(Buenos Aires Argentina)*
José Vicente Lafuente Sánchez *(Bilbao)*
Amalia López Calvo *(Málaga)*
José Antonio Lorente Acosta *(Granada)*
Miguel Lorente Acosta *(Granada)*
Aurelio Luna Maldonado *(Murcia)*
Concepción Magaña Loarte *(Madrid)*
Fernando Martín Cazorla *(Málaga)*
Pedro Martínez García *(Cádiz)*
Duarte Nuno Vieira *(Coimbra, Portugal)*
José V. Pachar Lucio *(C. Panamá, Panamá)*
Antonio Palacín Forqué *(Barcelona)*
Guillermo Portero Lazcano *(Bilbao)*
José Luis Prieto Carrero *(Madrid)*
David A. Ramsay *(Ontario, Canadá)*
Antonio Rico García *(Sevilla)*
Hugo Rodríguez Almada *(Montevideo,Uruguay)*
Manuel Rodríguez Hornillo *(Sevilla)*
Ernesto Salas Herrero *(Sevilla)*
José Antonio Sánchez Sánchez *(Madrid)*
Félix Sánchez Ugena *(Badajoz)*
Ignacio M. Santos Amaya *(Málaga)*
Pilar Sanz Nicolás *(Sevilla)*
Pekka Saukko *(Turku, Finlandia)*
Mª Ángeles Sepúlveda García de la Torre *(Sevilla)*
Michael J. Shkrum *(London, Canadá)*
José Enrique Vázquez López *(Sevilla)*
Genival Veloso de França *(Paraiba, Brasil)*
Fernando Verdú Pascual *(Valencia)*
José Delfín Villalaín Blanco *(Valencia)*
Miguel A. Vizcaya Rojas *(Cádiz)*

Sumario

Editorial 5 M. Salguero Villadiego

Originales

6 **Neumoconiosis por aglomerados de cuarzo: hallazgo de autopsia en un suicidio**
Pneumoconiosis quartz agglomerates: autopsy finding of suicide
A. Sibón Olano, E. Sánchez Rodríguez, E. Barrera Pérez, C. Martínez Sánchez, MC. Olano Acosta

12 **Estudio de los casos reconocidos en la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) de Sevilla, durante los años 2013 y 2014**
Cases reports assessed by professionals of the UVIVG in Seville from 2013 to 2014
C. Llopis Giménez, I. Hernández Mancha, MI. Rodríguez García

26 **Diagnóstico diferencial entre especies durante un levantamiento de dos cerebros. ¿Es fácil? ¿Es suficiente con un examen macroscópico?**
Differential diagnosis of species during a recovery of two brains. Is it easy? Is a gross examination enough?
H. Martínez Alcázar, M. Subirana Domènech, MJ. Mansilla Legorburo, J. Castellà García

30 **Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad**
Comparison of two Victimology Profiles in a Sample of Sexually Assaulted Women Before or After Twenty Years Old
JF. Lozano Oyola, M. Gómez de Terreros Guardiola, I. Avilés Carvajal, A. Sepúlveda García de la Torre

Caso clínico

40 **El papel del impulso sexual como elemento mediador de la autoestima en un agresor sexual con múltiples parafilias**
The role of sexual drive as a regulating element in the self-esteem of a sexual aggressor with multiple paraphilia
MS. Alfageme Redondo, Á. Martínez Pérez-Crespo

Formación continuada

46 **Limitaciones de los análisis de pelo para determinar las circunstancias que atenúan o eximen de la responsabilidad criminal**
Uselessness of hair analysis to determine extenuating or exculpatory circumstances in cases related to criminal responsibility
C. Jurado Montoro, T. Soriano Ramón

Revisión legislativa 49 CA. García García

Normas de publicación 55

Cuad Med Forense 2016;22(1-2):5

Estamos comenzando un nuevo ciclo en la revista. Pretendemos que en un plazo breve de tiempo comiencen a llegar cada vez más artículos de clínica, psiquiatría y patología. Esperamos recibir trabajos de investigación que no tienen porqué ser extensos o casos que, por su originalidad, o por todo lo contrario, su frecuente aparición en nuestro quehacer diario sean atractivos para todos.

Lo mismo ocurre con la forma de abordar los casos de especial relevancia o complejidad. En muchas ocasiones, tener un procedimiento o un enfoque científico, diferente del que aplicamos a diario, puede ser enriquecedor y extraordinariamente útil a la hora de resolver este tipo de casos.

Animo a todos los médicos forenses para que escriban y publiquen artículos en la revista. Escribir un trabajo hoy no solo sirve para aprender mucho sobre el tema que tratamos. En un futuro más o menos cercano, será la herramienta principal para conseguir una buena posición cuando se desarrolle y se ponga en marcha el proyecto de la carrera profesional que se traducirá, como en otros colectivos médicos, en reconocimiento y compensación económica.

En muchísimas ocasiones un trabajo en el que se presenta de forma rigurosa un caso de los que se suelen presentar día a día es mucho más útil e interesante que otros artículos publicados en revistas de gran impacto.

M. Salguero Villadiego

Jefe de Servicio de Histopatología.
Director del Departamento de Sevilla del INTCF.

Correspondencia:
E-mail: manuel.salguero@justicia.es

Neumoconiosis por aglomerados de cuarzo: hallazgo de autopsia en un suicidio

Pneumoconiosis quartz agglomerates: autopsy finding of suicide

A. Sibón Olano[1]
E. Sánchez Rodríguez[1]
E. Barrera Pérez[1]
C. Martínez Sánchez[2]
MC. Olano Acosta[2]

[1]Médico Forense. Servicio de Patología. IML de Cádiz.
[2]Facultativo Técnico. INTCF, Sevilla.

Resumen

La silicosis sigue siendo un problema de salud actual renovado por al aumento en la demanda del uso en el hogar de encimeras de aglomerados de cuarzo en nuestro país. Dichas encimeras contienen cuarzo (sílice cristalina), provocando que dicho polvo inorgánico dé lugar a su depósito en el intersticio pulmonar de los trabajadores que no realicen las medidas de protección adecuadas en el ámbito laboral. Es trabajo de las empresas encargadas de la prevención de riesgos laborales la información de la problemática futura en la salud de aquellos que no opten por utilizar los medios de prevención, así como responsabilidad directa de los encargados de dichas empresas facilitar el material y los medios adecuados para llevarlas a cabo. Presentamos el caso de un varón cuya autopsia reveló el hallazgo casual de neumoconiosis por sílice, confirmándose con posterioridad en la entrevista con la familia que desempeñaba su trabajo en una empresa de mármol artificial y la producción de una enfermedad profesional.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar. Aglomerados de cuarzo. Silicosis.

Abstract

Silicosis is still a current health problem by the renewed increase in demand for use in the home countertops quartz agglomerates in Spain. These countertops contain quartz (crystalline silica), causing said inorganic powder from place to deposit in the lung interstitium of workers not performing the appropriate protection measures in the workplace. It is a work of the companies in charge of the prevention of labor risks the information of the future problematics in the health of those that they do not choose to use the means of prevention as well as direct responsibility of the managers of the above mentioned companies of facilitating the material and the means adapted to carry out them. We report the case of a man whose autopsy revealed the incidental finding of pneumoconiosis silica, confirming later in the interview with the family who held his job at a company producing artificial marble and an occupational disease.

Key words: Pulmonary disease. Quartz agglomerates. Silicosis.

Correspondencia:
Agustín Sibón Olano
E-mail: agustin.sibon.ius@juntadeandalucia.es

Introducción

La neumoconiosis es un término que se acuñó para describir la reacción pulmonar no neoplásica a la inhalación de polvos minerales, siendo secundarias en la gran mayoría de los casos a exposiciones laborales[1].

A principios de los años 1990, como sustituto de la piedra natural, comienzan a utilizarse aglomerados o compactos de cuarzo, un material compuesto por arenas de sílice, cuarzo, en algunos casos con presencia de cristobalita, en granulometrías variables (siempre inferiores a 4,5 mm), cementado con otros componentes (vidrios, feldespatos, colorantes, etc.) por medio de resinas de poliéster o acrílicas como elemento aglutinante para conseguir resultados de solidez y resistencia, siendo generalmente destinado su uso a ambientes interiores, principalmente encimeras de cocina y baño, solerías, aplacados y otros usos similares.

Esta inusual forma de silicosis era desconocida hasta hace poco, hasta que su incremento en trabajadores de marmolerías es puesto de manifiesto por noticias periodísticas inspiradas fundamentalmente por acciones sindicales en este campo, tanto en el norte como en el sur de nuestro país, que han provocado las primeras comunicaciones científicas, de las que nos enorgullece la realizada en Cádiz por García Vadillo *et al*.en 2010[2] en seis trabajadores de tres empresas diferentes.

La sílice es un polvo inorgánico que se desprende en la manipulación de estas encimeras de aglomerados de cuarzo (existen diferentes marcas comerciales en el comercio actual con una proporción próxima o superior al 90% de sílice cristalina (p. ej. Quarella, Silestone, Caesar Stone, Okite, Compac). La sílice cristalina o dióxido de silicio (SiO_2) es la que ocasiona la silicosis; se encuentra en la naturaleza en forma de cuarzo, cristobalita o tridimita, siendo el cuarzo el más abundante (12% de la corteza terrestre), y de ahí que la exposición a sílice sea muy frecuente[3]. Cuando las medidas preventivas para evitar su inhalación no son llevadas a cabo, las partículas menores de 5 micras no son eliminadas por los mecanismos de depuración (macrófagos alveolares) y se depositan en el pulmón, provocando dificultad respiratoria en su inicio. La progresión de la enfermedad conlleva incapacidad permanente total para el trabajo habitual y la aparición de cáncer de pulmón[4]. El macrófago acaba destruido y libera en el medio enzimas y radicales que potencian la inflamación y generan más radicales oxidantes y enzimas que no son capaces de destruir la sílice, pero sí de lesionar el propio tejido pulmonar, conduciendo a la fibrosis[5].

El RD 1995/1978, de 12 de mayo, reconoce la silicosis como enfermedad profesional y los trabajos en los que se está expuesto a la inhalación de polvo de sílice libre (minas, túneles, canteras, galerías, tallado y pulidos de rocas silicuas, trabajos en seco de trituración, tamizado y manipulación de minerales o rocas, trabajos con muelas que contengan sílice libre...)[6].

Descripción del caso

Circunstancias

Varón de 49 años de edad que es encontrado por la familia ahorcado, que lo descuelga y coloca en el suelo en decúbito supino de un garaje en un campo de labor. Recibe asistencia sanitaria por el 061, que informa que a su llegada el fallecido se encuentra en el suelo y que han cortado la cuerda. Como antecedentes médicos, referidos por la familia con posterioridad, padecía silicosis producida por haber trabajado en una empresa de mármol artificial, teniendo reconocida una invalidez permanente total. No se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar por el tiempo de evolución del fallecimiento. El médico forense que realiza el levantamiento informa de la existencia de surco de ahorcadura ascendente lateral izquierdo y congestión cervicofacial.

Hallazgos de la autopsia

La autopsia completa del fallecido se realizó a las 12 horas del fallecimiento. En el examen externo se evidenció que el fallecido era un varón blanco de constitución robusta. Presentaba surco de ahorcadura duro de 2,5 cm, correspondiente a ahorcadura típica y simétrica anterior en equivalencia al lazo utilizado (cuerda trenzada), que se encontraba por encima de la laringe, con dirección oblicua ligeramente transversal en dirección al nudo y el hemicuello lateral izquierdo, con cianosis cervicofacial. No se hallaron otras lesiones externas de origen violento.

En el examen interno se apreció infiltrado hemático en la musculatura intercostal precordial a consecuencia del intento de reanimación cardiaca por la persona que encontró el cuerpo, que lo manifiesta tras la autopsia al ser preguntado por el forense que realiza la autopsia. A nivel cervical no se evidenció línea argentina, pudiendo estar condicionado por una suspensión corta. La disección de partes blandas musculares puso de manifiesto equimosis de diverso tamaño de carácter vital localizadas en la musculatura prelaríngea, junto con equimosis retrofaríngea

Figura 1.
Nódulos silicóticos en la superficie pulmonar.

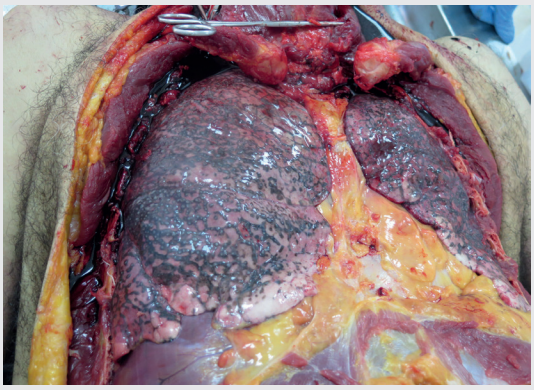


Figura 2.
Nódulos silicóticos en la superficie pulmonar.

Figura 3.
Nódulo silicótico (relación con un vaso).

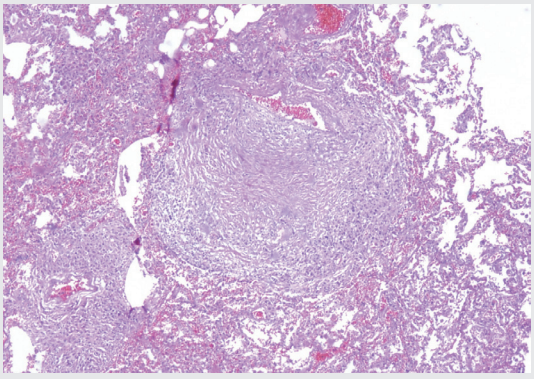
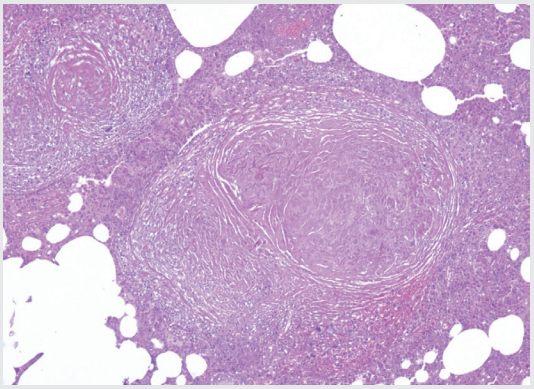


Figura 4.
Nódulos silicóticos con disposición en hojas de cebolla.



de Brouardel en la región posterior de la faringe a consecuencia de la presión sobre esta de la base de la lengua empujada hacia atrás por el lazo. No se apreciaron infiltrados hemorrágicos en las carótidas ni en las yugulares.

A la apertura de la cavidad torácica se observó la presencia de múltiples depósitos silicóticos con formación de nodulaciones de 1 a 3 mm en la superficie pulmonar, y tras su sección se visualizó a su vez en el parénquima pulmonar (Figuras 1 y 2).

El resto de los órganos se encontraban congestivos y sin patología macroscópica de interés.

Examen histológico

Se procedió a la remisión para estudio histológico de muestras de pulmón. Macroscópicamente se observó una superficie externa de coloración marrón-rojiza con consistencia compacta y múltiples nódulos milimétricos pálidos y de consistencia firme, mientras que en el estudio microscópico se detectó parénquima pulmonar muy alterado, destacando la presencia de nódulos diseminados, formados por tejido fibroso denso, acelular, hialinizado, con disposición típica en hojas de cebolla (Figuras 3 y 4) y rodeados por células plasmáticas, linfocitos y macrófagos, cargados de pigmento negruzco, paredes alveolares elongadas e incluso rotas, y espacios muy dilatados con alveolos ocupados por material grumoso, acelular, eosinófilo y de aspecto proteináceo, que correspondía a líquido de edema, junto con adenopatías perihiliares con cambios inflamatorios inespecíficos.

El diagnóstico histopatológico fue de silicosis, enfisema, edema y linfadenitis inespecífica.

Hallazgos toxicológicos

Se envió una muestra de sangre para su análisis toxicológico, encontrándose en la misma benzoilecgonina (1,49 mg/l) y trazas de cocaína.

Discusión

Se presenta el caso de un varón cuyo fallecimiento fue a consecuencia de ahorcadura suicida, encontrándose como hallazgo durante la autopsia la existencia de una neumoconiosis originada por silicosis. En la posterior entrevista con los familiares, se informó de que el fallecido trabajaba con placas de aglomerados de cuarzo, cuyo compuesto principal es la sílice en una concentración del 70% al 90%.

Las neumoconiosis por polvos minerales (carbón, sílice, amianto y berilio) casi siempre son secundarias a exposiciones laborales[1]. La silicosis es el prototipo de enfermedad pulmonar provocada por inhalación de polvos minerales. Las partículas de sílice son inhaladas y las de mayor tamaño se depositan en el tracto respiratorio superior, y son expulsadas a través del sistema mucociliar. Las que alcanzan el epitelio de los bronquiolos respiratorios pasan al intersticio adyacente, donde se depositan en el interior de los macrófagos y ocasionan una reacción inflamatoria con fibrosis[7]. Las partículas menores de 5 micras llegan al alveolo y pueden ser aclaradas, mientras que otras son fagocitadas.

El periodo de latencia hasta la aparición de la sintomatología es variable, dependiendo de la intensidad de la exposición y de la susceptibilidad del individuo, presentando además como peculiaridad que la silicosis puede aparecer y evolucionar tras el cese de la exposición a sílice[4]. Existe probada evidencia de que la inhalación de partículas de sílice cristalina produce silicosis, con una clara relación entre exposición y respuesta, tanto en exposición por dosis acumulativa (en años) como en la concentración de la exposición, siendo característico el desarrollo de un tiempo de latencia prolongado entre la exposición al agente causal y la aparición de la sintomatología o el diagnóstico de la enfermedad[8]. Se caracteriza por ser una patología pulmonar intersticial difusa que presenta manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales respiratorias comunes, que afectan a la estructura alvéolo-intersticial, a la pequeña vía aérea y a la vasculatura pulmonar[9].

La silicosis fue regulada en el ámbito laboral por Orden de 12 de enero de 1963 por la que se aprobaron las normas reglamentarias de carácter médico por las que se rigieron los reconocimientos, el diagnóstico y la calificación de las enfermedades profesionales, quedando recogida como enfermedad causada por agentes animados y definiéndose los cuadros clínicos con derecho a reparación por el Seguro, las normas para el reconocimiento previo al ingreso en labores con riesgo profesional asbestósico, así como las normas para los reconocimientos periódicos y las normas para el diagnóstico de la asbestosis, así como para la calificación de la capacidad[10].

El aglomerado de cuarzo es una superficie de cuarzo destinada a ambientes interiores (encimeras de cocina y baño, solería). No se contempla riesgo asociado al Silestone salvo en las operaciones de mecanizado, pudiendo generarse polvo con sílice cristalina respirable que provoca daños en los pulmones, como la silicosis. A modo de ejemplo, la marca Silestone está compuesta por minerales inorgánicos (85-95%), como sílice (70-90%), cuarzos, cristobalita, vidrios y otros, poliéster (5-15%), pigmentos y aditivos. Para su manipulación deben utilizarse equipos de protección individuales, tales como casco, calzado de seguridad, gafas de seguridad y guantes durante las operaciones de manipulación y almacenamiento, recomendándose que se usen herramientas refrigeradas por agua para evitar la formación de ambientes pulverulentos. Los límites de exposición laboral en mg/m^3/8 horas de TWA-polvo respirable se muestran en la Tabla 1[11].

Polvo fracción respirable	3 mg/m^3
Cuarzo (sílice libre)	0,1 mg/m^3
Cristobalita	0,05 mg/m^3

Tabla 1.
Valores límite de exposición diaria[11].

La bajada del valor límite diario de exposición a sílice cristalina respirable (VLA-ED) de los actuales 0,1 mg/m^3 a 0,05 mg/m^3 (tal como recomienda la *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* - ACGIH) es una labor ardua, en la que el Departamento Técnico del Instituto Nacional de Silicosis lleva tiempo trabajando.

Una exposición prolongada al polvo derivado de las operaciones de corte y elaborado, sin utilizar las medidas de protección adecuadas, puede causar graves daños en la salud, incluidas neumoconiosis como la silicosis, así como un empeoramiento de otras enfermedades pulmonares. Entre las medidas de control se encontrarían evitar o minimizar la generación de polvo y el paso de polvo al ambiente, señalizar y delimitar las zonas de riesgo, el control periódico de la concentración ambiental de sílice cristalina respirable, sistemas de ventilación, limpieza por aspiración y/o agua, utilizar protección respiratoria según normativa, protección de manos, protección ocular, protección cutánea, limpieza de ropa de trabajo por aspiración, no comer ni beber en el lugar de trabajo, cambiarse la ropa de trabajo y asearse antes de comer, y abandonar el trabajo y establecer un sistema de vigilancia de salud[11].

La silicosis es una neumoconiosis que ha aumentado en los últimos años debido al mayor empleo de compuestos de sílice. Los trabajadores expuestos a la manipulación de encimeras de cocina y sanitarios de conglomerados artificiales de cuarzo, como el Silestone, y al lavado de tejido vaquero con arena de sílice, representan la población diana de los casos de silicosis[7].

El patrón de la silicosis son los nódulos silicóticos, que macroscópicamente, en sus estadios iniciales, se identifican como nódulos minúsculos bien delimitados y de diverso color, de pálido a ennegrecido. Microscópicamente se reconocen por fibras de colágeno hialinizadas dispuestas concéntricamente alrededor de un centro amorfo en típico "aspecto en remolino"[12].

Existen sentencias condenatorias a consecuencia de deficiencias en la prevención de riesgos laborales[13] en relación a la no utilización de máquinas de corte con agua para evitar la dispersión del polvo de sílice, siendo el resultado la declaración de incapacidad permanente total para su oficio por enfermedad profesional del personal que estuvo expuesto en su trabajo al polvo de sílice (aglomerados de cuarzo). En la provincia de Cádiz también se han encontrado casos de silicosis a consecuencia de escasos medios en la prevención de riesgos laborales[14], siendo la prensa escrita la encargada de comunicar el aumento de casos y procediéndose a la investigación de los mismos desde julio de 2009 a febrero de 2010 en el Hospital Universitario de Puerto Real de Cádiz, para llegar a la conclusión de la existencia de un aumento de casos de silicosis por exposición a sílice en industrias dedicadas a piedras sintéticas ornamentales[2], lo que originó que, en Córdoba, la Junta de Andalucía optara por reforzar la inspección en las empresas que transforman materiales de cuarzo para reforzar la prevención de la silicosis[15].

