

*Colección Bibliográfica de Ciencias
Jurídica - Penales*

JORGE NÚÑEZ DE ARCO

7

VICTIMOLOGÍA Y VIOLENCIA CRIMINAL

UN ENFOQUE CRIMINOLÓGICO Y
PSICOLÓGICO



ACADEMIA BOLIVIANA DE CIENCIAS JURÍDICO PENALES

DIRECTORIO

Presidente:	Dr. Fernando R. Villamor Lucia
Presidentes adjuntos:	Drs. Willman Duran Ribera y Aristóteles Gonzáles
Vicepresidente:	Dr. Mario Gonzáles Duran
Secretario General:	Dr. Jorge Núñez de Arco Mendoza
Secretario de Hacienda:	Dr. Marcelo Ugarte Calvo
Secretario de Asuntos Académicos e Internacionales:	Dr. Aldo Burgos Calvo

MIEMBROS FUNDADORES

Fernando Villamor Lucia	Mario Gonzáles Duran
José Elías Estrada Andía	Dante Cervantes Anaya
Jorge Nuñez de Arco Mendoza	Florián Zapata Chávez
Javier Jhonny Santelices Gil	Litty Mariana Columba Gorena
Haisen Ribera Leigue	Roberto Justiniano Hurtado
Julio Miguel Torrico Albino	Carlos Vargas Romero
Roger Marcelo Ugarte Calvo	Elizabeth Lineth Tapia Patiño
Lineth Marcela Borja Vargas	Jaime García Merubia
Ronald Torrez Claire	Ivone Marlene Pino Ortiz
Angel Oscar Villarroel Díaz	Juan Marcos Terrazas Rojas
Juan Manuel Navarro Ameller	Juan De la Cruz Vargas Vilte
Daniel Jaime Ontiveros Tames	Rodolfo Guzmán Hurtado
José Luis Rosas Salazar	Aristóteles Gonzáles Delgadillo
Roberto Vargas Zeballos	

MIEMBROS TITULARES

Fernando Villamor Lucia	Mario Gonzáles Duran
Willman Duran Ribera	Jorge Núñez de Arco

Jaime Eduardo Tapia Cortez
José Luis Rosas Salazar
Marcelo Ugarte Calvo
Julio Burgos Calvo
Renato Pardo Inglés

Cesar Suárez Saavedra
Aldo Burgos Calvo
Willy Flores Calvimontes
Zenón Callisaya

MIEMBROS HONORÍFICOS

Argentina

Raul Eugenio Zaffaroni
Jose Saez Capel
Matias Bailone
Alberto Binder
Carlos Parma

Alemania

Günther Jakobs
Mortiz Vormbaum

Ecuador

Jorge Zambrano Pasquel
Enrique Mármol Palacios

Chile

José Luis Guzmán Dalbora
Jaime Naquira Rivero

Peru

Felipe Villavicencio Terreros

España

José Cerezo Mir
Manuel Cancio Melia

**VICTIMOLOGÍA
Y
VIOLENCIA
CRIMINAL**

Un Enfoque

Criminológico y Psicológico

Todos los derechos están reservados, ni parte ni la totalidad de este libro pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento mecánico o electrónico, lo mismo que fotocopias, grabación magnetofónica o cualquier otro medio de almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito del autor y del editor

Por lo anterior y de conformidad con normas vigentes, esta obra está protegida por la ley de derecho de autor y, sus infractores cometen delitos.

jorge@nunezdearco.com

Telf, N° 591 670 86458

**VICTIMOLOGÍA
Y
VIOLENCIA
CRIMINAL**
**Un Enfoque
Criminológico y
Psicológico**

JORGE NUÑEZ DE ARCO

**LA PAZ - BOLIVIA
2010**

Título:

“VICTIMOLOGÍA Y VIOLENCIA CRIMINAL.
UN ENFOQUE CRIMINOLÓGICO Y PSICOLÓGICO”

Autor: Jorge Núñez de Arco Mendoza

Primera edición boliviana
1.000 ejemplares

Edición: Academia Boliviana de Ciencias Jurídico Penales
Dirección: Edificio Handal, piso 7, oficina 710,
Teléfono N° 2408084 - 2408121, La Paz - Bolivia.

Colección Bibliográfica de Ciencias Jurídico Penales, N° 7

Depósito Legal N° 4-1-2678-09
ISBN° N° 978 - 99954 - 0 - 738 - 4
Queda hecho el depósito que previene la ley

*Impreso en el mes
de Enero de 2010*



*c. Fornier N° 25
Cel. N° 712 619 88
Ciudad de El Alto
La Paz (Bolivia)*

A mis alumnos

INDICE GENERAL

	Pág.
<i>PREFACIO</i>	15
<i>PROLOGO A LA PRIMERA EDICION</i>	17
<i>PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICION</i>	19

CAPÍTULO 1 EL DELITO

1. TEORÍA GENERAL DEL DELITO	23
2. CONCEPTO DE DELITO	24
3. LA ACCIÓN	27
4. LA TIPICIDAD	29
5. LA ANTIJURIDICIDAD	30
6. LA CULPABILIDAD	30

CAPÍTULO 2 CRIMINOLOGIA

1. ANTECEDENTES	33
2. LA NUEVA CRIMINOLOGÍA	36
3. LA VICTIMOLOGÍA	40
4. DATOS VICTIMOLÓGICOS EN BOLIVIA	42
5. PROGRAMAS DE VICTIMOLOGÍA EN BOLIVIA	43

CAPITULO 3 LA VICTIMA

1. ANTECEDENTES	45
2. CONCEPTO DE LA VICTIMA	46

CAPITULO 4 EL DELINCUENTE

1. EL ITER CRIMINIS	66
2. FACTORES CRIMINÓGENOS DEL DELITO	66
3. FACTORES PRE DISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA ACCIÓN DELICTIVA	71
4. FACTORES CRIMINÓGENOS: EXÓGENOS Y ENDÓGENOS	71
5. FASES COGNOSCITIVAS DE LA ACCIÓN DELICTIVA	72

CAPITULO 5 IMPUTABILIDAD

1. LA CULPABILIDAD	75
2. ELEMENTOS DE LA CULPABILIDAD	79
3. ATENUANTES Y EXIMENTES	85
4. LA IMPUTABILIDAD EN LAS ENFERMEDADES MENTALES	88

CAPITULO 6 EL ESTRES

1. EL ESTRÉS	97
2. LA ANSIEDAD	98
3. LA ANGUSTIA	98
3. NIVELES DE ANSIEDAD	99
4. ANSIEDAD PATOLÓGICA	100
5. FASES DE EVOLUCION DEL ESTRES	101
6. LAS EMOCIONES	106

CAPITULO 7 LA VIOLENCIA

1. LA VIOLENCIA	112
2. DEFINICION DE VIOLENCIA	113
3. CLASIFICACION DE LA VIOLENCIA	114
4. CLASIFICACION DE LA NATURALEZA DE LA VIOLENCIA	117

CAPITULO 8 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. LA VIOLENCIA DOMESTICA	119
2. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	119
3. LA MUJER COMO VICTIMA	121
4. FUNDAMENTOS JURIDICOS	128
5. FACTORES DE RIESGO	127
6. CICLO DE LA VIOLENCIA	128
7. ACTUACION MÉDICA	130
8. SERVICIOS LEGALES INTEGRALES	131
9. BRIGADAS DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA	131
10. VIOLENCIA EN LA CIUDAD DE LA PAZ	132

CAPITULO 9 LA ECONOMETRIA DEL DELITO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	147
2. TEORÍA DEL DELITO	147
3. DATOS ESTADÍSTICOS	148
4. LA ECONOMETRIA	150
5. EL DELINCUENTE RACIONAL	152
6. MODELO PROPUESTO	155
7. VICTIMOLOGIA	160
8. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	160
9. DATOS ESTADÍSTICOS	162
10. ES UN DELITO LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR?	163
11. CONCLUSIONES	166

CAPITULO 10 VIOLENCIA CONTRA EL MENOR

1. INTRODUCCIÓN	169
2. CONCEPTO	170
3. EL ABUSO FISICO	171
4. SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO	171
5. ABUSO POR NEGLIGENCIA	183
6. ABUSO SEXUAL	183
7. ABUSO PSIQUICO O EMOCIONAL	189
8. SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES	191

9. SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO	193
10. MALTRATO INSTITUCIONAL	195
11. MALTRATO SOCIAL	195
12. EXPLOTACIÓN	195
13. TRABAJO INFANTIL	196
14. LEGISLACION	197

CAPITULO 11 LA VIOLACION

1. ANTECEDENTES	201
2. CONCEPTO DE VIOLACION	202
3. LA INTIMIDACION	204
4. DONDE Y COMO SE PRODUCEN LAS VIOLACIONES?	206
5. CARACTERÍSTICAS DEL VIOLADOR	206
6. TIPOLOGIA DEL VIOLADOR	209
7. VIOLADOR EN GRUPO	215
8. VIOLACION EN VARONES	215
9. VIOLACION DE NIÑOS	216
10. MODELOS JUSTIFICATIVOS	217

CAPITULO 12 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO

1. CONCEPTO	219
2. DURACION	220
3. TRASTORNOS ASOCIADOS	220
4. CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL DSM	222
5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10	224
6. EL ESTRÉS POSTRAUMATICO EN LAS VIOLACIONES	224
7. FASES DEL ESTRÉS POSTRAUMATICO EN LA VIOLACION	226
8. REACCION SILENCIOSA ANTE LA VIOLACION	229
9. ESTRES POSTRAUMATICO EN MENORES	229

CAPITULO 13 VIOLENCIA AUTOINFLINGIDA

1. HISTORIA	231
2. PUNTOS DE VISTA	231
3. CONCEPTO	236

4.	ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO	240
5.	MECANISMOS SUICIDAS	241
6.	CLASIFICACION	247
7.	SUICIDIO Y LAS ENFERMEDADES MENTALES	250
8.	AUTOLESIONES	254
9.	FACTORES PSICOLÓGICOS JUSTIFICANTES	255
10.	LOS QUE SOBREVIVEN A LA VICTIMA	257

CAPITULO 14 LA EMOCION VIOLENTA

1.	ANTECEDENTES HISTORICOS	259
2.	LA EMOCION	261
3.	ANTECEDENTES JURIDICOS	265
4.	EMOCION VIOLENTA	267
6.	EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO	276

CAPITULO 15 EL INFORME PERICIAL

1.	CONCEPTO DE TESTIGO EXPERTO	282
2.	ELABORACIÓN DEL INFORME PSIQUIÁTRICO	284
3.	CARACTERISTICAS DEL INFORME	284
4.	MODELO DE INFORME PERICIAL PSIQUIÁTRICO	284

CAPITULO 16 LA ENTREVISTA

1.	CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADOR	296
2.	LA ENTREVISTA A LA VICTIMA	300
3.	TIPOS DE ENTREVISTA	300
4.	CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	302
5.	FASES DE LA ENTREVISTA	303
6.	ENTREVISTA AL VICTIMADOR	304
7.	PAUTAS PARA ENTREVISTAR TESTIGOS	309
8.	VALORACION DEL TESTIMONIO	310
9.	SIMULACIÓN	316
10.	OTRAS TÉCNICAS	323

CAPITULO 17
INFORMES DE CASOS REALES

INFORME DE LA ACUSACION	325
INFORME DE LA DEFENSA	342
INFORME DE LA VICTIMA	352

CAPITULO 18
PROGRAMA DE SERVICIOS DE ATENCION A LA VICTIMA
(PROSAVI)

1. ANALISIS DE LA SITUACION	363
2. ANÁLISIS DEL ENTORNO	364
3. EL PROGRAMA	366
4. AMBITO DE INFLUENCIA	367
5. LOS OBJETIVOS	368
6. RECURSOS HUMANOS	369
7. SERVICIOS QUE BRINDARA UN PROSAVI	372
8. FUNCIONES DE UN PROSAVI	374
9. INFRAESTRUCTURA DEL PROSAVI	377
10. LA RED ANTIVIOLENCIA Y EL PROSAVI	379
BIBLIOGRAFIA	383

PREFACIO

Hace ya algún tiempo, el 2004, escribí un libro como necesidad de tener un recurso didáctico en la materia de Criminología, denominado “La Víctima”, y la Universidad de Chuquisaca, mediante el Proyecto Sucre ciudad Universitaria, tuvo la gentileza de publicarlo en una edición de lujo. Tuvo una buena acogida, superando el modesto alcance que le había asignado, agotándose la edición; parecía que solo era cuestión de reeditarlo, varias veces. Pero con el tiempo, al ir revisando cada uno de los capítulos, también es verdad, gracias a la exigencia de los alumnos de Derecho. Pensé que no solo era reeditarlo, había que actualizar, añadir capítulos y quitar otros, que se han publicado en otras obras. Con el peligro de que si alguien buscara la edición, justamente; no los encontraría. Nos encontrábamos, casi con una nueva obra, por lo que ya en la imprenta, nuestro editor, la Academia boliviana de Ciencias Jurídico Penales, creyó más lógico, cambiar de título.

Hay necesidad, de que se escriba sobre la criminología actual, dejar de lado el modelo integrado de criminología, que como decía Zaffaroni, (1) era el producto de dos corporaciones, el discurso lo ponían los médicos forenses y el método los policías. Todo lo que salía de este esquema era anulado. Nuestra idea es un cambio, la victimología con un enfoque criminológico, desde el derecho y otro enfoque psicológico desde la medicina forense. Aun, sabiendo lo difícil que es, unir conceptos explicativos desde la psicología o psiquiatría y los conceptos formales del derecho.

Evidentemente es un concepto desde el punto de vista criminológico. Hace un año conocí al Profesor Manuel Cancio Melia, Profesor de Derecho Penal, de la Universidad de Madrid, vino a La Paz, a dictar una maravillosa conferencia, y en una charla posterior, intercambiando opiniones, resaltó algo. Me dijo, es que tú tienes el punto de vista del Criminólogo. Entendía y ahora lo sé, que el criminólogo, tenga la formación básica inicial, derecho o medicina, llega a un punto en el que es un híbrido, que difícilmente después sabe en que límite del concepto formal o explicativo se encuentra al emitir opiniones. Y claro es un pensamiento, algo diferente del abogado y mas alejado aún del medico o psiquiatra. Evidentemente, alguien con buen criterio, me dirá con mi licenciatura en derecho y un doctorado

1. E.R. Zaffaroni, Prologo a la edición boliviana. En: E.R. Zaffaroni. En busca de las penas perdidas. Ed. Academia boliviana de Ciencias Jurídico Penales. La Paz 2009: 13-14

en criminología, no necesito los conceptos de la medicina o psiquiatría. Pero seguramente, con el tiempo, por la misma necesidad de profundizar en el tema, me dará la razón.

Aunque en el fondo pretendo escribir una obra didáctica para los alumnos de derecho y los de postgrado de otras facultades. Espero que temas como la imputabilidad, la emoción violenta y el trastorno mental transitorio, la econometría en el delito, además de los temas principales de los tipos de violencia, tengan la misma acogida de la edición original de La Víctima. Lo que me permitirá seguir investigando y rastreando estadísticas.

Un agradecimiento especial al Prof. Dr. Fernando Villamor, Presidente de la Academia boliviana de Ciencias Jurídico Penales, por haber escogido este libro para que sea el número 7 de la colección de Bibliografía de Ciencias Jurídico Penales.

Jorge Núñez de Arco

Primavera de 2009
Miraflores, La Paz

PROLOGO A LA PRIMERA EDICION

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y de abuso de poder, define a las “víctimas”, como las personas que, individual o colectivamente hayan sufrido daños físicos o psicológicos, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la normativa jurídica nacional o internacional; así como las leyes, tratados y convenios vigentes sobre derechos humanos.

La expresión víctima no sólo refiere a la persona que ha sufrido la agresión o daño, sino no se extiende hasta sus parientes más próximos tanto de consanguinidad como de afinidad y también a quienes al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización, sufren algún daño.

Generalmente, cuando ocurre un hecho delictivo, los organismos encargados de la administración de justicia y la sociedad en sí, fijamos la atención en el imputado, la magnitud del delito y la condena que se aplicará, pero dejamos de lado a la víctima, quien más bien debería ser el centro de atención, cuidado e interés general y de esta manera enterarnos de las consecuencias o traumas que sufre, cómo debíamos apoyarla, o cómo debíamos responder el daño sufrido y sobre todo crear políticas de cómo debe ser tratada en los organismos de administración de justicia como la Policía, Ministerio Público y Poder Judicial en general.

La persona - víctima, enfrenta un trauma de dolor y sufrimiento, pues generalmente la comisión de ciertos delitos implica violencia y maltrato, que pueden provocar daños colaterales físicos, psicológicos y en el comportamiento psicosocial que afecta a su entorno. Además del daño y la violencia del momento, la víctima está destinada, en la gran mayoría de los casos, de por vida, a convivir internamente con el cruel fantasma de los recuerdos y traumas.

La Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, el Departamento de Interacción y Extensión Social Universitaria y el Proyecto Sucre Ciudad Universitaria, en cumplimiento de uno de sus más grandes objetivos, cual es el de contribuir al desarrollo y concientización de la sociedad, se complace en presentar esta obra intitulada «LA VÍCTIMA », que sin duda, constituirá por excelencia un libro de consulta para médicos, abogados, psicólogos, trabajadoras sociales y otros, asimismo ayudará a sensibilizar y

concientizar sobre el respeto de los derechos humanos, y evitar la revictimización y dar un trato más humano a todas las víctimas de un hecho de violencia.

Sucre, Mayo 2004

Ing. Walter Arizaga C.

*Rector de la Universidad Mayor Real y Pontificia
de San Francisco Xavier de Chuquisaca*

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICION

El distinguido Profesor, Jorge Núñez de Arco, me ha encomendado escribir el prólogo de la segunda edición de su obra, *La Víctima*; elaborada con la colaboración de los profesionales: Hugo Carvajal y Ana María Peducassé; todos ellos con formación en el área de la medicina forense¹. En atención a que toda nueva edición supone que el público lector dio un veredicto positivo de la obra, me exime de comentar sobre este punto, facilitándome entrar de llano al análisis de los puntos más relevantes de este novedoso e interesante trabajo.

En este cometido, se tiene que el autor, luego de sostener en el Capítulo 2, que aquella criminología que redujo el estudio de la “criminogénesis” únicamente a la figura individualizada del delincuente (en su ámbito biológico, social, antropológico y psicológico), ha llegado a su extinción; en base al concepto de criminología dado por García Pablos², define a la “Victimología”, a la que llama “Nueva criminología”, como “la ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa del crimen, del delincuente, de la víctima, de la política criminal y del control social”³; advirtiendo sin embargo líneas abajo, que esta “nueva criminología”, “...pretende respetar, los orígenes de esta disciplina (la criminología) y su vasta experiencia acumulada a los largo de los años.” Sosteniendo a renglón seguido, como fundamento de la innovación contenida en la definición que propone, en que la misma “...fundamentalmente amplía el ámbito de actuación de la criminología a las investigaciones sobre la víctima del delito y el denominado control social”; para poner énfasis -anclado al parecer en su vasta experiencia profesional como psiquiatra- que “...es en realidad la nueva criminología, que nos obliga desde el punto de vista pericial, a la atención de la pareja penal, o pareja victimal y cuyo estudio competiría a una rama que nos atrevemos a denominar “victimología forense”⁴

¹ El primero, escribe el capítulo 8; la segunda, el capítulo 10.

² “Es una ciencia empírica e interdisciplinaria, que se ocupa del estudio del crimen, de la persona del infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo, y trata de suministrar una información válida, contrastada, sobre la génesis, dinámica y variables principales del crimen –contemplado éste como problema individual y como problema social-, así como sobre los programas de prevención eficaz del mismo, las técnicas de intervención positiva en el hombre delincuente y los diversos modelos o sistemas de respuesta al delito”. (Cfr: Núñez de Arco, Jorge, *La Víctima*, Ed. Tupac Katari, Sucre, 2004, pág. 29).

³ *Ibídem*: Pág 29.

⁴ Cfr: ob. Cit. Pág. 31

En el Capítulo 3, hace un recuento del concepto legal y doctrinal de Víctima, para luego proponer, tomando en cuenta la actitud de la víctima en la acción delictiva y su reacción frente al sistema legal, una clasificación o tipología de las víctimas, a los que denomina “tipos victimales”.

El Capítulo 4, lo dedica al estudio de “El delincuente”, en el que aborda los diversos factores que inciden en la acción delictiva; a los que a su vez subclasifica, en factores impelentes y repelentes. También describe las fases del delito o iter criminis, precisando desde la perspectiva psiquiátrica, que para el psicólogo, el acto delictivo “es la culminación de un proceso psíquico de paulatino desarrollo delictógeno que se remonta al pasado individual”.

En el Capítulo 5 analiza, a partir de la legislación penal vigente, las atenuantes y eximentes penales y su incidencia psiquiátrica, en la determinación de la responsabilidad penal.

Los capítulos 6 al 17, los dedica al análisis de las distintas problemáticas que plantea la medicina forense de cara al esclarecimiento de todo hecho catalogado como delictivo o de dudosa causación; poniendo especial énfasis en el enfoque y tratamiento de las víctimas.

El capítulo 15 está dedicado al informe pericial, en que el lector encontrará una especie de manual, sobre el contenido y la sistemática que debe seguir el informe; aspecto que luego es luego ilustrado con informes realizados sobre casos reales (capítulo 17), relativos a seis estudios realizados; lo cual contribuye a una mejor comprensión de la obra y la aplicación práctica de sus contenidos teóricos, que es al parecer la finalidad que el autor le ha impreso a su obra.

Finalmente, en el capítulo 18, en coherencia con su preocupación mostrada en el desarrollo de la obra por las víctimas, el Profesor Núñez de Arco, propone un Programa de Servicio y Atención a la Víctima; describiendo la infraestructura necesaria para su, funcionamiento así como el personal mínimo, destinado a “que brinde información, orientación, y asistencia directa a toda persona que haya sido víctima de un delito, comprendiendo tanto el asesoramiento legal, la evaluación psicológica, como la asistencia forense a nivel médico, la asistencia social y la gestión de ayuda, coordinación o derivación ante otras instancias pertinentes de apoyo y asistencia social”.

La apretada síntesis de la obra del profesor Núñez de Arco, nos da pie para concluir en sentido de que la misma se constituye en un aporte importante para

todo el sistema de la justicia penal, dado que contribuirá a resolver las problemáticas que plantea los casos concretos vinculados a la psiquiatría forense, así como a la revalorización de la atención a la víctima, dado que sobre ésta es la que recaen las consecuencias dañosas de la acción delictiva, que el Estado como garante de la inquebrantabilidad del orden jurídico, tiene el deber jurídico de preservar.

Santa Cruz de la Sierra, 2 enero de 2009

Willman Ruperto Durán Ribera
Ex Presidente del Tribunal Constitucional de Bolivia

CAPÍTULO 1

EL DELITO

1.- TEORÍA GENERAL DEL DELITO

Todas las sociedades en un momento dado, tienen que normar las conductas de sus conciudadanos, como una forma más de organización social. Las normas estarán incluidas en un código, en el que se hace una lista seleccionada de las actividades más reprochables y más intolerables, conminándolas con una pena. Y la adecuación de un hecho cometido a la descripción que de ese hecho existe, en el código, es la tipicidad.

La base de la teoría clásica de la criminología estaba apoyada sobre la teoría del contrato social, que sostenía que los hombres se reunían libremente en sociedad conforme a una serie de acuerdos que garantizaban el orden y la convivencia. Es en relación a este consenso, que se proponía el castigo de aquellas conductas que eran perjudiciales o peligrosas para el cuerpo social, y la recompensa de aquellas que de alguna manera contribuían al mantenimiento del equilibrio del mismo. De esta forma, se establecía una tipología de aquellas conductas consideradas como desviaciones, que posibilitaban clasificar a un individuo como delincuente.

La teoría general del delito, “se ocupa de las características que debe tener cualquier hecho para ser considerado delito”. [1]

Dada la necesidad de cumplimiento de dichas normas para el buen funcionamiento de la sociedad, el verificar que estén dadas las normas para requerir el cumplimiento de la sanción penal, constituye la Teoría del delito. Si están dados los presupuestos de incumplimiento, se solicita la violencia penal del estado, que se traduce en una respuesta habilitante del poder punitivo, la condena con privación de libertad, el más duro ejercicio del poder penal, la violencia del estado contra el ciudadano que no ha cumplido la norma. Esto constituye la Teoría general de la pena. [2]

1. Muñoz Conde, F.; García Arán, M.: Derecho penal, Valencia: Ed.Tirant lo Blanch. 1993:187.

2. Zaffaroni, E.R.: Derecho Penal. Parte general. (2da. ed.) Buenos Aires: Ed. Ediar. 2002:373

La teoría general del delito, tiene un carácter instrumental y práctico: por una parte es un instrumento conceptual que permite aplicar la ley a casos concretos. Trata de dar una base científica a la práctica de los juristas del derecho penal proporcionándoles un sistema que permita la aplicación de la ley a los casos concretos con un considerable grado de seguridad. El grado de seguridad sin embargo no es absoluto. El jurista del derecho penal tiene que asumir que la teoría del delito no puede eliminar totalmente la inseguridad que está implícita en la tarea de trasladar al caso concreto lo dispuesto en general por el texto de la ley. La teoría del delito realiza por lo tanto, la tarea de mediación entre el texto legal y el caso concreto.

2.- CONCEPTO DE DELITO

El concepto de delito, es el inicio de la teoría general del delito, para ello debemos partir del derecho penal positivo, ya que todo intento de definir el delito al margen del Derecho Penal vigente es simplemente hacer filosofía.

“A principios de siglo, Liszt propuso una definición del delito como “acto culpable, contrario al derecho y sancionado con una pena”; esta idea fue completada por Beling, a partir de dos puntos fundaméntales: el proceso material causal, y el contenido objetivo de la voluntad, situaciones ambas que producen su impacto en el desarrollo de todo sistema y en las construcciones dogmáticas derivadas del mismo.”^[3]

La primera tarea que tiene la teoría general del delito es emitir un concepto. Delito, entonces es toda conducta sancionada con una pena, según el principio *nullum crimen sine lege*. Pero, esto es solo, un concepto formal del delito. Según Muñoz Conde ^[4] el concepto debe responder a una doble perspectiva:

- a) la desaprobación del acto, el desvalor que se hace sobre el autor del hecho, llamándose a esto antijuridicidad.
- b) La atribución de dicho acto a su autor, como responsable. Llamándose a esto culpabilidad.

La teoría clásica del delito, surge a finales del siglo XIX, se intentaba, siguiendo las ideas científicas de la época, buscar los elementos naturales de la infracción. Franz Von Liszt, con sus primeros trabajos, apoyándose en las ideas de Rodolf

³. Roxin, Claus: Teoría del Tipo Penal, Buenos Aires, 1979, p. 265

⁴. Muñoz Conde F. y García Aran M.: Derecho Penal. Parte general. Valencia: Tirant lo blanch. 1993:189

von Jhering: de la contrariedad de la acción con las normas jurídicas y una censura a la disposición anímica del sujeto; distinguió las nociones de culpabilidad y de antijuridicidad. [5]

Luego, Beling propuso un tercer elemento: la tipicidad. Desde entonces, la infracción es concebida como una acción humana (controlada por la voluntad), típica, ilícita y culpable. Mediante la expresión «típica», se hace referencia a la conformidad de la acción con el tipo legal (descripción de dicha acción en la norma penal: Tatbestand). Este último aporte fue, en su época, considerado como un descubrimiento revolucionario. A la culpabilidad, aspecto subjetivo del comportamiento (suceso físico exterior), se le concibió como la relación psicológica existente entre el autor y su acción. La antijuridicidad fue explicada con la ayuda del positivismo jurídico, para cuyos representantes, el derecho era el conjunto de normas legales promulgadas por el legislador. El comportamiento fue considerado ilícito, como consecuencia, por violar el derecho positivo.

Debe ser “una acción típica, antijurídica y culpable”. Zaffaroni dice que esta es una definición formal, a la que se opondrían las definiciones materiales. Considerando a las diferentes definiciones, como que provienen “de los intereses particulares de cada disciplina o de cada sector especializado. Y que en la medida en que integren un saber racional, no deben ser incompatibles. La llamada definición jurídico penal del delito es tan material como las restantes y no debe ignorar que (a) desde lo sociológico, delito es un adjetivo en ropas de sustantivo, que produce los efectos de su atuendo; (b) desde lo político, es lo que el poder adjetiva como tal y sus agencias ejecutivas usan para seleccionar a algunas personas respecto de las que se sustantiviza; (c) pero desde el poder jurídico es lo que mínimamente debe declararse probado a medias en un procesamiento y mínimamente en una sentencia, para que las agencias judiciales puedan hallarse ante la eventual responsabilidad de habilitar la continuación de una cierta forma y medida de poder punitivo”. [6]

Las características comunes a todo delito son la: tipicidad, la antijuridicidad y la culpabilidad. Pero además, debe tratarse de una acción u omisión, debe ser doloso o culposo y penado por la ley. Por lo que “podemos definir el delito como la acción u omisión típica, antijurídica, culpable y punible. [7] Y sujeta a las

5. Cury, Enrique: Derecho Penal Parte General, Santiago, 1996, N° 3, p. 274

6. Zaffaroni, E.R.: Derecho Penal. Parte general. (2da. ed.) Buenos Aires: Ed. Ediar. 2002:374-375

7. Muñoz Conde F. y García Aran M.: Derecho Penal. Parte general. Valencia: Tirant lo blanch. 1993:191

llamadas condiciones objetivas de punibilidad, ya que la acción no es castigable, el sujeto activo del delito, es en quien recae la pena y en él surgen las condiciones de punibilidad o imputabilidad.

Es entonces una “descripción de comportamiento elaborada por el legislador, bajo cuya base puede sobrevenir una pena o medida de seguridad” [8] Y justamente la teoría general del delito, tiene como objeto, analizar y estudiar los presupuestos jurídicos de la punibilidad. [9]

El “concepto del delito responde a una doble perspectiva: por un lado, es un juicio de desvalor que se hace sobre el autor de ese hecho. Al primer juicio de desvalor se le llama injusto o antijuridicidad es pues, la desaprobación del acto; culpabilidad la atribución de dicho acto a su autor para hacerle responsable del mismo” [10]

Esta concepción bipartita del delito (antijuridicidad y culpabilidad), tras la primera definición en la teorías de las normas de Beling, en 1906 se convierte en la *tripartición*, se añade la tipicidad como tercer elemento.[11]

Y así es posible expresar un concepto jurídico de Delito como una acción típica, antijurídica y culpable. Según Villamor, los elementos principales del delito son: la acción, la tipicidad, la antijuridicidad y la culpabilidad y punibilidad. [12] “El acuerdo que existe respecto a la definición de delito no significa que todos atribuyan el mismo contenido. Por el contrario, son especialmente debatidas las relaciones que median entre sus distintos elementos así como los componentes de cada uno de ellos” [13].

“Después de todo lo dicho hasta ahora, podemos definir el delito como la acción u omisión típica, antijurídica, culpable y punible. Esta definición tiene carácter

8. Olga Islas de González Mariscal: Análisis lógico de los delitos contra la vida y la integridad corporal. (2ª ed.) México: Trillas. 1985:25.

9. Jescheck, Hans Heinrich: Tratado de Derecho Penal. Trad. Santiago Mir Puig. Barcelona: Bosch. 1978:263.

10. Muñoz Conde, F.; García Arán, M.: Derecho penal, Valencia: Ed.Tirant lo Blanch. 1993:189

11. Márquez Piñero, R.: Teoría de la antijuridicidad. México D.F.: Universidad autónoma de México. 2003:87

12. Villamor Lucia F.: Derecho Penal boliviano. Parte General. Tomo I. La Paz: Inspiracion Cards. 2007:105

13. Cury, Enrique, Derecho Penal Parte General, Santiago. 1996: 226

secuencial es decir, el peso de la imputación va aumentando a medida que se pasa de una medida a otra (de la tipicidad a la antijuridicidad, de la antijuridicidad a la culpabilidad, etc.) teniendo, por tanto, que tratarse en cada categoría los problemas que son propios de la misma. Si del examen de los hechos resulta, por ej., que la acción u omisión no es típica, ya no habrá que plantearse si es antijurídica y mucho menos si es culpable o punible.”^[14]

3.- La acción

La antijuridicidad habla de la acción u omisión, los medios y formas en que se realiza, sus objetos y sujetos, la relación causal y psicológica y sus resultados.

La concepción clásica (Franz Von Liszt, Ernst von Beling) se encuentra caracterizada por concebir a la acción de una manera simple y clara, lo cual tiene términos totalmente naturalistas, como es el caso de una acción compuesta por un movimiento corporal (acción en sentido estricto) y la consecuente modificación del mundo exterior (resultado) unida por la relación de causalidad. [3] ^[15]

En el causalismo valorativo (Edmund Mezger), al concepto naturalístico de la acción se introduce el elemento humano de la voluntad. Analizando la intencionalidad y el daño causado a la sociedad, estableciendo causas de justificación.

En la teoría del FUNCIONALISMO, está Claus Roxin con el funcionalismo moderado, en el que continúan los elementos del delito: tipicidad, antijuridicidad, culpabilidad, pero con una orientación político criminal, puesto que los presupuestos de la punibilidad deben estar orientados por los fines del Derecho Penal. Y en el funcionalismo sociológico de Günter Jakobs, se considera al Derecho como garante de la identidad normativa, tiene como fin, sólo estabilizar al sistema.

En la teoría del FINALISMO (Hans Welzel), “la acción es considerada siempre con una finalidad determinada de actuar conscientemente en función de un resultado propuesto voluntariamente. La acción, el dolo y la culpa se ubican en el tipo, pues al ser la acción algo final (tendiente a un fin), el legislador no puede sino prever acciones provistas de finalidad (dolo, culpa y elementos subjetivos específicos del injusto). Distingue entre error del tipo (excluye al dolo y a la punibilidad) y el error de prohibición (elimina la conciencia de antijuridicidad, al

¹⁴. Muñoz Conde, F.: Teoría general del delito, Valencia: Tirant lo Blanch. 1991:20

¹⁵. Roxin Claus: Derecho Penal, Fundamentos. La estructura de la teoría del delito. Madrid, Civitas 1997: 61-62

ser invencible elimina la punibilidad, y si es vencible, subsiste en distinto grado). En la antijuridicidad distingue el aspecto formal (lo contrario a la norma) y el material (lesión o puesta en peligro del bien jurídico). Desaparece el concepto de imputabilidad que es absorbido por la culpabilidad la cual consiste en un juicio de reproche.” [16]

Esta teoría finalista, que aunque se le achaca que sea intelectualista, racionalista y que le da importancia a los sentimientos: pensar, sentir, obrar; para que sean computados para valorar la carga de la pena o bien la capacidad de culpabilidad, parece la más lógica y eficaz a la hora de la valoración de un hecho desde la vertiente médica o psicológica.

El hombre puede preveer y proponerse objetivos y actuar concientemente dirigido a dicho objetivo, utilizando los medios necesarios y conociendo sus consecuencias. La acción humana es el ejercicio de la actividad finalista.

“La voluntad finalista de la acción es la voluntad de concreción, que abarca todas las consecuencias respecto de las cuales el autor conoce que están necesariamente vinculadas con la obtención del objetivo, y las quiere realizar por ello. Sólo en relación a estas consecuencias de la acción comprendidas por la voluntad de concreción, hay un nexo finalista de la acción. Una acción es finalista solamente en lo referente a los resultados *propuestos por la voluntad*; en lo referente a otros resultados no propuestos por la voluntad de concreción, es sólo causal. La enfermera que, sin pensar en nada, inyecta una dosis de morfina demasiado fuerte, de efecto mortal, realiza ciertamente una inyección finalista, pero no una acción finalista de homicidio.” [17] “Una acción finalista de homicidio no existe solamente cuando la muerte fue el objetivo principal de la actividad de la voluntad, sino también cuando sólo formó el medio para un objetivo ulterior (p. ej., para heredar al muerto) o cuando sólo fue la consecuencia secundaria que necesariamente ha tenido que tomar de «yapa» (p. ej., la muerte por quemaduras de una habitante parálitica, al incendiar una casa asegurada contra incendio).” [18]

En nuestro país, se sigue la teoría general del delito, según la teoría finalista: concepto de acción basado en la dirección del comportamiento del autor con una finalidad previa. Por la que un individuo en el uso de su conocimiento causal,

16. <http://www.derecho.unam.mx/papime/TeoriadelDelitoVol.II/uno.htm>

17. Welzel, Hans: Teoría de la acción finalista. Buenos Aires: Ed. Depalma. 1951:22

18. Welzel, Hans: Teoría de la acción.... ob. cit. p. 23

es capaz de dominar dentro de ciertos límites, el suceder y conducir su actuación a la consecución de una meta con arreglo a un plan.

Pero para actuar se precisa haber previamente pensado, proyectado un acto, para poder dirigirse a un objetivo, por tanto la representación, la idea viene primero, antes de la acción. Aunque para el derecho penal, no sólo se contempla la acción sino también la omisión. Por lo tanto, un comportamiento es evitable cuando el autor tenía la posibilidad de dirigir su acción a un fin determinado.

Si aceptamos que la acción es una conducta humana un (comportamiento humano: concepto causal de acción), relacionada con el medio ambiente, dominada por la voluntad, dirigida y encaminada a un resultado, por tanto la "la voluntad no puede concebirse sino como ideación proyectada"; del "querer interno".

No hay voluntad cuando hay una fuerza irresistible que nos obliga a una acción. Puede ser de origen interno o externo. La fuerza irresistible de origen interno, como es el caso de las neurosis compulsivas, no son voluntarias en el amplio sentido de la palabra; obedecen a un núcleo neurótico, por ejemplo las cleptomanías. Y una fuerza irresistible de origen externo, por ejemplo lo que le pasa a una persona que al sentir dolor de una quemadura estira los miembros, produciendo lesión en otra persona u objeto.

4.- LA TIPICIDAD

De toda la gama de acciones antijurídicas que se cometen el legislador ha seleccionado las más graves y las más intolerables, conminándolas con una pena. [19] La adecuación de un hecho cometido, a la descripción que de ese hecho se hace en el código penal, se denomina tipicidad.

La tipicidad es la garantía del principio de legalidad, "es la adecuación de la conducta del sujeto al tipo penal." [20] "Para ello es necesario establecer un juicio de tipicidad, la averiguación que sobre una conducta se efectúa para saber si presenta los caracteres imaginados por el legislador, siendo la tipicidad el resultado afirmativo de ese juicio" [21]

19. Muñoz Conde, F.: Teoría general del delito, Valencia: Tirant lo Blanch. 1991:19

20. Villamor Lucia F.: Derecho Penal boliviano. Parte General. Tomo I. La Paz: Ed. Popular. 2003:91

21. Zaffaroni, E.R.: Derecho Penal. Parte general. Buenos Aires: Ed. Ediar. 2000:167

5.- LA ANTIJURIDICIDAD

“Para concebir el delito como una entidad social y jurídica, debe entenderse la conducta como antijurídica. La conducta es antijurídica cuando se estrella contra el total ordenamiento jurídico.” [22] Es, “un juicio de valor por el que se declara que la conducta no es aquella que el derecho demanda.” [23]

El proceso de valoración de la antijuridicidad, se realiza en principio, identificando el hecho como una conducta; por tanto de una acción de una persona, adecuado a una descripción típica es decir a un tipo penal. “Y será antijurídica en tanto no resulte justificada por la ley penal” [24]

Como es el caso de las justificaciones para cometer un delito, por ejemplo la legítima defensa. La expresión “antijuridicidad” para expresar esta problemática no resulta la más adecuada. Presupone una teoría del delito en la que la realización del tipo no tenía ninguna significación respecto del ordenamiento jurídico y solo su falta de autorización especial era determinante de lo ilícito. Y en ese caso es preferible hablar de “justificación”. Con ello se hace referencia a la situación que se da cuando alguien ha obrado lesionando una norma, pero no el orden jurídico, es decir, ha realizado una acción típica, pero adecuado al derecho –justificada-. Basado, en que en derecho, no tiene porqué soportar lo injusto, aunque la reacción debe ser en el momento del ataque injusto, cuando el agredido no encuentra otro medio de defensa que la reacción súbita e inmediata.

Resumiendo: una conducta es típica si con ella se infringe una norma jurídica y será antijurídica si no está justificada por una causa de justificación. Adoptando el criterio de la “antijuridicidad” como juicio definitivo acerca de la prohibición de una conducta. [25]

6. LA CULPABILIDAD

En materia de culpabilidad no existe una opinión unánime respecto de cómo definirla, sobre todo en materia de los elementos que la integran desde la óptica

22. Villamor Lucia F.: Derecho Penal boliviano. Parte General. Tomo I. La Paz: Ed. Popular. 2003:101

23. Rodríguez Devesa, J.M.: Derecho Penal Español. Parte Especial. Madrid: Ed. Dykinson. 1994:404

24. Villamor Lucia F.: Derecho Penal boliviano. Parte General. Tomo I. La Paz: Ed. Popular. 2003: 101

25. Zaffaroni, E.R.: Derecho Penal. Parte general. (2ª ed.) Buenos Aires: Ed. Ediar. 2002:595

formal y su significado material, propiciado precisamente por la evolución de la teoría de la culpabilidad a la luz de conceptos causales, sicologistas, normativistas y finalistas.^[26]

En lo que sí resulta coincidente la doctrina es respecto de que “mientras la antijuridicidad constituye un juicio despersonalizado de desaprobación sobre el hecho, la culpabilidad requiere, además, la posibilidad de atribución de ese hecho desvalorado a su autor” ^[27]

En la culpabilidad, las facultades psicobiológicas del autor, hablan de la imputabilidad o no, es decir de la capacidad de culpabilidad, el conocimiento por parte del autor del carácter de lo prohibido de su hacer y la no exigibilidad de un comportamiento distinto.

Ambas tienen un lado negativo, la existencia de una fuerza irresistible excluye la acción. La absoluta imprevisibilidad anula la relación psicológica con el resultado; la causa de legítima defensa autoriza la comisión del hecho prohibido, las facultades psíquicas del autor disminuida o anulada, causan la imputabilidad parcial o total.

“La antijuridicidad se refiere al suceso exterior objetivo (la lesión causal de bienes jurídicos); la culpa se refiere a la relación psíquica del autor con el resultado.”^[28]

La teoría general del delito tiene como función determinar los rasgos que convierten una conducta en delictiva. Si bien existen una serie de características propias de cada delito, también existen una serie de rasgos comunes a todos los tipos, que son los que van a constituir el concepto de delito. Este concepto formal de delito supone la materialización del Principio de Legalidad: no hay delito sin Ley.

El concepto del delito como una conducta castigada por la ley con una pena, es sólo un concepto formal. El delito debe tratarse de una acción u omisión, debe ser doloso o culposo y penado por la ley.

²⁶. Raul Plascencia Villanueva: Teoría del delito. México: Universidad autónoma de México. 2004:157

²⁷. Santiago Mir Puig: Derecho penal. Parte general, (3ª ed.) Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias. 1990: 575

²⁸. Welzel, Hans: Teoría de la acción finalista. Buenos Aires: Ed. Depalma. 1951:26

Culpabilidad, es culpable quien actúa de una manera, cuando podía libremente obrar de otra. Quien pudiendo abstenerse de realizar la acción tipificada, decide actuar en contra de lo prohibido. “La capacidad de culpabilidad tiene un momento (cognoscitivo) (intelectual) y uno de voluntad (volitivo); la capacidad de comprensión de lo injusto y de determinación de la voluntad (conforme a sentido). Solo ambos momentos conjuntamente constituyen la capacidad de culpabilidad”. [29]

En la regulación de las causas de inimputabilidad basadas en una enfermedad, anomalía o trastorno mental suelen adoptarse en los Códigos Penales tres tipos de fórmulas: psiquiátricas o biológicas, psicológicas y psiquiátricos-psicológicas. En la psiquiátricas o biológicas se hace referencia únicamente a la enfermedad, la anomalía o trastorno mental, sin aludir a los efectos psicológicos en la conciencia o voluntad del sujeto, o en su capacidad de comprender el carácter ilícito de su conducta. En cambio en las psicológicas se hace referencia al estado de inconsciencia o anulación de la voluntad del sujeto. [30] En nuestro caso, según el artículo 17 del C.P., se usa la fórmula mixta: se hace referencia a una enfermedad, anomalía o trastorno mental, pero se exige que, como consecuencia de ello, el sujeto se hubiera visto privado de la capacidad de entender o de querer, o de comprender el carácter ilícito de su conducta o de obrar conforme a ese conocimiento.

²⁹. Welzel, Hans: Derecho Penal Alemán. Parte general. (1ª ed.) Santiago de Chile: Ed. Depalma. 1976:216.

³⁰. Cerezo Mir, Jose: La inimputabilidad En Curso de Derecho Penal Español III. Teoría Jurídica del delito/2. UNED. Curso 2002/2003: 2

CAPÍTULO 2

CRIMINOLOGIA

1.- ANTECEDENTES

La criminología es una disciplina que posee sus raíces en las concepciones científico-filosóficas del Iluminismo. Fue Cesare Beccaria [1] el pionero que formuló los principios de la denominada Criminología Clásica, cuyos supuestos se basaban en las teorías del control social de Hobbes, Montesquieu y Rousseau.

Desde sus inicios la Criminología, ha sufrido una serie de cambios de paradigma vinculados a la concepción que se tenía en cada momento histórico sobre el “delito” y la “conducta delincuente”.

Básicamente nos interesa recordar, para los fines del presente trabajo, esta sucesión y superposición paradigmática en tres etapas: la Criminología Clásica, el Revisionismo Neoclásico y la Revolución Positivista. [2] En cuanto a la Criminología Clásica, consideramos innecesario ampliar, ya que hay infinidad de libros de criminología sobre el tema. En cuanto a la segunda, sustenta la revisión de algunas de las concepciones clásicas (como por ejemplo la aplicación de medidas penales universales sin tomar en consideración las diferencias individuales entre los delincuentes) y la incorporación al ámbito de la criminología de especialistas de otras disciplinas ajenas al derecho penal como el psiquiatra y posteriormente el trabajador social.

Y ya finalmente la visión positivista, es, en este marco que Cesare Lombroso, considerado como el fundador del positivismo biológico, desarrolla desde un poco antes de 1876 su teoría del hombre criminal. Lombroso, quien pertenecía a la llamada escuela de antropología criminal, establece el concepto de criminal atávico, según el cual el delincuente representaba una regresión a estados evolutivos anteriores, caracterizándose la conducta delincuente por ser innata. Este criminal atávico podía ser reconocido debido a una serie de estigmas físicos o anomalías, como por ejemplo, el excesivo desarrollo del cerebelo, asimetría

1. Beccaria, Cesar: De los delitos y de las penas. Bs. As.: Alianza editorial. 1994.

2. Taylor, I.; Walton, P.; Young, J. “La nueva criminología”. Cap. I. Bs. As: Amorrortu. (1ª Reimpresión). 1990.

del rostro, dentición anormal, tamaño de las orejas y lo que se considera como la característica más atávica en los criminales, a saber, el hoyuelo en medio del occipital. [3] Como aseveran Taylor, Walton y Young, citando a Lindesmith y Levin: “lo que Lombroso hizo fue invertir el método de explicación habitual desde la época de Guerry y Quetelet, y, en lugar de sostener que las instituciones y las tradiciones determinaban la naturaleza del criminal, sostuvo que la naturaleza del criminal determinaba el carácter de las instituciones y las tradiciones”. [4]

Es también, bajo la influencia de Lombroso [5] [6], ya en el siglo XX, que hace que se desplace la importancia de los científicos sociales en el estudio del delito en favor de la participación del médico y del psiquiatra.

“Por obra de los psiquiatras dedicados a la medicina forense, los médicos ofrecieron su discurso a las policías y, de este modo, combinaron el saber con el poder, quitaron la hegemonía discursiva a los juristas y filósofos y oficializaron la *criminología* etiológica, usualmente conocida como *positivismo*. Esto explica cómo la criminología adquirió categoría de saber académico de la mano de los psiquiatras.”[7]

Posteriormente hay un desplazamiento de la criminología psiquiátrica europea hacia la sociología norteamericana. Y en ese marco del delito como producto social, podemos citar a Montagu, quien explicita que: “Los crímenes y los criminales son producto de la sociedad, y a la vez, instrumentos y víctimas de la misma sociedad. La sociedad criminal y delincuente culpa de sus crímenes y delitos a los criminales y a los delincuentes y luego los castiga por los daños que, en la mayoría de los casos, la misma sociedad los indujo a cometer. Un crimen es lo que la sociedad escoge definir como tal. Algo que puede ser considerado como un crimen en una sociedad puede no serlo en otra. Pero sea

3. Lombroso, Cesare: L'uomo delinquente, Torino, 1884: 248

4. Taylor, I.; Walton, P.; Young, J. “La nueva criminología”. Cap. I. Bs. As: Amorrortu. (1ª Reimpresión). 1990.

5. Cesare Lombroso: L' homo delinquentente, In rapporto all'antropologia, alla giudispiienza ed alle discipline carcerarie. (5ª ed.) Torino: Fratelli Bocca editor. 1896

6. C. Lombroso et G. Ferrero: La Femme Criminelle et La Prostituée. Traduction de L'Italien par Louise Meille Revue par M. Saint-Aubin. Paris: Ancienne librairie Germer Baillière et cie Félix Alcan, Éditeur. 1896

7. Zaffaroni, E. R.: Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro.. Rev. Dig. Acad. Bol. Cienc. Jurid. Penal, (en línea) RD.ABCJP N°2 06-2008 Disponible en Internet : http://www.nunezdearco.net/ABCJP/R.D_2_zaffaroni.htm ISSN 1999-5377

lo que sea, lo que una sociedad pueda o no considerar como un crimen, todas las sociedades definen al crimen como un acto cometido en violación de una ley prohibitiva o un acto omitido en violación de una ley prescriptiva. De aquí que la sociedad sea la que define al criminal y no el criminal quien se define a sí mismo. Y sugiero aquí que casi invariablemente la sociedad es la que hace al criminal porque los criminales, en realidad, se vuelven tales, no nacen así” [8].

Aniyar de Castro, probablemente haya sido la primera en publicar un libro en español sobre victimología. [9] Y en la década de los 80, planteaba la Criminología de la Liberación. “Bueno es aclarar que utilizamos la palabra “*Criminología*”, para comprender *todo* lo que se relaciona con lo que se define como crimen, y por lo tanto con la criminalización, con las instituciones normativas y administrativas que se han utilizado para manejarlo, con las expectativas y el imaginario colectivo, y con las manipulaciones políticas que se hacen de todo este complejo conjunto de hechos, ideologías, políticas, que es tan trascendente para la gobernabilidad. “*Criminología*” es también, entonces, algo que tiene que ver con la búsqueda de controles sobre los controles y con las víctimas de todas estas instancias y situaciones. [10]

«Criminología es la ciencia de la realidad viviente humana, que estudia al hombre y su conducta en su faz personal y en sus relaciones y circunstancias sociales, con el fin de establecer las causas y las condiciones que lo impelen a la acción delictiva, así como los medios de prevención anteriores y posteriores al delito».[11]

Hay muchas definiciones de la Criminología, pero son muy divergentes y divisionistas, sin embargo hay una definición integradora de García de Pablos (1999); que dice que la Criminología:

Es una ciencia empírica e interdisciplinaria, que tiene por objeto el crimen, el delincuente, la víctima y el control social del comportamiento delictivo, y que aporta una información válida,

8. Montagu, Ashley: El hombre observado. Caracas: Edit. Monte Avila. 1970:71

9. Aniyar de C.,Lola: Victimología, Maracaibo, edic. del Centro de Investigaciones Criminológicas de la Universidad del Zulia, 1969.

10. Lolita Aniyar de Castro: Derechos humanos: delincuentes y víctimas, todos víctimas. Temas para investigar en la criminología crítica latinoamericana de los próximos años. *Revista Electrónica del Centro de Investigaciones Criminológicas de la USMP-PERÚ- 2da Edición*

11. Salvador Francisco Samé, Criminología. Cosas y causas del delito. Bs. As.: Ediciones Jurídicas. 1999:33

contrastada y fiable sobre la génesis, dinámica y variables principales del crimen —contemplado este como fenómeno individual y como problema social, comunitario —; así como sobre su prevención eficaz, las formas y estrategias de reacción al mismo y las técnicas de intervención positiva en el infractor.[¹²]

A diferencia de otras definiciones convencionales, es una respuesta integradora de la nueva imagen moderna de la Criminología, en plena sintonía con los conocimientos y tendencias actuales del saber empírico. Pero pretende respetar, los orígenes de esta disciplina y su vasta experiencia acumulada a lo largo de los años. Pero fundamentalmente amplía el ámbito de actuación de la criminología las investigaciones sobre la víctima del delito y el denominado, control social.

2.- LA NUEVA CRIMINOLOGÍA

“Criminología la ha habido siempre, desde que hubo crímenes” [¹³] pero “durante décadas, el único protagonista de la “escena criminológica” ha sido el criminal, el mal llamado ‘sujeto activo del delito’, con sus condicionamientos biológicos, psicológicos y socioculturales. Su figura, atractiva, misteriosa y amenazante, genera sentimientos ambivalentes de rechazo- admiración, y frecuentemente morbo.” [¹⁴]

La teoría clásica del delito, del siglo XIX, (Franz Von Liszt y Rodolf von Jhering) distinguía las nociones de culpabilidad y de antijuridicidad. [¹⁵] Añadiendo la tipicidad, Beling. Así surge el concepto del delito como una acción humana (controlada por la voluntad), típica, ilícita y culpable. Por lo que “podemos definir el delito como la acción u omisión típica, antijurídica, culpable y punible. [¹⁶]

Con la evolución del Derecho Penal, hay una evolución de la dogmática, en ella la víctima es una figura abstracta. Habla el peculiar carácter del derecho penal

¹². Antonio García-Pablos de Molina: Tratado de Criminología. (3ª ed.) Valencia: Tirant lo Blanch. 2003:47

¹³. Barnaldo de Quiroz, Constancio: Criminología. Puebla – Mexico: 1957:8

¹⁴. Esbec Rodríguez E.: Víctimas de delitos violentos. Victimología general y Forense. En: Santiago Delgado Bueno (Dir.) Psiquiatría Legal y Forense. Vol. II Madrid: Ed. Colex. 1994:1306

¹⁵. Cury Y, Enrique, Derecho Penal Parte General, Santiago, 1996, Nº 3, p. 274

¹⁶. Muñoz Conde F. y García Aran M.: Derecho Penal. Parte general. Valencia: Tirant lo Blanch. 1993:191

«como medio de control social». Se espera que el estado oriente los comportamientos de los individuos, aplicando unos «ciertos esquemas de vida social» [17] Pero, no se puede establecer un delito y una pena si no existe un bien jurídico cautelado, y más aun, dice la doctrina, el derecho penal sólo está para proteger atentados graves contra bienes jurídicos vitales. La víctima “es caracterizada como el sujeto pasivo del delito y titular del bien jurídico conculcado.”[18]

La víctima como sujeto pasivo del delito, coincide con la facticidad del injusto típico, es la titular del bien jurídico protegido, como una forma de concreción del delito, pero se diluye como individuo. Se produce la evaporación victimal. [18] Y muchos de los daños al bien jurídico, no son valorables

Los delincuentes históricos se han hecho célebres; sus víctimas han sido condenadas al anonimato. Mas aún, “no siempre hubo una Victimología, ni aun en germen, tal vez porque la víctima no es figura que suscite fácilmente algún tipo de seducción en sede teórica.”[20]

“Por el contrario, la víctima del hecho delictivo, no inspira más que lástima. Son los débiles en la lucha por la supervivencia que poseen el ‘rol de perdedor’ que no fascina (y a lo peor, no interesa) a casi nadie. Suele generarse un desplazamiento culpabilizante, una extendida tendencia a degradar a las víctimas por parte de los espectadores del fenómeno criminal. Incluso, comenta Hamilton (1987) que cuanta menor responsabilidad tiene la persona ofendida (valga como ejemplo el de la muchacha apuñalada por la calle), menos simpatía despierta en la sociedad, la cual tiende a buscar de cualquier manera alguna razón que justifique el hecho (por ejemplo: no debería estar en ese lugar a esa hora...)” [21]

Una preocupación de los penalistas y criminólogos en Europa (y fuera de Europa) es el fracaso de las instituciones estatales en lo referente a la asistencia a las víctimas de los delitos en general, y, más aun, de algunos delitos concretos en

17. Alf Ross: Colpa, responsabilità e pena. Milano Giufrè 1972

18. Myriam Herrero Moreno: . Madrid: Nueva Imprenta. 1996:67

19. Joanna Shaplan: The Justice System and the Victim. En: Victimology and International Journal. Vol.10. Nº 1-4, USA: Victimology Inc. 1985:597

20. Herrera Moreno, Myriam: La hora de la víctima. Compendio de Victimología. Madrid: Ed. Edersa. 1996:73

21. Esbec Rodriguez E.: Víctimas de delitos violentos. Victimología general y Forense. En: Santiago Delgado Bueno (Dir.) Psiquiatría Legal y Forense. Vol. II Madrid: Ed. Colex. 1994:1306

particular, que R. Block (1984), demostraba en su libro, que había un aumento de la extensión y de la gravedad de la victimización. Esta preocupación se funda también en que la debida asistencia a la víctima, seriamente entendida y practicada, puede modificar radicalmente la justicia penal y abrir horizontes amplios para las sanciones sustitutivas de las penas privativas de libertad, algo que también ha sido recomendado en el Consejo de Europa.

Pero a partir de la segunda mitad del Siglo XX, hay un cambio paradigmático e importante en la criminología como ciencia, “ciertamente, la idea de que la víctima puede acarrear a si misma su propio destino victimizador, a expensas de un comportamiento precipitante, favorecedor o crimino – legitimador, cuenta con un sorprendente predicamento literario.” [22] La obra: Crimen y castigo, relatos como Michael Kohlhass, de Kleist o El clavo de Alarcón. Y la frase célebre de Werfel en 1920: cuando el hijo (Karl) mata a su padre, «no el asesino, sino la víctima, es el culpable», escrita en su novela: *Nicht der Mörder, der Ermordete ist schuldig*, predecía su cambio. [23] Quizá también se había agotado la búsqueda infructuosa, de marcadores de la criminalidad en la figura individualizada del delincuente; o había la posibilidad de encontrar en la interacción con la víctima, la explicación de la criminogénesis. Pero para Von Hentig, esta novela fue motivadora de su tesis de la víctima – precipitación. [24] Que la culmina en su volumen de la Estafa [25] en 1959, en la que habla de la víctima cooperadora.

Decíamos, que la criminología como tal, había llegado a su extinción, fundamentado en tres pilares básicos:

a) La Criminología había llegado a su extinción en su búsqueda de explicación del delito en el sujeto individual, tanto en el ámbito biológico, social, antropológico y psicológico.

Por su parte, el derecho penal, se ha interesado más por la inimputabilidad del delincuente que por sus víctimas. El interés por las mismas es muy reciente.

²². Herrera Moreno, Myriam: La hora de la víctima. Compendio de Victimología. Madrid: Ed. Edersa. 1996:94

²³. Hans Werfel, austriaco, es mas conocido a nivel mundial por: Los Cuarenta Días de Musa Dagh, una novela escalofriante publicada en 1933, que llamó la atención mundial sobre el genocidio armenio por parte de los turcos. H. Werfel: Los cuarenta días del Musa Dagh; Madrid: Losada, 2003

²⁴. Hans Von Hentig: The Criminal and his Victim, New York:Ed. Archon Books, 1967:384

²⁵. Hans Von Hentig: La Estafa. Estudios de Psicología Criminal. Madrid: Espasa Calpe. 1964

Así nos encontramos con que, por su parte, si el bien el Derecho Penal es un “deber ser” de la conducta, al ser visto a través de la Criminología Crítica se trasmuta en un ser, es decir, es analizado como el hecho social que en realidad es. Aunque parezca paradójico, en razón de sus nuevos enfoques, la Criminología debe ser considerada como un “deber ser”; en tanto que Derecho y Sistema Penal en general son el “ser” a estudiar. [26]

Hamilton, dice la psiquiatría forense también se ha olvidado de la víctima [27] siendo imposible encontrar en los tratados clásicos de esta disciplina (sirva de excepción la magnífica obra de Bluglass y Bowden [28]) ni en los de medicina legal, alguna referencia -aunque sea mínima- al tema que nos ocupa. [29] Decía Zaffaroni: “la criminología padece un *trauma de nacimiento oficial* o un *trauma del primer encuentro*, que la lleva a rechazar –o por lo menos a desconfiar- de ulteriores y provechosos contactos con la psiquiatría.”[30]

A esto se sumó, que la psiquiatría mostró un progresivo interés por aquellos que sufren acontecimientos vitales catastróficos, (tras el clima humanitario y solidario propio de la segunda postguerra mundial) la teoría sobre el estrés y el afrontamiento, el aislamiento del Síndrome de estrés postraumático (TPEP) por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), ampliándose de este modo el campo de estudio victimológico dentro de la criminología hacia: la prevención del crimen, la disminución y tratamiento de sus víctimas. Estudios de Psicología, sobre la personalidad del delincuente, motivación, perspectiva social, etc. La Psiquiatría estableciendo modelos clínicos de clasificación de los delincuentes. (31) Y luego

26. Lolita Aniyar de Castro: Derechos humanos: delincuentes y víctimas, todos víctimas. Temas para investigar en la criminología crítica latinoamericana de los próximos años. *Revista Electrónica del Centro de Investigaciones Criminológicas de la USMP-PERÚ- 2da Edición*

27. Hamilton, J.R.: “Violence and victims: The contribution of victimology to forensic psychiatry”, en “Lancet”, 17, 1987: 147 y ss.