No son casos aislados, pues en Gernika también se detectó la existencia de silicosis en seis trabajadores de una empresa de marmolería, de un total de once empleados[16].

El aumento de los casos de silicosis a consecuencia del uso de compuestos aglomerados de cuarzo lleva a plantear el mal uso de las medidas de protección obligatorias en el ámbito laboral, así como la deficiencia en el traslado por parte de la vigilancia a la salud de los trabajadores del riesgo que supone la ausencia de su uso.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Maitra A. Enfermedades ambientales. En: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, editores. *Patología humana.* 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 265-306.
2. García Vadillo C, Gómez JS, Morillo JR. Silicosis en trabajadores de conglomerados de cuarzo. *Arch Bronconeumol.* 2011;47(1):53-4.
3. Martellosio V, Scafa F, Colombi R. Silicoasbestosi: presentazione di tre casi clinici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*. 2007;29(3):735-6.
4. Martínez C, Quero A, Isidro I, Rego G. Enfermedades pulmonares profesionales por inhalación de polvos inorgánicos. *Med Hum.* 2001;61:34-9.
5. Mossman BT, Churg A. Mechanisms in the pathogenesis of asbestosis and silicosis. *Am J Resp Crit Care Med.* 1998;157(5):1666-80.
6. BOE. (Consultado el 22/12/2014.) Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-21849
7. González Vázquez M, Trinidad López C, Castellón Plaza D, Calatayud Moscoso Del Prado, J, Tardáguila Montero F. Silicosis pulmonar: hallazgos radiológicos en la tomografía computarizada. *Radiología.* 2013;55(6):523-32.
8. Bermúdez JA, de Miguel Díez J. *Enfermedades pulmonares intersticiales difusas.* Madrid: Ergon; 2008.
9. Xaubet A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez Becerra E, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. *Arch Bronconeumol.* 2003;39(12):580-600.
10. BOE. Orden de 12 de enero de 1963 por la que se aprueban las normas reglamentarias de carácter médico por las que se han de regir los reconocimientos, diagnóstico y calificación de las enfermedades profesionales. (Consultado el 26/12/2014.) Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1963/03/13/pdfs/A04218-04227.pdf
11. Silestone. Ficha de Datos de Seguridad. 2013. (Consultado el 22/12/2014.) Disponible en: http://www.silestone.es/wp-content/uploads/2013/12/ficha-de-datos-de-seguridad-silestone_es.pdf
12. Maitra A, Kumar V. El pulmón y el aparato respiratorio superior. En: Kumar V, Abbas Abul K, Aster J, editores. *Patología humana.* 9ª ed. Madrid: Elsevier; 2012. p. 453-508.
13. Periódico Digital de la Industria de la Piedra. Condenan a dos marmolerías vascas a indemnizar a un marmolista por silicosis. 2014. (Consultado el

3/12/2014.) Disponible en: http://www.focuspiedra.com/condenan-a-dos-marmolerias-vascas-a-indemnizar-a-un-marmolista-por-silicosis/

14. Diario de Cádiz. La silicosis ha afectado a casi una veintena de trabajadores de Pelagatos. 2011. (Consultado el 3/12/2014.) Disponible en: http://www.diariodecadiz.es/article/chiclana/986996/la/silicosis/ha/afectado/casi/una/veintena/trabajadores/pelagatos.html
15. Junta de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. La Junta inspeccionará 59 empresas que transforman materiales de cuarzo para prevenir la silicosis. 2013. (Consultado el 3/12/2014.) Disponible en: http://juntadeandalucia.es/organismos/economiainnovacioncienciayempleo/actualidad/noticias/detalle/81993.html
16. Gorospe P. La silicosis se enreda en Gernika. 2011. (Consultado el 3/12/2014.) Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/05/29/paisvasco/1306698004_850215.html

Estudio de los casos reconocidos en la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) de Sevilla, durante los años 2013 y 2014

Cases reports assessed by professionals of the UVIVG in Seville from 2013 to 2014

C. Llopis Giménez[1]
I. Hernández Mancha[2]
MI. Rodríguez García[3]

[1]Licenciada en Medicina. Médico Forense y Coordinadora de la UVIVG de Sevilla.
[2]Licenciada en Medicina. Médico Forense de la UVIVG de Sevilla.
[3]Licenciada en Medicina y Cirugía. Médico Forense de la UVIVG de Sevilla.

Resumen

En la presente investigación, llevada a cabo por la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género de Sevilla (UVIVG), a lo largo de los años 2013 y 2014, se han incluido aquellos casos en los que se ha explorado la existencia de situaciones de violencia en la pareja, llegando a elaborar 562 informes. Dichos informes dan respuesta a las periciales solicitadas por jueces y magistrados, y en ellos se han valorado diferentes variables (edad, sexo, estudios, situación sociolaboral, raza, etc.) que tienen influencia en los comportamientos y respuestas dados por denunciantes y denunciados. Los resultados más elocuentes del estudio han sido el alto porcentaje de casos valorados como conflictividad de pareja, muy por encima de los casos valorados como violencia de género y maltrato, así como el alto porcentaje de las personas españolas y en trámites de separación, por encima de los extranjeros y parejas que mantienen sus relaciones en el momento de la denuncia. De las patologías emocionales más frecuentes que se observan en las mujeres afectas de las situaciones estudiadas tenemos la sintomatología ansiosa y depresiva, y han sido escasos los casos en que se ha valorado la existencia de secuelas psicológicas que impidan la realización de su vida cotidiana. La violencia de género, o cualquier tipo de maltrato en sus formas posibles, no elude a ninguna condición social, económica, cultural, etc. Sí se relacionan ciertas situaciones de trastorno metal y consumos de sustancias con conductas de marcada conflictividad.

Palabras clave: Asimetría. Conflictiva. Valoración. Informes. Violencia de género.

Abstract

This study has been developed by UVIVG Seville, over the years 2013 and 2014. It includes those cases where the professionals of UVIVG have explored the existence of violence situations inside the couple. These professionals have elaborated 562 reports. The reports content the results of the expert investigations asked by the judges. The professionals have dealt different variables in the reports, as age, gender, socio-labour situation, race, etc., which influence over the behavior of the plaintiff and the defendant, and their given answers. The main results of this study have been the highest percentage of cases valuated as couple conflict, comparing with the cases considered as gender violence and maltreatment. Moreover, the study shows that the gender violence occurs more often in Spanish people than in foreigners, and during the process separation than in the stable couple situations. The most frequent emotional pathologies observed in women, who have been affected by the analyzed situations, are the anxiety and depressive symptoms. The existence of psychological aftermath, that impede their normal daily life, were analyzed in few cases. The gender violence or any other possible type of violence took place in every group, without differences between social, economic and social conditions, among others. However, certain mental derangements and narcotic consumption are closely related to conflictual behaviour.

Key words: Asymmetry. Couple conflict. Valuation. Reports. Gender violence.

Correspondencia:
Celia Llopis Giménez
E-mail: cellogim@hotmail.com

Introducción

Según Stalans y Ritchie[1], la violencia contra la pareja es un serio problema social y de salud pública. Cada año se producen aproximadamente 5,9 millones de agresiones físicas, 1 millón de delitos graves y 876.000 secuestros contra las mujeres en los Estados Unidos, siendo la mayoría de dichos delitos causados por sus parejas. La violencia contra la pareja tiene una prevalencia elevada en los Estados Unidos, de manera que, según afirman Oberlteiner *et al*.[2], una de cada cuatro mujeres es víctima de ella.

Dicho panorama no dista mucho del de nuestro país, donde la cifra de denuncias por malos tratos y de mujeres muertas a manos de sus parejas pone de manifiesto la persistencia del problema. Según los datos de los informes anuales del Observatorio Estatal de Violencia de Género[3] y del Informe de Magnitudes en Materia de Violencia de Género[4], podemos decir que ha habido una oscilación en la cifra de denuncias, pasando de 47.165 denuncias en el año 2002 a 142.124 en 2008 (la mayor cifra registrada), disminuyendo levemente a 126.742 en 2014, cifra que prácticamente triplica la primera. A pesar del gran número de denuncias que se interponen, Labrador *et al*.[5] afirman que dicha cifra sería aún mayor si todas las mujeres que en España sufren malos tratos denunciaran, ya que un 20-25% no reconocen que estén sufriendo esa situación y no denuncian por motivos como miedo o vergüenza, entre otros.

La cifra de víctimas mortales a manos de sus parejas o exparejas ha oscilado entre 71 mujeres en 2003 y 54 en 2014, sumando un total de 766 en los últimos 12 años. Según datos aportados por el Observatorio de Violencia de Género[4], únicamente habían denunciado un 28,1% de dichas víctimas (cifras correspondientes al periodo comprendido entre los años 2006 y 2010).

A pesar de ser un problema que afecta a todos los estamentos de las sociedades de todos los países, en nuestra sociedad la mayoría de los ciudadanos (62,7%) sigue pensando que este "tipo de violencia" preocupa sobre todo a las mujeres, y solo una minoría significativa (35,8%) cree que la violencia de género es un problema compartido ya entre ambos sexos (datos aportados por el Observatorio Estatal de Violencia de Género)[4]. Dichos resultados, a nuestro entender, indican que la violencia de género sigue encubriéndose cotidianamente en el ámbito de lo privado, y que sería la educación temprana el principal modo de prevención y lucha para tratar de modificarlos. Valoramos que, para ser conscientes del problema que nos ocupa, en primer lugar es necesario entender el concepto de violencia de género y sus características particulares, que la diferencian de otros tipos de violencia.

La *violencia de género* es una violencia consciente e intencional, continuada, que incluye cualquier acto o intención dirigido 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. Dicho comportamiento supone una agresión a los derechos humanos que, por acción o inhibición, va a originar un daño físico, sexual o psicológico[6-9]. Una de las principales características que la diferencian de otros tipos de violencia es que, en este caso, la violencia no es la finalidad en sí, sino el instrumento que se emplea para terminar con la libertad de la mujer y conseguir la obediencia, el dominio y el sometimiento que el hombre desea[10-12].

A pesar de que la violencia contra la mujer se considera una violación de los derechos humanos, aprobado en el II Congreso Mundial por los Derechos Humanos de 1993, más de 20 años después la violación de tales derechos sigue siendo una práctica diaria en la actualidad en todas las sociedades y culturas. Por ello se crean en el año 2002 el Observatorio Estatal y en 2010 el Observatorio Europeo de Violencia de Género, ambos con la finalidad de velar contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres[13]. Del mismo modo, en el año 2004 se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género[8], que es la ley que en la actualidad se ocupa de las cuestiones relacionadas con materia de violencia de género. Parte de las medidas propuestas en dicha ley requieren la participación de la Administración de Justicia, tanto por su acción punitiva ante los hechos delictivos como por la protección que pueda ofrecer a las víctimas, siendo esta ley la que crea los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, así como las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG).

El objetivo principal del presente trabajo es tratar de seguir poniendo de manifiesto la envergadura del problema que supone la violencia de género en nuestra sociedad, así como mostrar los resultados del trabajo que se realiza en la UVIVG de Sevilla (formada por tres médicos forenses, dos psicólogas y una trabajadora social). Del mismo modo, se ha tratado de valorar posibles factores de riesgo (como analfabetismo, desempleo, consumo de sustancias de adicción, etc.) asociados al empleo de dicha violencia.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo de los resultados de los casos reconocidos y de los informes emitidos en la UVIVG de Sevilla desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014. Los datos se han obtenido de las entrevistas realizadas en la práctica diaria de nuestro trabajo. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS (Versión 17.00 para Windows).

En nuestra Unidad se valoran por separado tanto mujeres que han interpuesto denuncia por violencia de género como hombres denunciados, previa solicitud de nuestra valoración, en aquellos casos en los que el juzgado que tramita el procedimiento lo considere oportuno.

La finalidad de los reconocimientos rutinarios en las distintas UVIVGs se centra en cumplimentar la pericial solicitada por el juez, consistente principalmente en valorar la posible existencia de violencia de género, de situación compatible con malos tratos o con conflictividad de pareja, conclusiones que se explicarán a continuación.

De cada uno de los casos se han estudiado las siguientes variables: conclusiones del informe, casos en los que han intervenido las psicólogas y la trabajadora social de la Unidad (intervienen dependiendo del objeto pericial solicitado), datos sociobiográficos (edad, lugar de nacimiento, etnia, estado civil, hijos, nivel de estudios y situación laboral), existencia de posibles trastornos clínicos y su especificación (según el eje I del DSM-IV-TR)[14], existencia de rasgos o trastornos de personalidad y retraso mental (eje II del DSM-IV-TR)[14], existencia de enfermedades médicas (eje III del DSM-IV-TR)[14], problemas psicosociales y ambientales (eje IV del DSM-IV-TR)[14], existencia de discapacidad, consumo de sustancias de adicción y posible relación con la violencia ejercida, juego patológico y antecedentes penales.

Consideramos de interés proceder a explicar las conclusiones de los informes emitidos, basándose en la pericial solicitada por jueces y magistrados. Antes de ello, sería importante aclarar que, en el ámbito penal y en las UVIVGs, el concepto de "víctima" es más restrictivo que el expuesto en la introducción. No abarca a todas las mujeres, sino a las que mantengan o hayan mantenido relación de matrimonio o análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, con el supuesto agresor. En un mismo informe se van a poder incluir varias de las conclusiones que procedemos a exponer:

- Situación compatible con *violencia de género,* lo que implicaría una relación de *asimetría,* tal como viene indicado en la propia definición de violencia de género que se ha expuesto en la introducción.
- Situación compatible con *maltrato* en la pareja. Se caracteriza por el empleo de violencia física o psicológica por parte del investigado, pero no como medio instrumental para obtener el dominio y la sumisión de la demandante, sino empleando la violencia como fin en sí misma. Ejemplos podrían ser el uso de la violencia en el contexto del consumo de sustancias adictivas, de características de personalidad del investigado/hombre denunciado o de patología psiquiátrica en el mismo. En estos casos hay empleo de violencia, pero no hay conductas de género y el empleo de la misma no forma parte de los condicionantes socioculturales.
- Situación de *conflictividad de pareja,* en la que se produce discrepancia de opiniones entre las partes de la pareja, que generan disputas, tensiones o situaciones de falta de respeto o de agresividad verbal y física, que pueden incluso ser mutuas, en una situación de igualdad de género o simetría. En caso de que las agresiones verbales o físicas fueran mutuas, incluiría situaciones de *violencia cruzada,* tal como se ha concluido en los informes. En dichas relaciones puede haber deseo por ambas partes de poner fin a la relación, desaparición de afecto y reacciones simétricas de sufrimiento y de alteración del ritmo de vida, que incluso pueden influir de forma negativa en la salud.
- Situación compatible con *vivencia de víctima,* en la que la denunciante siente y valora que está sufriendo una situación de violencia, aunque lo que nos transmite en la entrevista no se corresponda con su percepción de la realidad. Dicha situación se podría dar en casos en los que hay trastornos de la personalidad, enfermedad mental o alteración del estado anímico o emocional de la denunciante.
- *Secuelas psíquicas:* indican la existencia de lesiones psíquicas o síntomas psicopatológicos que padecen las mujeres como consecuencia de la violencia sufrida, que requieren tratamiento y que suponen un impedimento para la realización de sus ocupaciones habituales.
- *Imputabilidad* o valoración de la responsabilidad criminal, en la que hay que valorar si el sujeto posee intactas sus capacidades de obrar o conocer, o por el contrario están afectadas o anuladas (semiimputable o no imputable).
- *Peligrosidad* del investigado o valoración del riesgo de que se puedan producir nuevas agresiones.

– *Credibilidad del testimonio:* a grandes rasgos, se evaluará y analizará la congruencia emocional (si el afecto es adecuado a lo relatado), la memoria de lo percibido (realmente ocurrido) y lo imaginado (no se ha vivenciado), y si la información ofrecida durante la entrevista es consistente y coherente. No obstante, hay que recalcar que en la actualidad no existen instrumentos psicológicos que nos permitan valorarla en los adultos de manera indubitada, por lo que debe considerarse como un elemento de apoyo y no como una herramienta única[15]. Cuando aparece la presente conclusión en los informes, la exploración y el estudio de la misma han sido realizados por las psicólogas de nuestra Unidad.

Resultados

Durante el año 2013, las médicas forenses de nuestra Unidad han reconocido un total de 531 mujeres, 409 hombres y 35 hijos de las parejas exploradas (975 reconocimientos), y se han emitido un total de 583 informes. Constan 472 inasistencias. A lo largo del año 2014 se han reconocido 451 mujeres, 333 hombres y 42 hijos (826 reconocimientos). Se han emitido 528 informes y constan 303 inasistencias. En los informes se han valorado la existencia de malos tratos, la imputabilidad, el estado mental y las lesiones físicas, fundamentalmente. De las cifras señaladas, en el presente estudio, se han tenido en cuenta para la realización del mismo únicamente los casos en los que se ha solicitado estudio de la pareja al completo para valoración de malos tratos, excluyéndose el resto de informes o valoraciones (lesiones físicas). Por tanto, para la presente investigación se han incluido los siguientes datos: durante el año 2013 se han reconocido un total de 286 mujeres y 303 hombres, emitiéndose un total de 317 informes, y en el año 2014 se han reconocido 232 mujeres y 222 hombres, con un total de 245 informes. Los informes elaborados han sido el resultado de la valoración conjunta de denunciante e investigado en algunos casos, y en otros solo de uno de ellos, pronunciándonos sobre más de una de las anteriores conclusiones expuestas.

Conclusiones

De los resultados obtenidos en las conclusiones (Tabla 1), destaca el elevado porcentaje de casos en los que se ha valorado la existencia de una situación compatible con conflictividad de pareja, próxima a un 60% en todos ellos. Dicha cifra desciende de manera considerable cuando se concluye situación compatible con violencia de género (entre un 20% y un 25%). Resulta llamativo el escaso porcentaje de mujeres que presentan secuelas psíquicas (entre el 3% y el 4,5%), lo que comentaremos con posterioridad.

Es igualmente escaso el porcentaje de hombres en el año 2013 (10,2%) que presentan patología psiquiátrica que les incapacita o limita para comprender la ilicitud de sus hechos. Dicho porcentaje desciende de manera drástica a un 2% aproximadamente en el año 2014.

Datos sociobiográficos

En la Tabla 1 podemos ver que las mujeres estudiadas durante el año 2013 han sido 286, con edades comprendidas entre los 16 y los 81 años, con una media de 48,5 años, y que las mujeres estudiadas durante el año 2014 han sido 232, con edades comprendidas entre los 14 y los 82 años, con una media de 48 años. En ambos grupos es mayor el porcentaje de mujeres víctimas entre los 31 y los 40 años de edad.

Los hombres estudiados durante el año 2013 han sido 303, cuyas edades se encuentran entre los 19 y los 87 años, con una media de 53 años, y en el año 2014 han sido 222, con edades entre los 19 y los 85 años, con una media de 52 años.

Únicamente un escaso porcentaje de las víctimas y de investigados no son españoles, predominando el grupo de población de origen iberoamericano.

La mayoría de los sujetos (tanto hombres como mujeres) se encuentran separados, divorciados o en trámite (entre un 49% y un 52%), pero destaca el porcentaje, aunque ínfimo, de mujeres que permanecen en convivencia con el agresor. En torno a un 85% a 90% de las personas exploradas tienen hijos, siendo la mayoría de ellos de la pareja denunciante o denunciada.

Destaca el escaso nivel educativo o cultural de todos los sujetos explorados, habiendo abandonado la mayoría de ellos los estudios tras finalizar la enseñanza obligatoria. No obstante, es mayor el porcentaje de mujeres que presenta estudios superiores y que continúa estudiando en el momento de su reconocimiento. Resulta llamativa la igual tasa de desempleo en hombres y mujeres (en torno al 45%), sumando a dicha cifra la tasa de mujeres que trabajan en casa (10%); circunstancia que es prácticamente inexistente en los hombres.

Tabla 1.
Análisis descriptivos y comparativos de los datos sociodemográficos, y conclusiones del informe en función del año y el sexo.

Variables		Año 2013		Año 2014	
		Ella, N = 286 n (%)	Él, N = 303 n (%)	Ella, N = 232 n (%)	Él, N = 222 n (%)
Conclusiones informes médico-forenses					
	Violencia de género/asimetría	62 (21,9)	58 (19,14)	57 (24,5)	48 (21,6)
	Maltrato	23 (8)	21 (7)	32 (13,7)	29 (13)
	Conflictividad	174 (60,8)	178 (58,7)	131 (56,5)	127 (57)
	Violencia cruzada	21 (7,3)	20 (6,6)	19 (8,18)	19 (8,5)
	Vivencia víctima	18 (6,3)	1 (0,33)	20 (8,6)	3 (1,35)
	Secuelas psíquicas	13 (4,5)	-	7 (3)	2 (0,9)
	Imputable	-	74 (24,42)	-	73 (32,9)
	No imputable	-	16 (5,2)	-	3 (1,35)
	Semiimputable	-	15 (5)	-	4 (1,8)
	Peligrosidad del investigado	-	11 (3,6)	-	9 (4)
	Consumo alcohol	26 (9)	137 (45,2)	8 (3,4)	76 (34,2)
	Credibilidad testimonio	6 (12)	4 (8,16)	9 (15,8)	3 (5,6)
Casos valorados por equipo psicosocial					
	Sí	50 (17,5)	49 (16,1)	57 (24,5)	54 (24,4)
	No	236 (82,5)	254 (83,9)	175 (75,5)	168 (75,6)
Variables		**N = 50 n (%)**	**N = 49 n (%)**	**N = 57 n (%)**	**N = 54 n (%)**
Motivo de dicha valoración					
	Para completar información	30 (60)	30 (61,2)	30 (52,6)	33 (61,1)
	Credibilidad testimonio	6 (12)	4 (8,16)	9 (15,8)	3 (5,6)
	Relaciones paternofiliales	12 (24)	13 (26,5)	11 (19,3)	11 (20,4)
	Estudio sociofamiliar	2 (4)	2 (4,1)	7 (12,3)	7 (12,3)
Variables		**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Edad	14-15	0	0	1 (0,43)	0
	16-17	1 (0,35)	0	1 (0,43)	0
	18-20	7 (2,44)	2 (0,67)	7 (3)	5 (2,25)
	21-30	60 (21)	43 (14,2)	49 (21,1)	36 (16,2)
	31-40	99 (34,6)	84 (27,7)	73 (31,5)	60 (27)
	41-50	75 (26,2)	107 (35,3)	69 (29,7)	76 (34,2)
	51-60	27 (9,5)	33 (10,9)	22 (9,5)	23 (10,4)
	61-70	12 (4,2)	20 (6,6)	5 (2,1)	12 (5,4)
	71-80	4 (1,4)	10 (3,3)	3 (1,3)	5 (2,25)
	81-84	1 (0,35)	3 (1)	2 (0,86)	4 (1,8)
	85-87	0	1 (0,33)	0	1 (0,45)
Lugar de nacimiento					
	Sevilla	230 (80,4)	233 (76,9)	174 (75)	168 (75,7)
	Andalucía	12 (4,2)	25 (8,25)	13 (5,6)	17 (7,65)
	Resto España	20 (6,7)	23 (7,6)	22 (9,5)	20 (9)
	Otro país	24 (8,4)	22 (7,26)	13 (5,6)	17 (7,65)
Etnia					
	Caucásica	261 (91,2)	276 (91)	207 (89,2)	199 (89,6)
	Gitana	3 (1)	6 (1,98)	3 (1,3)	3 (1,35)
	Centroeuropea	6 (2,1)	5 (1,6)	5 (2,1)	5 (2,25)
	Africana	1 (0,35)	2 (0,66)	1 (0,43)	2 (0,9)
	Árabe	6 (2,1)	8 (2,64)	4 (1,72)	4 (1,8)
	Latina	9 (3,2)	6 (1,98)	12 (5,2)	9 (4,05)

(continúa)

Estado civil					
	Solteras/os	87 (30,4)	86 (28,4)	84 (36,2)	68 (30,6)
	Casadas/os	53 (18,5)	67 (22,1)	25 (10,7)	36 (16,2)
	Viudas/os	3 (1)	0	1 (0,43)	2 (0,9)
	Separados/divorciados	51 (17,8)	56 (18,5)	40 (17,3)	44 (19,8)
	Trámites divorcio/separación	90 (31,5)	93 (30,7)	79 (34)	72 (32,5)
	Conviven con denunciado	2 (0,7)	1 (0,33)	3 (1,3)	0
Hijos					
	Pareja denunciada	212 (74,1)	227 (74,9)	161 (69,4)	146 (65,3)
	Pareja posterior	3 (1)	1 (0,33)	1 (0,43)	1 (0,45)
	Ningún hijo	33 (11,5)	39 (12,87)	31 (13,4)	37 (16,6)
	Pareja anterior	16 (5,6)	14 (4,62)	18 (7,75)	14 (6,3)
	Relación anterior, posterior y/o denunciada	22 (7,7)	22 (7,26)	21 (9)	24 (10,8)
Estudios					
	Analfabeto	12 (4,2)	8 (2,64)	9 (3,87)	11 (5)
	Sabe leer-escribir	73 (25,5)	90 (29,7)	42 (18,1)	50 (22,5)
	Primarios	109 (38,1)	126 (41,6)	89 (38,3)	84 (37,8)
	Medios	52 (18,2)	51 (16,8)	61 (26,3)	53 (23,9)
	Superiores	40 (13,4)	28 (9,24)	31 (13,4)	24 (10,8)
Situación laboral					
	Activo	90 (31,5)	103 (33,4)	80 (34,5)	90 (40,5)
	Baja	10 (3,5)	13 (4,3)	11 (4,74)	7 (3,15)
	Parado	129 (45,1)	137 (45,2)	106 (45,7)	91 (41)
	Jubilado	1 (0,35)	22 (7,26)	4 (1,72)	14 (6,3)
	Ama de casa	31 (10,8)	2 (0,66)	21 (9)	2 (0,9)
	Estudiante	11 (3,8)	1 (0,33)	5 (2,15)	0
	Pensionista	14 (4,9)	25 (8,25)	5 (2,15)	18 (8,1)

Tabla 1 (continuación). *Análisis descriptivos y comparativos de los datos sociodemográficos, y conclusiones del informe en función del año y el sexo.*

Datos sobre trastornos clínicos, trastornos de personalidad, patología somática y problemas psicosociales

El porcentaje de sujetos reconocidos que presenta trastornos clínicos (Tabla 2) es levemente superior en la mujer, oscilando entre un 30% y un 42%. Del total de las mujeres que padecen sintomatología clínica, cabe resaltar el elevado porcentaje de ellas que presentan clínica ansiosa y/o depresiva, con un porcentaje en ambos años del 96% y del 77%, respectivamente. A pesar de estos resultados, las mujeres que presentaron secuelas psíquicas representan únicamente el 4,5% en 2013 y el 3% en 2014.

En los hombres destaca, aunque con menor porcentaje, el número de ellos que presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias de adicción y del control de los impulsos. Es escaso el número de sujetos que presenten trastornos que afecten a sus capacidades de obrar y conocer.

Entre los trastornos de personalidad más frecuentes en las mujeres destacan el trastorno paranoide y el obsesivo-compulsivo. En el caso de los hombres, son el paranoide, el impulsivo y el antisocial.

Con respecto a las patologías somáticas, en las mujeres de ambos años destacan los problemas musculoesqueléticos y la pluripatología. En los hombres destaca la pluripatología, con un porcentaje algo inferior en el año 2014.

De los problemas psicosociales se resalta el elevado número de casos que presenta problemas en el grupo primario de apoyo, referidos fundamentalmente al fallecimiento temprano o traumático de los progenitores. Es aún superior el porcentaje de los que presentan varios problemas simultáneamente (entre un 45% y un 55%).

Tabla 2.
Análisis descriptivos y comparativos de los datos sobre trastornos clínicos, trastornos de personalidad, patología somática y problemas psicosociales en función del año y el sexo.

Variables	Año 2013		Año 2014	
	Ella, N = 286 n (%)	Él, N = 303 n (%)	Ella, N = 232 n (%)	Él, N = 222 n (%)
Trastornos clínicos				
Sí	122 (42,6)	96 (31,6)	70 (30,1)	45 (20,2)
No	164 (57,4)	207 (68,3)	162 (69,9)	177 (79,8)
Variables	**N = 122 n (%)**	**N = 96 n (%)**	**N = 70 n (%)**	**N = 45 n (%)**
En caso afirmativo, especificar trastorno padecido				
Del estado de ánimo	10 (8,2)	6 (6,25)	8 (11,4)	6 (13,33)
Ansiedad	44 (36)	20 (20,8)	18 (25,7)	7 (15,55)
Ansiedad y depresión	64 (52,5)	32 (33,3)	28 (40)	18 (40)
Control de los impulsos	1 (0,82)	10 (10,4)	0	4 (8,88)
Delirium, demencia	2 (1,64)	3 (3,12)	2 (2,85)	0
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	0	9 (9,37)	3 (4,28)	4 (8,88)
Relacionado con consumo de sustancias de adición	1 (0,82)	10 (10,4)	1 (1,42)	2 (4,44)
Por enfermedad médica	0	6 (6,25)	0	1 (1,22)
Disforia sexual	0	0	0	1 (1,22)
Sin determinar	0	0	0	2 (4,44)
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Trastornos personalidad y retraso mental				
No	274 (95,8)	270 (89,1)	218 (94)	204 (91,8)
Rasgo	4 (1,4)	12 (3,9)	4 (1,7)	7 (3,15)
Sí	6 (2)	21 (6,9)	8 (3,44)	10 (4,5)
Retraso mental	2 (0,7)	0	2 (0,86)	1 (0,45)
Variables	**N = 10 n (%)**	**N = 33 n (%)**	**N = 12 n (%)**	**N = 17 n (%)**
En caso de haber trastorno de la personalidad, especificar				
Paranoide	2 (20)	11 (33,3)	3 (25)	2 (11,7)
Antisocial	1 (10)	1 (3)	2 (16,6)	5 (29,4)
Por evitación	0		1 (8,33)	0
Histriónico	0		0	1 (5,88)
Dependiente	0	1 (3)	1 (8,33)	1 (5,88)
Obsesivo-compulsivo	2 (20)	4 (12,1)	2 (16,6)	1 (5,88)
Impulsivo	1 (10)	11 (33,3)	1 (8,33)	1 (5,88)
Límite	0		0	1 (5,88)
No especificado	4 (40)	4 (12,1)	2 (16,6)	5 (29,4)
Esquizotípico	0			
Narcisista	0			
Esquizoide	0			
De perjuicio				
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Si padece o ha padecido patología somática				
Sí	109 (38,1)	122 (40,26)	89 (38,3)	80 (36)
No	177 (61,9)	181 (59,73)	143 (61,6)	142 (64)

(continúa)

Variables	N = 109 n (%)	N = 122 n (%)	N = 89 n (%)	N = 80 n (%)
En caso afirmativo, especificar enfermedad del aparato o sistema				
Digestivo	9 (8,25)	21 (17,2)	2 (2,5)	7 (8,75)
Circulatorio	12 (11)	9 (7,37)	11 (12.35)	15 (18,75)
Respiratorio	4 (3,67)	4 (3,27)	5 (5,61)	3 (3,75)
Endocrino	6 (5,5)	9 (7,37)	7 (7,86)	5 (5,25)
Genitourinario	2 (1,83)	1 (0,81)	1 (1,23)	1 (1,25)
Del ojo	3 (2,75)	2 (1,63)	1 (1,23)	3 (3,75)
Del oído	0	2 (1,63)	0	3 (3,75)
Musculoesquelético	22 (20,2)	19 (15,5)	19 (21,3)	14 (17,5)
Traumatismos	1 (0,91)	12 (9,83)	1 (1,12)	4 (5)
Neoplásico	13 (11,2)	1 (0,81)	13 (14,6)	3 (3,75)
Infecciosa	1 (0,91)	1 (0,81)	1 (1,12)	1 (1,25)
Dermatológico	2 (1,83)	1 (0,81)	1 (1,12)	2 (2,5)
Cefalea	0	1 (0,81)	0	1 (1,25)
Pluripatología	34 (31,2)	39 (32)	27 (30,3)	18 (22,5)
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Problemas psicosociales y/o ambientales				
Sí	46 (16)	36 (11,88)	42 (18,1)	32 (14,4)
No	240 (84)	267 (88,11)	190 (81,9)	190 (85,6)
Variables	**N = 46 n (%)**	**N = 36 n (%)**	**N = 42 n (%)**	**N = 32 n (%)**
Especificar cuáles en caso afirmativo				
Grupo primario de apoyo	15 (32,6)	13 (36,11)	11 (2,38)	4 (12,5)
Laborales	0	0	0	1 (3,12)
Sociosanitarios	0	0	1 (2,38)	1 (3,12)
Ambiente social	2 (4,34)	2 (5,55)	2 (4,76)	1 (3,12)
De vivienda	1 (2,17)	3 (8,33)	2 (4,76)	1 (3,12)
Sistema legal	0	0	0	4 (12,5)
Enseñanza	0		0	
Económicos	6 (13)	2 (5,55)	2 (4,76)	2 (6,25)
Varios de ellos	22 (47,8)	16 (44,4)	23 (54,8)	17 (53,1)
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Existencia de discapacidad				
Sí	11 (3,85)	25 (8,25)	12 (5,1)	20 (9)
No	275 (96,1)	278 (91,7)	220 (94,9)	202 (91)

Tabla 2 (continuación). *Análisis descriptivos y comparativos de los datos sobre trastornos clínicos, trastornos de personalidad, patología somática y problemas psicosociales en función del año y el sexo.*

Consumo de sustancias de adicción y juego patológico

Con respecto al consumo de sustancias de adicción (Tabla 3), destaca el escaso porcentaje de hombres que admite un consumo perjudicial de las mismas (en torno a un 15%). Sin embargo, sus parejas afirman que son al menos un 60% a 66% los que consumen estas sustancias.

Se considera destacable que en el momento de la valoración se ha objetivado consumo patológico de alcohol en los hombres (45% y 35%) en ambos años, siendo menor en las mujeres (9% y 3,4%). La información sobre el consumo patológico de alcohol se ha obtenido mediante analíticas o informes médicos, así como a través del diagnóstico clínico realizado por las presentes profesionales.

Antecedentes penales

Un porcentaje de los sujetos evaluados posee antecedentes penales (Tabla 4), en su mayoría debidos a otro tipo de delitos no relacionados con denuncias por violencia de género. En el caso de las mujeres es inferior el porcentaje que tienen antecedentes penales.

Discusión

Conclusiones

El hecho de que el porcentaje de casos en los que se ha concluido situación compatible con violencia de género sea escaso podría deberse a que la mayoría de las mujeres que denuncian y sufren este tipo de violencia no son reconocidas en la UVIVG. Como se ha explicado antes, sólo los casos en que el juez lo considera oportuno son reconocidos por la presente Unidad, pudiendo excluirse de dicho reconocimiento aquellos en los que se produce claramente tal violencia.

El hecho de que únicamente un escaso porcentaje de mujeres presente secuelas psíquicas podría deberse a que, en caso de haber sufrido sintomatología relacionada con la situación vivida, la han superado y ya no supone un impedimento para sus ocupaciones habituales en el momento del reconocimiento.

El escaso porcentaje de hombres con alteración en su capacidad de entender o de actuar (inimputables o semiimputables) implica ausencia de patología psiquiátrica grave en los mismos. Por todos es sabido que en muchas ocasiones se piensa que el maltratador es un hombre enfermo desde el punto de vista psiquiátrico, nada más lejos de la realidad.

Datos sociodemográficos

Deseamos recalcar que, a pesar de que el porcentaje no es elevado, se producen casos de violencia de género en las *adolescentes* de nuestro país. El hecho de que dicho porcentaje sea tan pequeño en nuestro estudio podría deberse a la dificultad por parte de las adolescentes para identificar y admitir que están siendo víctimas de violencia de género. Igualmente podría explicarse porque, en la presente Unidad, únicamente se reconocen los casos en los que el agresor es mayor de edad, por lo que es compatible que haya una mayor proporción de casos de violencia de género entre adolescentes de los que son reconocidos por las presentes profesionales.

A pesar de que todos sabemos que las víctimas y los agresores de la violencia de género pueden ser de cualquier clase social, etnia o raza, *los inmigrantes* o *determinados grupos raciales* (10% de nuestro estudio) pueden suponer en ocasiones una población de riesgo, por sus características particulares: dificultad de comunicación y adaptación a lo desconocido, menor nivel educacional, mayor nivel de absentismo escolar entre los menores, mayor tasa de desempleo, mayor consumo de sustancias de adicción, etc. En caso de darse dicha situación, podríamos hablar de la existencia de un mayor número de factores de riesgo para sufrir o perpetrar una relación compatible con violencia de género. Dichos datos son coincidentes con los expuestos por Stalans y Ritchie[1] en su estudio, quienes valoran una mayor relación entre el consumo de sustancias de adicción y el hecho de ejercer violencia hacia la pareja en los grupos minoritarios raciales que en los sujetos caucásicos. Sostienen que dichos resultados apoyan la teoría social estructural de la violencia. Igualmente consideran en su estudio que las mujeres que viven en la pobreza son particularmente vulnerables a sufrir violencia y presentan mayor número de incidencias de agresiones.

A pesar de que un tercio de las mujeres tienen *estudios* medios o superiores, es elevado el porcentaje con un nivel de estudios bajo o que no han completado sus estudios primarios, lo que supone que no puedan aspirar a un trabajo altamente cualificado o remunerado, y se relaciona a su vez con la alta tasa de *desempleo,* que puede derivar en una situación de dependencia económica hacia el investigado. Esta situación, unida a la existencia de hijos a su cargo y a la dependencia emocional que sufren muchas mujeres, explicaría (junto con otros factores) la *per-*

Variables	Año 2013		Año 2014	
	Ella, N = 286 n (%)	Él, N = 303 n (%)	Ella, N = 232 n (%)	Él, N = 222 n (%)
Si admite consumo de sustancias de adicción				
No	258 (90,2)	143 (47,2)	213 (91,8)	108 (48,6)
Sí	13 (4,54)	51 (16,8)	3 (1,3)	35 (15,7)
Minimiza	15 (5,24)	109 (36)	16 (6,9)	79 (35,5)
Variables	**N = 28 n (%)**	**N = 160 n (%)**	**N = 19 n (%)**	**N = 114 n (%)**
Indicar el consumo				
Alcohol	10 (35,7)	83 (51,87)	7 (36,8)	67 (58,7)
Heroína	0	3 (1,87)		
Cannabis	5 (17,8)	12 (7,5)	2 (10,5)	9 (6,25)
Cocaína	1 (3,57)	1 (0,62)	0	1 (0,87)
Esteroides	0	1 (0,62)	0	0
Pastillas	1 (3,57)	0		
Alcohol y cocaína	2 (7,14)	17 (10,6)	1 (5,25)	6 (5,26)
Cocaína y *cannabis*	1 (3,57)	0	2 (10,5)	8 (7)
Alcohol y *cannabis*	4 (14,3)	17 (10,6)	0	1 (0,87)
Varios	4 (14,3)	24 (15)	7 (36,8)	22 (19,3)
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 303 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Si su pareja consume sustancias de adicción				
Sí	173 (60,5)	59 (19,5)	155 (66,8)	37 (16,7)
No	113 (39,5)	244 (80,5)	77 (33,2)	185 (83,3)
Variables	**N = 173 n (%)**	**N = 59 n (%)**	**N = 155 n (%)**	**N = 37 n (%)**
Especificar tipo de consumo por parte de su pareja				
Alcohol	80 (46,2)	28 (47,5)	92 (59,3)	15 (40,5)
Heroína	1 (0,57)	2 (3,4)	1 (0,64)	0
Cannabis	12 (6,9)	6 (10,1)	12 (7,74)	2 (5,4)
Cocaína	3 (1,7)	1 (1,7)	2 (1,3)	1 (2,7)
Esteroides	1 (0,57)	0		
Pastillas	0	1 (1,7)		
Alcohol y cocaína	23 (13,3)	5 (8,5)	10 (6,45)	2 (5,4)
Cocaína y *cannabis*	4 (2,3)	0	0	1 (2,7)
Alcohol y *cannabis*	14 (8)	4 (6,7)	11 (7)	3 (8,1)
Varios	35 (20,2)	12 (20,3)	26 (16,7)	13 (35,1)
Si relaciona agresividad del otro con consumos				
Sí	110 (63,6)	25 (42,4)	96 (62)	25 (67,5)
No	63 (36,4)	34 (57,6)	59 (38)	12 (32,5)

Tabla 3.
Análisis descriptivos y comparativos de los datos sobre consumo de sustancias de adicción y sobre juego patológico en función del año y el sexo.

(continúa)

Tabla 3 (continuación). *Análisis descriptivos y comparativos de los datos sobre consumo de sustancias de adicción y sobre juego patológico en función del año y el sexo.*

Variables	N = 57 n (%)	N = 137 n (%)	N = 102 n (%)	N = 67 n (%)
Los consumos de sustancias de adicción han sido diagnosticados				
Por un profesional de la salud	0	0	1 (0,98)	2 (3)
Por referencias de la pareja	51 (89,5)	93 (67,8)	74 (72,5)	39 (58,2)
Por los dos anteriores	6 (10,5)	44 (32,2)	27 (26,5)	26 (38,8)
Variables	**N = 286 n (%)**	**N = 30 n (%)**	**N = 232 n (%)**	**N = 222 n (%)**
Juega a juegos de azar				
Sí	2 (0,7)	11 (3,6)	1 (0,43)	7 (3,15)
No	284 (99,3)	292 (96,4)	231 (99,5)	215 (96,8)
Su pareja juega a juegos de azar				
Sí	34 (11,8)	2 (0,66)	19 (8,2)	2 (0,9)
No	252 (88,2)	301 (99,33)	213 (91,8)	220 (99,1)

Tabla 4. *Análisis descriptivos y comparativos de los datos sobre antecedentes penales en función del año y el sexo.*

	Año 2013		Año 2014	
	Ella, N = 286 n (%)	**Él, N = 303 n (%)**	**Ella, N = 232 n (%)**	**Él, N = 222 n (%)**
Si tiene antecedentes penales				
Sí	4 (1,4)	44 (14,5)	6 (2,6)	40 (18)
No	282 (98,6)	259 (85,5)	226 (97,4)	182 (82)
Si su pareja tiene antecedentes penales				
Sí	37 (12,9)	5 (1,7)	38 (16,4)	5 (2,3)
No	249 (87,1)	298 (98,3)	194 (83,6)	217 (97,7)
Variables	**N = 37 n (%)**	**N = 44 n (%)**	**N = 38 n (%)**	**N = 40 n (%)**
Especificar antecedentes penales (lo que dice ella de él y él de sí mismo)				
Por violencia de género por otra pareja	2 (5,4)	5 (11,4)	10 (26,3)	9 (22,5)
Por violencia de género por actual pareja	4 (10,8)	6 (13,6)	4 (10,5)	4 (10)
Por otros delitos	16 (43,2)	24 (54,5)	23 (60,5)	27 (67,5)
No sabe	11 (29,8)	5 (11,4)	1 (2,6)	0
Varios	4 (10,8)	4 (9,1)	0	0

manencia de la víctima en la convivencia prolongada con el agresor, la cual no va a ser consecuencia de una decisión libre. Los presentes resultados son similares a los expuestos en el estudio de Echeburúa *et al*.[16], en el que el 68% de las mujeres presenta un nivel de estudios primarios o sin estudios, y algo más de un 30% se encuentran en situación laboral activa y poseen hijos a su cargo, motivos por los que permanecen en la relación con el denunciado.

Dicha situación de permanencia en la relación puede justificar, a su vez, que cierto número de mujeres continúe viviendo con su pareja en el momento del reconocimiento médico forense, lo que puede ser compatible con que hayan retirado la denuncia voluntariamente o bajo presión por parte del agresor, o compatible con falta de acuerdo a la hora del uso y disfrute de la vivienda habitual cuando no existe orden de alejamiento.

Por otro lado, el hecho de que un cierto porcentaje de mujeres tenga mayor nivel de estudios que los hombres, y que la tasa de desempleo sea similar en ambos grupos, podría suponer un sentimiento de inferioridad en los varones que desencadene comportamientos agresivos. En el estudio de Stalans y Ritchie[1] se afirma, tal como sucede en nuestro estudio, que el desempleo en los hombres y el abandono de los estudios por parte de los mismos están relacionados con una mayor tasa de perpetración de agresiones contra la pareja.

El hecho de que la mayoría de las parejas reconocidas tengan *hijos* puede llevar implícito que estos hayan podido estar presentes durante las conductas de violencia denunciadas y aprender e imitar dichas conductas, lo que supondría una transmisión cultural de patrones de conducta inapropiados[17,18].