28. Bluglass R; Bowden P.: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone, 1990: 1173-1187.

29. Esbec Rodríguez E.: Víctimas de delitos violentos. Victimología general y Forense. En: Santiago Delgado Bueno (Dir.) *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol. II Madrid: Ed. Colex. 1994:1307

30. Zaffaroni, Eugenio Raúl: Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro.. *Rev. Dig. Acad. Bol. Cienc. Jurid. Penal*, (en línea) RD.ABCJP Nº2 06-2008 Disponible en Internet : http://www.nunezdearco.net/ABCJP/R.D_2_zaffaroni.htm ISSN 1999-5377

31. Hans J. Eysenck: clasificación de los delincuentes en base al modelo de personalidad y el test PEN (Psicoticismo, Neuroticismo, Extraversión). – E. I. Megargee: modelo clínico de clasificación de los delincuentes en base al MMPPI.

los aportes de la Psicología Social, con investigaciones victimológicas. La teoría de la equidad, de Adams. La teoría de la atribución, de Kelley. La teoría del mundo justo, de Lerner. La teoría de la indefensión aprendida, de Seligman. Estudios sobre comportamientos de asistencia o de abandono de la víctima del delito de Latané y Darley.

b) Las consecuencias de la II Guerra Mundial. Herrero, habla de un espíritu pro victimal en la que interviene Israel como nación refundada por víctimas y Japón, como escenario de una macro-victimización. Y haciendo hincapié en que Von Henting era un alemán exiliado y Mendelsohn un judío, quienes fueron los pioneros de la Victimología. [32] Aparece la teoría sobre el estrés y el Síndrome de estrés postraumático, tema muy estudiado, por la Asociación Psiquiátrica Americana.

c) Y ya finalmente un tercer acápite, con grupos sociales de víctimas con objetivos solidarios, que reclaman una nueva conciencia cívica ante las víctimas ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾. También es innegable que los movimientos feministas, la pujanza del pensamiento feminista de carácter científico-reivindicativo ⁽³⁵⁾ apoyaron y aportaron al resurgimiento de la víctima, denunciando la doble moral y la victimización secundaria ⁽³⁶⁾.

3.- LA VICTIMOLOGÍA

De esta forma, hoy puede entenderse a la victimología, como a la nueva criminología y definirla como: **la ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa del crimen, del delincuente, de la víctima, de la política criminal y del control social del comportamiento desviado.**

“La víctima del delito ha cobrado en las últimas décadas, un lógico y merecido protagonismo escénico. Ya no es el personaje olvidado del drama criminal –

³². Herrera Moreno, Myriam: La hora de la víctima. Compendio de Victimología. Madrid: Ed. Edersa. 1996:91

³³. Maguire, M. y Shapland, J. (1990). The Victims Movement in Europe. Victims of Crime. Problems, Policies and Programs. Ed: R. Davis, A. J. Lurigio y W.G. Skogan, Sage. Londres.

³⁴. Cairo, R. (2000). Victimologie. De l'a efferaction du lien intersubjectif à la restauration sociale. L'Harmattan, París.

³⁵. Nanette J. Davis y Karlene Faith, “Las mujeres y el Estado: modelos de control social en transformación” En: Mujeres, Derecho penal y Criminología, Siglo Veintiuno de España Editores S.A., Madrid, 1994, pág. 132.

³⁶. Myriam Herrera Moreno, La hora de la víctima. Compendio de Victimología. Edersa, Madrid. 1996

mero objeto pasivo, fungible, aleatorio, que por fatalidad experimenta las consecuencias del delito—sino un protagonista activo, dinámico, en la escena del delito. Asistimos, pues, al “redescubrimiento” de la víctima”. [37]

Y no es que se haya abandonado el estudio del delincuente, sino que se ha ampliado. Es una ciencia empírica e interdisciplinaria, que se ocupa del estudio del crimen, del victimador: la persona del infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo, y trata de suministrar una información válida, contrastada, sobre la génesis, dinámica y variables principales del crimen - contemplado éste como problema individual y como problema social-, así como sobre los programas de prevención eficaz del mismo, Mendelsohn decía: promoción victimal (Intervención, apoyo procesal y asistencia social)[38] las técnicas de intervención positiva en el hombre delincuente y los diversos modelos o sistemas de respuesta al delito.

Pero existe consenso prácticamente general en señalar y homenajear a las figuras de Hans Von Hentig [39] [40] y al abogado Benjamin Mendelsohn como pioneros de la victimología. Ambos, en esencia, vienen a señalar que la criminogénesis depende de una compleja relación entre víctima y victimario, figuras éstas que no ocupan posiciones antinórmicas sino que interaccionan, sus 'roles' respectivos se imbrican e incluso llegan a confundirse. Es lo que Mendelsohn denomina la 'pareja penal', la víctima (que ya no es considerada como 'sujeto pasivo' del delito) y puede contribuir (con mayor o menor culpabilidad) a su propia victimización.

Sin embargo para otros autores la Victimología, es una ciencia nueva, una ciencia autónoma, con objeto, método y fin propios. (Israel Drapkin (41), Aniyar de Castro (42), Benjamín Mendelsohn, Separovic; Young-Rifai) El objeto es la víctima, el estudio psicológico y físico de la víctima, de los factores victimógenos, dentro de una concepción similar al “iter criminis”, pero denominándose “Iter victimae”;

37. Antonio García-Pablos de Molina: Tratado de Criminología. (3ª ed.) Valencia: Tirant lo Blanch. 2003:1201

38. Benjamin Mendelsohn: Victimology and Contemporary Society's Trends. En: Victims and Society. 1967:7

39. Von Hentig, Hans: The Criminal and his Victim, New York: Ed. Archon Books, Hamdem, Conn., 1979

40. Benjamin Mendelsohn: Victimology and Contemporary Society's Trends. Victimology. Vol 1, Spring 1976: 8-28

41. Drapkin Israel, Criminología de la violencia- Criminologia Contemporanea. Ed. de Palma. Buenos Aires. 1984. p. 61-97

42. Aniyar de Castro Lola: Victimología. Ed. Centro de Investigaciones Criminológicas de la Fac. de Derecho. Universidad de Zulia, Maracaibo. Venezuela 1969.

y que, con el auxilio de otras disciplinas, debe procurar la formación de un sistema efectivo para la prevención y estrategias de intervención.

Esta nueva ciencia victimológica, es en realidad la nueva criminología, que nos obliga desde el punto de vista pericial, a la atención de la pareja penal, o pareja victimal. No solo es la valoración corporal y psíquica del victimador sino más aun de la víctima y cuyo estudio competería a una rama que nos atrevemos a denominar “victimología forense”.

Desde la perspectiva de la Psiquiatría Forense, la víctima es la persona que como consecuencia de la violencia, de una conducta antisocial o de un delito, enfrenta un trauma de dolor y sufrimiento, que puede provocar daños colaterales en aspectos físicos, psicológicos y comportamiento psicosocial que afecta a su entorno debido al quebrantamiento de las reglas de convivencia y/o normas establecidas por las leyes. Y además del sufrimiento y la violencia, la víctima luego de ese momento, tendrá que convivir – en algunos casos de modo muy cruel – con los daños colaterales de ese anónimo “quiebre de reglas. [43]

4. DATOS VICTIMOLÓGICOS EN BOLIVIA

De acuerdo al Informe Estadístico Criminal publicado por la Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial, durante la gestión 2001, se registraron 37.555 delitos denunciados ante sus oficinas en los nueve departamentos del país; que sumados a las denuncias y querellas no registradas y efectuadas ante las Fiscalías de Distrito, Tránsito, Aduana, FELCN y otros, nos aproximamos a 50.000 denuncias de delitos cometidos durante el 2001.

Lo que equivale a 137 delitos diarios registrados, y 4.167 mensuales. Las ciudades con mayor comportamiento delictivo, son Santa Cruz, La Paz – El Alto y Cochabamba. Los delitos mayormente denunciados, son: a) contra la propiedad (robo y hurto de especies), b) contra las personas, c) estafas financieras; y, d) delitos contra menores.

Se estima que del 100 % de las denuncias presentadas, escasamente un 20 % son judicializadas o ratificadas para su adecuado proceso investigativo y sancionatorio.

⁴³. J. Nuñez de Arco: El Informe pericial en Psiquiatría Forense. (2ª ed.) versión española. (en prensa)

Lo anterior, se explica por varios factores, que si bien resultan difíciles de reconocer, son parte de la realidad que sufren los que acuden a una instancia de justicia como es la Policía, FELCC y la Fiscalía. Estos operadores, carecen primeramente, de unos ambientes adecuados y debidamente equipados, donde las víctimas puedan sentar su denuncia cómoda y confiablemente, dentro del marco de la reserva y confidencialidad que requiere la víctima, luego de haber sufrido violencia y trauma; sus recursos humanos, no están debidamente capacitados para brindar un trato adecuado a las víctimas. Ante esta situación, las víctimas prefieren evitarse la denominada “segunda victimización”, y terminan abandonando la denuncia pues no tienen los recursos suficientes para continuar con el esclarecimiento del hecho delictivo y no perciben la accesibilidad, seguridad, transparencia, equidad y confianza que pregonan las Leyes.

Es preciso tener en cuenta que gran parte de los delitos que se cometen (como el maltrato infantil, violencia familiar, aborto, abuso sexual y violaciones), llevan en el fondo el estigma de un problema que requiere una atención compleja, integral y de mayor compromiso con la sociedad; que meramente perseguir y sancionar a los delincuentes. La víctima debe y merece volver a ser la protagonista principal de las políticas y preocupaciones fundamentales del Ministerio Público.

5. PROGRAMAS DE VICTIMOLOGÍA EN BOLIVIA

Para nuestro país se ha diseñado el Programa de Servicios de atención a la Víctima, que se puede ver en detalle en el Capítulo 18. Un programa de ayuda multidisciplinar, para evitar justamente la segunda victimización y más aun, una ayuda a su reivindicación de justicia.

CAPITULO 3

LA VICTIMA

Generalmente sólo hablamos de los delitos y de quienes los cometen y de cómo pueden o deberían ser sancionados; pero poco o nada hemos avanzado en entender a cabalidad quién es la víctima, que consecuencias o traumas sufre. Cómo debíamos apoyarlo, atenderlo, o cómo debíamos reponer el daño sufrido, cómo debíamos tratarlo en los organismos de administración de justicia (Policía, FELCC, Ministerio Público, Poder Judicial y otros).

La persona que ha sufrido y ha sido víctima de un delito, enfrenta un trauma de dolor y sufrimiento, pues generalmente el delito siempre implica violencia y maltrato, que puede provocar daños colaterales en aspectos físicos, psicológicos y comportamiento psicosocial que afecta a su entorno debido al quebrantamiento de las reglas y normas establecidas por las leyes. Además del sufrimiento y la violencia, la víctima luego de ese momento, tendrá que convivir – en algunos casos de modo muy cruel – con los daños colaterales de ese anónimo “quiebre de reglas”.

También las familias, o grupos sociales que sufren o son víctimas de un delito, generalmente enfrentan traumas que se expresan particularmente, en la pérdida de confianza en el sistema de administración de justicia y ven cómo sus reglas de convivencia social son alteradas y trastocadas, viviendo con una constante sensación de inseguridad y riesgo que afecta al normal desarrollo de las relaciones sociales y crecimiento psicosocial de sus habitantes, que ven cómo se pierden las reglas de ética, valores morales y reglas jurídicas. Existe inseguridad ciudadana y se violan los derechos de la propiedad privada, de las garantías individuales - sociales y de la convivencia pacífica.

1.- ANTECEDENTES

La víctima nada puede decir en relación a su propio conflicto, ni siquiera en el modo que prefiere ser atendida, ser reparada en relación con su daño. El sistema de justicia y los operadores están muy preocupados y ocupados en la vigencia plena del estado de derecho y el de ejercer la justicia a favor de la sociedad; pero nadie pregunta nada respecto al dolor y trauma de la víctima, nadie se preocupa de ella; y, en muchos casos, para los operadores como la Policía, FELCC y Fiscalía, les resulta un “verdadero estorbo”, pues su pobreza de recursos

presupuestarios es de tal magnitud, que ni por asomo pueden contar con recursos humanos especializados en atención a la víctima y mucho menos contar con unidades, logística y ambientes adecuados para atenderlos; es así que no saben cómo enfrentar situaciones de crisis psicológica y física de las víctimas, y mucho menos poder brindar albergue, alimentación, cuidado, etc., a menores familiares y/o víctimas menores, adolescentes, indigentes, etc.

Esta situación es patéticamente grave en nuestro país, cuando se advierte que gran parte de quienes cometen delitos – sobre todo los denominados “comunes” – son en su mayoría ciudadanos pobres; y, donde la mayoría de las víctimas, son también de estratos sociales de escasos recursos. Esta situación pone en serios aprietos a los operadores de justicia que reciben en primera instancia denuncias de delitos y deben realizar verdaderos “malabarismos” para atender las necesidades “colaterales” de las víctimas.

Cuando una víctima acude a los órganos de justicia – Policía, FELCC, Fiscalía, a efectos de sentar denuncia pese al dolor y daño sufrido, con una valiosa actitud de colaboración al esclarecimiento del delito y coadyuvar con las investigaciones; generalmente no recibe un trato y atención adecuada, no recibe una asistencia inmediata, no es informada debidamente sobre el proceso y pasos a seguir, no recibe un trato respetuoso y mucho menos equitativo, no cuenta con información efectiva sobre sus derechos y es maltratada por el sistema legal, produciéndose lo que la ciencia de la Victimología denomina “**SEGUNDA VICTIMIZACION**”; experiencia que en muchos casos resulta incluso más perjudicial y traumatizante que el propio hecho delictivo, y termina provocando actitudes personales y colectivas de desconfianza y rechazo al sistema de justicia y sus operadores.

Es preciso tener en cuenta que gran parte de los delitos que se cometen (como el maltrato infantil, violencia familiar, abuso sexual, aborto, asesinatos y tantos otros), llevan en el fondo el estigma de un problema que requiere una atención compleja, integral y de mayor compromiso con la sociedad; que meramente perseguir y sancionar a los delincuentes. La víctima debe y merece volver a ser la protagonista principal de las políticas y preocupaciones fundamentales del Ministerio Público y ser incluida dentro de las planificaciones, de una verdadera Política Criminal a nivel estatal.

2.- CONCEPTO DE LA VICTIMA.

El concepto de víctima es algo controvertido, se discute si el concepto de víctima es privativo de la persona física, “si se es víctima solo de los delitos y actos

criminales o, en su caso, de otros males, accidentes o sucesos de las más variada naturaleza.” [1] Pero el concepto original, nace con el concepto de la “pareja penal”, la existencia de una delincuente-victimador y una persona natural-victima que experimenta la lesión.

La Declaración de los Principios Básicos de Justicia para las Víctimas de Delito y del Abuso de Poder, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de diciembre de 1985, en ese sentido reconoce que víctimas, son:

“aquellas personas que, individual o colectivamente han sufrido perjuicio incluyendo daño físico o mental, sufrimiento emocional, pérdida económica o deterioro substancial de sus derechos fundamentales por medio de actos u omisiones en infracción de las leyes penales operantes en los Estados Miembros, incluyendo aquéllas que establecen prescripciones relativas al abuso del poder”. [2]

Para la victimodogmática, el estudio de la víctima esta en relación a determinar si la conducta de ésta incide en la conducta delictiva del autor del hecho delictivo, y las probables eximentes o atenuantes que pudieran surgir.

Mientras que la victimología es el estudio de la persona que ha sufrido el delito. Y se busca el resarcimiento de los derechos que le han sido afectados con la conducta delictiva, daños económicos, morales y psíquicos.

Se considera víctima, según el Art. 76. de la Ley No. 1970 Código de procedimiento penal, promulgado el 25 de marzo de 1999:

- A las personas directamente ofendidas por el delito;
- Al cónyuge o conviviente, a los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, al hijo o padre adoptivo y al heredero testamentario, en los delitos cuyo resultado sea la muerte del ofendido;
- A las personas jurídicas en los delitos que les afecten; y,
- A las fundaciones y asociaciones legalmente constituidas, en aquellos delitos que afecten intereses colectivos o difusos, siempre que el objeto de la fundación o asociación se vincule directamente con estos intereses.

1. García de Pablos, A.: Tratado de Criminología. Barcelona: Tirant lo Blanch, 1999:127

2. citado en: Resumil de Sanfilippo, Olga Elena. Criminología General, Segunda Edición, Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1992, p. 224.

3. TIPOS DE VÍCTIMAS

El primero en desarrollar un sistema de clasificación de las víctimas fue Benjamín Mendelshon ⁽³⁾, quien elaboró la siguiente tipología victimal:

- Víctima totalmente inocente (Víctima ideal)
- Víctima por ignorancia. Es aquélla que por desconocimiento se produce un daño a sí mismo, es el caso de la mujer que se practica por medio propio un aborto y por ignorancia pierde la vida durante el mismo, convirtiéndose en víctima.
- Víctima por imprudencia.
- Víctima voluntaria, tan culpable como el delincuente. Aquélla que por voluntad propia se convierte en víctima. Es el caso del suicidio.
- Víctima agresora.
- Víctima provocadora Víctima más culpable que el autor. Es la que incita al infractor a cometer el ilícito con su conducta.
- Víctima como única culpable. (Víctima simuladora).
- Víctima imaginaria. Imaginada en la mente victimal.

Una clasificación de Peris ⁽⁴⁾ reconoce la existencia de:

1. Víctimas Participantes.
 - 1.1 - Víctimas por imprudencia.
 - 1.2 - Víctimas provocadoras.
 - 1.3 - Víctimas voluntarias.
2. - Falsas víctimas.
 - 2.1- Víctima simuladora.
 - 2.2- Víctima imaginaria. Es aquélla que cree ser víctima.
3. - Víctimas ocultas.

Para Abdel Ezzat Fattah ⁽⁵⁾: hay una clasificación, compuesta de cinco tipos básicos y varias subclasificaciones.

³. Citado en: Neuman, Elías.: *Victimología, el rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales.* (2ª ed.) Ed. Universidad, Buenos Aires, 1994. p. 50.

⁴. Peris . J M. (1988). *Aproximación a la Victimología. Su justificación frente a la Criminología.* En: Cuadernos de Política Criminal. No. 34. Editoriales de Derecho Reunidas. Madrid. 1988: 105-108.

⁵. Fattah, Abdel Ezzat: «Towards a Criminological Classification of Victims,» *Criminology and Police Science*, December 1967, Vol. 58, No. 4, 524-531.

- a) **Víctima no participante:** es aquella que rechaza al ofensor y a la ofensa, y no ha contribuido al origen de la agresión.
- b) **Víctima latente o predispuesta:** es en la que se puede encontrar cierta inclinación a ser víctima, por defectos de carácter o por otros factores.
- c) **Víctima provocativa:** incita al criminal a cometer la acción, creando una situación que pueda conducir al crimen.
- d) **Víctima participante:** interviene en el crimen adoptando una actitud pasiva o facilitando la acción, o aún auxiliando al criminal.
- e) **Víctima falsa:** es la presunta víctima de un crimen cometido por otra persona, o que ha sido víctima de sus propias acciones.

Tipos de víctimas, a las que añade, otras más ⁽⁶⁾

- a) **víctima deseosa o suplicante:** esta es una víctima que desea el acto delictuoso y que hace todo lo posible por incitar a la gente a cometerlo; ella pide; ella suplica y presta su ayuda y aún asistencia para facilitar la ejecución del acto (menores que piden alcohol, eutanasia solicitada, aborto pedido. etc.)
- b) **víctima que consiente libremente:** la víctima voluntaria con diferencia de la víctima deseosa o suplicante, no toma generalmente una parte activa, en la comisión de la infracción. Por otra parte ella no se decide, no hace objeción, no resiste y no ensaya defenderse o impedir que la infracción tenga lugar.
- c) **víctima sin consentimiento:** el hecho de que la infracción tenga lugar sin el consentimiento de la víctima no quiere necesariamente decir que ella no haya favorecido la comisión de la infracción, y que ella sea por lo tanto excluida de toda responsabilidad.

“Explica Fattah que la víctima puede ser sucesivamente provocadora (instigadora o suplicadora) en la fase de descarga y participante en la fase de ejecución, constituyendo en tal modo un tipo mixto.” ⁽⁷⁾

Marta González, realiza una conceptualizando de cada una de las tipologías anteriores de la siguiente manera: ⁽⁸⁾

^{6.} Fattah, Abdel Ezzat.:»Quelques problemes poses a la justicie penale par la victimologie». *Anales Internacionales de Criminología*, París, 1966, 2do semestre.

^{7.} Citado en: Neuman, Elías.: *Victimología, el rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales.* (2ª ed.) Ed. Universidad, Buenos Aires, 1994. p. 54-55.

^{8.} Marta González Rodríguez. Facultad de Derecho, Universidad Central de Las Villas. En: <http://derecho.sociales.uclv.edu.cu/Victima.htm>

- a) Víctima Participante: Es la persona que activamente interviene en la dinámica criminal, aparece cuando se produce un determinado nivel de actividad victimal en la materialización del delito.
- b) Víctima por Imprudencia: Es la persona cuya negligencia e irreflexión conductual aporta las condiciones facilitadoras de la ejecución delictiva, ejemplo: el incorrecto cuidado de la propiedad, irresponsabilidad en el control de actividades económicas empresariales, etc.
- c) Víctima Provocadora: Aporta el factor causal anterior inmediato al acto delictivo, implica una actitud agresora precedente del sujeto pasivo del delito. La conducta provocadora posee múltiples variantes de manifestación, por ejemplo: actitudes ofensivas personales, injurias verbales, abierto enfrentamiento y animadversión al futuro criminal, etc.
- d) Víctima Voluntaria: Aparece cuando la propia persona convertida en víctima condiciona el proceso de su victimización a un requisito predeterminado. En ejemplificación de este caso, clásicamente se cita el supuesto de la eutanasia o “muerte por piedad”, en la que la persona acepta o consiente en su propia muerte en caso de hallarse en una situación de enfermedad irreversible y dolorosa.
- e) Falsas Víctimas: Las personas que aducen, faltando a la verdad, haber sido víctimas de conductas criminales; en esta categoría se presentan sustanciales diferencias entre víctima simuladora y víctima imaginaria.
- f) Víctima Simuladora: Surge cuando la persona que se aduce víctima, proclama su supuesta condición para dañar malévolamente al presunto delincuente. En esencia, este comportamiento simulador es en sí mismo un delito de Acusación Falsa, reconocido en la mayoría de los ordenamientos penales modernos.
- g) Víctima Imaginaria: Presunta victimización en la que la persona actúa de buena fe, en la creencia errónea de que ha sido objeto de una agresión delictuosa. El error puede motivarse por percepciones alteradas producto de inestabilidad psíquica o viciadas apreciaciones de la realidad.
- h) Víctimas Ocultas: Son las que poseen como característica común el de permanecer ocultas, lo que no excluye que en su “anonimato” puedan pertenecer a cualquiera de las categorías o clasificaciones antes desarrolladas.

En un estudio de la tipología víctimas según Hans von Henting, en la estafa. “La víctima es de índole psíquica, y por esto invisible, consistiendo en un “determinar” que mueve al estafado a perjudicarse a sí mismo o a perjudicar a otro en su patrimonio.”⁹) En su estudio la idea de la **víctima contribuyente** (incluso potencialmente mal intencionada o dolosa) es desarrollada con amplitud.

⁹. Hans Von Hentig, Estudios de psicología Criminal. Vol. III La Estafa. Ed. Espasa Calpe. Madrid 1964: 17

García de Pablos ⁽¹⁰⁾ establece una gama de situaciones victimarias:

1. Los delitos imprudentes contra la vida y la salud, con ocasión del tráfico de vehículos de motor.
2. La Víctima de negligencias profesionales.
3. Víctima de agresiones sexuales.
4. Víctima de violencia y malos tratos intradomesticos.
5. Víctima del terrorismo.
6. Víctima masa y macroprocesos

Neuman ⁽¹¹⁾ propone la siguiente clasificación:

1. Las víctimas individuales, distinguiendo entre las mismas a aquellas que carecen de actitud victimal, frente a las que adoptan una actitud victimal dolorosa o culposa;
2. Las víctimas familiares, contando entre éstas a los niños y a las mujeres maltratadas, así como distintos delitos cometidos en el seno de la familia.
3. Las víctimas colectivas mencionando, entre ellas, a la comunidad como nación, por la que hace a determinados delitos como la rebelión y la sedición;
4. Víctimas de la sociedad, que son aquellas colectividades a las que el propio sistema social convierte en víctimas o en delincuentes. En este grupo entran los niños abandonados, minusválidos, los ancianos, los marginados socialmente, las minorías étnicas, raciales y religiosas, etc.
5. Victimización supranacional. La comunidad social, en relación con el genocidio, delitos de cuello blanco y terrorismo de Estado, y determinados grupos sociales lesionados en sus derechos y a través del sistema penal, todo ello en relación con la tortura, excesos en materias de prisiones preventivas, existencias de leyes criminógenas, etc.

Desde nuestra perspectiva pericial, esta sistematización debe quedar ampliada, distinguiendo la víctima “directa” e “indirecta”, la víctima “primaria” y “secundaria”, la victimización “simple” (vs) “complicada” y la víctima “con daño psíquico” (en su caso físico o socio-financiero) y “con psiquismo incólume”. Haciendo un especial énfasis en los factores de riesgo (víctima “predispuesta”, “potencial” o “latente”) y en los de vulnerabilidad tanto psicológicos como situacionales (víctima “vulnerable”) que intervienen como trascendentales elementos moduladores de la victimogénesis.

¹⁰. García Pablos de Molina A.: Criminología, Una introducción a sus fundamentos teóricos., Ed. Tirant lo Blanch. (4ª ed.) Valencia. 2001: 112-118.

¹¹. Neuman, E. Victimología, el rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales. Buenos Aires: Ed. Universidad. (2ª ed.) 1994: 56-59

Para Zaffaroni ⁽¹²⁾ existen dos rangos de vulnerabilidad social correlativos: la vulnerabilidad a la criminalización y la vulnerabilidad a la victimación, bajo un enfoque socio-económico marcador de desigualdad y discriminación. Según el autor hay: Víctimas primarias y Víctimas primarias secundariamente victimizadas por la selección institucional.

Beristain, indica que el “cuadro siguiente [similar al de Dunkel (1990: 167), al de Landrove (1990:39), y al de Neuman (1984:69)] sintetiza algunos tipos de víctimas con diversos grados de culpabilidad.”⁽¹³⁾

Grado de culpabilidad

Víctima	Tipo	Participación	Ejemplo
Víctima completamente Inculpable	Víctima «ideal»	Ninguna participación activa	- Bomba en establecimiento público - Persona privada de conocimiento que es robada en calle céntrica no peligrosa - Persona dormida en cochecama, en tren no peligroso, que es robada.
Víctima parcialmente culpable	Víctima por ignorancia o imprudencia	Mayor o menor contribución al hecho	Mujer que fallece al provocarse el aborto
	Víctima con escasa culpabilidad	Mayor o menor contribución al hecho	Mujer que entrega al falso conyacente matrimonial su libreta de ahorro
	Víctima voluntaria	Mayor o menor contribución al hecho	Causación de la muerte de/a enfermo incurable, por su propio deseo (homicidio-suicidio)
	Víctima provocadora	Contribución exclusiva de la víctima al hecho victimizante no punible	Agresor que muere «víctima» del agredido que se defiende legítimamente
Víctima completamente culpable	Víctima propiciadora del delito	Contribución predominante de la víctima al hecho Punible	Estafador estafado Borracho que fanfarronea en un bar con dinero y le hurtan la cartera
	Falsa víctima (delito simulado)	Denuncia falsa	Una mujer quiere vengarse de un hombre y le acusa de violación

Fuente: Antonio Beristain.: Victimología. Nueve palabras clave. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia 2000: 461

¹². Zaffaroni, Eugenio Raúl.: En busca de las penas perdidas. Deslegitimación y dogmática jurídico-penal, Ediar, Buenos Aires. 1989

¹³. Antonio Beristain.: “El nuevo Código penal de 1995 desde la Victimología.” Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, Nº 10 Extraordinario - Octubre 1997.: 62.

4. LA VICTIMIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.

La primariedad y secundariedad de la victimización dependen de la fuente victimizante. La ofensa desencadenada por el propio hecho delictivo conduce a una victimización primaria. La víctima secundaria nace fundamentalmente de la necesaria intersección entre un sujeto y el complejo aparato jurídico-penal del Estado pero también por el mal funcionamiento de otros servicios sociales.

Victimización primaria: Proceso por el cual una persona, sufre de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático.

Para Zaffaroni, por victimización primaria se tiende a entender la derivada de haber padecido un delito, que cuando va acompañado de violencia o experiencia personal con el autor suele ir acompañado de efectos que se mantienen en el tiempo y pueden ser físicos, psíquicos, económicos o de rechazo social .⁽¹⁴⁾

La primariedad y secundariedad de la victimización dependen de la fuente victimizante. La ofensa desencadenada por el propio hecho delictivo conduce a una victimización primaria.

Victimización secundaria o victimización secundaria: La víctima secundaria nace fundamentalmente de la necesaria intersección entre un sujeto y el complejo aparato jurídico-penal del Estado. “Consecuentemente, la victimización secundaria se considera aún más negativa que la primaria porque es el propio sistema el que victimiza a quién se dirige a él pidiendo justicia y porque afecta al prestigio del propio sistema.”⁽¹⁵⁾.

El termino de Victimización secundaria fue acuñado por Khüne⁽¹⁶⁾ para referirse a todas las agresiones psíquicas (no deliberadas pero efectivas) que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales, o judiciales (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, identificaciones de acusados, lentitud y demora de los procesos, etc.), así como

¹⁴. Paz M. de la Cuesta Aguado, “Victimología y victimología femenina: las carencias del sistema» En: Victimología Femenina: asignaturas pendientes para una nueva ciencia, de Paz M. de la Cuesta Aguado (coord.), editado por la Universidad de Cádiz, 1994.

¹⁵. Landrove Díaz G. Victimología, ed. Tirant lo Blanch, Valencia 1990. p.44

¹⁶. Kühne HH. Kriminologie: Victimologie der Notzucht. Juristische Schulung 1986;5:388-94.

los efectos del tratamiento informativo del suceso por parte de los medios de comunicación.

No extraña que muchas víctimas prefieran no denunciar un hecho o que una vez presentada la denuncia y ya inmersos en el entramado jurídico-penal, se arrepienta de ello. La persona que ha sufrido y ha sido víctima de un delito, enfrenta un trauma de dolor y sufrimiento, pues generalmente el delito siempre implica violencia y maltrato, que puede provocar daños colaterales en aspectos físicos, psicológicos y comportamiento psicosocial que afecta a su entorno debido al quebrantamiento de las reglas y normas establecidas por las leyes.

Shapland⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ se ha interesado por investigar aquellos elementos que producen más daño, si cabe en las víctimas de un delito, que deben peregrinar por las oficinas gubernamentales y de la opinión que tiene las víctimas, de la Administración. Pueden destacarse las siguientes consideraciones:

1. **La policía.** Los miembros de la policía son vistos como seres insensibles sólo preocupados por el aspecto burocrático. Proporcionan escasa información a la víctima y aún estando la misma llorosa, prefieren no esperar al día siguiente para tomar declaración o ver fotografías en la comisaría.
2. **Los médicos.** En ellos predomina la búsqueda de la evidencia (tomar muestras, por ejemplo) sobre el tratamiento.
3. La interacción de la víctima con el forense suele apreciarse como desagradable, especialmente en delitos sexuales.
4. **El juzgado,** según Shapland, proporciona la mayoría las experiencias más molestas. Nadie tiene tiempo para charlar. Las largas esperas; policías, funcionarios, etc., proporcionan una imagen lamentable de la Administración de Justicia.

¹⁷.citado por E. Esbec Rodríguez.:Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En: S. Delgado Bueno. (eds) Psiquiatría Legal y Forense, Vol. II. Ed.Colex. Madrid, 1994, p. 1321

¹⁸. Shapland, J.: "Victims of Violents Crime". En R. Bluglass y P.Bowden: Priciples and practice of Forensic Psychiatry, Churchill Livingstone, London, 1990. VII/11:577-586. Shapland, Joanna., J. Willmore Jon, and Duff Peter.: Victims in the criminal Justice System. Cambridge Studies in Criminology. Gower Publishing Co. Great Britain, 1985: 176 ss

5. **Los letrados de la defensa.** Muchas veces, la víctima está desprotegida y no sabe qué hacer. Algunos letrados más preocupados por el negocio prestan escaso interés al caso.
6. **Los fiscales** son los funcionarios peor conceptualizados: mal informados, ausentes, distantes y despreocupados absolutamente sobre la ayuda y compensación a las víctimas a las que ven de cerca por primera y única vez en la sala de juicios.

Además de todo ello, la víctima va a tener que soportar durante meses o años la incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir. Por último, soportará en el juicio oral la reviviscencia de los hechos, las preguntas y afirmaciones en descrédito evacuadas por la parte contraria y en ocasiones el no ser ni tan siquiera creído.

5.- La victimización complicada.

Al hecho delictivo pueden seguirle complicaciones que trastoquen por completo el plan de vida, que generen infinidad de problemas no sólo psicológicos y sociales sino que incluso, al final de la cadena terminen con la vida de la persona primariamente agraviada. Por ejemplo, en la mujer que es violada y desarrolla un embarazo o una infección por virus del SIDA, o que se ve impulsada a la prostitución, o termina con la ruptura de su propio matrimonio, o en el accidente de circulación en el que el conductor, además de sufrir daños directos, sufrirá la culpa del fallecimiento de otras personas, incluso su cónyuge e hijos con ocasión del hecho. A veces la cadena causal es tan rica que aboca a la víctima a un estado lamentable de victimización sin fin.

6.- Victimización del Victimario

Se refiere al daño que el aparato represivo del Estado infringe al supuesto autor del delito, a veces también víctima. Si bien ha mejorado, sobre todo en países democráticos el tratamiento dado al supuesto victimario, los derechos fundamentales de las personas siguen siendo violados. La toma de contacto con la deshumanizada Administración de Justicia es considerada como una experiencia lamentable. Por otro parte, los efectos de la prisionización, monótona medida de la que sólo parece disponerse y la falacia de la resignación social hacen que la culpa, con frecuencia, no se termine de pagar nunca.

7.- SUSTENTO JURIDICO

7.1.- Código de procedimiento penal

Ley No. 1970 – LEY DE CODIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

Promulgado el 25 de marzo de 1999

Esta Ley, dedica gran parte de sus artículos a la protección y garantías de las víctimas; a continuación, presentamos sólo los artículos más vinculados al tema que nos ocupa; sin perjuicio de aclarar que la Ley tiene estructurado debidamente la jurisprudencia orientada a la víctima y que merece ser revisado de manera directa.

Art. 11.- (GARANTIAS DE LA VICTIMA). La víctima podrá intervenir en el proceso penal conforme a lo establecido en este Código, tendrá derecho a ser escuchada antes de cada decisión que implique la extinción o suspensión de la acción penal y, en su caso, a impugnarla.

Art. 12.- (IGUALDAD). Las partes tendrán igualdad de oportunidades para ejercer durante el proceso las facultades y derechos que les asisten.

Art. 14.- (ACCIONES). De la comisión de todo delito nacen: la acción penal para la investigación del hecho, su juzgamiento y la imposición de una pena o medida de seguridad y la acción civil para la reparación de los daños y perjuicios emergentes. La acción penal será pública o privada

Art. 16.- (ACCION PENAL PUBLICA). La acción penal pública será ejercida por la Fiscalía, en todos los delitos perseguibles de oficio, sin perjuicio de la participación que este Código reconoce a la víctima.
La acción penal pública será ejercida a instancia de parte sólo en aquellos casos previstos expresamente en este Código.

El ejercicio de la acción penal pública no se podrá suspender, interrumpir ni hacer cesar, salvo en los casos expresamente previstos por la Ley.

Art. 17.- (ACCION PENAL PUBLICA A INSTANCIA DE PARTE). Cuando el ejercicio de la acción penal pública requiera de instancia de parte, la Fiscalía la ejercerá una vez que ella se produzca, sin perjuicio de realizar los actos imprescindibles para conservar los elementos de prueba, siempre que no afecten

al interés de la víctima. Se entenderá que la instancia se ha producido cuando se formule la denuncia del hecho.

El fiscal la ejercerá directamente cuando el delito se haya cometido contra:

- 1) Una persona menor de la pubertad;
- 2) Un menor o incapaz que no tenga representación legal; o,
- 3) UN menor o incapaz por uno o ambos padres, el representante legal o en encargado de su custodia, cualquiera sea el grado de su participación.

La instancia de parte permitirá procesar al autor y a todos los partícipes sin limitación alguna.

Art. 18.- (ACCION PENAL PRIVADA). La acción penal privada será ejercida exclusivamente por la víctima, conforme al procedimiento especial regulado en este Código. En este procedimiento especial no será parte la Fiscalía.

Art. 19.- (DELITOS DE ACCION PUBLICA A INSTANCIA DE PARTE). Son delitos de acción pública a instancia de parte: el abandono de familia, incumplimiento de deberes de asistencia, abandono de la mujer embarazada, violación, abuso deshonesto, estupro, rapto impropio, rapto con mira matrimonial, corrupción de mayores y proxenetismo.

Art. 20.- (DELITOS DE ACCION PRIVADA). Son delitos de acción privada: el giro de cheque en descubierto, giro defectuoso de cheque, desvío de clientela, corrupción de dependientes, apropiación indebida, abuso de confianza, los delitos contra el honor, destrucción de cosas propias para defraudar, defraudación de servicios o alimentos, alzamiento de bienes o falencia civil, despojo, alteración de linderos, perturbación de posesión y daño simple.

Los demás delitos son de acción pública.

Art. 21.- (OBLIGATORIEDAD). La Fiscalía tendrá la obligación de ejercer la acción penal pública en todos los casos que sea procedente.

No obstante, podrá solicitar al juez que prescinda de la persecución penal, de uno o varios de los hechos imputados, respecto de uno o algunos de los partícipes, en los siguientes casos:

- 1) Cuando se trate de un hecho de escasa relevancia social por la afectación mínima del bien jurídico protegido;
- 2) Cuando el imputado haya sufrido a consecuencia del hecho, un daño físico o moral más grave que la pena por imponerse;
- 3) Cuando la pena que se espera por el delito de cuya persecución se prescinde, carece de importancia en consideración a una pena ya impuesta por otro delito;
- 4) Cuando sea previsible el perdón judicial; y,
- 5) Cuando la pena que se espera carezca de importancia en consideración a las de otros delitos, o a la que se le impondría en un proceso tramitado en el extranjero y sea procedente la extradición solicitada

Art. 76.- (VÍCTIMA). Se considera víctima:

1. A las personas directamente ofendidas por el delito;
2. Al cónyuge o conviviente, a los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, al hijo o padre adoptivo y al heredero testamentario, en los delitos cuyo resultado sea la muerte del ofendido;
3. A las personas jurídicas en los delitos que les afecten; y,
4. A las fundaciones y asociaciones legalmente constituidas, en aquellos delitos que afecten intereses colectivos o difusos, siempre que el objeto de la fundación o asociación se vincule directamente con estos intereses.

Art. 78.- (QUERELLANTE). La víctima podrá promover la acción penal mediante querrela, sea en los casos de acción pública o privada, según los procedimientos establecidos en este Código.

Los menores de edad y los interdictos declarados, podrán formular querrela por medio de sus representantes legales.

En caso de incapacidad temporal de la víctima, sus derechos podrán ser ejercidos por sus familiares según las reglas de la representación sin mandato.

Las personas jurídicas podrán querrellarse a través de sus representantes.

Art. 82.- (DEBER DE ATESTIGUAR). La intervención de una persona como querellante no la exime de la obligación de declarar como testigo en el proceso.

Art. 284.- (DENUNCIA). Toda persona que tenga conocimiento de la comisión de un delito de acción pública, podrá denunciarlo ante la Fiscalía o la Policía Nacional.

En las localidades donde no exista Fiscalía o Policía, se la presentará ante el Sub Prefecto o Corregidor, los que deberán ponerla en conocimiento del fiscal más próximo, en el término de veinticuatro horas.

Art. 285.- (FORMA Y CONTENIDO). La denuncia podrá presentarse en forma escrita o verbal. Cuando sea verbal se hará constar en acta firmada por el denunciante y el funcionario que la reciba comprobará y dejará constancia de la identidad y domicilio del denunciante; a pedido del denunciante, estos datos podrán mantenerse en reserva que podrá ser levantada a efectos de hacerse efectiva su responsabilidad por denuncia falsa o temeraria. En todos los casos se le entregará una copia del original.

La denuncia contendrá, en lo posible, la relación circunstanciada del hecho, con indicación de los autores y partícipes, víctimas, damnificados, testigos y demás elementos que puedan conducir a su comprobación y su tipificación.

Art. 288.- (DENUNCIA ANTE LA POLICIA). Cuando la denuncia sea presentada ante la Policía, ésta informará dentro de las veinticuatro horas al fiscal y comenzará la investigación preventiva conforme a lo dispuesto en la Sección III de este Capítulo.

Art. 289.- (DENUNCIA ANTE LA FISCALIA). El fiscal, al recibir una denuncia o información fehaciente sobre la comisión de un delito, dirigirá la investigación conforme a las normas de este Código, requiriendo el auxilio de la Policía y del Instituto de Investigaciones Forenses. En todos los casos informará al juez de la instrucción, el inicio de las investigaciones dentro de las veinticuatro horas.

Art. 290.- (QUERELLA). La querella se presentará por escrito, ante el fiscal, y contendrá:

- 1) El nombre y apellido del querellante;
- 2) Su domicilio real y procesal;
- 3) En el caso de las personas jurídicas, la razón social, el domicilio y el nombre de su representante legal;
- 4) La relación circunstanciada del hecho, sus antecedentes o consecuencias conocidas y, si fuera posible, la indicación de los presuntos autores o partícipes, víctimas, damnificados y testigos;
- 5) El detalle de los datos o elementos de prueba; y,
- 6) La prueba documental o la indicación del lugar donde se encuentra.

El querellante tendrá plena intervención en el proceso con la sola presentación de la querella, la misma que será puesta en conocimiento del imputado.

Art. 293.- (DILIGENCIAS PRELIMINARES). Los funcionarios y agentes de la policía que tengan noticia fehaciente de la comisión de un delito de acción pública informarán, dentro de las ocho horas de su primera intervención a la Fiscalía. Bajo la dirección del fiscal encargado de la investigación, practicarán las diligencias preliminares para reunir o asegurar los elementos de convicción y evitar la fuga u ocultamiento de los sospechosos.

Art. 389.- (MENORES IMPUTABLES). Cuando un mayor de dieciséis y menor de dieciocho años, sea imputado de la comisión de un delito, en la investigación y juzgamiento se procederá con arreglo a las normas ordinarias de este Código, con excepción de las establecidas a continuación:

- 1) La Fiscalía actuará a través de fiscales especializados, o en su defecto el fiscal será asistido por profesionales expertos en minoridad;
- 2) Cuando proceda la detención preventiva de un menor de dieciocho años, esta se cumplirá en un establecimiento especial o en una sección especial dentro de los establecimientos comunes;
- 3) El juez o tribunal podrá disponer de manera fundamentada la reserva del juicio cuando considere que la publicidad pueda perjudicar el interés del menor;
- 4) Los padres o quienes lo hayan tenido a su cuidado, guarda o tutela, podrán asistir al juicio y participar en la defensa del imputado; y
- 5) El juez o tribunal será asistido en el desarrollo del debate por un perito especializado en minoridad.

7.2.- LEY ORGANICA DEL MINISTERIO PÚBLICO (LOMP) Nº. 2175 del 13 de febrero del 2001

Art. 3.- FINALIDAD. El Ministerio Público es un órgano constitucional que tiene por finalidad promover la acción de la justicia, defender la legalidad, los intereses del Estado y la Sociedad, representándolos conforme a lo establecido en la Constitución y en las Leyes de la República.

El Ministerio Público en el cumplimiento de su función, goza de independencia funcional.

Art. 6.- OBLIGATORIEDAD. El Ministerio Público, bajo su responsabilidad, promoverá de oficio la acción penal pública, toda vez que tenga conocimiento de un hecho punible y existan suficientes elementos fácticos para verificar su comisión. El condicionamiento de la acción penal pública a instancia de parte,

no impedirá al Ministerio Público realizar los actos imprescindibles para conservar los elementos de prueba, siempre que no afecten el interés de la víctima. La acción penal pública no se puede suspender, interrumpir o hacer cesar, salvo en los casos y bajo las formas expresamente previstas por Ley.

Art. 7.- SOLUCION DEL CONFLICTO. El Ministerio Público buscará prioritariamente, dentro del marco de la legalidad, la solución del conflicto penal, mediante la aplicación de los criterios de oportunidad y demás alternativas previstas en el Código de Procedimiento Penal. Asimismo, promoverá la paz social privilegiando la persecución de los hechos punibles que afecten gravemente el interés público.

Art. 9.- CONFIDENCIALIDAD. El Ministerio Público cuidará que la información que deba proporcionar no lesione el honor ni los derechos de la personalidad de las partes establecidos en la Constitución Política del Estado y en el Código Civil, ni ponga en peligro investigaciones que se realicen ni atente contra la reserva que sobre las mismas se haya dispuesto de conformidad a lo previsto en los artículos 116° y 281° del Código de Procedimiento Penal, Ley 1970.

En ningún caso el Ministerio Público podrá revelar la identidad ni permitir la difusión de imágenes de niños, niñas y adolescentes.

Los órganos de investigación del Ministerio Público están impedidos de proporcionar información sobre las investigaciones en curso.

Art. 15.- PROTECCION. El Ministerio Público protegerá a las personas, que por colaborar con la administración de justicia, corran peligro de sufrir algún daño. Esta protección se brindará en especial, cuando se trate de delitos vinculados a la criminalidad organizada, al abuso de poder a la violación de derechos humanos. A tal efecto, dispondrá de un programa permanente de protección a testigos, víctimas y a sus propios funcionarios.

Art. 68- RESPETO A LA VICTIMA. El Ministerio Público atenderá los intereses de la víctima y le informará acerca del resultado de las investigaciones. La víctima será tratada con el cuidado, respeto y consideración que merece quien ha sufrido una ofensa.

La víctima podrá solicitar al fiscal jerárquico el reemplazo del fiscal encargado de la investigación, cuando considere que no ejerce correctamente sus funciones. La resolución del fiscal jerárquico será fundamentada y resuelta dentro del plazo perentorio de cinco días, bajo responsabilidad.

Art. 69.- PROCESOS CONTRA ADOLESCENTES. En las investigaciones y procesos penales con adolescentes imputables y en los procesos para establecer responsabilidad social previstos en el Código del Niño, Niña y Adolescente, el Ministerio Público actuará con fiscales especializados y cuidará que:

El desarrollo del proceso penal, no cause mayores daños al adolescente;

Los medios de comunicación social no difundan los nombres ni imágenes de los imputados.

La pena sea adecuada a los fines de resocialización.

Las medidas socio educativas no adquieran las características de sanciones penales.

Art. 70.- INFORME PSICOSOCIAL. En las investigaciones respecto a adolescentes imputables, el Ministerio Público solicitará un informe psicosocial a la defensoría de la niñez y adolescencia y tomará en cuenta su contenido antes de emitir su requerimiento conclusivo. Se deberá adjuntar al requerimiento una copia del informe.

14.3.- Ley de protección a víctimas de delitos contra la libertad sexual

Ley N° 2033, de 29 de octubre de 1999

Artículo 16.- (Investigación).- El Ministerio Público tendrá la responsabilidad de crear, en coordinación con la Policía Nacional equipos interdisciplinarios que colaboren en la investigación de las denuncias de delitos contra la libertad sexual.

13.4.- Ley contra la violencia en la familia o doméstica

Ley N° 1674, de 15 de diciembre de 1995

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 3.- (Prevención).- Constituye estrategia nacional la erradicación de la violencia en la familia.

El Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

- Coordinará acciones conjuntas de los servicios de salud con los servicios legales integrales para brindar una adecuada atención a las víctimas de violencia en la familia.
- Capacitará y creará conciencia en el personal de administración de justicia, policía y demás funcionarios encargados de la aplicación de la presente ley, sobre las medidas de prevención, sanción y eliminación de la violencia en la familia.
- Promoverá el establecimiento de hogares temporales de refugio para víctimas de violencia y la creación de instituciones para el tratamiento de los agresores.
- Incentivará la formación de consultorios psicológicos para el diagnóstico y terapia de víctimas de violencia.

CAPÍTULO VI

Procedimiento

Artículo 37.- (Certificados Médicos).- Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.

Artículo 38.- (Medidas para mejor proveer).- De acuerdo a las circunstancias de la causa, el juez podrá ordenar pericia psicológica del denunciado y de los miembros de la familia involucrados en los hechos de violencia.

El informe pericial deberá ser presentado al juez en un plano no mayor a siete días hábiles. Transcurrido este plazo, con o sin el informe pericial, el juez pronunciará resolución.

14.5.- Reglamento a la Ley 1674. Ley contra la violencia en la familia o doméstica D.S. Nº 25087, de 6 de julio de 1998

Artículo 9.- (Medidas de protección).- Las medidas de protección inmediatas a ser adoptadas por el fiscal, que pueden ser homologadas o modificadas por el juez a tiempo de dictar las medidas cautelares, son las siguientes:

- I. a) Retiro del agresor del domicilio
- b) Impedir el acoso a la víctima
- c) Suspensión temporal de visitas por parte del agresor

- d) Inventario sobre bienes muebles e inmuebles
- e) Secuestro y retiro de armas con las que se amenazó o pudieran ser peligrosas para la víctima
- f) Libre acceso al lugar donde se haya perpetrado la violencia

Esta enumeración no es limitativa, pudiendo el fiscal disponer aquellas que creyera convenientes.

- El Ministerio Público debe tomar medidas para impedir el acoso de la persona agredida y de sus testigos.
- i. Las medidas provisionales podrán ser homologadas por el Juez de Partido de Familia en caso de divorcio, o por el Juez de Instrucción de Familia en demandas de asistencia familiar o tenencia de hijos.
- ii. Si la seguridad de la víctima o de su familia requiere una decisión jurisdiccional, solicitará las medidas cautelares pertinentes al juez competente, las que se tramitarán como medidas anticipadas, fuera de proceso.
- iii. El Fiscal de Familia debe poner en conocimiento del juez competente las medidas de protección, adoptadas de emergencia.
- iv. Las prefecturas y municipios contarán con lugares temporales para la atención y apoyo a mujeres maltratadas, en los que las víctimas serán acogidas, lo mismo que a similares servicios ofrecidos por la sociedad civil.

Artículo 16.- (Certificados Médicos).- Los certificados médicos, a que refiere el artículo 37 de la Ley 1674, serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos). Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que conste los datos sufridos por la víctima que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales.

CAPITULO 4

EL DELINCUENTE

Según el Diccionario Real Academia de la lengua, Crimen es un: Delito grave. Acción indebida o reprobable. Acción voluntaria de matar o herir gravemente a una persona.

Según el diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales de Manuel Osorio, Delito: Son varias las definiciones que en la doctrina y en algunos códigos penales se han dado al *delito*. Recogiendo la de Jiménez de Asúa, se entiende por tal “el acto típicamente antijurídico, culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal”. En consecuencia, según ese mismo autor, las características del *delito* serían: actividad, adecuación típica, antijuridicidad, imputabilidad, culpabilidad, penalidad y, en ciertos casos, condición objetiva de punibilidad.

Un delito, implica una referencia obligada a normas. Pero las normas cambian con la evolución de la sociedad y de la cultura. EL concepto, responde a una doble perspectiva: es un juicio de desvalor que se hace sobre el autor de ese hecho. Al que se llama injusto o antijuridicidad es pues, la desaprobación del acto y por otra parte se le atribuye la culpabilidad de dicho acto a su autor para hacerle responsable del mismo.

En base a ellas: a la antijuridicidad habla de la acción u omisión, los medios y formas en que se realiza, sus objetos y sujetos, la relación causal y psicológica y sus resultados.

Y la culpabilidad, en base a las facultades psíquicas del autor, que hablan de la imputabilidad o no, es decir de la capacidad de culpabilidad, el conocimiento por parte del autor del carácter de los prohibido de su hacer y la no exigibilidad de un comportamiento distinto.

Y denominamos: delincuente, al sujeto que comete un delito. Contemplado en sus interdependencias sociales como unidad biopsicosocial, pero ya no como antiguamente: biopsicopatológica.

1. EL ITER CRIMINIS

El Iter Criminis es el recorrido o proceso que sigue el sujeto desde que concibe la idea de cometer un delito hasta que lo consuma. En ese intervalo esta una fase en la que la decisión la deben tomar en un tiempo excesivamente corto, con una pequeña información, con sus propias habilidades cognitivas, lo que incluye su procesador, es decir la capacidad de procesar de su cerebro lo que hace que se hable de una "racionalidad limitada"⁽¹⁾.

2.- FACTORES CRIMINÓGENOS DEL DELITO.

Los factores que influyen en la comisión de un delito, se los denomina: factores criminógenos y se clasifican en tres grandes grupos: los sociales familiares, psicológicos y los biológicos.

2.1.- Factores sociales:

Influyen en el incremento de la agresividad física contra la integridad del otro, tenemos los siguientes:

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

La falta de planificación urbana provoca diversos asentamientos irregulares, carentes de los servicios básicos (energía eléctrica, agua potable, centros de salud, escuela y policía). Las viviendas de estos lugares construidas con materiales precarios, sin ningún servicio higiénico, provocando diversas enfermedades. Estas viviendas improvisadas, en que sus moradores no invierten materiales adecuados por el peligro de ser desalojados y perdiendo lo invertido, hacen del núcleo familiar una situación emocional inestable, sufriendo diversas privaciones, lo que se traducirá en actitudes violentas hacia los demás moradores.

¹ .- Clarke R.V. y Nelson M. (1993) Introduction: Criminology, routine, activity and rational choice. Advances 5 en EDs. R.V. Clarke y M. Felson: Routine activity and rational choice.

El desempleo y el subempleo, encontrándose a personas vendiendo variados productos en las aceras de las calles o en las esquinas, siendo un detonador de conducta ilícita y violenta.

El narcotráfico, al margen del efecto de las drogas y también expresión del crimen organizado. El incremento de la pobreza. El enfrentamiento político. Inclusión y exclusión de grupos humanos y marginalismo. Impunidad, así como la corrupción, delincuencia y violencia dentro del sistema judicial y la policía. El consumismo que socialmente genera frustración y la falta de educación.

El alcoholismo, provocando en el ser humano una desinhibición de su conducta que se manifiesta en impulsivismo, mientras mayor haya sido el consumo, mayor la disminución de la capacidad crítica y de juicio.

El Internet, los juegos electrónicos y los juguetes como armas de fuego, y hasta la literatura infantil reflejan la crueldad y la conducta violenta.

Subculturas violentas:

En esta subcultura violenta a los factores macro sociales (ya descritos) hacen resonancia aspectos como el machismo acentuado, aumento de la conducta agresiva por imitación vivencial, facilidad de la experiencia criminal.

Los campesinos vienen de poblados rurales con la esperanza de encontrar mejor nivel de vida en las ciudades, pero al no adaptarse, les invade la frustración que está íntimamente relacionada con el alcoholismo y con conductas violentas e ilícitas.

2.2.- Factores familiares:

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

La desorganización familiar implica una serie de cambios en la vida de los que la padecen, perturbando el proceso de socialización, e influirá en la conducta posterior del niño en la conducta desviada y violenta. Actualmente, los niños hijos de emigrantes, tanto los que se encuentran en España, Los NASP (niños, adolescentes sin padres), referido generalmente a niños del África o del este de

Europa, como en sus países de origen: HESP (hijos de emigrantes sin padres) ⁽²⁾, con un cambio de preferencias en el tiempo de ocio, culturales, y en el consumo de alcohol y drogas.

Violencia física presenciada por el futuro agresor en su familia, es uno de los factores más invocados. (La formación con tradición de conductas violentas desde la familia de origen) Maltrato físico o psicológico, incluso sexual contra el futuro agresor en el seno de su familia. Ya, que no hay violador que no haya sufrido maltrato físico en la niñez.

2.3.- Factores Psicológicos:

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

Según S. Ramírez: que habla sobre el machismo del mexicano, no es en el fondo sino la inseguridad de su propia masculinidad. Los grupos de amigos siempre son masculinos, los anfitriones y juegos serán “machos”. Por un lado el machismo, que hace que el hombre busque los métodos violentos, el uso de la fuerza (puños, patadas, etc.) para resolver sus controversias y por otro lado su inmadurez, que al no tener conciencia de su ser y no estar preparado, maduro en su carácter, hacen que se provoque una conducta violenta. Esta inmadurez psicológica les impide resolver sus problemas mediante la razón y mantener una actitud de continua imprevisión al futuro.

Hay sociedades como la nuestra, en que la violencia está a flor de piel, porque no hay una preparación para llevar una vida equilibrada, serena, madura y estable

².- En Europa, el sufrimiento psicológico, de los emigrantes se ha dado en llamar síndrome de Ulises y se está estudiando la patología de los hijos de inmigrantes en su camino a la integración en las sociedades europeas. Hay también el NASP, niños, adolescentes sin padres, referido generalmente a niños del África o del este de Europa, que viven sin padres. En Bolivia, en los estudios preliminares, realizados, por Núñez de Arco y cols., sobre niños que están viviendo en Bolivia, sin los padres, que han emigrado, generalmente a otro país. Presentan un nuevo Síndrome HESP, hijos de emigrantes sin padre, que empiezan a configurar conductas y formas de vivir, no precisamente normales.

o bien porque las frustraciones nos llevan a un cierto nivel de agresividad constante. E. Pérez y M. Pons, manifiestan que no toda anormalidad psicológica es enfermedad y de que las irregularidades del medio familiar o social pueden determinar la conducta agresiva, citan como rasgos psicopatológicos que son proclives a la agresión en sujetos no psicóticos las siguientes:

Alcoholismo y drogadicción, que en el caso del consumidor habitual u ocasional, puede tener una conducta agresiva estimulándola o desinhibiéndola.

Propensión a la frustración o sensación de abandono o rechazo. Propensión a la culpa con la siguiente propensión al castigo. Impulsividad de origen neurótico o psicoorgánico. Pobreza o falta de patrones morales. Aprendizaje por modelación de conductas violentas. Propensión a estados pasionales y emociones intensas con afectación de la regulación conductual. Pobre identidad propia y participación disocial en grupos. Pobres capacidades para la relación y sensibilidad interpersonal.

1.4.- Factores Biológicos:

Desde Lombroso con su enfoque de los delitos causados o vinculados a anormalidades morfológicas, hasta la fecha en que se acepta por las corroboraciones diagnosticas, se puede hablar como factores criminógenos, los siguientes.

Efectos de agresividad como consecuencia del largo consumo de tóxicos como el alcohol y las drogas. Daño cerebral difuso o localizado. Trastornos en la lateralidad hemisférica, con mayor porcentaje de hemisferio dominante derecho.

La hipoglucemia puede determinar irritabilidad y favorecer conductas violentas y agresivas. Los bajos niveles de colesterol sérico en hombres, parece estar asociado a conductas violentas. El hipertiroidismo cursa con alteraciones psíquicas y favorecen la impulsividad agresiva.

Se plantea que las hormonas masculinas incrementan la tendencia a la agresión en tanto que los estrógenos las disminuyen. Hay reportes de que ocurren casos de violencia, donde la victimaria es la mujer durante los días previos a la menstruación, momento en que se produce una disminución fisiológica en los niveles de estrógenos.

2.- Factores criminógenos de la acción delictiva

Lo que el profesor Mensias ⁽³⁾ denomina: Factores crimino-impelentes y Crimino-repelentes. Para la comisión de un delito, hay:

Factores criminógenos impelentes, que estimulan la acción delictiva.

Factores criminógenos repelentes, que inhiben la acción delictiva.

2.1.- Factor criminógeno impelente

Es el factor, motor de la acción delictiva, es el deseo, es la búsqueda del disfrute de los resultados del delito. Por ejemplo: Un persona que está conduciendo un vehículo, a gran velocidad tendría un factor criminógeno impelente: el gusto por la velocidad. Pero al ver a la Policía, desacelera, gracias a un factor criminógeno repelente.

La correlación entre ambas fuerzas, hace que podamos explicarnos el delito. Un dictamen criminológico, debe tomar en cuenta, tanto los factores criminógenos impelentes, como los factores repelentes y comparar ambos factores. La peligrosidad del sujeto, solo puede fijarse conociendo, valorando y comparando ambas fuerzas.

2.2.- Factor criminógeno repelente

Un sujeto con activantes normales e inhibidores escasos es capaz de realizar una conducta desviada, al no tener obstáculos o factores que le impiden o retrasen su acción. Por tanto un inhibidor, como su nombre indica, en un mecanismo de inhibición de la conducta por las consecuencias de ella, hay Inhibidores de varios tipos: jurídicos, políticos, económicos, religiosos.

Los inhibidores jurídicos, se refieren a la condena o multa por el delito cometido. Los políticos, son los que puede conocer la sociedad y demandárselos en una falta de credibilidad o de ser señalados. Los económicos en relación a la pérdida de sus bienes como consecuencia de cometer el delito pensado. Y ya finalmente, los religiosos en ocasiones pueden ser inhibidores y también estimulantes.

³. Fabian Mensias Pavon, (2007) Fases intrapsíquicas de la acción delictiva en Psicología Jurídica. Extraído el 18 junio 2007 en www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Ps.Juridica.22.html

3.- FACTORES PRE DISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA ACCIÓN DELICTIVA

En la dinámica criminal, hay otros factores, que nos permiten conocer la secuencia seguida para llegar a cometer el delito

Pre disponente: Disponer anticipadamente de las cosas, o del ánimo de las personas. Pueden ser biológicos o psicológicos

Preparatorios: Son exógenos: Provocación en una pelea. Alcohol, drogas. Alejamiento de los frenos inhibitorios.

Desencadenantes: Precipitan los hechos. Puede ser la gota que rebalsa. Puede ser interno o externo.: Una Agresión verbal, física o una Broma cotidiana mínima.

4.- FACTORES CRIMINÓGENOS: EXÓGENOS Y ENDÓGENOS.

Factores Exógenos: como puede ser la Lluvia, la fase lunar, terremotos. Los de origen social: Familia, barrio, grupo social.

Factores Endógenos: La Capacidad criminal, que puede ser muy fuerte, fuerte, poco elevada o débil y la Adaptabilidad social, que pueden ser muy elevada, elevada, incierta o débil.

En el cuadro siguiente hablamos de los factores criminógenos endógenos, en relación a su capacidad criminal y la adaptabilidad social; que traen como consecuencia los delitos de la columna de la derecha.

FACTORES CRIMINOGENOS ENDOGENOS

CAPACIDAD CRIMINAL	ADAPTABILIDAD SOCIAL	DELITOS
MUY FUERTE	MUY ELEVADA	DELITOS DE CUELLO BLANCO
FUERTE	INCIERTA	CRIMINAL PROFESIONAL
POCO ELEVADA	DEBIL	PRISIONES
DEBIL	ELEVADA	DELITOS PASIONALES

5.- FASES COGNOSCITIVAS DE LA ACCIÓN DELICTIVA (4)

Todo delito dice Mensias (5), pasa por diversos estadios intrapsíquicos que pueden ser o no conscientes, y habla de 5 fases:

1. La Tendencia,
2. El Deseo,
3. Deliberación Conflictual,
4. Decisión y
5. La Acción o Ejecución.

También denominado Iter Criminis, es decir el recorrido o proceso que sigue el sujeto desde que concibe la idea de cometer un delito hasta que lo consume.