Datos sobre trastornos clínicos, trastornos de personalidad, patología somática y problemas psicosociales

Como ya se ha comentado en la discusión, un elevado porcentaje de mujeres presenta sintomatología ansiosa y depresiva (diagnosticada a partir de la documentación médica o historial clínico) durante el reconocimiento, pero únicamente se valora la existencia de secuelas (entre ellas, trastorno por estrés postraumático) en un escaso porcentaje de dichas mujeres. Este hecho podría explicarse bien porque la mayoría son reconocidas meses después de interponer la denuncia, por lo que los síntomas han ido remitiendo, o bien porque el cuadro que presentan es de intensidad leve y se valora que es compatible con un trastorno de adaptación a la situación por la que están atravesando, lo cual no les impide el desarrollo de su vida cotidiana.

Dichos resultados son contradictorios con los propuestos por Echeburúa *et al.*[16], quienes afirman que únicamente un 38% de su muestra no presenta sintomatología compatible con un trastorno por estrés postraumático. Del mismo modo, y a diferencia de los resultados obtenidos en nuestro estudio, afirman que el 83% de su muestra presenta niveles altos de ansiedad, el 50,5% depresión y en un 71% se consideró que la sintomatología interfería en el funcionamiento diario.

A pesar del escaso porcentaje de sujetos que presentan patología psíquica que pueda afectar a sus capacidades de obrar y conocer (trastornos clínicos y trastornos de personalidad), podemos ver en la Tabla 2 que existe un porcentaje de sujetos en ambos años y de ambos sexos con trastornos psicóticos (22,53%), demencias (7,61), retraso mental (2,01%) o trastornos de la personalidad (16,84%). La presencia de dichos trastornos podría suponer, en algunos casos, un factor de riesgo para el consumo de sustancias de adicción, y a su vez un mayor riesgo a la hora de ejercer conductas de violencia hacia la pareja, tal como se indica en el estudio de Lipsky *et al*.[19].

La patología musculoesquelética padecida por las mujeres se refiere fundamentalmente a casos de fibromialgia.

Consumo de sustancias de adicción y juego patológico

Tal como viene indicado en las Tablas 1 y 3, un determinado porcentaje de la muestra de ambos grupos (38,34%) consume sustancias de adicción, siendo notablemente más elevado dicho consumo en el hombre (32,5%) que en la mujer (5,84%). El consumo patológico está íntimamente relacionado con la violencia ejercida contra la pareja, y es el principal factor causante de la misma en un 8% de los casos en el año 2013 y en un 13% en el año 2014 (indicado como "maltrato" en la Tabla 1). Estos resultados son coincidentes con los propuestos en su estudio por Moore *et al*.[20], quienes afirman que los efectos causados por las sustancias de adicción producen cambios negativos en el comportamiento verbal, y físico en menor medida, en la persona que las toma. Dichos cambios se traducen en un aumento de la irritabilidad y una menor capacidad de inhibición o control de su comportamiento. Del mismo modo, Marshal[21] afirma en los resultados de su estudio que el consumo de alcohol está asociado con una falta de satisfacción en la pareja, relaciones desadaptativas y mayores niveles de violencia.

Antecedentes penales

El hecho de que un porcentaje de hombres tenga antecedentes penales por delitos no relacionados con denuncias por violencia de género (robo con violencia y venta de sustancias de adicción en su mayoría) podría implicar comportamientos violentos hacia otras personas, independientemente del grado de relación que tengan con las mismas. Dicha actitud indicaría que son violentos, al mismo nivel que lo son hacia sus parejas, y que, por tanto, la violencia ejercida hacia ellas no tiene connotaciones de género, al igual que ocurre en los casos en que los sujetos han consumido sustancias de adicción (tal como se ha indicado con anterioridad). Establecemos, por tanto, una relación

entre el consumo de sustancias de adicción, tener antecedentes penales y el hecho de ejercer violencia hacia los demás, como hemos ido viendo a lo largo del presente estudio.

Lo anteriormente señalado es coincidente con lo referido por Hirschel *et al*.[22], quienes hallan un mayor número de arrestos y antecedentes penales entre los sujetos que han consumido sustancias de adicción en el momento de cometer un delito que en el resto de la población. Igualmente, valoran que los sujetos que consumen sustancias de adicción reinciden en la delincuencia (antecedentes penales) con mayor frecuencia que aquellos que no consumen.

Para concluir, a modo de resumen de los resultados expuestos, se considera de interés que la sociedad conozca y entienda que la violencia contra la mujer se produce a cualquier edad y entre parejas de cualquier nivel educativo o económico. No obstante, la escasez de recursos sociales o laborales en la víctima, junto con el consumo de sustancias de adicción o los antecedentes penales en el denunciado, podrían ser factores de riesgo de que se produzca una situación de violencia. Destaca la ausencia de patología psiquiátrica en la mayoría de los hombres denunciados, lo que indica que son conocedores de sus actos y de las consecuencias de los mismos.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stalans LJ, Ritchie J. Relationship of substance use/abuse with psychological and physical intimate partner violence: variations across living situatios. *Journal of Family Violence.* 2008;23:9-24.
2. Oberlteiner LMS, Mandel, DLCSW, Easton CJ. Treatment of co-occurring alcohol dependence and perpetration of intimate partner violence: the role of anger expression. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013;45:313-8.
3. Informe General del Observatorio Estatal de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2012.
4. Informe de Magnitudes en Materia de Violencia de Género. Madrid: Consejería de Justicia e Interior. Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a Víctimas; 2015.
5. Labrador FJ, Rincón P, Fernández-Velasco MT. *Mujeres víctimas de la violencia de género. Programa de actuación.* Madrid: Pirámide; 2004.
6. Cantera L. *Maltrato infantil y violencia familiar, de la ocultación a la prevención*. Programa de las Naciones Unidas y Virtual de Psiquiatría; 2005.
7. Lorente AM. Violencia contra las mujeres y trato indigno: entre la invisibilidad y la negación. *Feminismo*: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante. 2005;6:65-78.
8. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS; 2005.
10. Fontenla M. *¿Qué es el patriarcado? Diccionario de estudios de género y feminismos.* Buenos Aires: Biblos; 2008.
11. Jónasdóttir AG. *El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?* Madrid: Cátedra; 1993.
12. Lorente M, Toquero de la Torre F. *Guía de la buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género.* Madrid: International Marketing and Comunications. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
13. Bosch E. *La violencia de género. Algunas cuestiones básicas.* Alcalá la Real, Jaén: Formación Alcalá; 2007.
14. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales.* Barcelona: Masson; 2002.
15. Godoy CV, Higueras L. El análisis del contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del Psicólogo.* 2005;26:92-8.
16. Echeburúa E, Amor P, Corral P. Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*. 2002;2:135-50.
17. Echeburúa E, Corral P. *Manual de violencia familiar.* Madrid: Siglo XXI; 1998.

18. Sarasua B, Zubizarreta I. *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe; 2000.

19. Lipsky S, Krupsky A, Roybyrne P, Lucenko B, Mancuso D, Huber A. Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010;38:231-44.

20. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rathigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review.* 2008;28:247-74.

21. Marshal MP. For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review.* 2003;23:959-97.

22. Hirschel D, Hutchison IW, Shaw M. The interrelationship between substance abuse and the likelihood of arrest, conviction, and re-offending in cases of intimate partner violence. *Journal Family Violence*. 2010;25:81-90.

Cuad Med Forense 2016;22(1-2):26-29

Diagnóstico diferencial entre especies durante un levantamiento de dos cerebros. ¿Es fácil? ¿Es suficiente con un examen macroscópico?

Differential diagnosis of species during a recovery of two brains. Is it easy? Is a gross examination enough?

H. Martínez Alcázar
M. Subirana Domènech
MJ. Mansilla Legorburo
J. Castellà García

Médicos Forenses.
Servei de Patologia Forense del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya. Barcelona

Resumen

En un levantamiento nos podemos encontrar que debamos pronunciarnos sobre el origen humano o de otro tipo de animal de una víscera. Presentamos un caso inusual en el que se encontraron dos cerebros en el baño de una hamburguesería. Establecimos un diagnóstico diferencial, en atención a su peso, entre un cerebro de recién nacido o lactante menor de 6 meses y un cerebro de origen animal. La impresión inicial fue que se trataba de dos cerebros de animales, probablemente de vaca, y las pruebas complementarias analíticas confirmaron el diagnóstico. No es suficiente con una impresión de diagnóstico genérico de origen animal ante un cerebro en mal estado. Este diagnóstico tiene que ser certero y argumentado. Incluso patólogos y veterinarios de dilatada experiencia se muestran cautos a la hora de pronunciarse al respecto.

Palabras clave: Levantamiento de cadáver. Cerebro animal. Patología forense.

Abstract

At a recovery of viscera, we need to know the differences between human or another animal origin. We are presenting an unusual case where two brains were found into a burger bar toilet. Considering brain's weight, a differential diagnosis between the brain of a newborn, a baby less than 6 months old, and an animal brain was made. The initial diagnosis was that both were animal brains, probably from a cow, and this hypothesis was later confirmed by laboratory analysis. Gross examination and the hasty conclusion that it is not human are insufficient when dealing with a brain in bad state. In this case the diagnosis must be highly accurate and thoroughly justified. Even experienced pathologists or veterinarians are cautious about these diagnosis.

Key words: Crime scene recovery. Animal brain. Forensic pathology.

Correspondencia:
Helena Martínez Alcázar
E-mail: helena.martinez@xij.gencat.cat

Presentado en las XVIII Jornadas de Actualización en Medicina Forense.

Introducción

De entrada, puede parecer extraordinariamente fácil diferenciar entre un cerebro humano y uno de otro animal. Cuando estas vísceras se encuentran en mal estado provocan serias dudas incluso entre patólogos de dilatada experiencia, ya que el diagnostico *in situ* no tiene por qué ser tan evidente. No es suficiente con una impresión inicial rápida, sino que este diagnóstico tiene que ser certero y argumentado. En estos casos en los que surgen dudas se requieren los resultados de pruebas complementarias que corroboren o descarten el diagnóstico inicial.

Presentación del caso

En el servicio para discapacitados de una hamburguesería encontraron, dentro de una bolsa de plástico con la inscripción de una carnicería, dos cerebros semicongelados (Figura 1). La dotación policial actuante durante este atípico levantamiento se personó en la carnicería cuya dirección constaba en la bolsa, y los responsables del establecimiento negaron haber vendido ningún cerebro.

Una vez trasladados ambos cerebros al Servicio de Patología Forense, constatamos que se trataba de dos cerebros sin meninges, los identificamos como cerebro A y B, y pesaban 395 y 425 gramos, respectivamente. Ambos tenían la médula espinal cortada de forma rectilínea, eran extremadamente friables, el cerebelo y la protuberancia estaban muy desarrollados, destacaba la disposición horizontal de los mismos en relación a los hemisferios cerebrales, y la sustancia gris tenía un grosor de 3 mm. En función de estas características los orientamos como probablemente no humanos. Recogimos muestras para estudio histopatológico y biológico, que remitimos al laboratorio con la finalidad de que confirmaran o descartaran este diagnóstico de presunción.

Los resultados de dichas pruebas complementarias fueron:

— Histológicamente, el sistema nervioso central mostraba tractos de neuropilo focal y levemente arremolinados, con separaciones neuronales y glial dentro de la normalidad. La sustancia gris neuronal estaba adelgazada y la distribución neuronal era homogénea, parcheada. En el cerebelo, la capa granular estaba difusamente agrandada. Por tanto, mostraba un encéfalo dentro de la normalidad y objetivaba una serie de alteraciones citológicas y arquitecturales incompatibles con la naturaleza humana del tejido. En términos de probabilidad y desde un punto de vista anatomopatológico, se compatibilizó como un encéfalo de probable origen bovino.

— Desde el punto de vista del análisis biológico, el resultado del test de Adler para la detección de posibles restos de sangre fue positivo, siendo negativa la presencia de hemoglobina humana. Las secuencias de la región del citocromo b del ADN mitocondrial fueron compatibles con la especie *Bos taurus* (bovino).

Discusión

La determinación sobre el origen animal o humano de determinados órganos, como el cerebro, puede ser difícil de realizar durante un acto de levantamiento.

En el caso objeto de estudio establecimos el diagnóstico diferencial (en atención al peso del cerebro, sus dimensiones y características macroscópicas) entre el encéfalo de un recién nacido o lactante menor de 6 meses[1] y el de un animal doméstico. La apreciación macroscópica inicial objetivó un importante desarrollo del tronco y del cerebelo, así como la disposición horizontalizada de los mismos en relación al encéfalo, concordantes con la disposición del cerebro en los animales cuadrúpedos. Por tanto, desde un primer momento los orientamos como de origen animal. Otra cuestión que nos planteamos fue de qué tipo de animal se trataba. Para ello fue útil comparar con los pesos de los animales domésticos más frecuentes en nuestro medio, que se muestran en la Tabla 1. Esta tabla es únicamente orientativa, considera solo los valores medios de peso del sistema nervioso central, y no tiene en consideración otros datos como la raza, la edad y el sexo. A pesar de estas limitaciones, debemos admitir que puede ser de utilidad en casos similares. Por tanto, el cerebro animal que, en atención a su peso, más se aproximaba al encontrado fue el de vaca.

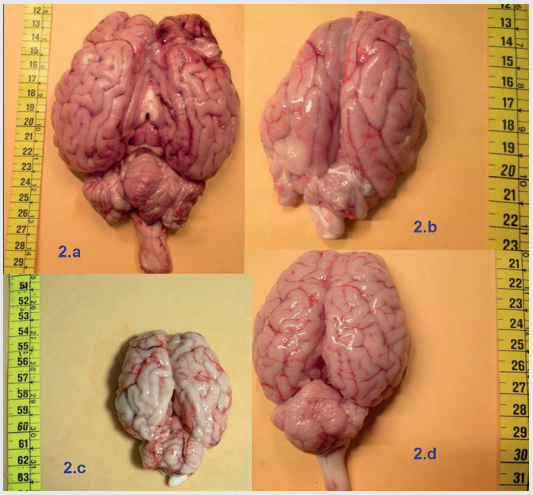
Con la finalidad de poder disponer de una base iconográfica de cerebros de animal doméstico que pudiera ser de ayuda para los médicos forenses que se encontraran en situaciones similares, adquirimos distintos cerebros de animales domésticos. Los considerados más representativos fueron los de vaca, cerdo, cordero y cabra (Figura 2). En nuestro caso, fue el de vaca el que tenía una morfología similar al compararlo con los hallados en el lugar del levantamiento, si bien debemos admitir que no pudimos acceder a cerebros de burro ni de caballo, que por su peso también eran similares a los encontrados.

Figura 1.
Imagen de los cerebros encontrados en el servicio de una hamburguesería.

Tabla 1.
Peso medio de los cerebros de algunos animales.

Animal	Peso sistema nervioso central (g)
Vaca	423[2], 425-458[3]
Cabra	115[2]
Cobaya	5,5[2], 4[3]
Burro	419[2]
Caballo	655[2], 532[3]
Gato	25,6[2], 30[3]
Conejo	12,1[2], 10-13[3]
Oveja	175[2]
Cerdo	180[2,3]
Perro	72[3]

Figura 2.
Comparación de los cerebros de vaca (2.a), cerdo (2.b), cabra (2.c) y cordero (2.d).



Consideramos que, en estas situaciones, no deberíamos basarnos (salvo en casos muy evidentes) únicamente en una impresión diagnóstica no contrastada. En circunstancias como la descrita, los estudios biológicos de confirmación son de utilidad[4-9].

El estado en que se encontraron estos cerebros sugería conocimiento y técnica apropiada de extracción de los mismos. Probablemente, los hechos tuvieron su origen en un descuido, sin que pueda descartarse algún tipo de acción con intencionalidad maliciosa o de desprestigio hacia la hamburguesería donde se hallaron.

A modo de conclusión del caso estudiado, extraemos como máxima fundamental que, en casos como el expuesto, debemos actuar con máximo celo, admitir que no es un diagnóstico fácil y realizar todas las pruebas complementarias necesarias para que el juez pueda archivar el caso con fundamento.

No hubiera sido aceptable entregar un informe en el que únicamente se argumentara «estos cerebros no parecen humanos».

Trabajar con humildad y de forma metódica y concienzuda es el mejor aliado de nuestro trabajo como médicos forenses.

Agradecimientos

Los autores queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los Técnicos Especialistas en Patología Forense del Servicio de Patología Forense del IMLCFC en el Centro de Patología Forense de Barcelona; los miembros de la Policía Científica de los Mossos d'Esquadra, y muy especialmente al inspector de Medi Ambient Sr. Victor Cosialls; al Sr. Carlos Martínez de Aragón Carrera, comandante veterinario (Granada); al Dr. Juan Carlos Canós Viñena y a los facultativos Sr. Manuel Crespillo y Sr. Juan Antonio Luque, del INT y CF de Barcelona; y al Sr. Eduard Aizpún de la Escosura por su revisión del Abstract.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Voigt J, Pakkenberg H. Brain weight of Danish children. A forensic material. *Acta Anat (Basel).* 1983; 116(4):290-301.
2. (Consultado el 16/1/2013.) Disponible en: http://mste.illinois.edu/malcz/DATA/BIOLOGY/Animals.html
3. (Consultado el 16/1/2013.) Disponible en: http://www.uib.no/med/avd/miapr/arvid/UiB50/anatomi/facts.htm
4. Karlsson AO, Holmlund G. Identification of mammal species using species-specific DNA pyrosequencing. *Forensic Sci Int.* 2007;173(1):16-20.
5. Hurley IP, Cook R, Laughton CW, Pickles NA, Ireland HE, Williams JH. Detection of human blood by immunoassay for applications in forensic analysis. *Forensic Sci Int.* 2009;190(1-3):91-7.
6. Tozzo P, Ponzano E, Novelli E, Onisto M, Caenazzo L. Discrimination between human and animal DNA: application of a duplex polymerase chain reaction to forensic identification. *Am J Forensic Med Pathol.* 2011;32(2):180-2.
7. Mitani T, Akane A, Tokiyasu T, Yoshimura S, Okii Y, Yoshida M. Identification of animal species using the partial sequences in the mitochondrial 16S rRNA gene. *Leg Med (Tokyo).* 2009;11(Suppl 1):S449-50.
8. Takata T, Miyaishi S, Kitao T, Ishizu H. Identification of human brain from a tissue fragment by detection of neurofilament proteins. *Forensic Sci Int.* 2004;144(1):1-6.
9. Tozzo P, Ponzano E, Novelli E, Onisto M, Caenazzo L. Discrimination between human and animal DNA: application of a duplex polymerase chain reaction to forensic identification. *Am J Forensic Med Pathol.* 2011;32(2):180-2.

Comparación de los perfiles victimológicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad

Comparison of two Victimology Profiles in a Sample of Sexually Assaulted Women Before or After Twenty Years Old

JF. Lozano Oyola[1]
M. Gómez de Terreros Guardiola[2]
I. Avilés Carvajal[3]
A. Sepúlveda García de la Torre[4]

[1]Licenciado en Psicología. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
[2]Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
[3]Licenciada en Psicología. Doctora por la Universidad de Sevilla. Asistente Honoraria del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
[4]Licenciada en Medicina. Médico Forense. Doctora por la Universidad de Sevilla. Instituto de Medicina Legal de Sevilla.

Correspondencia:
José Francisco Lozano Oyola.
E-mail: flozano@us.es

Resumen

El presente trabajo analiza el grave problema de la violencia sexual ejercida sobre las mujeres en función del momento vital en que tuvo lugar dicha violencia, y de un amplio número de variables sociodemográficas que nos permiten ofrecer una descripción del perfil de las víctimas y de las condiciones que probabilizan dicha victimización. Se realizó un estudio observacional, de cohorte retrospectivo, con una muestra de mujeres que acudieron a la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI) y declararon haber sufrido violencia sexual. Se les aplicó una entrevista elaborada para el caso que recogía información de diferentes variables, existiendo diferencias significativas en función de la edad a la que fueron agredidas. Los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia de la violencia sexual, el nivel socioeconómico de la víctima, la relación víctima-agresor, la diferencia de edad entre ellos, el tiempo transcurrido desde la primera agresión, las estrategias utilizadas por el agresor, el apoyo familiar y las consecuencias físicas, sugieren la existencia de dos perfiles de víctimas. Este hallazgo permitirá mejorar la calidad de los programas de prevención a mujeres víctimas de violencia sexual.

Palabras clave: Violencia sexual. Mujeres. Perfil sociodemográfico. Consecuencias psicológicas. Victimización.

Abstract

This paper discusses the serious problem of sexual violence on women depending on at what point in his life it took place and depending on a wide number of demographic variables that allow to provide a description of the profile of the victims and the conditions that make more likely that victimization. An observational retrospective cohort was conducted. For this purpose, we elaborated an interview where we asked about different variables that were answered by sample of women attending the Association of Women Victims of Sexual Assault to declare that they had suffered sexual violence. They did an interview with some variables: frequency of sexual violence suffered, socioeconomic status of the victim, relationship with the perpetrator, age difference between the victim and the aggressor, time since sexual violence happened, strategies used by the perpetrator or family support received. The conclusions suggest the existence of two profiles, and these profiles can be used to improved the quality of the prevention programs for women victims of sexual violence.

Key words: Sexual violence. Women. Socio-demographic profile. Psychological consequences. Victimization.

Introducción

La violencia sexual es un grave problema, tanto por su frecuencia como por su compleja repercusión en la salud de las víctimas. Se enmarca dentro de la violencia de género, reconocida en 1995 por la Organización de las Naciones Unidas[1] como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz, y una grave limitación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Se considera violencia sexual cualquier tipo de actividad sexual cometida contra el deseo y la voluntad de una persona, utilizando fuerza, amenaza, intimidación, engaño o coacción, cuando la víctima no tenga la capacidad de consentir debido a su edad, deficiencia, enfermedad o por influencia del alcohol y las drogas[2].

Existen diversas definiciones de abuso sexual infantil de acuerdo con el enfoque jurídico, psicológico, social o cultural que se utilice. Según la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA), es cualquier clase de contacto sexual con un menor de 18 años por parte de un familiar/tutor/adulto, desde una posición de poder o autoridad sobre el niño[3]. López[4] calificó de abusiva cualquier relación sexual en la que exista una gran diferencia de edad y/o coerción (física o psicológica), entendida como presión o engaño para desarrollar dicho acto.