El acto delictivo representa un material de estudio para el jurista, para el psicólogo es la culminación de un proceso psíquico de paulatino desarrollo delictógeno que se remonta al pasado individual.

5.1.- Tentación.-

La idea delictógena está presente el pensamiento. Surge el pensamiento, surge la primera tentación. Se imagina, se piensa en la finalidad y objetivos prohibidos y en poner en marcha el proceso para lograrlos.

5. 2.- El deseo.-

La Tendencia cobra fuerza y claridad en el objeto prohibido. Surge el deseo de realizarlo, de conseguirlo. A la persona, le empieza a gustar la idea, la satisfacción de una "necesidad" de satisfacer un impulso.

5.-3.- Deliberación conflictiva.-

Es la fase de análisis de todos los pros y los contras, acerca de realizar la idea, que pasa cuando se realice y deje de ser solo un pensamiento. Tiene dos opciones:

- Rechazarla o
- Ejecutarla

4.- J. Núñez de Arco, La Víctima. Ed. Proyecto Sucre ciudad universitaria. USFX Sucre 2004.

5.- Fabian Mensias Pavon, cap.7. Fases intrapsíquicas de la acción delictiva en Psicología Jurídica. Extraído el 18 junio 2007 de www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Ps.Juridica.22.html

Analiza el ejecutar la idea, la posibilidad de hacerlo solo o con otras personas. Puede pensar en la posibilidad de hacerlo solo, asumir la comisión de un hecho delictivo y la forma de realizarlo. En esta fase, al no llegar a realizar ningún acto externo, no puede ser sancionado por sus pensamientos o intenciones.

Analiza si es capaz o no puede hacerlo solo, analiza las posibilidades de proponerlo a otra persona, a que el acto delictivo lo haga otra persona.

5. 4.- Decisión.-

Es el resultado de la fase anterior, ya se ha tomado una decisión y el sujeto piensa, cuando, donde, como realizar el delito y los medios para lograr éxito.

- Me autorizo a hacerlo
Unas veces no es consciente. Otras veces con solo pensar y aceptar la idea delictiva, se liberan de la angustia (catarsis) y no precisan llegar a realizar el hecho.
- Inicio la preparación:
El sujeto comienza a realizar actos orientados a la comisión del delito, actos que en sí mismos pueden ser intrascendentes (averiguar el itinerario seguido por una persona, realizar una llamada para comprobar que está en casa...). En principio, estos actos previos, meramente preparatorios, no son punibles.

5.5.- Ejecución.-

Desde la decisión hasta la ejecución, hay una etapa entre el predelito y el delito. Es el paso o los pasos para la ejecución del delito propuesto en la idea original y que en ocasiones no llega a consumarse.

Por lo tanto tenemos dos fases: La tentativa y la consumación.

Fase de Tentativa: se dice cuando el sujeto comienza la preparación del delito practicando todos o parte de los actos que objetivamente deberían producir el resultado esperado y al final el acto no se consuma por causas independientes de la voluntad del autor.

Esta tentativa es acabada o inacabada dependiendo de si el sujeto realiza sólo unos actos de ejecución o todos, sin lograr su propósito.

La tentativa aparece en el momento de la ejecución. El problema es saber dónde se sitúa ese comienzo. La distinción entre tentativa y ejecución influye en la pena aplicada. Cuando el Código Penal establece una pena, ésta se prevé para los delitos consumados. La tentativa aparece cuando comienza la ejecución del delito, directamente por hechos exteriores. Habrá que determinar dónde se sitúa ese momento de comienzo para determinar la existencia de la tentativa.

Fase de consumación: es la realización de todos los elementos originalmente planeados produciendo la consumación formal o material.

El momento consumativo es distinto en los delitos de resultado y de peligro. En los de resultado la consumación tiene lugar en el momento en que se produce el resultado lesivo. El momento de la consumación puede ser anticipado en delitos de peligro, donde la consumación no tiene lugar cuando se produce el resultado lesivo sino antes, cuando se pone en peligro el bien jurídico.

Artículo 13º. Quarter. Del Código Penal. (DELITO DOLOSO Y CULPOSO). Cuando la ley no conmina expresamente con pena el delito culposo, sólo es punible el delito doloso.

Artículo 14º. Del Código Penal. (DOLO). Actúa dolosamente el que realiza un hecho previsto en un tipo penal con conocimiento y voluntad. Para ello es suficiente que el autor considere seriamente posible su realización y acepte esta posibilidad.

CAPITULO 5

IMPUTABILIDAD

Para hablar de la imputabilidad, hay que referirse al concepto jurídico de Delito como una acción típica, antijurídica y culpable. Según Villamor, los elementos principales del delito son: la acción, la tipicidad, la antijuridicidad, la culpabilidad y punibilidad. [1]

Los elementos del delito: la acción u omisión típica, antijurídica, culpable y punible, tienen un orden y carácter secuencial, ya que el peso de la imputación va aumentando a medida que se pasa de una medida a otra (de la tipicidad a la antijuridicidad, etc.) Si tras el examen de los hechos resulta, que la acción u omisión no es típica, ya no habrá que plantearse si es antijurídica y mucho menos si es culpable o punible. [2]

La teoría general del delito tiene como función determinar los rasgos que convierten una conducta en delictiva. Si bien existen una serie de características propias de cada delito, también existen una serie de rasgos comunes a todos los tipos, que son los que van a constituir el concepto de delito. Este concepto formal de delito supone la materialización del Principio de Legalidad: no hay delito sin Ley.

El concepto del delito como una conducta castigada por la ley con una pena, es sólo un concepto formal. El delito debe tratarse de una acción u omisión, debe ser doloso o culposo y penado por la ley.

1. LA CULPABILIDAD

En materia de culpabilidad no existe una opinión unánime respecto de cómo definirla, sobre todo en materia de los elementos que la integran desde la óptica formal y su significado material, propiciado precisamente por la evolución de la teoría de la culpabilidad a la luz de conceptos causales, psicologistas, normativistas y finalistas.[3]

1. Villamor Lucia F.: Derecho Penal boliviano. Parte General. Tomo I. La Paz: Inspiracion Cards. 2007:105

2. Muñoz Conde, F.: Teoría general del delito, Valencia: Tirant lo Blanch. 1991:20

3. Raul Plascencia Villanueva: Teoria del delito. Mexico: Universidad autónoma de México. 2004:157

Una culpabilidad desde el punto de vista Psicológico. Basado en el causalismo naturalista, ⁽⁴⁾ exigía la comprobación de un nexo psíquico con el hecho cometido, de una relación causa – efecto. ⁽⁵⁾ Liszt señala que la acción humana debe ser voluntaria pero que tal voluntariedad está referida únicamente al movimiento corporal que produce un resultado material, donde sólo existe una relación de causalidad entre ese movimiento corporal voluntario y el resultado material. La voluntad tiene dos caracteres: uno interno, contenido de la voluntad; y otro externo, la manifestación de la voluntad.

Nuestra legislación sin embargo esta basada en la teoría del Sistema Finalista (1950) Para la teoría finalista de la acción ⁽⁶⁾, al referirse al tema de la culpabilidad, el legislador debe partir, que la misma, es un reproche dirigido al individuo que no motivó su conducta de acuerdo a la exigencia de la norma, a pesar de que conoció o pudo conocer la antijuridicidad de la misma y de que la misma era exigible. Una acción sólo puede considerarse finalista, en relación a los resultados que se haya propuesto voluntariamente el sujeto y de sus efectos concomitantes.

Una culpabilidad desde el punto de vista Normativo. El fundamento de la culpabilidad es el reproche al autor por haber realizado la acción. La exigencia a los ciudadanos de un determinado comportamiento y el sujeto será libre de cumplir o no las normas, comprobar la existencia de esta capacidad del sujeto de haber podido actuar de un modo distinto.

Aunque en ocasiones, hay autores que hablan de una culpabilidad desde un Concepto Dialéctico, que niega la base del libre albedrío. Y otros, como presupuesto de la imposición de una pena, vinculada a necesidades sociales relativas a la prevención.

4. Sistema causalista (S. XIX-XX) Nace a partir de la obra de Franz Von Liszt, quien se apoya en el concepto de “acción” como un fenómeno causal natural como punto de partida del delito.

5. El acto, acción o conducta ejecutada por el sujeto, debe producir el resultado previsto en la ley, de tal manera que entre uno y otro exista una relación de causa a efecto.

6. La teoría finalista de la acción, dice que *la acción humana es el ejercicio de la actividad finalista*. La acción es, por lo tanto, un acontecimiento “finalista” y no solamente “causal”. La “finalidad” o actividad finalista de la acción se basa en que el hombre, sobre la base de su conocimiento causal, puede prever en determinada escala las consecuencias posibles de una actividad, proponerse objetivos de distinta índole y dirigir su actividad según un plan tendiente a la obtención de esos objetivos.

En la culpabilidad, las facultades psicobiológicas del autor, hablan de la imputabilidad o no, es decir de la capacidad de culpabilidad, el conocimiento por parte del autor del carácter de lo prohibido de su hacer y la no exigibilidad de un comportamiento distinto.

Ambas tienen un lado negativo, la existencia de una fuerza irresistible excluye la acción. La absoluta imprevisibilidad anula la relación psicológica con el resultado; la causa de legítima defensa autoriza la comisión del hecho prohibido, las facultades psíquicas del autor disminuida o anulada, causan la imputabilidad parcial o total.

Culpabilidad, es culpable quien actúa de una manera, cuando podía libremente obrar de otra. Quien pudiendo abstenerse de realizar la acción tipificada, decide actuar en contra de lo prohibido. "La capacidad de culpabilidad tiene un momento (cognoscitivo) (intelectual) y uno de voluntad (volitivo); la capacidad de comprensión de lo injusto y de determinación de la voluntad (conforme a sentido). Solo ambos momentos conjuntamente constituyen la capacidad de culpabilidad". [7]

En la regulación de las causas de inimputabilidad basadas en una enfermedad, anomalía o trastorno mental suelen adoptarse en los Códigos Penales tres tipos de fórmulas: psiquiátricas o biológicas, psicológicas y psiquiátricos-psicológicas. En la psiquiátricas o biológicas se hace referencia únicamente a la enfermedad, la anomalía o trastorno mental, sin aludir a los efectos psicológicos en la conciencia o voluntad del sujeto, o en su capacidad de comprender el carácter ilícito de su conducta. En cambio en las psicológicas se hace referencia al estado de inconsciencia o anulación de la voluntad del sujeto. [8]

En nuestro caso se usa la fórmula mixta: se hace referencia a una enfermedad, anomalía o trastorno mental, pero se exige que, como consecuencia de ello, el sujeto se hubiera visto privado de la capacidad de entender o de querer, o de comprender el carácter ilícito de su conducta o de obrar conforme a ese conocimiento. (9) Para ello es suficiente que el autor considere seriamente posible su realización y acepte esta posibilidad. (10)

7. Welzel, Hans: Derecho Penal Alemán. Parte general. (1ª ed.) Santiago de Chile: Ed. Depalma. 1976:216.

8. Cerezo Mir, Jose: La imputabilidad En Curso de Derecho Penal Español III. Teoría Jurídica del delito/2. UNED. Curso 2002/2003: 2

9. Artículo 17º. Del Código Penal. (INIMPUTABILIDAD). Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia. No pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión.

10. Artículo 14º. Del Código Penal. (DOLO). Actúa dolosamente el que realiza un hecho previsto en un tipo penal con conocimiento y voluntad.

La culpabilidad tiene un vínculo de naturaleza psicológica, que enlaza a su autor con su acto, siendo el dolo y la culpa sus formas de presentación. El fundamento de la culpabilidad es la libertad, en la que el sujeto dentro de sus posibilidades, puede elegir una determinada forma de actuar o evitarla, para no ser objeto de reproche.

1.2. Tipos de culpabilidad

La culpabilidad tiene dos formas: dolo y culpa, la primera es intención, la segunda negligencia, ambas tienen por fundamento la voluntad del agente. Sin intención o sin negligencia, es decir sin dolo o sin culpa, no hay culpabilidad y siendo ésta un elemento genérico del delito, sin culpabilidad no hay delito.

Entre dolo y culpa no existe una separación tajante, se pasa de una a la otra por grados intermedios, del dolo directo al eventual, de éste a la culpa consciente y finalmente a la culpa inconsciente.

El dolo es la forma típica de la voluntad y en este sentido su verdadera forma. El hecho es la violación de un precepto jurídico, sólo cuando la persona ha querido el hecho prohibido, la desobediencia, la rebelión es plena y completa. Por tanto el delito es doloso, cuando el resultado dañoso o peligroso, que es el resultado de la acción u omisión de que la ley hace depender la existencia del delito, es previsto y querido por el sujeto como consecuencia de la propia acción u omisión. ⁽¹¹⁾

Las acciones u omisiones, son formas de manifestación de la conducta; y se admite tanto una acción como una no acción. Por ejemplo conducir un vehículo sin que esté revisado y se atropelle porque no responden los frenos, el resultado pudo haber sido previsto, se actúa con imprudencia y negligencia, existe culpa.

En el delito culposo el sujeto realiza voluntariamente un acto pero el resultado antijurídico no lo ha querido directa ni indirectamente. Pero sólo esto no basta para que exista lo culposo, sino que debe obrar con imprudencia, negligencia, impericia.

¹¹. Art. 15º. Código Penal. (CULPA). Actúa culposamente quien no observa el cuidado a que está obligado conforme a las circunstancias y sus condiciones personales y, por ello:

1. No toma conciencia de que realiza el tipo legal.
2. Tiene como posible la realización del tipo penal y, no obstante esta previsión, lo realiza en la confianza de que evitará el resultado.

La imprudencia es la temeridad, la insuficiente ponderación y supone poca consideración de los bienes ajenos.

La negligencia expresa una actitud psíquica que es descuido, la falta o deficiencia de atención o negligencia.

La impericia es falta de habilidad para hacer algo, preparación insuficiente, ineptitud del agente, o que aun siendo consciente de ello, no ha querido tenerlo en cuenta. La impericia puede dar lugar a la responsabilidad culposa.

La culpa al igual que el dolo es una actitud contraria al deber, por ello, es reprochable. La culpa respecto al dolo es una forma menos grave de voluntad culpable, no tiene una abierta rebeldía contra la ley, sin embargo, existe una desobediencia falta al deber de usar cautela y de previsibilidad.

Hay sistema dualista de sanciones vigente en el Derecho positivo. Estos conceptos son culpabilidad y peligrosidad. “Desde un punto de vista formal, se llama culpabilidad al conjunto de condiciones que justifican la imposición de una pena al autor de un delito; se llama peligrosidad al conjunto de condiciones que justifican la imposición de una medida.”^[12]

2. ELEMENTOS DE LA CULPABILIDAD

En la teoría finalista de la acción los elementos de la culpabilidad son:

1. El conocimiento de la antijuridicidad
2. La exigibilidad de un comportamiento distinto
3. La imputabilidad o capacidad de culpabilidad

1.1.- Conocimiento de la antijuridicidad

En lo que sí resulta coincidente la doctrina es respecto de que “mientras la antijuridicidad constituye un juicio despersonalizado de desaprobación sobre el hecho, la culpabilidad requiere, además, la posibilidad de atribución de ese hecho desvalorado a su autor”^[13]

¹². Muñoz Conde, F. Introducción. En: Claus Roxin. Culpabilidad y prevención en Derecho Penal. (Trad. Muñoz Conde F.) Madrid: Reus, s. a. 1981:14

¹³. Santiago Mir Puig: Derecho penal. Parte general, (3ª ed.) Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias. 1990: 575

El conocimiento de la antijuricidad del hecho que se realiza es un elemento principal de la culpabilidad, dado que atribuir a un sujeto la comisión de un delito únicamente tiene sentido si el sujeto sabe que lo que está realizando está prohibido.

La antijuricidad habla de la prohibición de una conducta. El sujeto debe saber, conocer, tener conocimiento del carácter de lo prohibido de su hacer y la no exigibilidad de un comportamiento distinto. Ello no significa que el autor haya de tener una conciencia exacta de la prohibición del hecho. Será suficiente con que, de acuerdo a sus características personales, su nivel de formación cultural, etc., el sujeto se represente el carácter prohibido de la conducta como posible y a pesar de ello actúe. "Actúa antijurídicamente quien, sin estar autorizado, realiza un tipo jurídico-penal y, con ello, una acción socialmente dañosa. Pero un tal comportamiento sólo es culpable cuando es reprochable a su autor, porque pudo actuar de un modo distinto, es decir, conforme a derecho."^[14]

"La antijuricidad se refiere al suceso exterior objetivo (la lesión causal de bienes jurídicos); la culpa se refiere a la relación psíquica del autor con el resultado."^[15]

Pero está claro que no hay culpabilidad sin antijuricidad, aunque sí hay antijuricidad sin culpabilidad.

La legítima defensa es una agresión antijurídica aunque el autor no sea culpable. Y frente a un acto lícito no antijurídico no cabe legítima defensa.

Dentro del concepto del delito, hay una doble perspectiva: es un juicio de desvalor que recae sobre un acto humano, es un juicio de desvalor que se hace sobre el autor del hecho. Al primero se le llama injusto y al segundo culpabilidad. La antijuricidad es una relación (una contradicción entre los miembros de una relación), lo injusto, por el contrario, es algo sustancial: la conducta antijurídica misma. La antijuricidad es un predicado, lo injusto un sustantivo. Lo injusto es la forma de la conducta antijurídica misma: la perturbación arbitraria de la posesión, el hurto, la tentativa de homicidio. La antijuricidad es una cualidad de estas formas de conducta y precisamente la contradicción en que se encuentran con el ordenamiento jurídico.

¹⁴. Claus Roxin: Culpabilidad y prevención en Derecho Penal. (Trad. Muñoz Conde F.) Madrid: Reus, s. a. 1981:187

¹⁵. Welzel, Hans: Teoría de la acción finalista. Buenos Aires: Ed. Depalma. 1951:26

1.1.1. Error de prohibición:

El error de prohibición se presenta cuando el sujeto se equivoca, se confunde, respecto al conocimiento de la antijuridicidad de su conducta. Cuando el sujeto desconoce que su actuación es antijurídica. El autor sabe lo que hace, pero supone erróneamente que estaría permitido, diremos que actúa bajo error de prohibición. Este error puede referirse a la existencia de la norma prohibida (error de prohibición directo⁽¹⁶⁾), o bien el error puede estar referido a la existencia, a los límites o a los presupuestos objetivos de una causa de justificación, en cuyo caso hablaremos de error de prohibición de carácter indirecto⁽¹⁷⁾.

La llamada **teoría de la culpabilidad** atribuye al error de tipo y al error de prohibición distinta importancia y tratamiento. Entiende que el dolo no tiene ninguna relación con la conciencia de la antijuridicidad. Se puede matar dolosamente a una persona pero creyendo que el hecho se realiza bajo una causa de justificación.

El error de tipo invencible, para esta teoría, excluye el dolo. Y si es vencible sanciona el hecho como imprudente. Por lo que respecta al error de prohibición, si es invencible excluye la culpabilidad y si es vencible, la atenúa.

1.2. La exigibilidad de un comportamiento distinto

En la exigibilidad de una conducta diferente, hablamos, entonces, de la capacidad de los sujetos de reaccionar frente a las exigencias normativas. Es la facultad humana básica para atribuir una acción a un sujeto y cualquier alteración de esta facultad determinará la atenuación de la culpabilidad o incluso su inclusión. El derecho no puede exigir comportamiento heroicos, o en todo caso, no puede imponer una pena cuando en situaciones extremas alguien prefiere realizar un hecho prohibido por la ley penal, antes de sacrificar su propia vida o su integridad física. En este caso, la no exigibilidad de un comportamiento distinto en esas situaciones no excluye la antijuridicidad (el hecho no es justificado por el ordenamiento) sino la culpabilidad (el hecho sigue siendo antijurídico, pero su autor no es culpable).

Hablamos en estos casos de **exigibilidad objetiva o general**, más allá de la cual el ordenamiento no puede imponer el cumplimiento de sus normas. Ej.: el

¹⁶ El autor no tiene conocimiento de que exista una norma que prohíba su acción.

¹⁷ El autor sabe que su conducta en general está prohibida pero cree que en su caso, actúa bajo una causa de justificación y por ello su conducta queda justificada.

delito de omisión del deber de socorro ⁽¹⁸⁾) Junto a esta exigibilidad de carácter objetivo existe también una exigibilidad de carácter subjetivo o individual ⁽¹⁹⁾ referida a situaciones concretas de carácter extremo en las que no se puede exigir al autor de un hecho típico y antijurídico que no lo cometa, porque ello conllevaría un sacrificio excesivo para él o un riesgo personal. ⁽²⁰⁾ Aquí entra el miedo insuperable, que en nuestra legislación no está contemplado.

1.3. La imputabilidad

Imputarle a una persona una acción es hacerle responsable de ella, por lo que la persona debe ser libre y en pleno dominio de sus actos decidir si realiza u omite una determinada actividad.

La imputabilidad para el finalismo debe ser entendida como la capacidad del sujeto, atendiendo a sus fuerzas psíquicas, de motivarse de acuerdo a la norma. La capacidad de ser culpable, habla de la imputabilidad.

La imputabilidad en el sistema finalista es sinónimo de capacidad de culpabilidad, capacidad de su autor, y se integra a su vez de dos sub-elementos:

1. La capacidad de comprender lo injusto del hecho, (momento cognoscitivo o intelectual).
2. La capacidad de determinar la voluntad conforme a esa comprensión, (momento volitivo).

La capacidad de comprensión de lo injusto, se refiere a que al autor se le exige pueda reconocer que su conducta transgrede normas sociales indispensables para la vida en común, no es necesario que conozca el hecho como tipificado

¹⁸. Art. 262.- (OMISIÓN DE SOCORRO).- Si en el caso del Artículo anterior el autor fugare del lugar del hecho u omitiere detenerse para prestar socorro o asistencia a las víctimas, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años.

¹⁹. Art. 13 bis.- Código Penal. (COMISIÓN POR OMISIÓN).- Los delitos que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando el no haberlos evitado, por la infracción de un especial deber jurídico del autor que lo coloca en posición de garante, equivalga, según el sentido de la ley, a su causación.

²⁰. Art 281.- Código Penal. (DENEGACIÓN DE AUXILIO).- El que debiendo prestar asistencia, sin riesgo personal, a un menor de doce años o a una persona incapaz, desvalida o en desamparo o expuesta a peligro grave e inminente, omitiere prestar el auxilio necesario o no demandare el concurso o socorro de la autoridad pública o de otras personas, será sancionado con reclusión de un mes a un año.

por la ley. Por ello, si no se da esa comprensión, puede presentarse una causa de inculpabilidad.

Una de las causas de inculpabilidad en el sistema finalista será la falta de capacidad de determinación de la voluntad, caso de una neurosis compulsiva (cleptomania), acto volitivo, “querer interno”, que indicaba Creuz.

Habría tres métodos de determinar la incapacidad, el biológico, el psicológico y el mixto. Nuestra legislación hace uso del mixto.

La capacidad de ser culpable esta basado entonces, en el conocimiento por parte del autor del carácter de los prohibido de su hacer y la no exigibilidad de un comportamiento distinto. Un momento cognoscitivo (intelectual) y uno de voluntad (volitivo). Ambas tienen un lado negativo, la existencia de una fuerza irresistible excluye la acción. La absoluta imprevisibilidad anula la relación psicológica con el resultado. La causa de legítima defensa autoriza la comisión de un hecho prohibido.

Este conjunto de facultades mínimas (comprensión y voluntad) es lo que conocemos como **imputabilidad**. A todos los sujetos que carezcan de esta capacidad, el ordenamiento jurídico no podrá declararles responsables penales de sus actos, aunque se trate de hechos típicos y antijurídicos. Jurídicamente la imputabilidad es la aptitud de la persona para responder de los actos que realiza (GOMEZ DE LIAÑO, 1979). El concepto, tiene una base psicológica, comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para ser declarado culpable del mismo [21]

“Jurídicamente cualquier persona que pueda responder por los actos que realiza, es imputable. Para responder a sus actos, la persona debe tener:

Plena conciencia y discernimiento de sus actos.

Poseer suficiente inteligencia y un estado de madurez mínimo.

Saber diferenciar el bien del mal.

Gozar de la libre voluntad de sus actos.” [22]

Las facultades psíquicas de los autores disminuidos o anulados, causan la imputabilidad parcial o total.

²¹. F. Muñoz Conde. Teoría General del Delito. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia 1991:129

²². Barral R., Núñez de Arco J., Caballero D.; Aspectos de Medicina Legal en la práctica diaria. La Paz: Ed. OPS/OMS. 2004: 43.

En nuestra legislación esta tipificado en:

Artículo 17º. Del Código Penal. (INIMPUTABILIDAD). Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia. No pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión.

Imputabilidad, por tanto, es un atributo de la persona que permite la posibilidad de atribuirle una culpa, un delito, una acción y es parte integrante de la culpabilidad, ⁽²³⁾ radica en la posibilidad que tenía el sujeto de pensar, querer y obrar de una manera distinta a la que actuó infringiendo la ley.

Por tanto la imputabilidad descansa sobre una base de índole psicobiológica, el estado biológico y psicológico del sujeto en el momento de los hechos. Y es preciso que un perito dictamine o determine si en el momento de los presuntos hechos delictivos imputados, cumplía los requisitos biológicos de conocimiento (Conocimiento sobre la ilicitud del hecho (Antijuridicidad)) y libertad volitiva (facultades psíquicas (acto voluntario)) para podersele aplicar la pena.

Por lo tanto toda enfermedad mental que afecte a la inteligencia o a la voluntad, así como cualquier estado temporal de anulación o perturbación de la conciencia alterarán el grado de imputabilidad.

De acuerdo a estos presupuestos deberían existir grados de imputabilidad:

Una eximente completa, cuando las facultades mentales, están abolidas. Caso de una enfermedad mental tipo esquizofrenia, en fase delirante. Un trastorno afectivo unipolar o bipolar, que incluya una fase maniaca. Una demencia. Un trastorno de la inteligencia con un CI menor a 70.

Una eximente incompleta, cuando exista una merma o disminución considerable de las capacidades para comprender o querer.

En nuestra legislación esta inscrito en:

Artículo 18º. Del Código Penal. (SEMIIMPUTABILIDAD). Cuando las circunstancias de las causales señaladas en el Artículo anterior no excluyan

²³. Art. 14º. Código Penal. (DOLO). Actúa dolosamente el que realiza un hecho previsto en un tipo penal con conocimiento y voluntad. Para ello es suficiente que el autor considere seriamente posible su realización y acepte esta posibilidad.

totalmente la capacidad de comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión, sino que la disminuyan notablemente, el juez atenuará la pena conforme al Artículo 39 o decretará la medida de seguridad más conveniente.

Una atenuante, cuando exista una merma o disminución de escasa intensidad, leve o tenue, de poca incidencia en la imputabilidad.

Y ya finalmente una atenuante temporal; por grave perturbación de la conciencia o una merma o disminución de sus facultades intelectivas o volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del acto pero de forma temporal. Habría una similitud del cuadro temporal de anulación temporal de facultades con uno orgánico, persistente.

3. ATENUANTES Y EXIMENTES

Por otra parte hay diversas eximentes, atenuantes y agravantes de la responsabilidad penal que tienen relación directa con los problemas o trastornos psicopatológicos.

3.1. Enfermedad mental

Es una eximente. Está exento de pena el que, en el momento del hecho, por enfermedad mental, así se refiere nuestro código penal, la persona, no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión. Aunque sin embargo en el artículo 74 del código penal, se habla de un término antiguo: enajenación.

Se alude a una enfermedad mental de tal trascendencia que cause pérdida de las facultades cognitivas, de manera que no pueda comprender la antijuridicidad de su acción. Por lo que se puede referir a las siguientes entidades clínicas:

- Las psicosis y sobre todo las del círculo esquizofrénico y las del círculo maniaco-depresivo.
- El Trastorno Delirante Paranoide
- Los Trastorno Mentales Orgánicos, fundamentalmente la Demencia Degenerativa, así como las asociadas al consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas.
- La Debilidad o Retraso Mental Severo (clásicamente denominada Oligofrenia) aunque en algunos casos limitarían la capacidad de entendimiento de los hechos.

Los conceptos anteriores se pueden encontrar en las dos grandes clasificaciones de enfermedades mentales, la DSM IV y la CIE 10.

Los Trastornos de la Personalidad, no son verdaderas, enfermedades mentales, por lo que no deberían ser aceptados como causa eximente.

3.2.- Emoción violenta.

Una emoción violenta, es un estado de perturbación mental pasajero y curable, debido a causa ostensible y cuya intensidad llega a producir la anulación de la voluntad y la consiguiente repercusión en la imputabilidad. (ver más detalles en el capítulo de Emoción violenta)

Debe reunir los siguientes requisitos:

1. Que haya sido desencadenada por una causa inmediata y fácilmente evidenciable
2. Que su aparición haya sido brusca o al menos rápida
3. Que su duración haya sido breve
4. Que cure de forma igualmente rápida, por una curación completa, sin secuelas y sin probabilidad de repetición
6. Que la intensidad del trastorno mental sea origen sea de una anulación completa del libre albedrío e inconsciencia, no bastando la mera ofuscación.

Está descrito en:

Artículo 254º. (HOMICIDIO POR EMOCION VIOLENTA). El que matare a otro en estado de emoción violenta excusable o impulsado por móviles honorables, será sancionado con reclusión de uno a seis años.

La sanción será de dos a ocho años para el que matare a su ascendiente, descendiente, cónyuge o conviviente, en dicho estado.

3.3. Causas de justificación

Hay en ocasiones causas por las que el sujeto se concede una autorización o un permiso para realizar la acción prohibida por la norma o para omitir el comportamiento que ésta impone. Son proposiciones que son independientes de las normas. Mientras las normas ordenan comportarse de una manera determinada -omitiendo lo prohibido o haciendo lo mandado-, las autorizaciones

o permisos que dan el fundamento a las causas de justificación neutralizan la prohibición o el mandato de acción en circunstancias concretas.

3.3.1.- La Legítima defensa se justifica con los siguientes puntos:

- a) Es el Derecho Natural que asiste al agredido para repeler la agresión, puesto que el instinto de conservación y el sentimiento de la propia personalidad prevalecen por encima de cualquier consideración teórica y práctica.
- b) En la legítima defensa, el agredido en el fondo, ejercita una verdadera función pública, cual es la de preservar la vigencia del derecho en momento en que el Estado no puede hacerlo.
- c) En la legítima defensa el agredido está autorizado para ejercerla en cuanto tiene derechos e intereses legítimos que defender.⁽²⁴⁾

3.3.2.- El estado de necesidad

Surge por una situación no buscada ni provocada por el sujeto sino que la juridicidad de la conducta proviene de un estado en que a la persona no le queda otra salida que la perturbación de intereses jurídicos protegidos.⁽²⁵⁾

²⁴. Artículo 11º. Código penal. I. Está exento de responsabilidad:

1. LEGÍTIMA DEFENSA). El que en defensa de cualquier derecho, propio o ajeno, rechaza una agresión injusta actual, siempre que hubiere necesidad racional de la defensa y no existiese evidente desproporción del medio empleado.