Allard-Dansereau, Haey, Hamane y Bonnin establecieron que los abusos sexuales cometidos por adolescentes menores de 19 años eran más graves y tenían un mayor índice de penetración y de violencia física[5]. Otros estudios señalaron que las agresiones perpetradas por menores eran principalmente de tipo puntual, mientras que los abusos reiterados eran realizados por adultos[6]. Por otro lado, las niñas son con mucha más frecuencia abusadas sexualmente que los niños, en concreto unas cuatro veces más[7].

En cuanto a la relación con el agresor, los abusos más graves, duraderos y con más violencia física o amenazas solían ser cometidos por agresores intrafamiliares[8], especialmente padre o padrastro, y son los que dejan mayores secuelas psicológicas[9]. En este sentido, Echeburúa y De Corral[10] señalaron que los abusos realizados por familiares o personas del entorno cercano a la víctima eran más duraderos, los actos sexuales solían ser contactos bucogenitales, y la penetración (sin otras conductas violentas) se producía cuando la niña alcanzaba la pubertad. Por otra parte, en el caso de agresores desconocidos, el abuso sucedía en ocasiones aisladas y la violencia asociada al acto sexual era más frecuente (aunque menor que en el caso de las adultas).

Además de estas consideraciones, desde el punto de vista psicológico es factible pensar que la experimentación de más de una forma de violencia y el que sea perpetrada por más de un agresor tiene mayores efectos perjudiciales sobre la salud mental de las víctimas, debido a que estas variables interactuarían en el tiempo[11,12].

Por último, en cuanto a las diferencias según la edad de la víctima en el momento en que se perpetran los actos abusivos, Pereda[5] concluyó que cuando la agresión se iniciaba antes de los 13 años, el autor solía ser una persona del entorno cercano a la víctima y al menos 5 años mayor que esta, existiendo un alto porcentaje de penetración y ausencia de lesiones graves. Sin embargo, cuando el abuso se iniciaba entre los 13 y los 18 años aumentaba la frecuencia de agresores desconocidos, que empleaban más fuerza y violencia, y existía un menor índice de penetración (posiblemente por el riesgo de embarazo y las capacidades físicas para defenderse de las víctimas de mayor edad). En base a todo esto, se establecen los objetivos de conocer las características sociodemográficas de una muestra de mujeres agredidas sexualmente en función del momento en que se produjo la victimización (antes o después de los 20 años), y conocer las variables relativas a la violencia sexual en función de dicho momento.

Material y métodos

Participantes

La población objeto del estudio está formada por mujeres mayores de 16 años procedentes de Sevilla (capital y provincia), que declararon en la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI) haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, ya sea de forma puntual o reiterada, y dieron su consentimiento informado para realizar voluntariamente esta investigación. Dicha asociación desarrolla diferentes programas de asistencia jurídica y psicológica para mujeres víctimas de violencia sexual en Andalucía, así como diversos proyectos de prevención, sensibilización y divulgación[6]. La muestra se obtuvo de manera intencional excluyendo las afectadas por enfermedades médicas, uso o abuso de sustancias, que hubieran padecido alguna vez trastornos psicológicos o hubiesen estado expuestas a fenómenos estresantes en los 3 años previos al momento de la evaluación (criterios de exclusión).

El resultado fue de 61 mujeres, de edades entre 16 y 35 años, de distintos niveles socioeconómicos y situaciones laborales, que habían sufrido violencia sexual —entendida como delitos de abuso o agresión sexual tipificados en el Código Penal español[13]— en algún momento de su vida.

Las participantes se dividieron en dos grupos según la edad en que habían sufrido la violencia sexual, siendo además dicha edad la variable independiente de la investigación:

– Grupo A: 20 años o menos (≤20 años).
– Grupo B: más de 20 años (>20 años).

La edad de las participantes cuando acuden a AMUVI es con más frecuencia mayor de 20 años (72,10%), lo que se debe a que el programa de AMUVI está destinado a mujeres mayores de 16 años[6].

Materiales (instrumentos)

Se utilizó una entrevista semiestructurada de elaboración propia. A través de la entrevista se recababan los datos sociodemográficos, los aspectos principales de la agresión, la relación víctima-agresor, el apoyo social o familiar, así como todos aquellos datos necesarios para cumplimentar el protocolo de variables de la presente investigación. Para una mejor sistematización del análisis de resultados, las variables se agruparon en dos categorías:

– Variables sociodemográficas o relativas a la víctima:
  - Edad a la que acudió a la asociación.
  - Nivel educativo.
  - Nivel socioeconómico de la víctima en función del nivel de ingresos.
  - Situación laboral.
  - Lugar de residencia: rural (poblaciones de menos de 20.000 habitantes) o urbano.
  - Pareja estable: con o sin pareja estable.
– Variables relativas a la violencia sexual (al agresor, a los hechos o al propio abuso):
  - Frecuencia de la violencia sexual: puntual o reiterada.
  - Edad en la que ocurre la violencia sexual (en violencia reiterada, edad de inicio).
  - Nivel socioeconómico del agresor: bajo, medio o alto.
  - Relación víctima-agresor: desconocido, poco conocido, conocido.
  - Asimetría de edad entre la víctima y el agresor.
  - Tipo de violencia sexual según actos cometidos: con penetración anal, con penetración vaginal, con penetración oral, con varias formas de penetración o tocamientos sin penetración.
  - Presencia de otros actos agresivos.
  - Tiempo transcurrido desde la violencia sexual hasta el momento de la aplicación de la entrevista (en el caso de las víctimas reiteradas, desde la última agresión).
  - Duración de la violencia sexual si es reiterada.
  - Medio en el que se desarrolla la violencia sexual: rural y urbano.
  - Estrategias del agresor: mecanismos que el agresor/abusador pone en marcha para acceder a su víctima, y/o conseguir la posible aceptación y silencio. Cuando son varias estrategias, como sucede en los abusos sexuales reiterados, se considera la de mayor entidad: engaño y/o seducción, prevalencia o poder, y violencia y/o intimidación (estrategia de mayor entidad).
  - Asistencia institucional recibida: apoyo por parte de alguna institución pública.
  - Apoyo familiar recibido: apoyo por parte de diversos miembros de la familia.
  - Consecuencias físicas de la violencia sexual: no existen o son muy leves (lesiones que no precisan asistencia facultativa, o en todo caso precisan solo de una primera cura), no graves (lesiones de mayor gravedad clínica y repercusión forense) y graves (cuando la entidad clínica de la lesión exige tratamiento médico de reposo, escayola, intervenciones quirúrgicas, etc., o bien deja secuelas deformativas o funcionales).

La entrevista, al estar en proceso de validación, no tiene en el momento valores relevantes de fiabilidad y validez, dado que es de creación propia diseñada ex profeso para la presente investigación. Por otra parte, se contrastó la información con los expedientes psicológicos y jurídicos relativos a los casos.

Procedimiento

Una vez que la víctima acudía a los servicios de AMUVI, y tras la primera atención por parte del servicio, si la usuaria cumplía los criterios de inclusión como participante en el estudio se le informaba del objeto de la investigación y se solicitaba su consentimiento. Inicialmente se seleccionaron 76 participantes, de las cuales 15 no se incluyeron en el estudio definitivo debido a los criterios de exclusión definidos con anterioridad. Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito, se procedía a la recogida de datos relativos a la agresión a través de la entrevista semiestructurada que incluía las variables reflejadas

en el apartado de materiales, y que se llevaba a cabo por la psicóloga del centro y/o la médica forense, en una sesión de 1 hora de duración. Por último, se revisaron los diferentes datos recogidos en los expedientes correspondientes.

Diseño

El análisis de los 61 casos de violencia sexual constituye un estudio analítico observacional de cohorte retrospectivo, al realizarse una entrevista directa en la que se recogían datos del pasado de las participantes.

Análisis de datos

El estudio estadístico se realizó con el paquete SPSS Statistics 23 para Windows. Tras la depuración inicial de los datos, todas las variables cualitativas se describieron con tablas de frecuencias y porcentajes. Estas medidas se determinaron para la muestra completa y para los grupos independientes de mujeres definidos en función de la edad. Para analizar las relaciones entre variables cualitativas se realizaron tablas de contingencia y se utilizó la prueba de ji al cuadrado.

Por otro lado, no se necesitó tratar estadísticamente los valores perdidos puesto que la entrevista se aplicaba en el momento en que la participante aceptaba contestarla. Asimismo, no hubo mortalidad experimental por la misma razón. En cuanto a las variables extrañas, al tratarse de una metodología selectiva de encuestas no se realizaron técnicas de control, pues el estudio, al no ser de carácter experimental, no trata en ningún caso de establecer relaciones de causa-efecto. Al tratarse, por tanto, de una serie de variables predictoras (no causales), no resultó imprescindible aplicar técnicas de control de variables extrañas.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las mujeres de nuestro estudio en función de cuándo sufrieron la violencia sexual, y se resalta la comparación estadísticamente significativa entre la edad a la que sufrieron la violencia sexual y la edad a la que acudieron a AMUVI a pedir ayuda. No existieron diferencias significativas en ninguna de las otras variables de este grupo en función de la edad a la que se había sufrido la violencia sexual.

		Porcentaje	
		>20 años	**≤20 años**
Edad con que acude a AMUVI	16-20 años*	0,0%	39,5%
	21-25 años	38,9%	30,2%
	26-31 años*	38,9%	7,0%
	Más de 31 años	22,2%	23,3%
Nivel educativo	Estudios primarios	27,8%	23,3%
	Estudios secundarios	38,9%	48,8%
	Estudios universitarios	33,3%	27,9%
Nivel socioeconómico	Bajo	5,6%	20,9%
	Medio	66,7%	74,4%
	Alto	27,8%	4,7%
Situación laboral	Estudia	27,8%	46,5%
	Trabajos temporales	16,7%	23,3%
	Trabajo continuo	44,4%	18,6%
	Trabajo en el hogar	11,1%	11,6%
Lugar de residencia	Rural	33,3%	39,5%
	Urbano	66,7%	60,5%
Pareja estable	Con pareja estable	44,4%	44,2%
	Sin pareja estable	55,6%	55,8%

* p = 0,002.

Tabla 1.
Variables sociodemográficas según la edad a la que se sufre violencia sexual (≤20 años/>20 años).

Tabla 2.
Variables de la violencia sexual según la edad a la que se sufre violencia sexual (≤20 años/>20 años).

		Porcentaje	
		>20 años	**≤20 años**
Frecuencia violencia sexual	Violencia puntual	94,4%	30,2%
	Violencia reiterada*	5,6%	69,8%
Edad violencia sexual	≤6 años	0,0%	25,6%
	7-15 años	0,0%	48,8%
	16-20 años	0,0%	25,6%
	21-25 años	38,9%	,0%
	26 o más	61,1%	0,0%
Nivel socioeconómico agresor	Bajo	5,6%	20,9%
	Medio	66,7%	74,4%
	Alto*	27,8%	4,7%
Relación víctima-agresor	Desconocido*	33,3%	7,0%
	Poco conocido*	16,7%	2,3%
	Conocido	38,9%	34,9%
	Conviviente/familiar*	11,1%	55,8%
Asimetría edad víctima-agresor	≤5 años de diferencia*	72,2%	20,9%
	6-11 años de diferencia	0,0%	14,0%
	≥12 años de diferencia*	22,2%	60,5%
	No sabe/no contesta	5,6%	4,7%
Tipo de violencia sexual (actos cometidos)	Con penetración anal	5,6%	2,3%
	Con penetración vaginal	38,9%	41,9%
	Con penetración oral	5,6%	9,3%
	Varias formas penetración	5,6%	11,6%
	Tocamientos	44,4%	34,9%
Otros actos agresivos	Sí	55,6%	32,6%
	No	44,4%	67,4%
Tiempo transcurrido desde la violencia sexual	1-3 meses*	50%	7,0%
	3-6 meses*	5,6%	11,6%
	6 meses o más*	44,4%	81,4%
Duración de la violencia sexual reiterada	No es reiterada	94,4%	41,9%
	Menos de 1 año	5,6%	20,9%
	1-5 años	0,0%	7,0%
	5 años o más	0,0%	30,2%
Medio en que se desarrolla la violencia sexual	Rural	50,0%	51,2%
	Urbano	50,0%	48,8%
Estrategias del agresor	Engaño y/o seducción*	5,6%	46,5%
	Prevalencia o poder	11,1%	16,3%
	Violencia y/o intimidación*	83,3%	37,2%
Asistencia institucional	Ausente, no ha recibido o no denuncia	61,1%	58,1%
	Presente, adecuada	38,9%	41,9%
Apoyo familiar recibido	Ausente, inadecuado, no lo sabe*	27,8%	58,1%
	Presente, adecuado	72,2%	41,9%
Consecuencias físicas	No existen o muy leves*	27,8%	67,4%
	Moderadas*	61,1%	18,6%
	Graves	11,1%	14,0%

*p <0,05

En la Tabla 2 se presentan las variables relacionadas con la violencia sexual, señalando especialmente las estadísticamente significativas.

En cuanto a la frecuencia de violencia sexual, se observa que existen diferencias significativas en la violencia de tipo reiterado, siendo esta mucho más frecuente en las mujeres que habían sufrido agresión sexual a los 20 años o antes de esta edad (69,8%) con respecto a las que la habían sufrido después de los 20 años (5,6%).

Por otra parte, parece que el mayor nivel socioeconómico del agresor se relaciona con la mayor edad de la víctima, siendo además más frecuente una relación de desconocimiento o poco conocimiento entre la víctima y el agresor en el grupo de mayor edad, y siendo mayoritariamente los abusadores miembros de la propia familia o personas convivientes cuando la víctima era más joven. Asimismo, la diferencia de edad es de 5 años o menos cuando la víctima era mayor de 20 años (72,2% frente al 20,9% de las mujeres de 20 años o menos), y habitualmente de más de 12 años en el grupo de menor edad (60,5% frente a 22,2%).

Con respecto al tipo de actos cometidos y la presencia de otros actos agresivos, no existieron diferencias significativas entre los grupos de edad, por lo que no existe una tendencia en cuanto a la edad en este tipo de hechos.

Al analizar el tiempo transcurrido desde la última violencia sexual, se percibe que la prevalencia de un tiempo inferior a 6 meses transcurrido desde la última agresión es un 37% mayor en las mujeres agredidas sexualmente mayores de 20 años, respecto a las que tenían 20 años o menos, mientras que en este grupo, respecto al primero, era más frecuente que la agresión se hubiera producido hacía 6 meses o más.

En cuanto a las estrategias del agresor, se ha corroborado que estas presentan una relación con la edad en la que la mujer sufrió la agresión sexual. Esto se debe principalmente a las diferencias detectadas en el engaño y/o la seducción y en la violencia y/o la intimidación, siendo los primeros un 40% más frecuentes en las mujeres víctimas a los 20 años o menos y estando la violencia y/o la intimidación un 46% más presente en las mujeres abusadas de mayor edad.

Con respecto al apoyo familiar, se percibe como inadecuado o inexistente con más probabilidad en las mujeres que fueron víctimas a los 20 años o menos, motivado en parte por el desconocimiento familiar en un buen número de los casos.

El porcentaje de consecuencias físicas moderadas tras la violencia es un 42% más elevado en las mujeres agredidas después de los 20 años, con respecto a las menores. En cambio, la prevalencia de las secuelas muy leves es un 40% más alta en las mujeres agredidas a los 20 años o antes, con respecto al grupo de mujeres agredidas posteriormente.

Otras variables, como la duración de la violencia sexual cuando esta fue reiterada, el medio en que se desarrolló la violencia sexual y la presencia de asistencia institucional no mostraron diferencias significativas con respecto a la edad de la víctima en el momento de la agresión sexual.

Tras este análisis previo pueden establecerse de manera univariante los siguientes perfiles para las mujeres victimizadas sexualmente según los grupos de edad en que ocurrieron los hechos, y que aparecen en las Tablas 3 y 4, siendo el dato más relevante la presencia mayoritaria de violencia puntual en las mujeres mayores de 20 años (94,4%) y la violencia reiterada en las menores de esa edad (69,8%).

- Violencia reiterada.
- Nivel socioeconómico medio-bajo.
- Agresor conviviente o familiar.
- Diferencia de edad de más de 12 años con el agresor.
- Hace 6 meses o más del último episodio violento.
- Estrategia del agresor: engaño y/o seducción.
- Apoyo familiar inadecuado o inexistente.
- Consecuencias físicas muy leves.

Tabla 3.
Perfil de la mujer victimizada con 20 años o menos.

- Violencia puntual.
- Nivel socioeconómico alto.
- Agresor desconocido o poco conocido.
- Diferencia de edad de menos de 5 años con el agresor.
- Hace menos de 6 meses del último episodio violento.
- Estrategia del agresor: violencia y/o intimidación.
- Apoyo familiar existente y adecuado.
- Consecuencias físicas moderadas.

Tabla 4.
Perfil de la mujer victimizada con más de 20 años.

Discusión

La división de la muestra en dos grupos en función de la edad no respeta la edad legal de 18 años en que se llega a la adultez, debido a que si se hubiera hecho así habría una importante desproporción entre los dos subgrupos, porque a AMUVI acuden mujeres que ya han cumplido 16 años de edad. Esta misma división en función de la edad (20 años) ha sido llevada a cabo en un reciente estudio brasileño[14], siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para delimitar los crímenes cometidos contra las adolescentes.

Con respecto a los resultados obtenidos, se observa que la violencia sexual se da en todos los niveles socioeconómicos de las víctimas, si bien, de acuerdo con Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia[15], en mujeres de estratos más altos es menos conocida o no suelen hacer uso tan frecuentemente de los servicios públicos. En este sentido, un reciente estudio longitudinal con una muestra de más de 1.000 mujeres confirma que el nivel socioeconómico familiar no es un buen predictor de la posibilidad de sufrir abuso sexual[16].

La mayor prevalencia de participantes que viven en núcleos urbanos contrasta con estudios realizados en otros años que mostraron que prácticamente el 50% de las víctimas procedía de zonas rurales[17]. Consideramos que en esta investigación las cifras se deben al hecho de que la sede de AMUVI se encuentra en la capital de la provincia de Sevilla, lo que dificulta el acceso de algunas mujeres víctimas de violencia residentes en núcleos rurales más alejados. Pero, por otro lado, provenir de áreas urbanas puede ser una variable predictora para ser abusado físicamente y sexualmente, según otros autores[18].

El acto sexual que con más frecuencia encontramos es la penetración (destacando la vaginal), de forma similar al estudio de Pereda[5], por lo que habrá que tener en consideración que esta forma de victimización, siendo la más agresiva, es la que más secuelas psicológicas deja en la víctima, como ha confirmado un reciente metaanálisis[19]. Estos datos difieren de lo establecido por el Instituto de la Mujer[20] en Andalucía, o en el reciente estudio de Negriff, Schneiderman, Smith, Schreyer y Trickett[7] en una muestra más joven, en los que aparecen que la mayor frecuencia de agresiones se produce en actos sexuales sin penetración. En otro estudio ya citado[14] encontraron que la ausencia de penetración se quintuplicaba en la muestra de menores de 20 años cuando se comparaban con las mayores de esa edad. También se da una proporción importante (37,7%) de mujeres que sufrieron tocamientos sin penetración, en la misma línea que en otros estudios anteriores[17].

Es importante destacar que los resultados obtenidos chocan con mitos y estereotipos, como los descritos por otros autores[4,17]. Así, frente al mito del agresor desconocido, en este estudio es claramente superior la violencia sexual perpetrada por familiares o conocidos de la víctima (80%). También es contrario al estereotipo de que la violencia sexual conlleva gran violencia física[21], ya que en la mitad de nuestros casos no existe tal violencia, porque el agresor doblega a su víctima mediante engaño, seducción y prevalencia de poder. Aunque en nuestro estudio sea menos frecuente que existan otros actos agresivos, no por ello son menos dramáticos (39,3% de la muestra), especialmente cuando revisten consecuencias graves (13,1% de la muestra). Recientemente, French, Bi, Latimore, Klemp y Butler[22], en una muestra de jóvenes que habían sido objeto de violencia sexual con distintos componentes, comprobaron que aquellos/as que sufrieron polivictimización (que incluía, entre otras formas de sometimiento, el uso de la fuerza física y la violencia) informaban de más consecuencias psicológicas en comparación con los que no sufrieron esa violencia excesiva (menor autoestima, mayor estrés psicológico y una mayor frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo). En el mismo sentido, en un amplio estudio longitudinal, entre las consecuencias más frecuentes tras una violación, se citan tanto los síntomas de trastorno por estrés postraumático como el beber compulsivo[23].

Con las relaciones significativas halladas, se pueden establecer de forma univariante unos perfiles de victimización, compuestos por los diferentes elementos que caracterizan la violencia sexual. Encontramos claras coincidencias entre la victimización antes de los 20 años y la violencia reiterada, y la ocurrida después de los 20 años y los procesos de violencia puntual. Estos resultados coinciden con Echeburúa[24], pero no con los estudios de prevalencia de López[4,25], que muestran un mayor porcentaje en la frecuencia de "una sola vez". No obstante, los estudios no son comparables puesto que la metodología es diferente.

Los resultados de inferencia entre la frecuencia de violencia sexual y la edad de victimización muestran de nuevo las coincidencias entre los perfiles reseñados, así como el hecho de que los elementos de la violencia sexual se encuentran relacionados unos con otros, siendo muy difícil aislar uno solo. De acuerdo con algunos autores[8,26], los diferentes elementos que componen el abuso sexual a menores (estrategias del agresor, actos, conductas sexuales, consecuencias, etc.), se entremezclan, condicionándose entre sí.

En los casos de menores de 20 años, la relación agresor-víctima más prevalente es de convivientes o familiares, con una diferencia de edad de más de 12 años; concuerda con la violencia reiterada y orienta a que el perpetrador sea el padre de familia/compañero de la madre, como refieren algunos autores[27].

En esta misma línea, en un 16% de los casos de violencia reiterada, los abusadores tienen menos de 5 años de diferencia con la víctima. En nuestra casuística, estos casos corresponden a hermanos o primos. Resulta duro señalar que la mayor vulnerabilidad de las menores se encuentra en su entorno cercano y en su propia familia, pero en este dato hay acuerdo mayoritario de diferentes autores[4,5,15,27,28].

Los agresores desconocidos o poco conocidos por la víctima menor de 20 años son menos frecuentes, y nunca, lógicamente, en violencia reiterada; son de significativa prevalencia en los casos puntuales.

En la victimización después de los 20 años sucede al contrario: la mayor prevalencia de la relación agresor-víctima aparece en desconocidos o poco conocidos, con una asimetría de edad de menos de 5 años, lo que coincide con la violencia puntual. También se encuentra en este grupo una mayor frecuencia de situaciones de violencia llevadas a cabo por iguales o personas más cercanas en edad a la víctima, como pueden ser las que suceden en el ámbito de citas amistosas o la violación de fin de semana[17].

Las estrategias que el agresor pone en juego para acceder a la víctima también presentan una relación significativa con la edad en la que se sufre la violencia sexual. En la victimización de menores de 20 años, el engaño y la seducción muestran mayor prevalencia que en las mayores de 20 años, en las que son más frecuentes la violencia y la intimidación. Si extrapolamos las estrategias a los delitos de abuso y agresión[13] observamos que coinciden estos datos con los de menores y mayores, respectivamente, reseñados en las memorias de AMUVI[6]. Asimismo, coinciden con la mayoría de los estudiosos del abuso a menores, que consideran como estrategia más habitual el engaño, la seducción, la coacción y otros métodos que no requieren violencia física[29]. Este resultado es una consecuencia directa de la transversalidad de la presente investigación, que no ha permitido observar las diferentes estrategias a lo largo de años que el perpetrador pone en juego, y que incluyen el engaño, la seducción, la violencia y la intimidación —entre otras—, secuenciadas o mezcladas entre sí[8,17,26].

El apoyo familiar es menor en las mujeres victimizadas con menos de 20 años que en las mayores de esa edad. Abundando en esto, el apoyo inadecuado o inexistente percibido por las mujeres violadas o abusadas antes de los 20 años es un 30% más elevado que el percibido como tal en las mayores de esa edad. En esta falta de apoyo se incluye el desconocimiento de la familia de lo que está sucediendo. Los resultados conducen a reflexionar sobre que las menores poseen menos credibilidad que las adultas y ocultan más los hechos. En este sentido, según los postulados de Finkelhor[30] acerca de la victimología evolutiva, podemos afirmar que, si bien a medida que las niñas crecen tienen más posibilidad de sufrir ataques sexuales, cuando son más pequeñas tienen menos credibilidad, lo que las coloca en una posición más vulnerable.

Hemos encontrado diferencias descriptivas en el tipo de actos cometidos. Mientras que la penetración vaginal o anal se observan en la misma proporción en mujeres victimizadas antes y después de los 20 años, la penetración oral y las diversas formas de penetración presentan un porcentaje mayor en las menores respecto a las mayores.

También encontramos diferencias en el estudio descriptivo en la asistencia institucional a las víctimas, pues la inadecuación o falta de asistencia ocurre con más frecuencia en la victimización de menores de 20 años. Posiblemente este hecho esté relacionado con factores tales como la falta de conocimiento por parte de las menores de 20 años de sus derechos y posibilidades de denuncia, así como la ignorancia acerca del carácter sexual de determinadas conductas de abuso llevadas a cabo en el ámbito intrafamiliar. Asimismo, en la violencia puntual (que coincide con los resultados de la victimización en mayores de 20 años) hay mayor prevalencia de lesiones, lo cual, al requerir atención sanitaria, hace que los hechos salgan a la luz más fácilmente y así se reciba mayor apoyo institucional.

Por todo ello, la violencia reiterada más frecuente en el grupo de menor edad, realizada más habitualmente por familiares o convivientes, y la falta de apoyo familiar (en ocasiones por el desconocimiento de la situación de abuso), encaja con un modelo de abuso sexual infanto-juvenil (intrafamiliar, reiterado y basado en las relaciones de poder) con respecto al extrafamiliar, realizado habitualmente por agresores desconocidos a mujeres de mayor edad en el marco de una situación muy agresiva que se produce habitualmente en una sola ocasión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las mujeres que sufren violencia por parte de agresores desconocidos son más propensas a sufrir violencia por familiares[31].

Entre las limitaciones encontradas para realizar este estudio y establecer conclusiones, destacamos el pequeño tamaño muestral, lo que hace que la validez externa de este estudio sea limitada, y por tanto se dificulta la generalización de los resultados. Esto es comprensible al ser un estudio preliminar, por lo que sería conveniente aumentar el tamaño muestral y así poder estandarizar y obtener los datos de fiabilidad y validez de los que carece actualmente la entrevista aplicada. Asimismo, otra limitación es la diferencia del tamaño de los subgrupos de edad, si bien esta circunstancia viene determinada por la naturaleza del abuso sexual y la mayor prevalencia del abuso sexual infantil. Las principales aportaciones de esta investigación consideramos que son el establecimiento de perfiles de victimización en función de la edad, de utilidad tanto para ampliar este trabajo como para comparar sus resultados con otros.

Como resumen de dichos perfiles, se puede señalar que las mujeres que sufrieron la violencia sexual con edad igual o inferior a los 20 años han sufrido habitualmente violencia reiterada, perpetrada por agresor conviviente o familiar, que tiene una diferencia de edad de más de 12 años con la víctima, y utiliza el engaño y la seducción para acceder a esta. Asimismo, no existen consecuencias físicas o son muy leves, y el apoyo familiar es inadecuado o inexistente. En el caso de las mujeres que sufrieron la violencia sexual teniendo más de 20 años, el perfil de la victimización se corresponde con la violencia puntual, perpetrada por agresor desconocido o poco conocido para la víctima, que tiene una diferencia de edad de menos de 5 años con esta, y utiliza la violencia y/o la intimidación para consumar los hechos; las consecuencias físicas son moderadas o más graves para la víctima en este caso, y el apoyo familiar que esta recibe es adecuado.

Conclusiones

En conclusión, los resultados en mujeres víctimas menores de 20 años evidencian el grave problema del abuso sexual contra menores en relación con el de mujeres adultas, orientan hacia pautas de detección en servicios médicos y ayudan a clarificar las complejas peritaciones en esta materia, así como a diseñar programas de prevención más adecuados en función de la edad de las posibles víctimas.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al Instituto Andaluz de la Mujer y a la Asociación AMUVI, por su apoyo inestimable. Sin su colaboración, este trabajo no habría sido posible.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención de la violencia, una prioridad en salud pública. Ginebra: OMS; 1996.
2. Muruaga S. Efectos de la violencia sexual en la salud de las mujeres. Monográfico: La violencia sexual de género. *La Boletina.* 2006;24:1-4.
3. ADIMA. *Guía de atención al maltrato infantil.* Sevilla: ADIMA; 1993.
4. López F. *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores.* Barcelona: Océano; 1999.
5. Pereda N. *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores.* Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
6. AMUVI. Memoria global de los programas de la Asociación. Sevilla: AMUVI. 2012. (Consultado el 18 de marzo de 2012). Disponible en: http://www.amuvi.org/
7. Negriff S, Schneiderman JU, Smith C, Schreyer JK, Trickett PK. Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse Neglect.* 2014;38:261-70.
8. Sepúlveda P. La violación desde el punto de vista de la abogacía. En: Delegación de Justicia, editora. Manual de curso de formación en aspectos jurídicos y respuestas multidisciplinares en los casos de violencia contra la mujer. Sevilla: Delegación de Justicia; 1999. p. 4-30.

9. Cantón D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología.* 2015;2:552-61.
10. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense.* 2006;12:75-82.
11. Cyr K, Clément ME, Chamberland C. Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *Journal of Interpersonal Violence.* 2014;4:616-34.
12. Simmons J, Wijma B, Swahmberg K. Lifetime co-occurrence of violence victimization and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC Public Health. 2*015;15:1-14.
13. Código Penal. Título VIII: Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales Madrid: Tecnos. (Consultado el 18 de marzo de 2012.) Disponible en: http://libros-revistas-derecho.vlex.es/source/comentarios-al-codigo-penal-4579/toc/03.08
14. Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Costa A, *et al.* Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *Women's Health.* 2014;14:1-7.
15. Rincón P, Cova F, Bustos P, Aedo J, Valdivia M. Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría.* 2010;81:234-40.
16. Butler AC. Child sexual assault: risk factors for girls. *Child Abuse Neglect.* 2013;9:643-52.
17. Sepúlveda A, Millán S, Sepúlveda P, Nevado C, Solís E. La violencia sexual, un problema cercano, una solución posible. Estudio comparativo de la violencia sexual en zonas rurales y urbanas: un enfoque para la prevención. Sevilla: Diputación de Sevilla; 2002.
18. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillantcourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Neglect.* 2013;37:14-21.
19. Amado BG, Arce R, Herraiz A. Psychological injury in victims of child sexual abuse: a meta-analytic review. *Psychosocial Intervention.* 2015;1:49-62.
20. Instituto de la Mujer. Estadísticas sobre violencia. 2009. (Consultado el 11 de marzo de 2012.) Disponible en: www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/violencia/
21. Lorente M, Lorente JA. *Agresión a la mujer: maltrato, violencia y acoso*. Granada: Comares; 1998.
22. French BH, Bi Y, Latimore TG, Klemp HR, Butler EE. Sexual victimization using latent class analysis: exploring patterns and psycho-behavioral correlates. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014;6:1111-31.
23. Walsh K, Danielson CK, McCauley J, Hanson RF, Smith DW, Resnick HS, *et al.* Longitudinal trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms and binge drinking among adolescent girls: the role of sexual victimization. *Journal of Adolescent Health.* 2012;1:54-9.
24. Echeburúa E. Superar un trauma. *El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.* Madrid: Pirámide; 2005.
25. López F. *Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores.* Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
26. Barudy J. E*l dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.* Barcelona: Paidós, Terapia Familiar; 1998.
27. López F. Abuso sexual: un problema desconocido. En: Casado J, Díaz JA, Martínez MP, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 161-7.
28. Garbarino J, Eckenrode J. *Por qué las familias abusan de sus hijos.* Barcelona: Granica; 1999.
29. Díaz JA. Abuso sexual en la historia, concepto y tipos. En: Díaz JA, Casado J, García E, Ruiz-MA, Esteban J, editores. *Atención al abuso sexual infantil.* Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 2001. p. 49-57.
30. Finkelhor D. Victimología infantil. En: Sanmartín J, editor. *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel; 1999. p.149-69.
31. Krebs C, Breiding MJ, Browne A, Warner T. The association between different types of intimate partner violence experienced by women. *Journal of Family Violence.* 2011;6:487-500.

Cuad Med Forense 2016;22(1-2):40-45

El papel del impulso sexual como elemento mediador de la autoestima en un agresor sexual con múltiples parafilias

The role of sexual drive as a regulating element in the self-esteem of a sexual aggressor with multiple paraphilia

MS. Alfageme Redondo[1]
Á. Martínez Pérez-Crespo[2]

[1]Médico forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz. Sección de Clínica.
[2]Alumno de Grado de Psicología. Universidad de Cádiz.

Resumen

Mediante la presentación de un caso clínico de un agresor sexual de mujeres adultas diagnosticado de trastorno de personalidad límite y múltiples parafilias, se realiza una reflexión acerca de las motivaciones psicológicas para la agresión sexual relacionadas con la función del impulso sexual de regulación de la autoestima en el ser humano a través de los estudios de prevalencia de alteraciones en los ejes I y II del modelo de diagnóstico multiaxial en muestras de agresores sexuales, las tipologías establecidas para agresores sexuales y los estudios sobre las condiciones psicológicas de agresores sexuales que preceden al ataque sexual. Se enfatiza la asociación entre el padecimiento de diferentes parafilias en agresores sexuales y dicha función del impulso sexual en el ser humano, así como en la escasez de estudios al respecto y el infradiagnóstico de estos trastornos en esta población.

Palabras clave: Autoestima. Trastorno de personalidad límite. Parafilias. Agresión sexual. Prevalencia eje I y II.

Abstract

By examining the clinical case report of a sexual offender of adult females diagnosed with borderline personality disorder and multiple paraphilia, a study is presented on the psychological motivations behind sexual aggression associated with self-esteem regulation in human beings of the function of sexual desire using for this prevalence of axis I and II disorders of the multi-axial system in groups of sexual aggressors, established sex offenders typologies and studies on sex offenders state-of-mind preceding the sexual assault. The link between paraphilic disorders in sexual aggressors and the sexual drive function in human beings is emphasized, as well as the scarcity of studies on the subject and the under diagnosis of these disorders in this group.

Key words: Self esteem. Borderline personality disorder. Paraphilia. Sexual aggression. Cross sectional axis I and II.

Correspondencia:
María Sandra Alfageme Redondo
E-mail: marias.alfageme@juntadeandalucia.es

Introducción

El impulso sexual en el ser humano va más allá de la mera función reproductiva, asociándose a otras funciones tales como el establecimiento de vínculos, la mitigación de la ansiedad, la obtención de placer, la demostración de ascendencia o dominio, e incluso una función instrumental, a través de la consecución de metas; el impulso sexual también puede actuar como instrumento para la afirmación de la identidad de género y la modulación de la autoestima. Las motivaciones psicológicas, conscientes o no, para la ejecución de violencia sexual, deben entenderse desde estas funciones superiores del impulso sexual. En este sentido, el uso del impulso sexual como modulador de la autoestima ha quedado reflejado en la literatura psicológica y psiquiátrica en el establecimiento de las tipologías de agresores sexuales, en la elevada prevalencia de trastorno de personalidad límite en los estudios realizados sobre muestras de agresores sexuales en población penitenciaria y no penitenciaria, en la elevada prevalencia de la existencia de trastornos de ansiedad y depresivos en el eje I del modelo diagnóstico multiaxial en esta población, y en los estudios de las condiciones psicológicas del agresor que preceden al ataque sexual.

Por otro lado, se ha asociado la comorbilidad de diferentes parafilias en los agresores sexuales a dicha función moduladora de la autoestima del impulso sexual; no obstante, existen pocos estudios centrados en el análisis de la prevalencia real de parafilias en agresores sexuales.

Caso clínico

Se trataba de un varón heterosexual de 30 años de edad, con antecedentes personales de bajo rendimiento escolar y patrón de crianza tipo sobreprotector. Relación de pareja estable desde hacía varios años y una hija. En el momento de la exploración se encontraba pendiente de juicio por dos agresiones sexuales, entre las cuales mediaba una semana de diferencia, habiéndose empleado en ambas un instrumento intimidatorio (navaja) y presentando la segunda de las víctimas lesiones como consecuencia de la resistencia que opuso (luxación de hombro). Carecía de antecedentes penales.

Hechos imputados

En relación a estos, narra la introducción en su coche, bajo intimidación con arma blanca, de una desconocida "que le gustó", a la que realizó tocamientos y le dio un beso tras convencerle la misma de que no fuese más allá por el bien de su hija; la dejó en la puerta de su casa, con amenazas de poder localizarla en caso de contar lo sucedido. Tras aproximadamente una semana, volvió a repetir la misma secuencia, si bien en esta ocasión la víctima intentó huir del coche, provocándose lesiones al ser sujetada por el peritado. Ambas agresiones sexuales coinciden con un período de deterioro de la relación de pareja que mantenía, y en la segunda de ellas existía el antecedente claro de frustración relacionada con el incumplimiento de las expectativas de mantener una relación sexual con una desconocida con la que mantenía relación telefónica, y hacia la que el peritado albergaba sentimientos de incipiente enamoramiento.

Hallazgos relevantes en la esfera psicosexual

Destacó la existencia de un bajo nivel de activación sexual, así como una alta frecuencia en la práctica de distintas actividades sexuales (coito y masturbación). El peritado presentó diversas conductas sexuales desviadas, que se iniciaron con prácticas con escasa interacción con las víctimas (*voyeurismo* con masturbación), produciéndose paulatinamente un incremento de la interacción, tanto de tipo verbal (piropos de carácter obsceno) como físico (tocamientos sin posibilidad de respuesta por parte de las víctimas), hasta llegar a los hechos que se le imputaron. Consumidor habitual de pornografía y ocasional de prostitución.

Hallazgos psicopatológicos

No se encontraron alteraciones significativas en el eje I. Dado que mientras estuvo en prisión y previamente al reconocimiento médico forense se le realizó un diagnóstico de retraso mental ligero por parte del psicólogo de una organización no gubernamental, se derivó a la psicóloga forense para apoyar la presunción diagnóstica de inteligencia límite con pruebas psicométricas, que no resultaron válidas en lo que respecta al cálculo del coeficiente intelectual (CI) por la escasa colaboración del peritado (presentó conductas metasimulativas según el informe psicológico forense), llegándose a la conclusión diagnóstica de inteligencia límite en base a las habilidades adaptativas del mismo, tras exploración clínica y aplicación de la Escala de Intensidad de Apoyos.

En lo que respecta al eje II, el interno mostró rasgos típicos del constructo del trastorno límite de perso-

nalidad: verbalizó cogniciones relacionadas con el temor al abandono por parte de su pareja, habiendo desarrollado estrategias burdas para evitar dicho abandono, tales como la prohibición a su pareja del uso del coche para evitar el abandono, o la restricción al acceso a las cuentas familiares; manifestó sentimientos de baja autoestima, identificando el origen de la misma en el rechazo de su pareja a nivel sexual, pero también en la percepción de acciones por parte de esta dirigidas a su minusvaloración ante otras personas; a la par, mostró una autoimagen inestable, que oscilaba entre sentimientos de elevada autovalía y sentimientos de inferioridad; escaso entorno social, con relaciones interpersonales alternantes entre la idealización y la devaluación. Elevada impulsividad manifestada en distintas áreas de su vida privada, así como importante reactividad del estado de ánimo.

Además, el interno verbalizó distorsiones cognitivas dirigidas a la minimización del uso de la violencia contra su pareja y las víctimas, llegando incluso a culpar a su pareja de los hechos imputados debido al rechazo de esta a nivel sexual, y a la segunda víctima de sus lesiones por haberse resistido a la actividad sexual intentando huir; manifestó otras distorsiones cognitivas acerca de las mujeres y su papel en la sociedad (rol femenino relacionado únicamente con el cuidado del hogar y los hijos, sin participación activa en las decisiones derivadas de la convivencia en pareja), así como sobre la sexualidad (justificación de la actividad sexual con su pareja con mediación de violencia ante la ausencia de persistencia de esta en la negativa a mantener relaciones sexuales). El análisis funcional de las conductas sexuales narradas, así como de las agresiones sexuales, mostró una asociación consistente entre la práctica de estas y sentimientos de frustración sexual y las cogniciones asociadas a esta (sentimientos de escasa autovalía y pensamientos relacionados con el abandono).

Discusión

El impulso sexual es una motivación inherente al ser humano que puede vehiculizar desde los actos más hermosos, como es la expresión del amor, a los más abyectos. En el ser humano, por tanto, dicho impulso trasciende la mera función reproductiva o biológica, asociándose a funciones tales como la afirmación de la identidad de género a través de la modulación de la autoestima, entre otras.

En el presente caso clínico se va a poner el énfasis en dicha función moduladora de la autoestima, a través del estudio de las clasificaciones tipológicas de los agresores sexuales, el estudio de la prevalencia de los trastornos de personalidad entre las poblaciones de agresores sexuales y las características psicosociológicas que preceden a la agresión sexual. Por último, aunque no menos importante, se quiere llamar la atención acerca de la coexistencia, en este caso concreto, de varias parafilias junto a la agresión sexual, comorbilidad que ha recibido poca atención en general en los estudios realizados sobre agresores sexuales, pese a ser un factor de gravedad para la reincidencia en la comisión de delitos sexuales presente en los instrumentos diagnósticos validados para tal fin en contextos penitenciarios y forenses.

Partiendo de la base de que el establecimiento de perfiles de personalidad en agresores sexuales, como en todas las clasificaciones tipológicas, supone un empobrecimiento en la descripción de la riqueza de la conducta humana, y siendo por tanto conscientes de que dicha clasificación tipológica solo puede suponer un intento explicativo de la conducta humana desde un punto de vista genérico, que debe enriquecerse siempre desde una perspectiva idiográfica, lo cierto es que las tipologías establecidas por distintos autores tienen, como nexo común, la existencia de un subtipo de agresor sexual caracterizado por la existencia de déficits en sus relaciones interpersonales, y por tanto sexuales, donde generalmente coexisten otro tipo de conductas sexuales desviadas consideradas de tipo menor, y cuya base psicológica se encuentra en el uso de la agresión como mecanismo para elevar su autoestima; se trataría de los agresores sexuales psiconeuróticos o patológicos[1] (Vázquez, 2005), o agresores sexuales por afirmación de poder[2] (Romi, 1995).

Diversos estudios y modelos teóricos han señalado o son indicativos de la posible intervención de la función mediadora de la autoestima del impulso sexual como uno de los posibles factores explicativos de la violencia sexual; así, en el estudio realizado por Pithers, Marques, Gibat y Marlatta (1983), citado por Castro, López-Castedo y Sueiro (2009)[3], se encontró una asociación entre delitos sexuales y antecedentes de un cambio emocional importante como elemento predecesor a estos, y en el modelo teórico de Marshall y Barabaree, citado por Pérez, Martínez e Illescas[4] (2007, p. 188), se introduce, entre los factores desencadenantes de la agresión sexual, la existencia de estados emocionales tales como el estrés prolongado o las reacciones coléricas. En el estudio realizado por Castro, López-Castedo y Sueiro[3] (2009) se encontró que la variable "autoestima" se situó por debajo de la puntuación de corte de la población general; por su parte, Becerra-García y García León[5] (2013) encontraron que, tras el trastorno por abuso de sus-

tancias, los trastornos más frecuentemente asociados a la muestra de agresores sexuales estudiada eran los afectivos y los trastornos de ansiedad, y prácticamente resultados similares ofreció el estudio realizado por McElroy *et al*.[6] (1999). Hanson y Harris (2000), citados por Marshall[7] (2006, p. 25), encontraron resultados que evidenciaban la asociación entre los estados emocionales negativos y un aumento en la probabilidad de ocurrencia de agresión sexual, y en la misma dirección, a partir de los estudios de Cortoni y Marshall (2001), y de McKibben, Proulx y Lusignan (1994), citados ambos por Hanson y Morton[8] (2005, p. 1158), se ha encontrado evidencia de que los agresores sexuales tienen mayor probabilidad que otros grupos de responder al estrés a través de conductas y fantasías sexuales. Por otro lado, diversos estudios, como el de Greenberg y Bradford (1997) y el de Kafka y Prentky (1992), citados ambos por Marshall[7] (2006, p. 25), han demostrado que, entre toda la medicación administrada a agresores sexuales, aquellos fármacos cuya función es la estabilización del estado de ánimo, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se asocian a una reducción de la expresión de la conducta sexual desviada. Recuérdese que, de acuerdo con el modelo tripartito de Clark y Watson[9] (1991) acerca de las relaciones entre ansiedad y depresión, el elevado afecto negativo, caracterizado por baja autoestima y sentimientos de inferioridad, entre otros, es un elemento común a ambos trastornos, por lo que si bien no se han encontrado suficientes estudios que valoren específicamente el papel de la autoestima en el inicio de la conducta violenta sexual, la elevada comorbilidad entre agresiones sexuales y trastornos de ansiedad, y de la esfera afectiva, podría ser interpretada en dicho sentido.