2. EJERCICIO DE UN DERECHO, OFICIO, CARGO, CUMPLIMIENTO DE LA LEY O DE UN DEBER). El que en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo, cumplimiento de la ley o de un deber, vulnera un bien jurídico ajeno.

II. El exceso en las situaciones anteriores será sancionado con la pena fijada para el delito culposo. Cuando proviniere de una excitación o turbación justificables por las circunstancias concomitantes en el momento del hecho, estará exento de pena.

²⁵. Art. 12º. Código Penal. (ESTADO DE NECESIDAD). Está exento de responsabilidad el que para evitar una lesión a un bien jurídico propio o ajeno, no superable de otra manera, incurra en un tipo penal, cuando concurren los siguientes requisitos:

1. Que la lesión causada no sea mayor que la que se trata de evitar, tomando en cuenta, principalmente, la equivalencia en la calidad de los bienes jurídicos comprometidos;

2. Que la lesión que se evita sea inminente o actual, e importante;

3. Que la situación de necesidad no hubiera sido provocada intencionadamente por el sujeto;

4. Que el necesitado no tenga por su oficio o cargo, la obligación de afrontar el peligro.

Y debe reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Que el mal causado no sea mayor que el que se trata de evitar. Que exista un peligro serio y real como desencadenante de la acción necesaria.
- 2.- Que el Estado de necesidad no haya sido creado a propósito o sea provocado intencionalmente por la persona que lo invoca.
- 3.- Que el sujeto no se halle obligado a sacrificarse por su oficio o cargo, como por ejemplo en el caso de un bombero o policía de seguridad, que por razón de su oficio o su deber se halla obligado a sacrificarse para salvar la vida de otro que se encuentra en peligro.
- 4.- Que el mal sea actual y no haya posibilidad de evitarlo por otros medios.

3.4. Agravantes.

Pero por otra parte, el hecho de ponerse en situación de incapacidad, esta penado.

Artículo 19º. (ACTIO LIBERA IN CAUSA). Del Código Penal. El que voluntariamente provoque su incapacidad para cometer un delito será sancionado con la pena prevista para el delito doloso; si debía haber previsto la realización del tipo penal, será sancionado con la pena del delito culposo.

4. LA IMPUTABILIDAD EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

La imputabilidad decíamos anteriormente, aunque es un término jurídico, que no debería ser usado en los informes periciales, descansa sobre una base de índole psicobiológica, el estado biológico y psicológico del sujeto en el momento de los hechos.

Por lo tanto toda enfermedad mental que afecte a la inteligencia o a la voluntad, así como cualquier estado temporal de anulación o perturbación de la conciencia alterarán el grado de imputabilidad y resultaran ser eximentes.

Artículo 17º. Del código Penal. (INIMPUTABILIDAD). Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia. no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión.

Evidentemente, si nos atenemos a la letra muerta, “Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental”, hablaría de que si una persona

padece de una enfermedad mental, esta exenta de pena. Pero entonces, una neurosis fóbica, es una enfermedad mental, si causa muerte en otra persona, sería inimputable. Y como veremos mas adelante, una neurosis fóbica no tendría nada que ver con el comprender de la antijuridicidad o de su voluntad.

Y aun en el caso de una esquizofrenia, antiguamente denominada psicosis, hay que hacer una valoración cuidadosa acerca de cada caso concreto, ya que por ejemplo, en muchos casos una vez remitido el brote psicótico delirante de la Psicosis Esquizofrénica, que si, es inimputable, No se podría hablar de la misma forma en una Esquizofrenia que no estuviera en su fase aguda delirante, no habría una grave perturbación de la conciencia por tanto sería en todo caso semiimputable o parcialmente imputable.

En el caso de las llamadas psicosis reactivas breves, reacciones esquizofrénicas y trastornos esquizofreniformes estaríamos mas bien ante una imputabilidad parcial, dada su brevedad y remisión y por tanto, ante un caso de semiimputabilidad. Correspondiendo más al artículo 18 de nuestro Código penal, que habla de la semi imputabilidad. ⁽²⁶⁾

De hecho esta previsto, que si después de ser juzgada una persona, sufre una enfermedad grave, para lo que se usa un término antiguo: enajenación, deberá ser internado en una institución especializada, según el:

Artículo 74.- (CASO DE ENAJENACIÓN MENTAL).- En caso de que el condenado fuere atacado de enajenación mental después de pronunciada la sentencia, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad y se le aplicará la medida asegurativa de internamiento en una casa de salud. Si recobrare la salud, volverá a cumplir la pena en el establecimiento respectivo, debiendo descontarse el tiempo que hubiese permanecido en la casa de salud, como parte cumplida de la pena, salvo que haya mediado fraude de parte del condenado para determinar o prolongar

1. La Imputabilidad en las Neurosis

La Neurosis habla de la existencia de un núcleo neurótico, que configurara el apellido de la neurosis. (Neurosis: fóbica, obsesiva, de ansiedad, compulsiva)

²⁶. Artículo 18º. Del código Penal. (SEMI-IMPUTABILIDAD). Cuando las circunstancias de las causales señaladas en el Artículo anterior no excluyan totalmente la capacidad de comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión, sino que la disminuyan notablemente, el juez atenuará la pena conforme al Artículo 39 o decretará la medida de seguridad más conveniente.

Dicho núcleo neurótico, tiene un origen anterior, generalmente durante la infancia o adolescencia. El conflicto psíquico, en cuanto factor etiológico fundamental de las neurosis, estaría anclado en el inconsciente. Se trata de un trastorno con un curso fluctuante, donde el sujeto no pierde el juicio de la realidad. Hoy en día el término neurosis ha desaparecido, centrándose en consideraciones clínicas y descriptivas, incluyéndola dentro de los llamados “Trastorno de ansiedad” y “Trastornos somatomorfos”.

En las neurosis casi nunca se ve afectada la capacidad de obrar y de entender los actos que se llevan a cabo, por lo que reducción de la imputabilidad solo suele darse en escasas circunstancias, en las que las neurosis tienen un carácter grave o se complican por ejemplo con el consumo de alcohol y sustancias tóxicas.

La etiopatogenia de las neurosis es fundamentalmente psicológica, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por crisis de angustia y posiblemente algunas formas de fobia social, donde está acreditado el papel de un sustrato biológico mórbido. Y es, el en trastorno obsesivo compulsivo, en el que se pueden dar casos en los que, por ejemplo en una cleptomanía, la persona esta impelida a realizar su acción, para evitar enfrentarse a su núcleo neurótico, la persona no es dueña de su voluntad. ⁽²⁷⁾ En ocasiones la persona reconoce que el realizar la compulsión de una determinada actividad no tiene sentido, pero también reconoce que no puede evitarla. Son repetitivas y se acompañan de gran angustia.

2. Imputabilidad en la depresión.

Los criterios para hablar de un episodio depresivo mayor, son la presencia de cinco o más de estos síntomas: 1. estado de ánimo depresivo, tristeza, llanto. 2. Pérdida de interés en todo, disminuye la capacidad para el placer. 3. Pérdida importante de peso. 4. No puede dormir o duerme mucho. 5. Fatiga, pérdida de energía. 6. Sentimientos de inutilidad. 7. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse. 8. Pensamientos recurrentes de muerte

Puede ser de dos tipos: Endógena, causada por factores internos, bioquímicas y Exógena o reactiva, relacionadas con acontecimientos vitales o factores estresantes externos, por ejemplo la muerte de un ser querido.

²⁷. La voluntad se puede definir como la capacidad de decidir y realizar acciones que vayan dirigidas hacia un objetivo determinado. Lo que se denomina clásicamente como el «acto volitivo».

En cualquiera de ellas, la posibilidad de que una persona decaída, sin ganas de nada y con tristeza, tenga ganas de cometer un delito es muy poco probable. Pero, actualmente las depresiones han sido incluidas en un gran trastorno denominado afectivo. Dentro de los trastornos afectivos, nos podemos encontrar con el Trastorno Afectivo unipolar o bipolar, dependiendo si tiene solo fases maníacas o depresivas o ambas. En las depresiones bipolares los pacientes alternan fases depresivas con fases maníacas mientras que las depresiones unipolares los pacientes presentan únicamente episodios depresivos.

Hipócrates realizó las primeras referencias conceptuales y descripciones, de este cuadro, cuando habla de la clínica de la melancolía. En su obra *Corpus Hippocraticum* describe el tipo melancólico, con tendencia a padecer este trastorno en primavera y otoño y cuya causa es un exceso de bilis negra. También describe la manía, aunque se limita a considerarla como un estado inespecífico de agitación psicomotriz. El español Andrés Piquer nos legó una detallada descripción de lo que antiguamente se denominaba: enfermedad maníaco-depresiva padecida por el rey Fernando VI.

En estos casos habría que valorar la profundidad psicopatológica para ponerla en relación con el delito cometido. En los casos en predomine la forma depresiva (siempre que dicha depresión no derive del acto delictivo cometido) habrá que analizar cuidadosamente en que medida predomina lo neurótico sobre lo psicótico y viceversa; solo así se podrá determinar si ha habido una anulación de la imputabilidad, una atenuación de la misma o ninguna de estas dos cosas.

En los casos en que predomine la forma maníaca, al tratarse de una auténtica psicosis, el hecho delictivo cometido sería inimputable.

Según el DSM IV, el Criterios para el episodio maníaco, o hipomaníaco⁽²⁸⁾, son: un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana. Tiene autoestima exagerada o grandiosidad. Disminución de la necesidad de dormir. Hablador, más de lo habitual o verborreico. Presenta fuga de ideas, pensamiento acelerado. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

²⁸. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Barcelona 1995:338-339 y 344-345

Estos casos no necesariamente serán relacionados con problemas legales afectos al derecho penal. Pero si en temas de retrotramiento de los contratos de compra, que en ocasiones pueden resultar increíbles, por ejemplo la compra de 10 tractores con oruga para un supuesta finca que también se ha comprado, etc. La familia en los siguientes días, tiene necesidad de anular los contratos, justamente basados en la poca capacidad de juicio y el estar afecto de una psicosis afectiva, antiguamente denominada: psicosis maniaco depresiva y en la actualidad, Trastorno Afectivo bi o unipolar.

3. Imputabilidad en el retraso mental

No se debe usar términos como oligofrénico, , sino el termino de Retraso Mental, que fue consolidado por la OMS (²⁹) en su informe 15º, y de esa manera se ha ido aceptando en el CIE - 10 y en el DSM IV.

La inteligencia puede ser definida como: la capacidad general para resolver problemas nuevos. La capacidad para utilizar el pensamiento en forma eficaz y productiva. La capacidad de síntesis. O bien la capacidad de distinguir lo esencial de lo accesorio. (³⁰)

La medición de la inteligencia se lleva a cabo a través de los llamados Test de Inteligencia, siendo el más fiable de ellos la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (W.A.I.S). Un coeficiente de Inteligencia (C.I.) de menos de 70, significa, ya un Retraso mental leve.

En estos casos la imputabilidad va íntimamente unido al grado de deficiencia mental, (factor psicobiológico) siendo evidente que a mayor profundidad de deficiencia más inimputable sería el delito cometido.

A medida que disminuye la severidad de la deficiencia y sobre todo en los casos de inteligencia límite habrá que examinar con minuciosidad una serie de circunstancias en relación al delito cometido para poder valorar el grado de imputabilidad y sobre todo saber hasta que punto el sujeto tiene conciencia de que, lo que ha cometido, es un delito, su idea del bien y el mal, etc. Esta sintomatología tiene gran importancia desde el punto de vista forense ya que, se

²⁹ .- OMS. Organización de los Servicios para Retrasados Mentales. Serie Informes Técnicos, N° 392, Ginebra, 1968

³⁰ Fco. Alonso Fernández. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Ed. Paz Montalvo. Madrid. Tomo I, 1979: 348.

hacen a estas personas vulnerables a participar de forma inducida a cometer delitos. También se relacionan estos síntomas con la producción de actos denominados «corto circuito» que suelen acarrear delitos contra las personas con cierta frecuencia.

4. Imputabilidad en las esquizofrenias

El término esquizofrenia es relativamente nuevo, aunque la enfermedad en sí no había pasado desapercibida en el pasado. Antiguamente se la denominaba: Psicosis. En 1899, Kraepelin, apoyándose en el método experimental y tomando como principio el curso de la enfermedad, describió tres formas básicas de psicosis funcionales (demencia precoz, paranoia y psicosis maniaco-depresiva. Y Bleuler en 1911, utiliza el concepto de esquizofrenia entendiéndola como una escisión de lo psíquico, la incapacidad de entender la realidad y adaptarse a sus exigencias y “la irrupción de un mundo interior sobrecargado de fantasías desiderativas y, a veces, ideas delirantes de persecución que implican el apartamiento del mundo real” (31)

Las Ideas delirantes, deben ser: (32) Falsas, Irrebatibles a toda argumentación lógica. Se establecen por vía patológica, diferenciándose así de las creencias ancestrales, mágicas y religiosas, en las que priman los factores socioculturales. Y no derivan de otras manifestaciones psicopatológicas.

Generalmente, también hay alucinaciones, percepciones sin objeto, con un convencimiento de la realidad del fenómeno por parte del individuo que la sufre. Pueden tener corporeidad: Es el grado máximo de realismo de la alucinación, los objetos percibidos adquieren volumen cuerpo, dando al sujeto una total sensación de realidad. Y según el campo sensorial a la que pertenecen pueden ser: Auditivas, Visuales, Táctiles, Gustativas, Cenestésicas, Olfatorias y Kinésicas (Jaspers).

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia en DSM IV, es la presencia de dos o más síntomas siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Y una disfunción laboral importante.

³¹. F. Iglesias (coord.) Esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes. En: Manual del residente de Psiquiatría. Ed. Litofinter. Madrid 1997:963

³² Antonio Vallejo Najera, (director) Symposium de Psiquiatría Forense. C.S.I.C., Madrid, 1958

Sin embargo en la esquizofrenia paranoide, (Tipo paranoide [295.30]) ⁽³³⁾ una de las mas frecuentes en temas forenses, No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada. Pero hay preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Las ideas delirantes pueden ser: Paranoides, de perjuicio, celotipicas, etc.

En el caso de las esquizofrenias, por un parte esta, la incapacidad de entender la realidad y adaptarse a sus exigencias, viven, en un mundo delirante, irreal. Y por otra ese mundo interior sobrecargado de fantasías desiderativas e ideas delirantes de persecución, hace que no sean imputables.

Pero siempre que la esquizofrenia se encuentre en la fase delirante, ya que un esquizofrénico, que se encuentra en tratamiento puede no estar delirante y se puede considerar un semiimputabilidad, de acuerdo al grado de aceptación de la realidad.

5. Imputabilidad en las demencias

El problema fundamental en las demencias es la memoria. Pero una vez comprobado su carácter orgánico, irreversible y progresivo, se beneficiaran de la inimputabilidad completa.

Si el delito se comete en las fases iniciales de la misma la imputabilidad estaría solo parcialmente disminuida.

La memoria es la función psíquica basada en tres proceso esenciales: fijación o sea, capacidad para registrar una experiencia en el sistema nervioso central; retención, persistencia o permanencia de una experiencia registrada o engrama; y evocación, o capacidad para llevar a la conciencia una experiencia previamente registrada. Dentro de este cuadro, se pueden presentar Amnesias: pérdida del recuerdo

Pueden ser Amnesias Locales. Una Amnesia de Fijación o Antero grada: Es la imposibilidad para fijar estímulos, con dificultad para recordar hechos recientes pero no los antiguos que suelen ser aceptablemente recordados. Ante estos vacíos de memoria que se producen, el paciente recurre a un mecanismo defensivo llamado de «Confabulación» por medio del cual se rellenan con «invenciones» dichas pérdidas de memoria. Suele ocurrir en traumatismos,

³³. DSM IV Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Barcelona 1995:293

cuadros toximetabólicos, degenerativos etc.. . La Amnesia de Evocación o Retrógrada: En este tipo de amnesia se produce una dificultad para actualizar las vivencias ya fijadas y conservadas, pudiéndose considerar según la mayoría de los autores como la forma más pura de amnesia. Aparece con relativa frecuencia en procesos degenerativos como la Enfermedad de Alzheimer.

Y las Amnesias parciales, que puede ser la Amnesia Lacunar: que se da en determinadas epilepsias o trastornos tóxicos. En ella hay una pérdida de recuerdo en un periodo preciso en el que se padeció un trastorno en el nivel de conciencia, ya que en ese periodo el contacto con la realidad está severamente alterado y por tanto el nivel de imputabilidad disminuye notablemente. Y las famosas, Amnesias Selectivas: caracterizada por desaparecer voluntariamente del campo de la conciencia determinadas vivencias o hechos que conllevan sentimientos desagradables para el sujeto. Este borrado o desaparición no es tal ya que en circunstancias favorables como puede ser la hipnosis pueden actualizarse de nuevo. La amnesia selectiva aparece con frecuencia en cuadros histéricos y también en situaciones de sobresimulación.

6. Imputabilidad en las psicopatías

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. Este diagnóstico es el más conocido vulgarmente como Psicopatía y para otros dentro de la denominación de Sociopatía. La imputabilidad del psicópata siempre ha sido un tema polémico, ya que por un lado no son enfermos mentales, pero tampoco son personas “normales”.

La psicopatía es un trastorno de la personalidad, por lo que como cualquier trastorno de la personalidad, “per se”, no es considerado enfermedad mental y por tanto no debería ser susceptible de valorarse dentro de la inimputabilidad. Pero su valoración deberá hacerse en cada caso en particular debiéndose valorar la capacidad para comprender lo injusto del hecho y la capacidad de dirigir la actuación conforme a ese entendimiento.

Los criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7] ⁽³³⁾. Son, un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal.

³³. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Barcelona 1995:666

Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

El problema radica en que a veces se incluye bajo el epígrafe de psicópatas cosas muy diferentes, conductas desadaptativas con escasas alteraciones psíquicas. A ello hay que añadir la posibilidad de que la psicopatía sea complicada porque al trastorno de la personalidad de le añada un cuadro de drogodependencia.

7. Imputabilidad en las drogodependencias

En estos caso hay que distinguir entre consumidor y drogodependiente, pues solo el segundo ha perdido su libertad ante determinada droga, lo que evidentemente es una enfermedad mental, circunstancia que no se da en un simple consumidor.

El perito deberá valorar el grado de dependencia del sujeto a esa sustancia, su afectación cognitiva y volitiva y todo ello en relación al momento concreto en que se cometió el delito; si la acción estaba bajo los efectos de la droga o del síndrome de abstinencia. La capacidad de comprender únicamente se altera en los momentos de intoxicación aguda o en estadios finales donde ya existen lesiones orgánico-cerebrales y la capacidad para dirigir la actuación conforme a ese conocimiento está alterada por la propia drogadicción y por el síndrome >amotivacional< del dependiente.

Difícilmente la marihuana causa una dependencia psicoorganica como la que se produce con el consumo de la heroína. El síndrome de abstinencia del heroinómano causa dolores muy intensos, nauseas, sudoración y un afán compulsivo para conseguir la droga, que le hace en esa fase inimputable de los actos que realiza. Con el consumo de cocaína, hay una dependencia psíquica pero no hay un síndrome orgánico de abstinencia, de la magnitud de la heroína.

8. Imputabilidad en la epilepsia

Los cuadros epilépticos cuando desencadenan un delito, serían calificados de inimputables, incluso en los casos en que sea breve, ya que se corresponden con síndromes psicóticos que desestructuran el conocimiento, y la voluntad se convierte en una conducta impulsiva.


CAPITULO 6

EL ESTRES

1. EL ESTRÉS

Fue Hans Selye, un eminente investigador canadiense, quien introdujo por primera vez la palabra **ESTRÉS**, contrariamente a lo que se piensa, no es algo necesariamente negativo, sino que al contrario, en un nivel moderado puede ser positivo y hasta necesario.

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

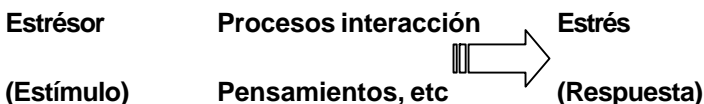


En nuestra vida diaria, el estrés hace acto de presencia materializado en un estímulo, proveniente, generalmente del exterior del organismo quien se apresta a defenderse y aparece la reacción de ansiedad. Un «síndrome de adaptación general», decía en 1936, Hans Selye.

La respuesta de nuestra organismo, ante una situación conflictiva, es una inicial alerta con cambios en el funcionamiento, a nivel conductual, fisiológico y cognoscitivo respecto a una posible amenaza, a la integridad (física o psicológica); con el objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía.

. ¿Qué es el estrés?

-Reacción inespecífica del organismo a distintos niveles, ante un daño o amenaza cuya finalidad es facilitar el afrontamiento de la situación y la adaptación a ella



2.- LA ANSIEDAD

La Ansiedad, es la reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una defensa ante lo que se considera una amenaza de su equilibrio habitual, ya sea de forma positiva o negativa. (Para algunos psicólogos conductistas, hay una gran diferencia del estrés, reacción biológica o fisiológica de la ansiedad, que tendría un componente psicológico o psicobiológico.)

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

3.- LA ANGUSTIA

La angustia es un sentimiento que nos revela el hecho de la facticidad humana. El miedo es un sentimiento que se produce ante una amenaza concreta, mientras que la angustia, es el temor que se experimenta a nada o a todo. La filosofía y la literatura existencial nos presenta la angustia como un radical básico de la existencia humana, como acicate de la autenticidad, pero hay cierto tipo de hombres y mujeres que viven sin plantearse esas cuestiones. [1] Por otra parte, para los psicoanalistas, el núcleo de toda neurosis se halla en la angustia y los síntomas neuróticos no son nada más que equivalentes angustiosos. Debemos a la fenomenología y a la analítica existencial (Hegel- Kierkegaard-Heidegger) una infinidad de estudios sobre la angustia.

La angustia religiosa de Kierkegaard ante la libertad de acceder al pecado y la condenación. El vértigo de la libertad. La angustia Metafísica de Heidegger de un ser para la muerte y el ansia de eternidad, se superan con la captación del propio ser y la trascendencia. La afirmación óntica del ser.

1. J.J.Lopez Ibor, C. Ruiz Ogara, D. Barcia: Psiquiatría. Tomo II. Barcelona: Toray. 1982: 756

Todos estos grados de angustia son grados de inquietud y experiencia, de la humanidad en general y se manifiestan como un fenómeno psicoespiritual, en cambio la ansiedad negativa, hiperestrés o angustia enferma, se manifiesta en el plano corporal, con trastornos reales o imaginarios. La ansiedad negativa estaría en relación a la presión excesiva, tanto en frecuencia como en intensidad, forzando al organismo a una respuesta de adaptación casi constante ante tan continuas y dramáticas demandas ambientales.[²]

La angustia existencial de Heidegger, en cuanto angustia de la muerte. La angustia ética o social sugerida por Sartre, por la libertad, vivida como responsabilidad ante otros. La angustia espiritual, que en Tillich se plantea como la búsqueda del sentido de la vida para superar el absurdo y lo incomprendible.

Son los efectos de este hiperestrés destructivo los que acaban agotando la resistencia del organismo.

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

3.- NIVELES DE ANSIEDAD

Cierta cantidad de ansiedad es normal y deseable para la realización de una tarea con eficacia. Hay una relación directa entre nivel de ansiedad ó motivación (arousal,drive) y la ejecución ó rendimiento (performance), de la tarea. Los aumentos de ansiedad ante determinados problemas, por ejemplo el rendir un examen aumentan de forma deseable la ansiedad. De esa manera se está normalmente motivado, normalmente ansioso y se puede rendir mas, se memoriza más.

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

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

². Jesus Martin Ramirez: Vida, Ambiente y Biología. (2º ed.) Madrid: Centreur. 1985

Esas actividades pueden estar a distintos niveles:

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

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

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

4.- ANSIEDAD PATOLÓGICA

La ansiedad patológica actúa siempre interfiriendo el rendimiento, cuanto mas ansiosos, estemos mas dificultad habrá, por ejemplo para rendir una examen.

Pero, la persistencia de esa ansiedad patológica a pesar de que el estímulo ha desaparecido, hace que se convierta en el núcleo de un problema neurótico. El organismo esta reaccionando ante un estímulo imaginario como si de una situación real se tratara.

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

Alonso Fernández, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, dice: "Frente a la angustia neurótica, aparece la angustia normal como una angustia existencial o metafísica. El hombre normal no reacciona a las situaciones peligrosas o los peligros concretos y patentes con angustia, sino con vivencias de miedo. No hay una angustia propiamente reactiva. He aquí, en esquema, una referencia de las tres modalidades de angustia normal: la angustia

existencial —ante la muerte—, descrita por Heidegger; la angustia *espiritual*, descrita por Tillich, y la angustia *metafísico-religiosa*, desvelada primero por Kierkegaard y después por Jaspers.”^[3]

5.- FASES DE EVOLUCION DEL ESTRES

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

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

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

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

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

³. Francisco Alonso Fernández: Fundamentos de la Psiquiatría Actual: (4ª ed.) Madrid: Paz Montalvo. 1979: 277

5.1.- Fases del Síndrome General de Adaptación

Comienza con la participación de los dos ejes neuroendocrinos

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

Caplan (1964) la divide en :

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

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

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

5.1.1.-Fase de impacto-agresion -tension.-

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

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

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

5.1.2.-Fase de inquietud-resistencia-activacion.-

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

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

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

5.1.3.-Fase de estrés-cambios fisiologicos-desequilibrio.

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

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

La situación de estrés se hace presente incluso antes de nacer, durante el parto y se va agudizando conforme pasan los años y se hace mas patente en las ciudades modernas y con mayores alcances tecnológicos que multiplican los factores estresantes como son la soledad, anonimato, falta de comunicación, las prisas, etc.

Pero esta situación de estrés se mantendrá como habíamos dicho en la medida en que no se le ponga solución eficaz. No es posible mantenerse en situación de estrés mucho tiempo, el organismo no lo soporta; ya que en ese caso, el

organismo utiliza otros mecanismos de defensa: normales o patológicos y pasa a la última fase.

5.1.4.- Fase de reconstrucción-reequilibrio

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

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

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

En la etiología de la neurosis entra lo cosmógeno y lo psicógeno (Tellenbach), o éndogeno (Freud). Por lo que en la moderna terapia de las neurosis lo más aconsejable es valerse de una coterapia integrada por psicoterapia, psicofármacos y socioterapia.

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

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

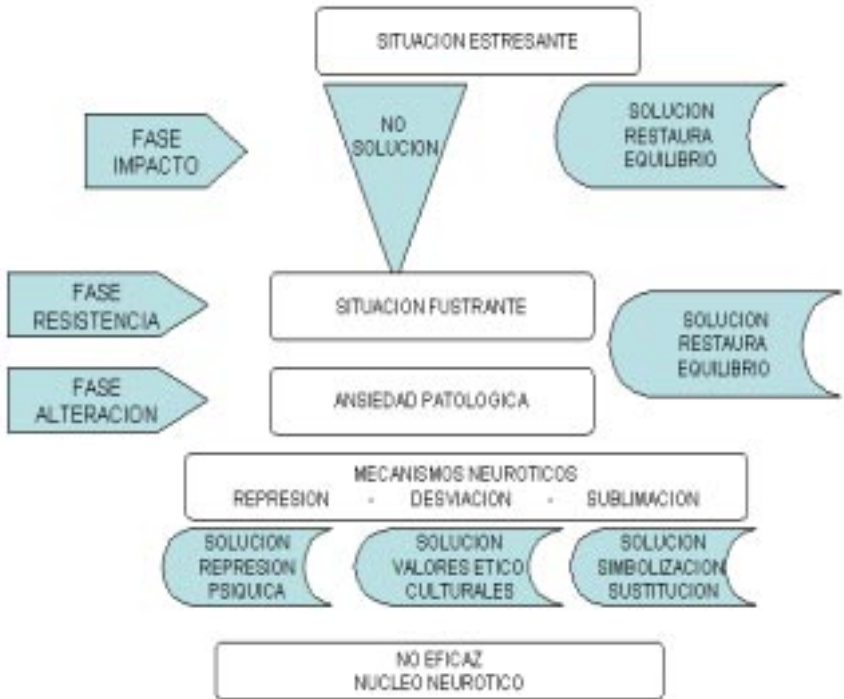
Y por otra parte el momento patogénico de las neurosis, del desencadenamiento del síntoma o el establecimiento inconsciente de la neurosis.

Hablamos sobre las neurosis porque es frecuente escuchar opinar de que casi todo el mundo esta con neurosis, no es cierto, eso sería aceptar que todos los mecanismos de represión se consideran neurosis. Hay que diferenciar entre el uso de mecanismos neuróticos y la neurosis, todos; en algún momento de nuestra vida hemos usado mecanismos neuróticos, como una forma de defender nuestro equilibrio psíquico. Los mecanismos neuróticos como formas de defensa, son universales. Tan solo el quince por ciento de la población se puede aceptar que padecen de neurosis.(Alonso Fdez. 1996)

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

La creencia de que se requiere algún tipo de preparación sumamente complicada para abordar estos problemas, o que son terreno del especialista en psiquiatría, es otro tipo de error que debe superar. La mayoría de las veces lo que se requiere es una actitud de buena predisposición para integrar estos aspectos y un buen conocimiento de las causas para la el desencadenamiento de las fases de ansiedad y el apoyo en la búsqueda del equilibrio. Evidentemente la complejidad del cuadro, debería hacernos pensar en la búsqueda de un profesional especialista.

FORMAS DE RESOLUCION DE LA ANSIEDAD



6.- LAS EMOCIONES

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

Pocos esfuerzos serios se han hecho por estudiar científicamente el campo de los afectos, los sentimientos y las emociones. Y pese a que el mismo J.B. Watson en su formulación (1919) de la «organización integral total» de la conducta incluyera, junto a los planos manual (movimiento) y verbal (lenguaje), el plano visceral particularmente centrado en las emociones; hasta llegar a escribir: “El pensamiento puede ser sucesivamente kinestésico, verbal o emocional. Si la organización kinestésica se bloquea, predomina entonces la organización emocional.” (Cfr. Cosnier, 1994: 105).

El vocabulario “tímico” no sólo caracteriza la literatura sino que empapa las conversaciones cotidianas. Los términos relacionados con los estados emotivos, con los sentimientos, con las pasiones etc. son muy numerosos en nuestro idioma.

Las emociones, terreno de disputas entre quienes las ensalzan y quienes las condenan, a la vez que dan contenido y sentido a nuestras vivencias cotidianas, nos asustan por su sentido impositivo y descontrolado. Con Platón muchos consideraron que las emociones perturbaban el normal discurrir del pensamiento. Kant las consideraba enfermedades del alma. Para Darwin eran formas adaptativas y evolutivas y para Sartre «un mode d'existence de la conscience» (1939).

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

Nosotros, de modo propedeúico, entendemos la emoción como una forma compleja de afecto que conlleva reacciones viscerales y cognitivas que suelen ser provocadas por determinadas situaciones y que podemos identificar con un nombre.

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

Podemos distinguir entre:

- Emociones básicas, puntuales, de corta duración,
- Emociones espontáneas, como temor, sorpresa, ira, alegría, tristeza.
- Actitudes emocionales como: amor, odio, etc
- Humores: euforia, irritación.
- Rasgos caracteriales: una depresión, manía...emociones complejas, como la envidia, el rencor.

La emoción conlleva: una manifestación fisiológica observable (latidos del corazón, temblores, transpiración, horripilación, modificación).

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

6.1.-Los sentimientos positivos

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

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

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

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

Tan incomprensible como el cuento de hadas del beso del al sapo que se convirtió en príncipe. O quizá sólo era una cuestión de actitud «Por lo menos, así lo veía ella. Por lo menos, así se sentía él»^[4]

4. Jorge Bucay. Carta 32. En: Cartas para Caludie. Palabras de un psicoterapeuta questaltico a un amigo. Ed. Nuevo Extremo. Bs. As. 1999

CAPITULO 7

LA VIOLENCIA

Vivir con una persona agresiva no es una tarea fácil. Las discusiones siempre acaban con un puñetazo encima de la mesa; los pequeños conflictos desembocan en gritos y un intercambio de opiniones, en malas caras... y siempre nos preguntamos porqué se llega a la agresividad, porqué se llega a la violencia.

También es verdad que las noticias nos llevan a asociar la agresividad a una serie de malos tratos físicos, pero puede haber una agresividad verbal, sin que necesariamente haya un “ataque” físico. Puede ser una agresividad directa, que puede ser física o verbal, una indirecta en la que la persona arremete contra los objetos que han originado el conflicto y por último la agresividad contenida en la que la persona grita, gesticula o produce expresiones faciales de frustración.

Otras veces es un medio para conseguir determinados objetivos cuando la persona no es capaz de lograrlo a través de otros medios, por un déficit en sus habilidades.

La conducta agresiva puede surgir por muchas y muy diferentes razones; el estrés es una de ellas. Una persona estresada puede utilizar la agresión como válvula de escape a todas sus preocupaciones y problemas. Como explicábamos en el Capítulo anterior.

La válvula de escape de la frustración es la conducta agresiva. Por ejemplo: la frustración de una persona mayor al no poder realizar actividades que antes podía hacerlas, cambios en el entorno en nuestra forma de vivir, en la pérdida de afectos, ante las intenciones de los demás. Como consecuencia de un estado de ánimo decaído, sentimientos de soledad, etc.

Una conducta agresiva es aprendida en el entorno familiar, se le enseña a reaccionar ante los problemas, ante la frustración, y usa los mismos mecanismos de su familia originaria. Otras veces es la consecuencia de un entrenamiento sociocultural.

Antiguamente se aceptaba que la agresividad era algo heredada, genético. Hoy en día sabemos que no es así. Aunque hay sociedades que reaccionan a la

frustración con una determinada forma de agresividad. El individuo es producto de su sociedad y cultura, se nos programa funcionalmente a lo largo de toda la vida.

Hay un comentario del antropólogo Ashley Montagu, criticando el punto de vista innatista de Konrad Lorenz y Robert Ardrey, entre otros. Indicando, que dichos puntos de vista padecen de un defecto, a saber, la atribución de cualidades de otros animales al hombre, por lo que se asume la «agresión innata» como un leit-motiv que se dirige no a la explicación de ese comportamiento agresivo, sino, principalmente, a sugerir el ejercicio de algún dispositivo de control sobre el ser humano. (Montagu, pag. 195). Estas referencias hechas por Montagu, indican la fuerte presencia de las concepciones positivistas en las ideas que se tenían sobre la conducta delincuente a finales del siglo pasado y a principios de este.

El individuo es producto de su sociedad y cultura, aprendemos a satisfacer nuestras necesidades nuestros deseos de una forma socialmente aceptada. Nos neurotizamos, diría Fromm.[¹] Ya que la sociedad, nos reprime y nos volvemos mas sociables y buscamos una mayor aceptación social en la medida que nos reprimimos o aceptamos las normas.

Así que agresividad y violencia son etiquetas definidas según la necesidad de cada grupo de dominación en la definición cultural de cada cual. El diagnóstico será según cada grupo lo estime conveniente. Por tanto la violencia, es algo meramente interpretativo. Cuando una persona transgrede las normas socioculturales son tratados como estorbos que deben ser alejados ya sea en cárceles o en manicomios, Sin embargo se le pide que sea agresivo en los negocios, se le pide un cierto nivel de “agresividad”, como algo natural, pero la violencia sería lo -no natural-

La abundancia de la violencia en nuestra sociedad puede verse en la persistencia de las guerras, en todas las formas de terrorismo mundial, en las guerrillas, insurrecciones y combates del mundo entero; en el aumento de la inseguridad ciudadana y de la desprotección de los débiles, los pobres, los niños, en la persistencia de las distintas formas de miseria y supresión de libertades; en toda forma de autoridad despótica.

La violencia en otros seres vivos de nuestro mundo, es más bien excepcional y extraordinaria. En cambio, el hombre es capaz de una violencia hasta un grado difícilmente sospechable.

¹. Erich Fromm. El miedo a la libertad. Ed. Paidós Ibérica. 2008

La ley del hombre es la medida de la razón sobre sí mismo y sobre los demás. Y porque es dueño de su propia ley y puede atropellarla. Cuando prescinde de ella, se toma violento e irracional, pierde lo que en él es hegemónico y directivo, y se hace malo a sí mismo. La violencia es la pérdida de la razón: no tiene explicación, es la fuerza bruta. La violencia en el mundo humano es el imperio de la irracionalidad, deponer a la razón de su lugar y embrutecerse.

La agresividad humana es un instinto que, si no se hace razonable, se vuelve violento. El motivo fundamental es un mal encauzamiento de la agresividad. Si es un instinto natural, la violencia humana, hay moderarla, encauzarla en una fuerza armonizada con el resto de las dimensiones psíquicas, y la dirige a sus fines inteligentes. Quien busca hacer daño, por otra parte, hace mal uso de la razón, pues la pone al servicio del odio. Toda violencia sería, en el fondo, una carencia de ternura con el otro. Pero quien no da ternura quizá es porque no la ha recibido, ni la tiene. La psicología nos dice que ésta es lo que el niño busca en la madre y el impulso primario de la madre hacia el niño. La ternura establece el diálogo afectivo que completa la urdimbre humana, familiar y social que rodea al ser humano en período naciente y creciente, y termina de completarlo.

La agresividad es, pues, en el fondo, una solicitud de diálogo; la violencia, un diálogo frustrado. Por lo que habría que interpretar que toda conducta agresiva es un diálogo mal llevado. Toda agresividad toda violencia, por extraño que parezca, trata de dialogar, de manera razonable, irrazonable o, que es la más frecuente, desesperada. ¿Por qué? Porque en ello está la clave de la estructura psíquica más secreta. Porque la respuesta de la ternura que el hombre necesita es la que le constituye en esos niveles complejos de su persona, de donde brota la autonomía, la iniciativa, la creatividad, la plasticidad del espíritu». En pocas palabras: sin ternura nos hacemos agresivos e inhumanos; la persona violenta manifiesta un déficit de cariño que está tratando de remediar, quizá sin saberlo.

La estructura social contemporánea provoca carencias graves, por ello la violencia es casi consustancial y aparece, primero en las relaciones interpersonales, después en las relaciones de las personas con las instituciones y los grupos, y viceversa, y por último en las relaciones de pueblos y naciones entre sí. Dichas carencias, se resumen en dos: la falta de ternura y la falta de ley. La primera es la ausencia de amor. La segunda la ausencia de justicia. El amor y la justicia son, como se dijo, las dos relaciones interpersonales propiamente humanas.

La libertad “caracteriza la existencia humana como tal, y al hecho de que, además, su significado varía de acuerdo con el grado de autoconciencia del

hombre y su concepción de si mismo como ser separado e independiente.”[²] “El gobierno de la conciencia puede a veces ser mas duro que las autoridades exteriores,, dado que dichas ordenes son las suyas propias, como puede rebelarse contra si mismo.?”

Hoy en día lo que reina es la autoridad anónima, no tanto la autoridad manifiesta. Aunque se disfraza de opinión publica, salud psiquica, sentido comun, etc. Pero a veces es mucha más efectiva dicha autoridad, ya que no se llega a sospechar jamás la existencia de las ordenes que emanan, ni de las ordenes a cumplir, de la autoridad anónima

La agresión física, la destructividad, representa una forma de huir de un insoportable sentimiento de impotencia, dado que se dirige a eliminar todos aquellos objetos con los que el individuo debe compararse: la angustia y frustración de la vida.

“El hombre moderno vive bajo la ilusión de saber lo que quiere, cuando, en realidad, desea únicamente lo que se “supone” (socialmente) ha de desear.”[³]

Hay una dificultad especial en reconocer hasta que punto nuestros deseos, asi como los pensamientos y las emociones; no son realmente nuestros sino que los hemos recibido desde afuera, relacionados estrechamente con el problema de la autoridad y de la libertad. La libertad positiva consiste en la actividad espontánea de la personalidad total integrada.

En el Miedo a la Libertad de E, Fromm (1977), se habla sobre todo de la libertad como peligro y como carga,

1. LAVIOLENCIA.

La agresividad representa a la capacidad de respuesta de l organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. Desde esta perspectiva la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos. Así, el individuo requiere de cierto grado de agresividad para moverse en el mundo, para lograr objetivos y vencer dificultades y obstáculos.

Por el contrario, la violencia tiene un carácter destructivo sobre los objetos y las personas y supone una profunda disfunción social. Si bien la violencia se apoya

². Erich Fromm. El miedo a la libertad. Ed. Paidos Bs. As. 1977: 50

³. Erich Fromm. El miedo ... oc. cit. 1977: 296

en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva, no todas las personas son violentas, aunque el ser humano por estructura lleve consigo a la agresividad como mecanismo de sobrevivencia. En otras palabras, todas las personas en distintos niveles y formas son agresivas, pero no siempre y necesariamente violentas.

“La violencia puede, en algunos casos, desencadenarse de manera impulsiva o ante diferentes circunstancias situacionales (el abuso de alcohol, discusiones, contagio emocional del grupo, fanatismo, presencia de armas, etc.) en otros, presentarse, como en el caso de la violencia psicopática, de una forma planificada, fría y sin ningún tipo de escrúpulos” [4]

En este sentido la **violencia** es un concepto que engloba no sólo las conductas agresivas sino la forma de manejo de la agresividad en el ser humano. La violencia es la expresión de la pulsión de muerte o destrucción en todas sus vertientes, desde el maltrato, el abandono, la agresión, hasta el asesinato, explotación, discriminación, terrorismo, etc., etc.

“De acuerdo a la OPS/OMS, la violencia se ha definido desde 1993, como un problema de salud pública. De esta manera, hay tres aspectos fundamentales donde la perspectiva y los métodos de la Salud Pública, pueden contribuir significativamente a enfrentar el problema:

Haciendo énfasis en la prevención, antes que en el tratamiento.

Favoreciendo un enfoque multidisciplinario y multisectorial en el análisis y abordaje.

Estimulando el uso del enfoque epidemiológico.” (OPS/OMS en Ministerio de salud y asuntos de género; s/a: 14)

En este sentido, la violencia se expresa todos los días en las calles, en los colegios, en los hogares, en el trabajo, viene desde el gobierno, desde grandes monopolios, que desdibujan los derechos de los individuos, mujeres, niños, indígenas, los países, las naciones, la humanidad entera. Sin embargo, al igual que la agresión, dentro del hogar, la violencia se puede clasificar en tres grandes tipos, pasemos a analizarlos.

2.- DEFINICION DE VIOLENCIA.

La Organización Mundial de la Salud define violencia como:

4. Enrique Echeburúa. Personalidades Violentas. Ed. Pirámide. Madrid. 1996: 33

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

Esta definición también comprende tanto violencia interpersonal como comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre una amplia gama de actos que van más allá de la agresión física para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos visibilizados como el daño psíquico, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Edelma Jaramillo plantea: “La palabra violencia viene del latín violare, significa infringir, quebrantar, abusar de otra persona por violación por astucia. Se define también como una fuerza o coacción ejercida sobre una persona”.

Jorge Corsi expresa: “La violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un “arriba y un “abajo” reales o simbólicos que adoptan forma de roles complementarios”.

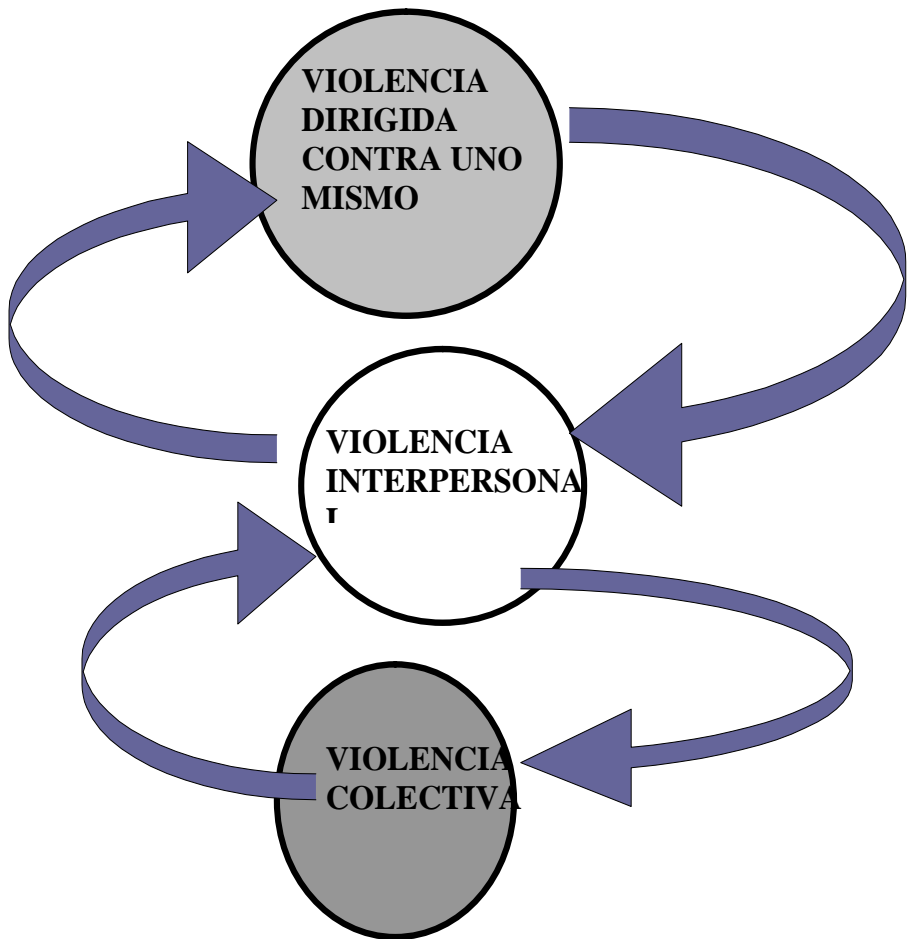
La conducta violenta es posible dada la condición de desequilibrio de poder, este puede estar motivado culturalmente o por el contexto o producido por maniobras en las relaciones interpersonales de control en la relación.

Las relaciones de poder cambian, no están estáticas y están relacionadas con género, etnias, nivel socio económico; de ahí que unos tengan más o menos poder y puedan en un momento determinado ejercer un poder sobre el otro.

3.- CLASIFICACION DE LA VIOLENCIA.

La clasificación según el Informe Mundial Sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud, divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del hecho violento:

1. Violencia dirigida contra uno mismo.
2. Violencia interpersonal.
3. Violencia Colectiva.



TIPO DE VIOLENCIA	CARACTERISITICAS
VIOLENCIA DIRIGIDA CONTRA UNO MISMO	<p>Comprende: El comportamiento suicida, desde el pensamiento de quitarse la vida, el planteamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, intento de autoeliminarse y la consumación. Y las autolesiones (automutilación).</p>
VIOLENCIA INTERPERSONAL	<p>Se divide en dos :</p> <p>Violencia Intrafamiliar o de Pareja: se produce por miembros de la familia o compañeros sentimentales. Abarca el maltrato a los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato hacia los ancianos.</p> <p>Violencia comunitaria: Se produce entre individuos no relacionados entre si y que pueden conocerse o no, acontece generalmente fuera del hogar. Este tipo violencia incluye la violencia juvenil, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en escuelas, lugar de trabajo, prisiones y residencias u hogares de ancianos.</p>
VIOLENCIA COLECTIVA	<p>Es la violencia por personas que se identifican a si mismas como miembros de un grupo frente a otro con fines políticos, económicos o sociales. Adoptando diversas formas: Conflictos Armados entre Estados (entre ellos y dentro de ellos), Genocidios, Represión Y Otras Violaciones de los DDHH, Terrorismo Y Crimen Organizado.</p>

Existe diversidad de criterios, concepciones, posiciones teóricas a la hora de clasificar las diferentes formas de violencia.

La OPS/OMS también clasifica en lesiones intencionales y las no intencionales, dentro de las INTENCIONALES, se encuentran la Violencia autoinflingida y la Violencia interpersonal, como se evidencia en el siguiente cuadro:

4.- CLASIFICACION DE LA NATURALEZA DE LA VIOLENCIA.

Según la Organización Mundial de la Salud, también toma en cuenta la Naturaleza de los actos violentos, que pueden ser FÍSICOS, SEXUALES Y PSÍQUICOS, están basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y al víctima, y en el caso de la violencia colectiva sus posibles causas.

4.1. VIOLENCIA FÍSICA:

Es la agresión en el cuerpo producida por: golpes, empujones, puñetazos, jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas, quemaduras, lesiones por estrangulamiento, lesiones por armas cortopunzantes, lesiones por arma de fuego y otras agresiones. Y finalmente la violación con los componentes físicos de daño corporal, como hemorragias, proctorragias, desfloración o desgarros

4.2. VIOLENCIA SEXUAL:

Es la afectación en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual y observaciones lesivas, agresión sexual y/o sexo forzado. También pueden ser: las sugilaciones.

4.3. VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

Es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación, control económico y financiero, acosamiento, acecho, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas de dañar a personas cercanas, amenazas de quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional. Y que pueden ocasionar consecuencias psicológicas desde un labilidad emocional, un estado de ansiedad, crisis de ansiedad generalizada, angustias, miedos, sentimientos de culpabilidad, depresiones e Intento de suicidio.

TIPOS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	VIOLENCIA JUVENIL	VIOLENCIA ENTRE TERCEROS	VIOLENCIA INSTITUCIONAL	VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR	MALTRATO INFANTIL	VIOLENCIA AUTOINFLINGIDA
FORMA							
VIOLENCIA FISICA							
VIOLENCIA PSICOLOGICA							
VIOLENCIA SEXUAL							
ABANDONO NEGLIGENCIA Y DESCUIDO							

Modificado de Lamina 9, en Informe mundial sobre violencia y la salud: resumen. OPS/OMS Washington 2002.

CAPITULO 8

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Núñez de Arco y H. Carvajal

1.- LA VIOLENCIA DOMESTICA

“En sentido estricto, violencia domestica significa cualquier tipo de violencia que ocurre en el seno de la familia, por ejemplo entre los miembros de la pareja, entre padres e hijos, etc. No hay que olvidar a este respecto que “domestica” proviene del latin “domus” que significa casa.” Por lo que se puede decir que violencia domestica y violencia intrafamiliar son expresiones sinónimas.

Hay que distinguir entre un simple **conflicto familiar** y la **violencia intrafamiliar**. Comportamientos normales como discusiones, peleas, controversias no conducen, necesariamente a comportamientos violentos para su resolución.

Ganzenmüller decía: “toda acción u omisión física, psíquica o sexual practicada sobre los miembros más débiles de una comunidad familiar, fundamentalmente las ejercidas sobre menores, mujeres y ancianos, así, como las derivadas de la ruptura de la convivencia o relación afectiva, que cause daño físico o psicológico o maltrato sin lesión” (1)

Para establecer que una situación familiar es un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica. Nos referimos a la violencia familiar, a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vinculo intrafamiliar.

La Violencia intrafamiliar hasta hace poco, se entendía como la violencia contra la mujer, pero no es así, hay que distinguir mucho entre la violencia contra la mujer, específicamente y la violencia ejercida contra o entre miembros de la familia.

2.- VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (2)

¹ .- Ganzenmüller Roig y otros (1999) “*La violencia doméstica*”, Barcelona: Ed. Bosch.

².- Resolución de la Asamblea General de la ONU: 48/104 del 20 de diciembre de 1993

Artículo 1

A los efectos de la presente Declaración, por «violencia contra la mujer» se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Artículo 2

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

De un tiempo a esta parte en Bolivia ha crecido una conciencia social, en la que se reclama la efectiva presencia de las leyes al respecto, con un conocimiento mayor de que no era normal la violencia contra la mujer. Deja ya, de ser una frase habitual: “Me pega lo normal”, que teníamos que usar en nuestras primeras investigaciones al respecto y en nuestras encuestas; cuando se preguntaba sobre la agresión en la pareja. Tanto ha sido así, que mi buen amigo Miguel Lorente, le ha puesto ese título a su libro.⁽³⁾

En la Violencia contra la mujer, dentro de la Violencia doméstica o intrafamiliar, se pueden dar dos tipos de violencia.⁽⁴⁾

- a) Violencia en las relaciones de pareja establecidas
- b) Violencia en las relaciones de enamoramiento o noviazgo.

³.- Miguel Lorente Acosta.(2003) *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: Realidades y Mitos* España: Ed. Crítica.

⁴.- Jose San Martín y Yolanda García; *Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie documentos 5, Valencia 2003, p. 12

Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas,, la violencia de pareja es abrumadoramente mayor de parte masculina contra la mujer, entre el 10 y el 69 % de mujeres indicaron haber sufrido violencia en 48 encuestas en todo el mundo.⁽⁵⁾ En Japón en un estudio de 613 mujeres, relataban que un 10 % habían sufrido violencia física únicamente , pero el 69 % indicaba que había sufrido violencia física, psíquica y sexual.⁽⁶⁾

En Bolivia en una investigación “sobre prevalencia de la violencia doméstica en tres municipios del país realizada en 1998, señala que de cada 10 mujeres casadas o en unión, entre 5 y 6 reconocen ser víctimas de violencia en su hogar, con predominio de agresión física.”⁽⁷⁾

3.- LA MUJER COMO VICTIMA.

Recientemente se ha definido la victimización dentro de la violencia intrafamiliar, como el “síndrome de agresión a la mujer” (SAM) (Lorente, 1998)⁽⁸⁾ refiriéndose a las «agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: Maltrato en el medio familiar, agresión sexual en la vida en sociedad y acoso en el medio laboral».

El síndrome queda definido como un hecho general caracterizado por la realización de una serie de conductas agresivas hacia la mujer en las que la violencia se desarrolla bajo unas especiales circunstancias, persiguiendo un determinado objetivo y motivado por una serie de factores comunes.

“En el caso específico de la violencia doméstica contra las mujeres cuando las personas se preguntan ¿por qué no se va? ¿por qué no deja al agresor? ¿será porque le gusta o porque es una cobarde? Estas personas no se

⁵.-LL Heise, M. Ellsberg, M. Gottenmoeller; *Ending Violence against women*. Johns Hopkins University School of Public Health. Population reports, Series L, N° 11. Baltimore 1999

⁶.- M.Yoshihama, SB Sorenson; *Psysical, sexual and emocional abuse by male intimates: experiencias of women in Japan*. Violence and Victims., 1994, 9:63-77

⁷.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes Salud y equidad de género: documento de trabajo. Plan nacional 2004-2007/ Ministerio de Salud y Deportes; Organización Panamericana de la Salud; Plataforma de la Mujer.- La Paz: OPS/OMS, 2003.

⁸.- Miguel Lorente Acosta & Jose Miguel Lorente Acosta, (1998) *Agresión a la mujer:Maltrato Violación y acoso*. Granada-España: Ed. Comares.

plantean la lucha interna contra las estructuras de opresión internalizadas y las luchas externas contra el agresor, la familia, la cultura y las instituciones, que las mujeres sobrevivientes de violencia libran día a día en la cotidianidad de sus vidas. Es en la cotidianidad que las mujeres luchan contra la ideología hegemónica sobre la familia, internalizada a través de los procesos culturales y de socialización, a la vez que libran sus luchas contra el poder del agresor, su familia y las instituciones sociales que la definen no sólo como mujer, madre y esposa, sino también como víctima de violencia. Las mujeres resisten, cuestionan y se oponen al poder ejercido por su pareja, a la ideología internalizada y a los mandatos de la cultura.”⁽⁹⁾

Teorías Sobre La Violencia Contra La Mujer:

Según E. Vargas Alvarado ⁽¹⁰⁾: hay tres teorías, unas psicológicas, unas sociológicas y otras teorías criminales.

Teorías Psicológicas:

1. Según Erin Pizzey, habla del comportamiento violento es instintivo y racional, los victimarios de mujeres tienen la violencia física en la mente desde la niñez y están fuera de la Ley.
2. Para Gayford,⁽¹¹⁾ el hombre y la mujer pueden por igual provocar violencia, cuando lo hace la mujer se convierte en víctima. Al alcohol se le atribuye el papel de factor precipitante.
 - A) **Esposa inadaptada:** hija agredida, se caso en forma precipitada, para alejarse del hogar paterno.
 - B) **Esposa demasiado competente:** creció rodeada de mucha protección, tuvo una educación esmerada, su excesiva competencia exaspera al marido, debe recibir psicoterapia.
 - C) **Esposa provocadora:** coqueta con otros hombres, busca experiencias excitantes y provoca celos del cónyuge.

⁹.- Valle Ferrer, Diana, *Violencia Doméstica y Resistencia de las Mujeres: Una mirada crítica*. Ponencia: 33 Congreso Mundial de las Escuelas de Trabajo Social. Santiago de Chile. Mayo 2006

¹⁰.- E. Vargas Alvarado(1999) *Medicina Legal* (2ª ed.) Mexico DF: Ed. Trillas, p. 310-316

¹¹.- Gayford, J. J. (1975). Wife battering: A preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 25, 194-197.

- D) **Esposa de larga resistencia:** resignada desde la niñez a ser maltratada, tiende a refugiarse en el alcoholismo.
- E) **Esposa alcohólica:** fármaco dependiente y paciente psiquiátrica, suele elegir un compañero de características similares.
- F) **Esposa violenta:** se enfrenta al marido agresor.
3. Judd Marmor indica que las causas de la violencia son individuales y colectivas.
- A) Las causas individuales son biológicas, como factores genéticos, hormonales, enfermedad cerebral orgánica y abuso de drogas, Las causas psicógenas, son la frustración, envidia, rechazo, inadaptación y alineación.
- B) Las causas colectivas: la pobreza y las escenas de violencia de los medios de comunicación ofrecen a individuos susceptibles de la misma.
4. Según Seymour Hellerck, las conductas y las condiciones medioambientales deben dar sospecha de violencia al personal de salud.
- A) **Entre las conductas.** Antecedentes de comportamiento violento, amenazas de violencia, pérdida de los padres, brutalidad paterna e inestabilidad emocional.
- B) **Entre las condiciones del ambiente:** abuso de drogas, desavenencias familiar reciente y situación de baja autoestima del individuo, especialmente de los varones de la familia.
5. El riesgo del tiempo compartido, la pareja se tolera durante la semana, mientras que cada uno está ocupado en su trabajo, pero el domingo que permanecen juntos hay discrepancias y estalla la violencia.

Teorías Sociológicas:

1. Según Rebeca y Russell Dubash, indica que la **violencia es endémica de las sociedades occidentales modernas**, donde el hogar se ha convertido en lugar más peligroso para la mujer y los hijos que para el esposo.
2. Para Richard Gelles,⁽¹²⁾ la violencia como un medio para lograr un fin: donde la violencia es una respuesta al estrés causado por las estructuras establecidas; el estrés produce a veces frustración que es seguida de violencia

¹².- Gelles, R. J. (1976). Abused wives: Why do they stay? *Journal of Marriage and the Family*, 38, 659-668.

3. Goode nos habla de la **teoría del Intercambio**; mientras el hombre disponga de más fuentes para satisfacer sus necesidades, hará menos uso de la violencia; mientras que el marido de clase baja sólo le queda la fuerza física para mantener su supremacía dentro de la familia.
4. Para O'Brien la **teoría de la inconsistencia de estatus**: cuando el marido lo supera en educación, instrucción, trabajo y salario, la violencia es el reforzamiento de la dominación masculina.
5. Según Murria A. Strauss, expresan que la violencia intrafamiliar se debe a la **desviación de las estructuras de autoridad**, sería el uso de mayor fuerza física por parte del hombre para defender su posición de superioridad; la sociedad le inculca a la mujer el papel de madre y esposa, reforzando la dependencia hacia el marido.
6. Según Whitehurst, quien dice que el propósito de la **violencia masculina es controlar a la mujer**, permitiendo al marido sentirse superior dentro el núcleo familiar.
7. Para Jalma Hanmer (¹³), expresa que el **aparato estatal representa los intereses del varón como grupo dominante**, donde el estado define a la mujer como inferior en estatus que el hombre.

Teorías Criminológicas:

1. Morán habla de la **Subcultura de la violencia**., Representada por los hombres, la violencia es el medio de resolver los problemas y demostrar autoridad. Este comportamiento es transmitido culturalmente de generación a generación.
2. Los autores Marvin Wolfangs y Franco Ferracutt, hablan del **Machismo** como uno de los factores que forma parte del sistema de valores, que lleva a responder con violencia a estímulos relativamente débiles.
3. Prescott(¹⁴) dice que **la agresión física reprime el comportamiento sexual**, indica que hay relación entre la privación de afecto físico y la represión sexual de los adolescentes con respecto al comportamiento de agresión física.

El **Síndrome de Maltrato a la Mujer**, se define como el «conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el

¹³.- Hanmer, Jalma; Griffiths, Sue. *Policing domestic violence*. In: Reducing domestic violence...What works?. London: Policing & Reducing Crime, 2000.

¹⁴.- Prescott, «Cross-Cultural Studies of Violence,» en *Aggressive Behavior: Current Progress in Pre-Clinical and Clinical Research*, Brain Information Report No 37 (Los Angeles, Ca.: Universidad de California, Agosto 1974), págs. 33-35

hombre sobre su conyugue, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad.”⁽¹⁵⁾

El síndrome de maltrato a la mujer (SIMAM) viene definido, pues, por un cuadro lesional resultante de la interacción de los tres elementos que intervienen en las lesiones: el agresor, la víctima y las circunstancias del momento o contexto.⁽¹⁶⁾

Síndrome de la Mujer Violada

Este síndrome (SMV) fue descrito en 1974, por Burgess y Holstrm⁽¹⁷⁾, describiendo los signos y síntomas que experimenta una mujer violada. Su vida se ve totalmente afectada por la experiencia, con alteraciones de la conducta, miedo a estar sola, ansiedad irritabilidad. Aumento de pensamientos intrínsecos sobre el suceso con rabia, furor y autoinculpación. Cambio de residencia. La sintomatología dura mas de un año. En 80 pacientes solo un tercio se recupero al año y un 25% no se había recuperado a los 4 años. (Burgess 1974).⁽¹⁸⁾

El Victimador

El agresor es alguien que mantiene o ha mantenido una relación afectiva de pareja con la víctima. No presenta rasgos específicos, ni típicos en la personalidad, salvo el haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o adolescencia. Muchos hombres maltratan a la mujer simplemente con el único fin de conseguir otros objetivos, para forzar a la otra persona a “hacer algo”. (Hoatling, 1989) (Sonkin y Dunphy, 1982).⁽¹⁹⁾

Como bien lo expone (Lorente, 1984), La violencia funciona como un mecanismo de control social de la mujer y sirve para reproducir y mantener el *status quo* de

¹⁵.- Lorente Acosta M., Lorente Acosta JA. (1998) Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. Granada- España: ED. Comares.