Finalmente, aunque los distintos estudios realizados sobre población penitenciaria no han encontrado una clara asociación entre agresores sexuales y padecimiento de un trastorno mental grave[5], diversos estudios, como los realizados por Echeburúa (1997) y por Soria y Hernández (1994), citados ambos por Castro y López Castedo[3] (2009), sí han encontrado relaciones significativas entre la comisión de delitos sexuales y los trastornos de personalidad; concretamente, en el estudio realizado por Echeburúa se encuentran relaciones entre la agresión sexual y el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno de personalidad esquizoide y el trastorno de personalidad límite. También, tanto en los estudios de Harsch *et al*.[10] (2005) como en los de Dunsieth *et al*.[11] (2004) se encuentran relaciones entre los agresores sexuales analizados y la existencia de trastorno de personalidad, siendo en ambos estudios el más prevalente el trastorno antisocial de personalidad, seguido por el trastorno límite de personalidad. Leue, Borchard y Hoyer[12] (2004), en un estudio realizado sobre 55 agresores sexuales, encuentran una elevada prevalencia de trastornos de personalidad de los clusters B y C (44%), siendo los trastornos de personalidad más prevalentes en esta muestra el antisocial (35%), el evitativo (24%) y el *borderline* (35%).

No obstante, cabe señalar que, en general, los estudios que relacionan al agresor sexual con algún tipo de comorbilidad psiquiátrica en el eje II, además de ser escasos, suelen adolecer de una escasa representatividad de la muestra con la que trabajan, existiendo discrepancias en los resultados obtenidos entre algunos de ellos[13,14]. En este sentido, el estudio realizado por Kanyanya, Othieno & Ndetei[14] sobre población africana, únicamente establece relaciones significativas con trastorno antisocial de personalidad y trastorno del control de los impulsos, lo cual puede ser indicativo de que otro tipo de factores de tipo sociocultural pueden ser un factor importante a la hora de la comisión de este tipo de violencia sexual, tal como se ha señalado en relación al análisis de la conducta sexual violenta por otros autores[15].

Entre las características psicológicas del trastorno de personalidad límite se encuentra una autoimagen insegura, con un sentido de identidad inmaduro, nebuloso y cambiante, así como estados de ánimo lábiles e inestables, que generan mecanismos de adaptación externos infructuosos, y que en situaciones de estrés se manifiestan con retrocesos hasta niveles de tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y adaptación social muy primitivos desde el punto de vista del desarrollo[16]. Con esta perspectiva, por tanto, se pone de nuevo en énfasis el papel de la función sexual en algunos de estos sujetos como mecanismo para el control del estrés y la ansiedad social, tal como se refleja en la elevada comorbilidad entre el trastorno de personalidad límite y la agresión sexual. En este sentido, Esbec y Echeburúa[17] han postulado como factores precipitantes de la violencia sexual, entre otros, la impulsividad, las relaciones inestables, los trastornos de identidad, el miedo al abandono y la desregulación emocional que padecen los sujetos con trastorno límite de personalidad, encontrándose, dentro de la emisión de la conducta violenta, la mitigación de la tensión emocional generada por estas circunstancias psicológicas.

Nótese que, en el caso clínico que nos ocupa, las agresiones sexuales fueron precedidas por una situación mantenida de estrés crónico (deterioro de la relación de pareja del agresor con creencias, reales o no, de abandono por parte de esta y relaciones interpersonales inestables), así como de situaciones

de frustración sexual y emocional, tanto por la negativa de la pareja del interno a mantener relaciones sexuales como por el incumplimiento de las expectativas sexuales que mantenía con otras posibles parejas sexuales, con sentimientos asociados a dichas situaciones de baja autoestima. No es óbice afirmar que, desde luego, otros factores ajenos al núcleo que caracteriza al trastorno de personalidad límite, y que se han encontrado consistentemente asociados a las características de personalidad de los agresores sexuales, tales como las distorsiones cognitivas en relación al papel sexual de la mujer o la compulsividad en la práctica de actividades sexuales diversas, están presentes en este caso clínico y posiblemente hayan mediado como disparador acerca del tipo específico de violencia física (intento de violación); sin embargo, resulta llamativa la asociación, en este caso concreto, entre el constructo de trastorno de personalidad límite, autoestima baja y agresión sexual.

En lo que respecta a la relación entre agresores sexuales y coexistencia de parafilias, esta no se encuentra bien estudiada, bien por ser las parafilias alteraciones de la conducta sexual que suelen mantenerse en secreto, bien por ser un factor que no suele tenerse en cuenta en la evaluación de los agresores sexuales[18,19]. En general, en la bibliografía consultada existe la tendencia a considerar la escasa frecuencia de asociación entre la agresión sexual por violación y la existencia de diferentes parafilias[19-21], aunque suele asociarse la existencia de parafilias a agresión sexual por violación cuando esta ocurre dentro del contexto de la regulación de la autoestima en el ámbito de la incompetencia sexual y social[2]. En general, el estudio de la literatura psiquiátrica sugiere que las personas con trastornos parafílicos suelen participar en un único tipo de conducta sexual desviada, y generalmente los criterios de los grandes manuales diagnósticos excluyen, por definición, la posibilidad de múltiples y coexistentes parafilias[18].

No obstante, la coexistencia de parafilias en agresores sexuales es un ítem de alta peligrosidad y escasa respuesta al tratamiento en casi todos los instrumentos relacionados con la valoración de la peligrosidad o gravedad de la conducta violenta sexual[4]. En este sentido, diferentes estudios, como el de McElroy *et al.* de 1999 (citado por Guidry y Saleh[19], 2004, p.23), han demostrado que la coexistencia de parafilias en agresores sexuales se asocia a más alteraciones y mayor gravedad de estas en el eje I, especialmente en trastornos de la esfera afectiva, que los agresores sexuales sin diagnóstico de parafilia.

Abel *et al*.[18] (1998) realizaron un estudio sobre 561 hombres de entre 13 y 76 años de edad diagnosticados de parafilia en un contexto no carcelario, que demostró que un importante porcentaje de sujetos con parafilias no se encontraban circunscritos a las características clínicas propias de su parafilia, descubriendo que, en caso de coexistencia de múltiples parafilias en un mismo individuo, una suele actuar como dominante, siendo sustituida con el paso del tiempo por otra en cuanto a dominancia, pero en general sin llegar a desaparecer, pudiendo coexistir en el tiempo con la parafilia dominante, aunque con menos frecuencia e intensidad, y normalmente sin perder la capacidad excitatoria para el sujeto que la padece. El estudio también demuestra que los parafílicos con una sola parafilia son extremadamente raros; en concreto, para el tema que nos ocupa, los violadores presentan una alta incidencia de codiagnóstico de parafilia, concomitante a la violación o no, y se ha encontrado que el 55,5% de los violadores presentan tres o más parafilias asociadas. En el estudio realizado, de 126 sujetos violadores de mujeres adultas, el 44% desarrollaron pedofilia femenina en niñas no conocidas, el 14% en niños no conocidos, el 24% pedofilia femenina de familiar, el 28% exhibicionismo y el 18% *voyeurismo;* el resto había estado envuelto en otros múltiples tipos de parafilia.

En el caso clínico que nos ocupa, el interno había iniciado sus conductas sexuales desviadas a temprana edad, aumentando las mismas en interacción con las víctimas con el transcurso de los años, aunque sin abandonarlas totalmente y con coexistencia de ellas, hasta llegar a las agresiones sexuales cometidas.

Conclusión

Se ha presentado el caso de un agresor sexual con diagnóstico de trastorno de personalidad límite. El análisis del caso refleja el uso del impulso sexual como mecanismo regulador de la autoestima, habiéndose identificado antecedentes psicológicos previos a los ataques sexuales relacionados con sentimientos de baja autoestima, además de distorsiones cognitivas relativas a la sexualidad y al papel de la mujer en la sociedad, las cuales se consideran que pueden mediar la expresión de este tipo específico de violencia.

Los estudios que se han encontrado acerca del tema disponen de escasa muestra y son de carácter descriptivo e indirecto, asociados generalmente al estudio de las prevalencias de patologías en los ejes I y II del sistema diagnóstico multiaxial.

Destaca además la comorbilidad con parafilias, trastornos generalmente infradiagnosticados en la

población de agresores sexuales, pese a que son un factor a tener en cuenta en el tratamiento de este tipo de delincuencia, y cuya presencia se ha asociado, aunque con escasa frecuencia, a agresores sexuales que emplean la violencia sexual en la regulación de su autoestima. Existen muy pocos estudios realizados acerca de la prevalencia real de parafilias en agresores sexuales de adultos, y ninguno acerca de su papel específico en la agresión sexual.

Se considera que la génesis del delito sexual requiere más estudios sobre la población de agresores sexuales, así como profundizar en otras variables de carácter psicológico, como puede ser el estudio de la autoestima o la presencia de distorsiones cognitivas acerca de la sexualidad y la mujer como variables mediadoras de la agresión sexual.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mezquita BV. *Manual de psicología forense.* Madrid: Síntesis; 2005.
2. Romi JC. Reflexiones sobre la conducta sexual delictiva. *Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis.* 1995;2(2):117-30.
3. Castro M, López-Castedo A. Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología.* 2009;25(1):55.
4. Pérez M, Martínez M, Illescas SR. El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*; 2007.
5. Becerra-García JA, García-León A. Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. *Revista Española de Medicina Legal.* 2013;39(1):3-6.
6. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, *et al.* Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(6):414-20.
7. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior.* 2007;12(1):16-35.
8. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(6): 1154.
9. Belloch A, Sandín B, Campos FR. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch A, Sandin B, Campos FR, editores. *Manual de psicopatología.* 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2009. p. 58-9.
10. Harsch S, Bergk JE, Steinert T, Keller F, Jockusch U. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *Int J Law Psychiatry.* 2006;29(5):443-9.
11. Dunsieth NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman DA, Welge JA*, et al.* Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(3):293-300.
12. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry.* 2004;19(3):123-30.
13. Chantry K, Craig RJ. Psychological screening of sexually violent offenders with the MCMI. *J Clin Psychol.* 1994;50(3):430-5.
14. Kanyanya IM, Othieno CJ, Ndetei DM. Psychiatric morbidity among convicted male sex offenders at Kamiti Prison, Kenya. *East Afr Med J*. 2007;84(4):151.
15. García MJB, Hidalgo EL. Psicopatología y características de la personalidad en un grupo de agresores sexuales. 2003.
16. Millon T, Millon C, Davis RD, Grossman S. Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III): manual. Pearson/PsychCorp; 2009.
17. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2010;38(5):249-61.
18. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1988;16(2):153.
19. Guidry LL, Saleh FM. Clinical considerations of paraphilic sex offenders with comorbid psychiatric conditions. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 2004;11 (1):21-34.
20. Saleh FM, Grudzinskas Jr AJ, Malin HM, Dwyer RG. The management of sex offenders: perspectives for psychiatry. *Harv Rev Psychiatry.* 2010;18(6):359-68.
21. Echeburua E, Corral P. Variaciones y ofensas sexuales. Vasco-Navarras IJP. Eguzk| Lore; 1993.

Cuad Med Forense 2016;22(1-2):46-48

Limitaciones de los análisis de pelo para determinar las circunstancias que atenúan o eximen de la responsabilidad criminal

Uselessness of hair analysis to determine extenuating or exculpatory circumstances in cases related to criminal responsibility

C. Jurado Montoro
T. Soriano Ramón

Servicio de Química. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Sevilla.

Los análisis de pelo han supuesto una ayuda muy valiosa en toxicología forense, al proporcionar una información adicional y complementaria a la que se puede obtener del análisis de matrices tradicionales, como sangre y orina, debido fundamentalmente al tiempo de detección tan prolongado que se consigue con esta muestra, así como a la posibilidad de establecer un perfil cronológico del consumo de drogas o de conocer la asiduidad en el consumo.

Una de las ventajas del pelo es la gran estabilidad de las distintas sustancias en esta matriz queratínica, lo que conlleva que estos análisis proporcionen información sobre periodos de tiempo muy prolongados, cuya duración puede oscilar desde una semana a varios meses e incluso años, estando solo limitada por la longitud del mechón estudiado.

Una característica muy importante y única de estos análisis de pelo es la capacidad para establecer el perfil cronológico del consumo. Al fragmentar el mechón de pelo en segmentos de una longitud determinada y conocida, podremos establecer la pauta de consumo de cualquier compuesto a lo largo del tiempo.

Por otro lado, también presentan algunas limitaciones y, si consideramos que estos análisis de pelo se vienen realizando en el Departamento en Sevilla del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses desde 1993, hay que señalar que nuestra experiencia en la comparecencia ante los tribunales nos ha permitido comprobar que, en algunas ocasiones y con creciente frecuencia, estos tipos de análisis son solicitados por las defensas, que tratan de apoyarse en el Artículo 20, 2º del Capítulo II, o en el Artículo 21, 2º del Capítulo III, del Código Penal[1], en un intento de eximir o atenuar de la responsabilidad criminal a sus defendidos.

Por ello, entendemos que es conveniente clarificar una serie de extremos sobre esta materia.

Correspondencia:
Carmen Jurado Montoro
E-mail: carmen.jurado@justicia.es

Limitaciones para establecer un estado de intoxicación plena

Los resultados obtenidos de los análisis de cabellos no permiten su extrapolación para establecer "*si al tiempo de cometer la infracción penal, el individuo se hallaba en estado de intoxicación plena o bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias*", circunstancias que el Código Penal, en su Artículo 20, punto 2º, establece como eximentes de la responsabilidad criminal. Los motivos por los que no es posible la susodicha extrapolación son los siguientes:

1. La muestra biológica idónea para el análisis es un mechón del grosor de un lápiz y longitud variable. Aunque el crecimiento del pelo es asíncrono, alternando periodos de crecimiento activo (fase anágena) con otros de reposo (fase catágena) y otros de caída (fase telógena), la *Society of Hair Testing*[2] admite que, para la interpretación de casos forenses, el crecimiento medio del cabello es de 1 centímetro por mes.

   Para el análisis, el mechón se trocea en segmentos de longitud variable, dependiendo de su grosor y de los requerimientos judiciales. La longitud mínima a la que se puede trocear un

mechón, de forma fiable, es de 0,5-1 cm, que correspondería, aproximadamente, a un intervalo de tiempo de medio mes a un mes de consumo. Trozos inferiores no permitirían resultados seguros y precisos.

El análisis de los distintos segmentos en que se ha troceado la muestra nos reporta unas concentraciones de las diferentes drogas presentes, que son indicativas del consumo medio durante el periodo de tiempo correspondiente al crecimiento del segmento analizado; así, en el caso del fragmento más cercano al cuero cabelludo y de un centímetro de longitud, los resultados cuantitativos, obtenidos en el análisis, serían las concentraciones medias de los compuestos consumidos durante el periodo de un mes anterior a la toma de la muestra. Consecuentemente, el análisis de los cabellos nos permite establecer si una persona ha consumido drogas de abuso a lo largo de un tiempo variable, que puede oscilar entre un mes y varios años, dependiendo de la longitud del mechón. Por el contrario, no permite establecer si una persona ha consumido drogas un día en concreto. A lo más que podemos llegar a decir es que, durante el periodo del mes que nos interesa, las concentraciones medias obtenidas se corresponden con un consumo alto, medio o bajo de drogas de abuso, conforme a nuestra casuística[3,4].

2. Unas concentraciones de drogas correspondientes a un consumo alto, medio o bajo en un segmento de 1 cm, por ejemplo, no son indicativas de que el consumo haya sido homogéneamente alto, medio o bajo todos los días del mes, sino que representan la media en el tiempo considerado, y se puede dar la circunstancia de que unos días haya habido un consumo elevado mientras que en otros no se haya producido ninguno, o haber consumido durante una mitad del mes y en la otra no, o solo los fines de semana, etc. Todas estas variables imposibilitan, como anteriormente se dijo, saber si una persona ha consumido drogas un día en particular mediante el análisis de cabellos.
3. El análisis de los cabellos no nos permite confirmar si una persona se encuentra en un *estado de intoxicación plena.* Se han realizado numerosos trabajos de investigación para buscar una relación entre la dosis de droga consumida y la concentración detectada en el cabello. En todos ellos se comprueba que no es posible la extrapolación de las concentraciones encontradas en los cabellos para obtener información de la dosis consumida, debido a la gran variabilidad interindividual. Los análisis de sangre son los únicos que permiten extrapolar los valores correspondientes al momento en que se recogieron las muestras, hasta el momento de los hechos, pudiéndose así establecer una hipótesis sobre la concentración de la droga en sangre en el momento que nos interesa y deducir, como consecuencia, el posible grado de afectación del individuo en aquel momento. El inconveniente de la sangre es que el periodo en el cual pueden detectarse las drogas después de la absorción es muy corto, entre 8 y 48 horas, dependiendo del tipo de droga.

Limitaciones para establecer el grado de adicción

En el Artículo 21, punto 2º, del Código Penal se establece como circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal la de *"actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias estupefacientes".* En 1964, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el término "dependencia" para sustituir a los de "adicción" y "habituación"[5], y la dependencia implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition, Revised* (DSM-IIIR), referido por la OMS, la "dependencia" se define como *"un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas"*[6]. De todo lo anterior se deduce que el diagnóstico de la dependencia es un diagnóstico clínico y no analítico, y por tanto podemos asegurar que el grado de dependencia de un individuo en modo alguno puede deducirse de los análisis de cabellos. De estos sólo puede inferirse un perfil cronológico o secuencial del consumo de drogas, o también si se trata de un consumidor de cantidades excesivas o no, pero no una situación clínica de dependencia orgánica o psíquica. No obstante, es cierto que un consumo excesivo de drogas durante periodos prolongados de tiempo puede llevar a una situación de dependencia.

Por todo lo anterior, los resultados de los análisis realizados en muestras de pelo pueden ser uno de los factores a considerar cuando se trata de establecer si una persona presenta una adicción o dependencia a las drogas de abuso, pero el diagnóstico final de la dependencia es clínico, y para el mismo se han de considerar otros factores y circunstancias.

Conclusiones

- Los análisis de cabellos informan sobre las drogas consumidas a lo largo del tiempo de crecimiento, pero no en un día concreto. Por el contrario, los análisis de sangre permiten conocer los fármacos consumidos hasta aproximadamente 48 horas antes de la extracción de la muestra.
- Los análisis de cabellos no permiten determinar si un individuo se encontraba, en un determinado momento, en estado de intoxicación plena o bajo la influencia de un síndrome de abstinencia.
- Los análisis de cabellos no permiten determinar el grado de dependencia de las drogas de abuso de un individuo.
- Sería deseable un criterio selectivo en las peticiones de análisis de cabellos atendiendo a la verdadera utilidad jurídica del informe, lo que no solo permitiría un servicio más rápido a la Justicia, sino también una economía de recursos.

Bibliografía

1. Código Penal y legislación complementaria. Disponible en: http://www.boe.es/legislacion/codigos/
2. Society of Hair Testing. Recommendations for hair testing in forensic cases. *Forensic Sci Int.* 2004;145:83-5.
3. Jurado C. Análisis de drogas de abuso en muestras de pelo. Diagnóstico del consumo crónico. Trastornos Adictivos. 2007;9:172-83.
4. Jurado C. Forensic applications of hair analysis. En: Kintz P, Salomone A, Vincenti M, editores. *Hair analysis in clinical and forensic toxicology.* United Kingdom: Academisc Press, Elsevier; 2015. p. 241-74.
5. Committee on Addiction-producing Drugs. Thirteenth report of the WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization; 1964: WHO Technical Report Series, Nº. 273.
6. Glosario de términos de alcohol y drogas. Disponible en: www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Cuad Med Forense 2016;22(1-2):49-54

Revisión legislativa

CA. García García

Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla.

Administración de Justicia

- *BOE DE 31 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 22 de diciembre de 2015, de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, por la que se modifica la de 25 de junio de 2013, sobre retribuciones en los casos de incapacidad temporal, para el personal al servicio de la Administración de Justicia, en el ámbito territorial gestionado por el Ministerio de Justicia.

- *BOE DE 7 DE JUNIO DE 2016.*- Orden JUS/873/2016, de 3 de junio, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 3 de junio de 2016, por el que se formalizan los criterios de distribución y la distribución resultante del crédito de 6.000.000 de euros del Programa de Reforma de la Administración de Justicia, incluido en los presupuestos del Ministerio de Justicia para 2016.

Colegios Profesionales

- *BOE DE 8 DE AGOSTO DE 2016.*- Real Decreto 300/2016, de 22 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Derechos de la persona

- *BOE DE 21 DE JULIO DE 2016.*- Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.

Dopaje

- *BOE DE 29 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 17 de diciembre de 2015, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte.

- *BOE DE 4 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 27 de enero de 2016, de la Secretaría General Técnica, sobre las Enmiendas al Anexo del Convenio contra el dopaje, hecho en Estrasburgo el 16 de noviembre de 1989.

- *BOE DE 17 DE FEBRERO DE 2016.*- Corrección de errores de la Resolución de 27 de enero de 2016, de la Secretaría General Técnica, sobre las Enmiendas al Anexo del Convenio contra el dopaje, hecho en Estrasburgo el 16 de noviembre de 1989.

- *BOE DE 11 DE MARZO DE 2016.*- Resolución de 7 de marzo de 2016, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica la versión actualizada y en vigor, desde el 1 de enero de 2015, del Código Mundial Antidopaje, Apéndice 1 de la Convención Internacional contra el dopaje en el deporte, hecho en París el 18 de noviembre de 2005.

Correspondencia:
Carmen Ana García García
E-mail:
carmenanagarcia@yahoo.es

- *BOE DE 14 DE MARZO DE 2016.*- Enmiendas aprobadas en París el 29 de enero de 2016 al Anexo II, Normas para la concesión de autorizaciones para uso con fines terapéuticos, de la Convención Internacional contra el dopaje en el deporte, hecha en París el 18 de noviembre de 2005.

Empleo Público. Sector Público. Administración Pública

- *BOE DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2015.*- Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

- *BOE DE 10 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo.

- *BOE DE 23 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Corrección de errores de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Enfermedades Profesionales

- *BOE DE 19 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Enjuiciamiento Criminal

- *BOE DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2015.*- Corrección de errores de la Ley Orgánica 13/2015, de 5 de octubre, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para el fortalecimiento de las garantías procesales y la regulación de las medidas de investigación tecnológica.

- *BOE DE 11 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Corrección de errores de la Ley 41/2015, de 5 de octubre, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para la agilización de la justicia penal y el fortalecimiento de las garantías procesales.

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses

- *BOE DE 4 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Orden JUS/2576/2015, de 24 de noviembre, por la que se resuelve la convocatoria de libre designación, en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, efectuada por Orden JUS/2125/2015, de 5 de octubre.

- *BOE DE 31 DE MARZO DE 2016.*- Orden JUS/425/2016, de 17 de marzo, por la que se convoca concurso específico para la provisión de puestos de trabajo en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

- *BOE DE 21 DE JULIO DE 2016.*

  Orden JUS/1211/2016, de 23 de junio, por la que se convoca concurso para la provisión de puestos de trabajo entre funcionarios de los Cuerpos y Escalas de Facultativos, Técnicos Especialistas y Ayudantes de Laboratorio del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

  Resolución de 23 de junio de 2016, de la Dirección General de Justicia, de la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, por la que se convoca concurso de traslado para la provisión de puestos de trabajo genéricos entre funcionarios de los Cuerpos y Escalas de Ayudantes de Laboratorio del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Medicamentos

- *BOE DE 23 DE DICIEMBRE DE 2015.*

  Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

  Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

- *BOE DE 24 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

Médicos Forenses. Institutos de Medicina Legal

- *BOE DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2015.*- Anuncio de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana del Principado de Asturias, de licitación para la contratación del servicio de transporte para el desplazamiento del personal adscrito al Instituto de Medicina Legal, clínicas forenses y órganos judiciales del Principado de Asturias.

- *BOE DE 19 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor.

- *BOE DE 10 DE FEBRERO DE 2016.*- Orden JUS/127/2016, de 8 de febrero, por la que se fijan los precios públicos de las pericias efectuadas por los institutos de medicina legal y ciencias forenses a solicitud de particulares, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor.

- *BOE DE 12 DE MARZO DE 2016.*- Anuncio del Departamento de Justicia de licitación de un contrato de servicio de transporte funerario por disposición judicial para la investigación forense en los procesos instruidos por causa de muerte en el ámbito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña.

- *BOE DE 1 DE ABRIL DE 2016.*- Resolución de 3 de febrero de 2016, de la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Jaén, de la Consejería de Presidencia y Administración Local, por la que se convoca la provisión de puesto de trabajo de libre designación en el Instituto de Medicina Legal de Jaén.

- *BOE DE 28 DE ABRIL DE 2016.*- Orden JUS/607/2016, de 22 de abril, por la que se crean los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Ceuta y Melilla.

- *BOE DE 16 DE MAYO DE 2016.*- Resolución de 13 de abril de 2016, de la Dirección General de Justicia, de la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, por la que se convoca la provisión de puestos de trabajo por el sistema de libre designación, en el Instituto de Medicina Legal de Valencia.

- *BOE DE 31 DE MAYO DE 2016.*

  Orden JUS/805/2016, de 25 de mayo, por la que se corrigen errores en la Orden JUS/607/2016, de 22 de abril, por la que se crean los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Ceuta y Melilla.

  Orden JUS/814/2016, de 18 de abril, por la que se convoca concurso para la provisión de puestos de trabajo en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses y Agrupaciones de Forensías.

Orden de 18 de abril de 2016, del Departamento de Administración Pública y Justicia, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en el Instituto Vasco de Medicina Legal.

Resolución de 18 de abril de 2016, del Departamento de Justicia, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña.

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Dirección General de Justicia, de la Consejería de Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en el Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Dirección General de Oficina Judicial y Fiscal, de la Consejería de Justicia e Interior, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Andalucía.

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en el Instituto de Medicina Legal de Asturias.

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Dirección General de Justicia, de la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en los Institutos de Medicina Legal de la Comunitat Valenciana.

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de puestos de trabajo genéricos en los Institutos de Medicina Legal de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

- *BOE DE 15 DE JULIO DE 2016.*- Resolución de 29 de junio de 2016, del Departamento de Justicia, por la que se convoca concurso específico para la provisión de puesto de trabajo en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña.

Mutualidad General Judicial

- *BOE DE 21 DE DICIEMBRE DE 2015.*

  Resolución de 15 de diciembre de 2015, de la Mutualidad General Judicial, por la que se prorroga para el año 2016 y se modifica parcialmente la de 10 de febrero de 2015, por la que se convocan ayudas del programa del plan de atención socio-sanitaria.

  Resolución de 15 de diciembre de 2015, de la Mutualidad General Judicial, por la que se modifica parcialmente la de 19 de diciembre de 2012, por la que se regulan las ayudas por tratamiento de psicoterapia o logopedia y la ayuda para gastos de hospitalización psiquiátrica para mutualistas adscritos a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas.

- *BOE DE 4 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 28 de diciembre de 2015, de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se revoca parcialmente la delegación de competencias efectuada por Resolución de 1 de marzo de 2011.

- *BOE DE 11 DE MARZO DE 2016.*- Resolución de 3 de marzo de 2016, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo de prórroga y actualización para el año 2016, del Convenio de colaboración entre la Junta de Andalucía, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial, para la prestación en zonas rurales de determinados servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a entidades de seguro de asistencia sanitaria concertada con dichas mutualidades.

- *BOE DE 6 DE MAYO DE 2016.*- Resolución de 18 de abril de 2016, de la Mutualidad General Judicial, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

Organizaciones Sindicales

- *BOE DE 22 DE ENERO DE 2016.*- Resolución de 20 de enero de 2016, de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia, por la que se publica el Acuerdo entre el Ministerio de Justicia y las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito de la Administración de Justicia.

Planes de estudio

- *BOE DE 23 DE NOVIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 14 de octubre de 2015, de la Universidad Pablo de Olavide, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Criminología.

- *BOE DE 27 DE NOVIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 29 de octubre de 2015, de la Universidad de Salamanca, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Criminología (Grado conjunto de las Universidades de Salamanca y Valladolid).

- *BOE DE 22 DE ENERO DE 2016.*- Resolución de 13 de enero de 2016, de la Universidad Jaume I, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina.

- *BOE DE 4 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 14 de enero de 2016, de la Universidad a Distancia de Madrid, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Análisis e Investigación Criminal.

- *BOE DE 10 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 25 de enero de 2016, de la Universidad de Zaragoza, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina.

- *BOE DE 25 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 1 de febrero de 2016, de la Universidad Miguel Hernández, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Máster en Intervención Criminológica y Victimológica.

- *BOE DE 26 DE FEBRERO DE 2016.*- Resolución de 13 de enero de 2016, de la Universidad Loyola Andalucía, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Criminología.

- *BOE DE 9 DE MARZO DE 2016.*- Resolución de 24 de febrero de 2016, de la Universidad de Zaragoza, por la que se corrigen errores en la de 25 de enero de 2016, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina.

- *BOE DE 1 DE JULIO DE 2016.*- Resolución de 17 de junio de 2016, de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina.

- *BOE DE 11 DE AGOSTO DE 2016.*- Resolución de 29 de julio de 2016, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Medicina.

Reales Academias

- *BOE DE 2 DE MARZO DE 2016.*- Resolución de 16 de febrero de 2016, de la Real Academia Nacional de Medicina, por la que se convoca vacante de Académico de Número.

Violencia de Género. Víctimas de delitos

- *BOE DE 10 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Resolución de 25 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se establece el procedimiento de movilidad de las empleadas públicas víctimas de violencia de género.

- *BOE DE 30 DE DICIEMBRE DE 2015.*- Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.

- *BOE DE 16 DE ENERO DE 2016*.- Corrección de errores del Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.

- *BOE DE 12 DE JULIO DE 2016.*- Ley 11/2016, de 15 de junio, por la que se modifica la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.

- *BOE DE 20 DE JULIO DE 2016.*

  Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica la relación certificada de proyectos a realizar por las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía para la mejora de la coordinación y puesta en marcha de planes personalizados para mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas, en el año 2016.

  Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica la relación certificada de proyectos a realizar por las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía para garantizar a las mujeres víctimas de violencia de género el derecho a la asistencia social integral en el año 2016.

  Resolución de 30 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publican para el año 2016 los criterios de distribución, y la distribución resultante entre las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía, del crédito de 5.000.000 € para el desarrollo de programas y la prestación de servicios que garanticen el derecho a la asistencia social integral a las víctimas de violencia de género y del crédito de 1.000.000 € para programas de mejora de la coordinación y puesta en marcha de planes personalizados, formalizados por Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de junio de 2016.

Información general para autores

La revista Cuadernos de Medicina Forense se edita a través de la AMFA, Asociación de Médicos Forenses de Andalucía, y Esmon Publicidad S.A. con el objetivo de dar Publicidad a los trabajos realizados por la comunidad científica en el campo de la Medicina Legal y Forense y las Ciencias Forenses.

Se publican artículos originales, trabajos de investigación, trabajos de revisión, casos clínicos, cartas al director, así como noticias, relacionados con la Medicina Legal y Forense y las Ciencias Forenses. Los temas de actualización serán solicitados directamente por el Comité de redacción de la revista. La periodicidad de la publicación será trimestral, se editarán uno o más suplementos especiales anualmente.

Los autores que deseen publicar sus trabajos pueden enviar sus aportaciones por correo electrónico a la dirección **cuadernosmedicinaforense@hotmail.com** o bien a la redacción de la revista: Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal. Ciudad de la Justicia. Fiscal Luis Portero García, 6. 29010 Málaga (España).

Los trabajos deberán ser originales e inéditos, no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados, total o parcialmente, ni los que se encuentren en proceso de publicación o hayan sido presentados a otra revista para su valoración. **Solo excepcionalmente y en función del gran interés para la comunidad se publicarán traducciones al español de trabajos previamente publicados en otros idiomas**.

Se notificará la recepción de los manuscritos que se reciban. Una vez revisados por dos o más especialistas en la materia, que determinarán la validez y originalidad del contenido, se comunicará la aceptación, rechazo o sugerencia de cambios. El Comité de Redacción podrá rechazar, sugerir cambios o llegado el caso, se reservará el derecho de realizar modificaciones, en aras de una mejor comprensión y adaptación a las normas de publicación, en los textos recibidos siempre que no se altere el contenido científico.

La revista asume el «Estilo Vancouver» preconizado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Para más información: http://www.icmje.org/

Derechos de autor: Todo manuscrito irá acompañado de una carta firmada por todos los autores señalando: «Los abajo firmantes transfieren, en el caso de que el trabajo titulado: ..... sea publicado, todos los derechos de autor a la Asociación de Médicos Forenses de Andalucía (AMFA) que será propietaria de todo el material remitido, en caso de su publicación». Los autores enviarán un escrito señalando el conflicto de intereses en caso de que este existiese; en caso contrario deberán indicarlo en el texto del manuscrito.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo.

En la revista no se podrá reproducir ningún material publicado previamente sin autorización y sin señalar la fuente. Los autores son responsables de obtener los permisos oportunos y de citar su procedencia. Se adjunta enlace para descarga de documento preforma de solicitud.

Las tablas o ilustraciones obtenidas de publicaciones anteriores o de otras publicaciones, deben remitirse acompañadas del correspondiente permiso de reproducción, obtenido del autor y editorial titular del Copyright.

Proceso editorial: Los manuscritos serán valorados por el Comité de Redacción y por los revisores de la revista Cuadernos de Medicina Forense. Cuando el trabajo precise correcciones, será remitido de nuevo a los autores quienes lo enviarán a la revista en un plazo inferior a los tres meses; transcurrido este tiempo, se desestimará su publicación. No se aceptará de forma definitiva ningún trabajo hasta que se hayan modificado todas las correcciones propuestas.

Antes de la publicación de un artículo, Esmon Publicidad SA enviará una prueba de imprenta al autor responsable quien la revisará cuidadosamente, marcando los posibles errores, devolviéndola a la Editorial en un plazo de 48 horas.

Política editorial: Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicadas en la revista Cuadernos de Medicina Forense son del autor o autores y no del Comité de Redacción. Tanto el Comité de Redacción como AMFA y la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material.

Normas éticas: En el caso de que se presenten experimentos con seres humanos se especificará si los procedimientos seguidos en el estudio están de acuerdo con las normas éticas del comité responsable de investigación clínica, de acuerdo con la declaración de Helsinki: www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm.

Todos los manuscritos de investigación clínica y de experimentación animal irán acompañados por un certificado de la Comisión Ética o de la Comisión de Experimentación Animal del centro donde se haya efectuado el estudio.

Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtener el consentimiento informado.

Con el fin de mantener la privacidad de las personas, evite introducir su nombre y números de historias, expedientes u otros medios que permitan la identificación de dichas personas. Las personas fotografiadas no deben ser reconocibles a menos que den su consentimiento por escrito.

Secciones de la publicación

1. Editorial. Estará redactada por el Comité de Redacción o por encargo del mismo. La extensión no debe ser superior a 5 folios mecanografiados a doble espacio y la bibliografía no debe contener más de 10 citas.

2. Originales. Sean trabajos, clínicos o experimentales, no habrán sido publicados anteriormente, ni remitidos simultáneamente a otra publicación. No deben sobrepasar los 25 folios de extensión, incluyendo un máximo de 8 fotografías, 4 tablas y 30 citas bibliográficas.

3. Revisión. Trabajos encargados por el Comité de Redacción, que cumplan los objetivos de la revista. No debe sobrepasar las 50 citas bibliográficas ni 25 folios, incluyendo tablas y figuras.

4. Casos clínicos. Únicamente se publicarán aquellos clínicos aislados o aspectos técnicos prácticos que sean de especial interés. El número de autores no superará el número de cuatro. Una nota clínica no sobrepasará cinco folios a doble espacio, cuatro fotografías y dos tablas. En esta categoría se incluye la sección Medicina Forense en Imágenes.

5. Cartas al director. Esta sección publicará la correspondencia recibida que guarde relación con las áreas definidas en la línea editorial. En caso de que se realicen comentarios a artículos publicados anteriormente, se remitirá, para su conocimiento, al autor responsable del artículo. El Comité de Redacción de la revista podrá incluir sus propios comentarios. Las opiniones que puedan manifestar los autores, en ningún caso serán atribuibles a la línea editorial de la revista.

En esta sección se incluirán **Cartas científicas**, no relacionadas con artículos publicados anteriormente, mediante las que podrán comunicarse nuevos estudios de medicina forense que sean adecuados para exponerse de forma abreviada. La extensión máxima será de 2 folios, una figura o una tabla, 5 citas bibliográficas y 4 autores.

6. Formación continuada. En esta sección se incluirán *Guías Prácticas de Medicina Forense* o cualquier otra recomendación actualizada en Medicina Legal, de carácter eminentemente práctico, útiles para la resolución de problemas frecuentes en el ejercicio profesional. Serán encargados por el Consejo de Editorial, aunque se podrán considerar para publicación y someterse al proceso de revisión editorial los no solicitados, remitidos por sus autores, si se consideran de interés y se adaptan a la estructura establecida. El máximo aconsejable de los trabajos será de 5 autores, 6 folios, aunque debe incluir figuras, esquemas y/o tablas, hasta 7, y no más de 10 citas bibliográficas.

7. Noticias. En estas secciones se informa sobre actividades y convocatorias de premios, ayudas y becas, así como de las novedades legislativas publicadas.

De la misma manera se presentarán las novedades editoriales relacionadas con las áreas de las Ciencias Forenses.

Normas generales de envío de manuscritos

1. Texto. Remitir el manuscrito en formato digital, en formato de página A-4, interlineado doble, márgenes de 2'5 cm y letra Times New Roman, 12 puntos.

Numerar las páginas consecutivamente en el vértice inferior derecho, comenzando por la página del título. Se recomienda archivo en formato MS Office Word (.doc) o documento de texto para Open-Office (.odt). Los archivos digitales deben enviarse vía email a la dirección de la revista **(cuadernos-medicinaforense@hotmail.com)**.

Dispongan los artículos de acuerdo a la estructura siguiente:

Página de título

Esta página de título se numerará como página 1. Ha de incluir el título del manuscrito en español y en inglés. Se incluirá la identificación de todos los autores: Apellido/s e inicial del nombre de los autores, grado académico y Centro de trabajo de los autores y departamento/s a los que se atribuye/n el trabajo. El orden en el que se enumeren los autores será el que se publique finalmente en la revista.

Debe indicarse si el trabajo ha sido subvencionado total o parcialmente por alguna entidad pública o privada y si existe algún tipo de conflicto de intereses. Se hará constar el autor responsable y la dirección de contacto, preferentemente con teléfono, fax o correo electrónico.

Resumen

Redacte en una página aparte, como página 2, un resumen de no más de 250 palabras, que debe plantear brevemente el problema, cómo fue llevado a cabo el estudio, los resultados obtenidos y lo que los autores concluyan de esos resultados. Dicho resumen será incluido en la versión electrónica de la revista, asimismo remitan igualmente el abstract en inglés para incluirlo en la versión electrónica en inglés de la revista. Adjuntar en la misma página una lista de 3 a 5 palabras clave en orden alfabético, en español e inglés, que el autor considere de interés para el indexado del artículo, adaptadas a la lista estándar de palabras clave. Se recomienda usar como referencia la lista de encabezamientos de términos médicos o *medical subject headings* (MeSH) del Index Medicus/Medline. Se puede disponer de más información en: http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Texto

Desarrollado en los siguientes apartados, comenzando cada uno de ellos en una nueva página:

a) Introducción: presentará los objetivos del estudio, resumiendo los razonamientos empleados, sin incluirse las conclusiones del trabajo.

b) Material y Métodos: especificando las pautas de selección de muestras o poblaciones, descripción del método, identificación de instrumentación, fármacos o productos químicos, así como los procedimientos seguidos.

c) Resultados: resumiéndose los aspectos más destacados, sin necesidad de repetir los datos ya recogidos en tablas o gráficos, aunque se haga referencia a ellos.

d) Discusión: en este apartado se destacarán los aspectos originales o más novedosos del estudio, así como las conclusiones que de él se extraen, contrastando los resultados con otros estudios similares caso que los hubiere.

e) Conclusiones: Si se creyese necesario y no hubiesen sido recogidas en el apartado anterior, se relacionarán las conclusiones finales del trabajo, de forma breve, concisa y clara, procurando adaptarse al menor número posible.

f) Agradecimientos: En este epígrafe se puede mencionar a todas aquellas personas o entidades que el autor/es considere oportuno.

Citas bibliográficas

Relacione las citas bibliográficas en una nueva página, numerándolas en el orden que se citan en el texto, donde deberán aparecer referenciadas con números entre corchetes. Las abreviaturas de las revistas serán las del List of Journals Indexed, del Index Medicus. Disponibles en: http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html.

Si el artículo de referencia es de un único autor se citará el autor y el número de referencia, si son dos autores se citarán los dos autores y el número de referencia del artículo y cuando sean más de tres autores se citará al primer autor seguido de «et al» y el número de referencia. No se aceptará citar ni utilizar como referencia los resúmenes de congresos, «observaciones no publicadas» o «comunicaciones personales». Los trabajos aceptados para publicación se podrán incluir en la bibliografía, haciendo constar la revista o libro y «(en prensa)». Se evitarán citas clásicas, históricas o marginales al tema.

Limite las referencias a aquellas que tienen relación directa con el trabajo desarrollado, preferiblemente no más de treinta, detallándolas según los siguientes ejemplos:

a) Artículo de revista: Serrano D, Pérez C, Sánchez J: Relación entre parámetros hidroelectrolíticos y data de la muerte en la sumersión. Cuad Med Forense. 2008;63:19-24.

b) Libro: Cortés MJ: Bloqueo neuronal en anestesia clínica para control del dolor. 2ª ed. Editorial Philadelphia. Zaragoza, 2007.

c) Capítulo de libro: Bresler DE, Katz RL: Blood alcohol levels and acute intoxication. En: Perper JA. Forensic Pathology. 1 ed. Edited by Cousins Editors. Lippincott, 1980. pp 651-678.

d) Tesis Doctoral: Landa MI. Análisis de parámetros de maduraciíon dental como indicadores de edad en estudios de radiología panorámica dental digital. [tesis doctoral], Granada, Universidad de Granada; 2007.

e) Comunicación en congreso o Curso: Aguilera B. Estudio histopatológico en muertes con sospecha de malpraxis. Octavo Curso de Patología Forense. Logroño, España, Octubre 2009, p. 127-145.

Ilustraciones y Fotografías

Las imágenes y fotografías se deberán enviar como archivo aparte en formato .jpg o .tif, con una resolución mínima de 300 dpi y un ancho mínimo de 10 cm. En caso de remitirlas en formato de papel fotográfico no irán montadas y tendrán un tamaño mínimo de 13 x 18 cm. Cuando aparezcan personas y su identificación sea inevitable se deberá obtener el permiso pertinente y, en todo caso, se adoptarán siempre las medidas necesarias para que estas no sean identificadas. En archivo de Word aparte, se deben incluir los pies de Figuras, Tablas y Gráficos.

La numeración de figuras, tablas y gráficos será correlativa a su orden de citación en el texto y será independiente para las figuras, tablas y gráficos.

Tablas

Numere las tablas en orden consecutivo a su aparición en el texto, con numeración latina. Las tablas irán incluidas en el manuscrito, en páginas independientes, después de la bibliografía. Cada tabla estará encabezada por su número y título correspondiente. En caso de colocar abreviaturas se explicarán al pie de la tabla. Se evitarán diseños con bordes, sombreados y rellenos.

Unidades de medida y abreviaturas

Todos los datos se expondrán como múltiplos o submúltiplos del Sistema Internacional de Unidades (SI). Deben definirse todas las abreviaturas, excepto aquellas que han sido aprobadas por el Sistema Internacional de Unidades.

SEGUROS MAPFRE

SI TU FAMILIA ES LO PRIMERO, QUE SU SEGURO TAMBIÉN LO SEA

En MAPFRE te ofrecemos todos los seguros y servicios, que tu familia y tú podáis necesitar. Porque con más de 3.500 oficinas y una amplia red nacional de profesionales dispuestos a ayudarte, cualquier contratiempo se puede solucionar.
Porque nadie cuida de tu familia mejor que MAPFRE.
Y es que MAPFRE no hay más que una.

Seguro de Automóviles, Hogar, Protección de Alquileres,
Salud y Accidentes.

Infórmate en nuestras oficinas, en el 902 1 365 24 o en mapfre.com

MAPFRE