¹⁶.- Miguel Lorente Acosta, José Antonio Lorente Acosta, Manuel Javier Lorente Acosta, M^a Elena Martínez Vilda, Enrique Villanueva Cañadas. (2000) Síndrome de agresión a la mujer Síndrome de maltrato a la mujer. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Nº 1 y 2. RECPC 02-07 (2000)

¹⁷.- Burgess AW & Holmstrong LL. 1974. Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 131 (9): 981-986

¹⁸.- Burgess AW & Holmstrong LL. 1974. Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 131 (9): 981-986

¹⁹.- D.J. Sonking & M. Dunphy (1982) *Learning to live without violence: a Hand book for men*. San Francisco: Vulcano Press.

la dominación masculina. La conducta violenta frente a la mujer se produce como patrones de conducta aprendidos y transmitidos de generación a generación. Las mismas normas sociales minimizan el daño producido y justifican la actuación violenta del marido. Se intenta explicar atribuyéndola a trastornos del marido o, incluso, de la mujer. Por el contrario, el alcohol, tantas veces esgrimido como causante o precipitante del maltrato, ha sido eliminado como un factor etiológico directo de este tipo de violencia.

4.- FUNDAMENTOS JURIDICOS

La comunidad internacional ha reconocido que es una violación de los derechos fundamentales y por una parte hay documentos mundiales, como la Convención universal de los derechos humanos, la Convención de los derechos políticos de la mujer y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, entre otros. Y por otra parte, se ha legislado de diversas formas en los distintos países.

En otros países europeos se ha incluido en los códigos penales, como delito de malos tratos a la mujer:

Alemania: art. 225, Dinamarca: artículos 244 a 249, uno de los más relevantes para la protección de las mujeres víctimas de violencia, España: artículo 173, párrafo 2, Francia: artículos 222-3, 222-8, 222-10, 222-12, 222-13; que incluye diferentes tipos de lesión; Holanda: Art. 304, que permite incrementar un tercio las penas en violencia intrafamiliar; Italia: art. 572; Portugal: art. 152; Suecia: art. 4^a.

No solo es importante que esté incluido en el código penal como delito, sino que también se debe permitir que la Fiscalía, que conoce la habitualidad de la violencia, pueda actuar de oficio, y se impida el perdón por parte de la mujer, que generalmente es de obligada actitud ante la futura violencia.

En nuestro país, esta la Ley 1674, de 15 de diciembre de 1995 “Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica”,

CAPITULO II VIOLENCIA EN LA FAMILIA O DOMESTICA

Artículo 4. (Violencia en la Familia): Se entiende por violencia en la familia o doméstica la agresión física, psicológica o sexual, cometida por :

1. El cónyuge o conviviente ;
2. Los ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral.
3. Los tutores, curadores o encargados de la custodia.

Artículo 5. (Violencia Domestica): Se consideran hechos de violencia doméstica, las agresiones cometidas entre ex-cónyuges, ex-convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido.

Artículo 6. (Formas de Violencia):

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

Igualmente, se consideran actos de violencia en la familia los realizados contra los mayores incapacitados. Pero en el Capítulo III, del Código, solo se contemplan sanciones: Multas y arrestos. No hay una tipificación como delitos.

5.- FACTORES DE RIESGO ⁽²⁰⁾

Factor de riesgo cultural:

- a) La cultura patriarcal.
- b) Los estereotipos de masculinidad - feminidad.

Factores de riesgo social:

- a) dependencia económica del agresor.
- b) Carencia de apoyo familiar y social.
- c) Escaso apoyo Institucional.
- d) La vida de la víctima corre peligro, tras las denuncias.
- e) Especialización de los policías.

²⁰.- José San Martín y Yolanda García; Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie documentos 5, Valencia 2003, p. 17-25

Factores de riesgo familiares:

- a) Elementos estructurales de la familia.
- b) Adhesión a estereotipos de género.
- c) Carácter privado del medio.

Factores de riesgo individual:

- a) Visión excesivamente romántica de las relaciones.
- b) Presencia de psicopatología en los maltratados.
- c) Abuso de sustancias tóxicas.
- d) Haber sido víctima de maltrato infantil.

En cuanto a los Factores de riesgo social, la dependencia económica del agresor.

Esta situación va cambiando, “en el departamento de Chuquisaca hay unas 111.900 familias, de las que 32.000 están jefaturizadas por mujeres, que se constituyen en las principales proveedoras de sus hogares. (21)

6.- CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia CONTRA la mujer en las relaciones de pareja suele seguir el ciclo conocido como “ciclo de la violencia” (Walker,1979)⁽²²⁾ ⁽²³⁾ de tres fases:

- 1.- En la primera fase, denominada «**fase de acumulación de tensión**» se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes en los miembros la pareja, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad. El hombre y la mujer se encierran en un circuito en el que están mutuamente pendientes de sus reacciones.
- 2.- La tensión alcanza su punto máximo y sobreviene la segunda fase, denominada «**episodio agudo**», en la que toda la tensión que se había venido acumulado da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, oscilando desde un empujón hasta el homicidio y que es independiente del comportamiento de la víctima.
- 3.- En la tercera fase, denominada «**luna de miel**», se produce el arrepentimiento del agresor, pedidos de disculpa y promesas de cambio, sin embargo la probabilidad de nuevos episodios violentos es mayor, llegando a acortarse los periodos de luna de miel, hasta desaparecer.

²¹.- Silvia Campos Villanueva, Con la casa a cuestas. Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre 2004. p. 36

²².- L. E. Walker; (1979) The Battered Woman, Harper & Row. Nueva Cork, p.143-144.

²³.- L.E. Walker, (1984). The battered woman syndrome. New York: Springer Publishing Company.

“En muchos casos la víctima no es consciente de esta pauta repetitiva, ya que la mera posibilidad de un cambio en el agresor hace que le perdone. Evidentemente, ese cambio no se da y esto provoca en ella sentimientos de culpa y responsabilidad.”⁽²⁴⁾

La intensidad ⁽²⁵⁾

Otro aspecto de la violencia conyugal se relaciona con la intensidad creciente de violencia.

- 1.- En una primera etapa, la **violencia** es sutil, toma forma de agresión **psicológica**. Por ejemplo se relaciona con lesiones en la autoestima de la mujer, ridiculizándola, agrediendo emocionalmente, ignorándola, riéndose de sus opiniones, etc. Lo que provoca un debilitamiento de las defensas psicológicas, la víctima se muestra mas introvertida.
- 2.- En una segunda etapa, aparece la **violencia verbal**, que refuerza la violencia psicológica. El agresor comienza a denigrar a la víctima poniéndole sobrenombres descalificantes, la ridiculiza en presencia de otras personas, criticándole el cuerpo, insultándole, comienzan las amenazas de agresión física, u homicidio. El agresor va creando un clima de miedo constante, la víctima se muestra mas débil y deprimida.
- 3.- Luego comienza la **violencia física**, comienza con apretones, pellizcos, sigue con cachetadas, hasta llegar a las trompadas y patadas. Luego más tarde comienza a recurrir a objetos para provocarle daño y en medio de ésta agresión le exige tener contactos sexuales. Esta escalada creciente puede terminar en homicidio o suicidio. La única manera de cortar con este ciclo de violencia creciente, es a través de la intervención de alguien externo a la pareja.

“La forma en la que con mayor frecuencia se presenta la violencia física tanto en hombres como en mujeres son los <lapos> y <puñetes> y en el caso de las mujeres además las <patadas>. Por cada 13 mujeres que son pateadas, solo 1 hombre es agredido con los pies.”⁽²⁶⁾

²⁴ .- José San Martín y Yolanda García; Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie documentos 5, Valencia 2003, p. 15.

²⁵ .- J. Núñez de Arco, La Víctima. Ed. Proyecto Sucre ciudad universitaria. USFX Sucre 2005, p. 137

²⁶ .- Martha Noya L., Hasta que la violencia los separe.. Violencia conyugal en parejas de estrato medio de la ciudad de Sucre” Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre 2002, p. 103

7.- ACTUACION MÉDICA

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

El Artículo 24. (Obligatoriedad de denunciar) Los trabajadores en salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, están obligados a denunciar estos hechos para su respectivo procesamiento.

El Artículo 37. (Certificados Médicos) Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.

De acuerdo al **Decreto supremo Nº 25087**, que reglamenta la Ley 1674/95, de fecha: 6 de julio de 1998:

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

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

Artículo 16.- (Certificados Médicos):

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

Artículo 17.- (Gratuidad):

- I. En ningún caso el trámite ocasionará gastos a la demandante, la expedición del certificado médico o informes de los auxiliares, serán gratuitos, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional.
- II. Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbre.

Los hechos de violencia en la familia esta enmarcados jurídicamente como Contravención y no como Delito tipificado en el Código Penal, que son los que necesitan imprescindiblemente el certificado medico forense.

Por lo tanto se debe acudir al sistema de salud para recordar lo estipulado en la Ley 1674 y velar por su cumplimiento por parte de la sociedad civil (redes de lucha contra la violencia intrafamiliar) y pedir a los operadores de justicia la aceptación del pleno valor probatorio de los partes y certificaciones otorgados por el sistema de salud, así como la Ley 1674 lo estipula.

8.- SERVICIOS LEGALES INTEGRALES

Los servicios legales integrales Municipales fueron creados como mecanismos descentralizados de lucha contra la violencia intrafamiliar siguiendo el mandato expresado en el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia, sus competencias, están establecidas en la Ley de Municipalidades 2028 (Art. 8 del Capítulo V En materia de Servicios inciso 8) y en la Ley 1674 Contra la Violencia Intrafamiliar y Domestica y su respectiva reglamentación con el Decreto Supremo 25087 (Art. 20.)

El primer Servicio Legal Integral Municipal (SLIM) se creó en octubre de 2001 a través de la Unidad de la Mujer en la ciudad de La Paz, cuya misión es:

“Procurar el ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres y erradicar la Violencia de Género, incidiendo en valores y estilos de vida, donde el respeto a la diferencia, la ausencia de estereotipos sexistas y patrones culturales violentos y discriminatorios promuevan conductas de convivencia saludables como condición indispensable para la consecución de una ciudad igualitaria, participativa y justa.”

9.- BRIGADAS DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA (27)

La Brigada de Protección a la Familia es una unidad especializada de la Policía Nacional (28), integrada exclusivamente por personal femenino que brindan

²⁷ .- Núñez de Arco J. y Carvajal H. (2004) “Violencia intrafamiliar: Abordaje integral a Víctimas”, Sucre: Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria. USFX.

²⁸.- Brigada de Protección a la Familia. Manual de Organización, Funciones y Procedimientos. (2002) La Paz: Ed. OPS/OMS Policía Nacional

servicios de auxilio, protección y prevención a las víctimas de violencia familiar. Este servicio policial permanente a las víctimas de violencia doméstica, la misma que tiene carácter gratuito y funciona las 24 horas del día y todos los días de la semana.

Fue creado mediante la Resolución del Comando General de la Policía Nacional N.024/95 de fecha 8 de marzo de 1995, en Capitales de Departamento, como Unidad eminentemente social y de auxilio en casos de Violencia Intrafamiliar para proteger a la familia. La Ley Nro. 1674/95 "Contra la Violencia en la Familia o Doméstica" especifica que es la obligación de la Institución Policial, intervenir en hechos flagrantes de Violencia Intrafamiliar o Doméstica, aplicando los procedimientos establecidos para el efecto.⁽²⁹⁾

Las Brigadas podrán:

- Socorrer a las personas agredidas aún cuando se encuentren dentro de un domicilio, sin necesidad de mandamiento ni limitación de hora y día, con la única finalidad de proteger a la víctima y evitar mayores agresiones.
- Aprender a los agresores/as y ponerlos/as a disposición de la autoridad judicial.
- Levantar un acta sobre los hechos ocurridos para lo cual deberán recoger información de familiares, vecinos u otras personas presentes, reunir y asegurar todo elemento de prueba.
- Orientar a las víctimas sobre los recursos que la ley les acuerda y los servicios que tiene a su disposición del Estado.
- Conducir a la persona agredida a los servicios de salud.
- Levantar inventario e informar al juez o Ministerio Público.
- Acompañar a la víctima asistiéndola, mientras retira sus pertenencias personales de su domicilio u otro lugar.
- La investigación policial se seguirá de oficio, independientemente del impulso de la denunciante.
- Cuando exista peligro inminente para la integridad física de las personas protegidas por la ley, el cumplimiento de las formalidades no se convertirá en impedimento para la intervención oportuna de la policía.

10.- VIOLENCIA EN LA CIUDAD DE LA PAZ.

En un trabajo de investigación realizado por nosotros,⁽³⁰⁾ en base a las denuncias realizadas, en la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de la Paz, en dos bimestres del 2001 y uno del 2002, se obtuvo los siguientes resultados.

²⁹.- Policía Nacional. "Manual de procedimientos policiales contra la violencia intrafamiliar o domestica". MSPS-VAGGF-OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz - Bolivia. 1999. p 9 - 23.

³⁰.- Capitulo VI Estudio de la Violencia conyugal física en La Paz. En J. Núñez de Arco y H. Carvajal, *Violencia Intrafamiliar: abordaje Integral a Victimas*. Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria. USFX, Sucre 2004.

El estado civil de la mujer víctima de violencia intrafamiliar, fue casada en un 47.3% y en concubinato en un 35.1%. El grado de escolaridad en mujeres víctimas de violencia domestica cursaron primaria incompleta en un 29.8% y secundaria incompleta en un 22.9% al igual que su agresor.

1. METODOLOGIA

Las unidades de análisis fueron víctimas que denunciaron hechos de Violencia intrafamiliar en la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de la Paz-Bolivia, durante los meses de marzo y abril del 2001 (estudio piloto), ultimo bimestre del 2001 y primer bimestre del 2002: El tamaño de la muestra quedo delimitado después de colección de datos, el universo estuvo conformado por el total de denuncias emitidas en esta Unidad especial de la Policía Nacional de Bolivia.

La muestra estuvo conformada por todos las víctimas mayores de 15 años, que denunciaron el hecho violento y con requerimiento de valoración médico forense lesional por la Brigada de Protección a la Familia. Estas víctimas se les informo todos los detalles de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado (escrito) de ser parte de esta investigación y que era libre de decidir su participación.

La colección de los datos se realizo por medio de la observación, entrevista y anamnesis a la víctima, examen físico general y segmentario, llenado del formulario de recogida de la información, valoración y calificación del grado del cuadro lesional y el tiempo de incapacidad y emisión del certificado medico lesional, refiriendo a la Brigada de Protección a la Familia para seguir el curso legal.

Fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, para el análisis de la información se utilizo como unidad de medida el análisis de frecuencia y promedios.

Para la caracterización del perfil del victimario, en algunos casos se obtuvo información directamente del supuesto agresor, y en otros casos se obtuvo de la propia víctima.

2. RESULTADOS Y DISCUSION.

Se estudiaron 383 casos con requerimiento de valoración medico forense por violencia intrafamiliar, de las cuales las victimas fueron 88% mujeres y el 12% varones. Los victimarios fueron 91.1% varones y un 8.8% mujeres.

CUADRO Nº 1: DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS SEGÚN SEXO Y PARTICIPACIÓN EN EL HECHO

SEXO	VÍCTIMAS		VICTIMARIOS	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Masculino	47	12.0%	350	91.1%
Femenino	336	88.0%	34	8.8%
Total	383	100.0%	384	100.0%

En cuanto a edad y sexo, la víctima mujer en un 38% estuvo entre los 25 a 34 años, su agresor era varón en un 36% pertenecía al mismo grupo etéreo, y en un 32.8% era de 35 a 45 años. Mientras que las víctimas varones en 27.6% eran de 35 a 44 años y en un 27.6% eran de más de 45 años, su agresor era también del mismo grupo etéreo (VER CUADRO N # 2). Similar al registro del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia (entre 1996 al 2000) muestran que la violencia intrafamiliar predominó más en mujeres de entre los 15 a 49 años, datos que indican claramente que la mujer es víctima de violencia intrafamiliar más entre los 15 a 49 años dentro del ámbito familiar.

CUADRO Nº 2: EDAD, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

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

El estado civil de la mujer víctima de violencia intrafamiliar, fue casada en un 47.3% y en concubinato en un 35.1%, su victimador varón era casado en un 52.4% y en concubinato en un 36.9%. El hombre víctima de violencia intrafamiliar era soltero en un 36.2% y casado en un 34%, su agresor en un 38.3% era su pareja mujer (VER CUADRO Nº3).

Similar a otros estudios donde el hombre suele experimentar la violencia ejercida por hombres (conocidos o extraños) y fuera del contexto familiar, las lesiones físicas o la muerte son los resultados mas frecuentes. Por el contrario la mayor agresión sufrida por la mujer procede de hombres a los que conocen y es ejercida a menudo en la familia, en el hogar.

CUADRO Nº 3: ESTADO CIVIL, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

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

El grado de escolaridad en mujeres víctimas de violencia domestica cursaron primaria incompleta en un 29.8% y secundaria incompleta en un 22.9% al igual que su agresor. El víctima varón alcanzo la primaria incompleta en un 34%, de igual forma su agresor (VER CUADRO Nº 4).

También los estudios de la OPS/OMS muestran que la realidad de la sociedad de nuestro continente y en particular en Bolivia, se educa a las mujeres dependientes y sumisas, alienta al hombre en sus características violentas y agresivas, creándose pautas de socialización y comportamiento que tienden a perpetuar situaciones de violencia y a la solución violenta de conflictos.

CUADRO Nº. 4: ESCOLARIDAD, SEXO, Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

ESCOLARIDAD	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Primaria completa	29	8.6	8	17.8	3	6.4	24	7.4
Primaria Incompleta	100	29.8	16	34.0	9	19.1	87	26.8
Secundaria Completa	72	21.4	8	17.8	13	27.6	77	23.7
Secundaria Incompleta	77	22.9	9	20.0	8	17.0	67	20.6
Universitaria	45	13.4	6	13.3	5	10.6	51	15.7
Analfabeto	13	3.9			9	19.1	19	5.8
Total	336	100	47	100	47	100	325	100

La ocupación de la mujer víctima fue de labores de casa en un 43.9% y su agresor era obrero o tenía otros oficios (subempleos o empleo circunstanciales). El hombre víctima en un 34% era obrero y en 38% otros oficios (subempleos o empleo circunstanciales), en la misma situación se encontraba su victimador (VER CUADRO N # 5).

Según Sharader E. y Monserrat S, en su estudio indica que la mujer que realiza tareas de agricultura y las amas de casa presentan mayor proporción de violencia en la familia, la ocupación de tipo eventual se acompaña en mayor proporción de violencia hacia al mujer.

CUADRO Nº. 5: OCUPACIÓN, SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

OCUPACIÓN	VÍCTIMAS				VICTIMARIOS			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Profesional	25	7.4	5	10.6	1	2.1	44	13.0
Técnico	7	2.1	5	10.6			15	4.5
Obrer@	16	4.2	16	34.0	18	38.3	76	22.6
Comerciante	56	16.7	3	6.4			32	9.5
Labores de Casa	155	46.1			1	2.1		
Desocupad@	13	3.9	4	8.5	12	25.5	49	15.6
Estudiante	44	13.1	8	17.0	6	12.8	9	2.7
Otros	20	5.9	6	12.8	19	40.4	11	33.0
Total	336	100	47	100	47	100	336	100

Todos estos factores: como la condición de la mujer con bajo nivel educativo, las construcciones sociales que refuerzan la subordinación, la dependencia económica y el desconocimiento de sus derechos. El principal factor de riesgo para la violencia intrafamiliar contra la mujer, es precisamente el hecho de ser mujer, es un problema que afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos. La concepción de lo que es violencia contra la mujer son muy variables de una cultura a otra, ya que hay sociedades donde formas de violencia son toleradas o incluso estimuladas por normas y costumbres sociales, por ejemplo en América Latina en general, los estudios registran que la violencia conyugal afecta entre el 20 y 60% de las mujeres en edad fértil.

Tanto en víctimas mujeres y varones de violencia intrafamiliar, la violencia física predominó en 90.5% y 91.5% respectivamente, la violencia psicológica en un 83.6% en mujeres y 53.2% en varones. La violencia sexual dentro de la pareja en un 30.6% la víctima fue la mujer (VER CUADRO N° 6), esta cifra llama la atención ya que puede producir otros efectos deletéreos sobre la salud y bienestar de las mujeres, aumentando el riesgo de las mujeres de contraer enfermedades de transmisión sexual, debiéndose a relaciones sexuales no consentidas. En Bolivia y Puerto Rico se observa que el 58% de las mujeres golpeadas son sexualmente asaltadas por sus compañeros íntimos, similar en Colombia en un 46%.

CUADRO N°. 6: TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

TIPO DE VIOLENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Física*	304	90.5	43	91.5
Sexual*	103	30.6	1	2.1
Psicológica*	281	83.6	25	53.2
Otras*	35	10.4	4	8.5
Total	336	100	47	100

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

Tanto nuestros resultados y de otros autores, expresan que la violencia doméstica se manifiesta no solo en la agresión física y sexual, si no en todas aquellas acciones de abuso emocional tales como la humillación verbal, la amenaza de agresión física o de abandono, el chantaje económico y la reclusión obligada en el hogar, algunos expertos consideran el abuso psicológico y la humillación aun más devastadoras que la violencia física.

La naturaleza del cuadro lesivo en la mujer víctima fue la equimosis en un 53.9%, excoriación en un 44.3% y hematomas en un 40.2% ; en el hombre víctima fue la equimosis en un 59.6%, excoriación 59.6% y heridas contusas en un 38.3% (VER CUADRO N # 7).

CUADRO Nº 7: NATURALEZA DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

NATURALEZA DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Excoriación*	149	44.3	28	59.6
Equimosis*	208	53.9	28	59.6
Hematomas*	135	40.2	10	21.3
Heridas contusas*	63	18.7	18	38.3
Mordeduras*	10	3.0		
Quemaduras*	2	0.6		
Heridas*	20	5.9	4	8.5
Fracturas*	27	8.0	8	17.0
Lesiones de órganos internos*	57	17.0	11	23.4
Otros*	108	32.1	11	23.4
Total	336	100	47	100

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

El agente vulnerante más usado por los agresores hacia las mujeres fue la mano en un 78.6% y los pies 62.5%, en el hombre fue la mano en un 78.2% y los pies en un 55.3% (VER CUADRO Nº 8).

CUADRO Nº 8: AGENTE VULNERANTE SEGÚN SEXO

AGENTE VULNERANTE	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Manos*	264	78.6	37	78.2
Pies*	210	62.5	26	55.3
Dientes*	10	3.0	2	4.2
Arma blanca*	12	3.6	1	2.1
Arma de fuego*	1	0.3		
Líquidos hirvientes*	2	0.6		
Material Inflamable*	1	0.3		
Electricidad*	1	0.3		
Otros*	107	31.8	7	14.9
Total	336	100	47	100

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

La localización anatómica mas frecuente de las lesiones en la mujer víctima fue en la cara en un 54.3% y en los miembros inferiores en un 45.5%. en el varón víctima fue en la cara en un 51%, en miembros inferiores en un 29.8%, tórax 27.6% y cuello en un 25.3% (VER CUADRO N° 9).

Según Basanta M. en su estudio en la Habana observo que las lesiones en la mujer se localizan en lugares de exposición que el agresor impacta para evitar que salga del domicilio, produce una baja en su autoestima y genera miedo a la denuncia. Mientras que las zonas de agresión al hombre por otro hombre se localizan en zonas que van a poner en peligro la vida, cuando la agresora es la mujer (estigma ungueal en cara por ejemplo) tienen motivación parecida cuando la mujer es la víctima.

CUADRO N°. 9: UBICACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

UBICACIÓN DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Cabeza*	99	29.5	11	23.4
Cara*	183	54.5	24	51.0
Cuello*	66	19.6	12	25.3
Brazo*	95	28.3	9	19.1
Antebrazo*	61	18.1	10	21.3
Mano*	41	12.2	6	12.8
Tórax*	88	26.2	13	27.6
Abdomen*	43	12.8	9	19.1
Pelvis*	49	14.6	6	12.8
Miembros Inferiores*	153	45.5	14	29.8
Órganos Internos**	40	11.9	8	17.0
Otros*	39	11.6	5	10.6
Total	336	100	47	100

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

La calificación del daño corporal tanto en víctimas mujeres y varones fue LEVE (menos de 30 días de incapacidad) en un 80.9% y 76.6% respectivamente, según El Código Penal Boliviano (Art.270, 271 y 272), en el hombre víctima en un 21.3% se dio GRAVE (mas de 30 días, hasta 180 días de incapacidad) (VER CUADRO N° 10).

De acuerdo a los estudios por la OPS/OMS en América indican que la violencia intrafamiliar contra la mujer se encuentran lesiones (desde cortes, hematomas a lesiones graves, hasta las que causan incapacidad permanente), causas de ITS, embarazo no deseado, dolor pélvica crónico asociado a enfermedad inflamatoria pélvica, hipertensión, depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, cefalea, síndrome de colon irritable y otras enfermedades psicosomáticas.

CUADRO Nº 10: CALIFICACION DE LA LESIÓN SEGÚN SEXO

CALIFICACIÓN DE LA LESIÓN	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Gravísima	3	0.9	1	2.1
Grave	28	8.3	10	21.3
Leve	272	80.9	36	76.6
No presento	33	9.8		
Total	336	100	47	100

Tanto en víctimas mujeres y varones de violencia intrafamiliar la principal secuela fue la psicológica en un 85.7% y 65.5% respectivamente (VER CUADRO Nº 11), los efectos se traducen en alteraciones psíquicas y del sistema nerviosos neurovegetativo que afecta la salud y las relaciones sociales pudiendo alterar su conducta.

En las mujeres las consecuencias de violencia intrafamiliar se manifiesta en la disminución de la autoestima, temor, neurosis, intentos de suicidio, depresión, tendencia al abuso de alcohol y drogas, problemas ginecológicos, parto prematuros y discapacidades pasajeras o permanentes desde el punto de vista clínico, a diferencia del punto de vista medico legal donde la “secuela psicológica” es la permanencia del cuadro lesivo por una alteración estructural o anatómica definitiva.

CUADRO Nº.11: SECUELAS SEGÚN SEXO

SECUELAS	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Anatómica	23	6.8	7	24.1
Psicológica	288	85.7	19	65.5
Funcional	25	7.4	3	10.3
Total	336	100	29	100

Dentro de las agravantes contempladas en la Ley 1674 “Ley Contra la Violencia Domestica y en la Familia” de Bolivia, tanto las víctimas mujeres y hombres denunciaron después de varios episodios de violencia anterior en un 80.3% y 82.7% respectivamente. La violencia física a mujer embarazada fue del 13.4% (VER CUADRO N° 12), según otros autores las denuncias de violencia domestica se realizan después de varios episodios de violencia anteriores, son varios los factores (culturales, económicos y sociales, la vergüenza y el temor a las represalias) contribuyen a impedir que las mujeres denuncien el hecho violento, se añade el sistema legal y policial haciendo este proceso difícil y complicado.

El temor impide que las mujeres abandonen la relación de abuso, se ha observado que el riesgo de ataque contra la mujer es mayor cuando esta abandona o amenaza con abandonar la relación.

CUADRO N° 12: AGRAVANTES SEGÚN SEXO

AGRAVANTES	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Embarazo	45	13.4		
Tercera edad	12	3.6	4	13.8
Incapacidad	9	2.7	1	3.4
Violencia anterior	270	80.3	24	82.7
Total	336	100	29	100

Una proporción elevada de mujeres son golpeadas cuando están embarazadas, un estudio realizado en Costa Rica muestra que el 49% de las mujeres fueron golpeadas cuando estaban embarazadas, al igual que la ciudad de México revela que el 20% de mujeres embarazadas maltratadas sufrieron golpes en el estomago. Estudios comparativos de embarazadas golpeadas y no golpeadas revelan que las primeras tienen el doble riesgo de interrupción de su embarazo y cuatro veces más riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer.

El día que produjo el hecho de violencia intrafamiliar en mujeres víctimas fue del 27.7% el domingo y 19% el día lunes. En el hombre víctima fue el domingo en un 21.3% y 19.1% el día sábado (VER CUADRO N° 13).

CUADRO Nº 13: DÍA DEL HECHO SEGÚN SEXO

DÍA DE LA SEMANA	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Lunes	64	19.0	8	17.0
Martes	38	11.3	5	10.6
Miércoles	34	10.1	2	4.2
Jueves	28	8.3	6	12.8
Viernes	38	11.3	7	14.9
Sábado	41	12.2	9	19.1
Domingo	93	27.7	10	21.3
Total	336	100	47	100

El horario en que se produjo el hecho de violencia tanto víctimas mujeres y varones fue por la noche en un 36% y 38.7% respectivamente, en la mujer también fue atacada por la tarde en un 24.4%. El hombre víctima fue atacado por la tarde en un 31.3% y en la mañana en un 21.3% (VER CUADRO Nº 14).

CUADRO Nº 14: HORARIO DEL HECHO SEGÚN SEXO

HORARIO	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Madrugada	57	17.0	8	17.0
Mañana	70	20.8	10	21.3
Tarde	82	24.4	10	21.3
Noche	121	36.0	18	38.3
Ignorado	6	1.8		
Total	336	100	47	100

El lugar del hecho violento, tanto en víctimas mujeres y varones fue el domicilio en un 71.7% y 57.4% respectivamente. En vía publica fue en el varón 38.35 y en la mujer fue 20.5% (VER CUADRO Nº 15).

CUADRO Nº 15: LUGAR DEL HECHO SEGÚN SEXO

LUGAR DEL HECHO	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Domicilio	241	71.7	27	57.4
Vía Pública	69	20.5	18	38.3
Centro de trabajo	9	2.7	1	2.1
Centro de estudio	2	0.6		
Otros	15	4.5	1	2.1
Total	336	100	47	100

Nuestros resultados, son coincidentes con los de Basanta M. quien observo que los hechos de violencia en La Habana se dieron el fin de semana, ya que la pareja se tolera durante la semana, cada uno esta ocupado en su trabajo, pero el domingo es cuando permanecen juntos hay discrepancias y estalla la violencia (teoría del riesgo del tiempo compartido).

En el contexto de la violencia intrafamiliar, tanto hombres y mujeres son víctimas con mayor riesgo, durante la noche y el fin de semana, el lugar el domicilio y los testigos son los hijos/as con la vieja creencia de que el hogar representa el lugar mas seguro y armonioso para los/as integrantes de la familia. El hecho de violencia dentro de la familia se mas por la tarde y noche, horario de reunión de sus integrantes.

En la víctima mujer su agresor fue su cónyuge en un 41.4% y concubino en un 31.5% manteniendo relaciones intimas con su victimador. El hombre víctima, su agresor fue el familiar (hijo, sobrino, tío, padre, etc.) en un 29.8% y otro tipo de relación (vecino, cuñado, amigo, etc.) en un 25.5% (VER CUADRO Nº 16).

CUADRO Nº 16: RELACIÓN VÍCTIMA - VICTIMARIO SEGÚN SEXO

RELACIÓN VÍCTIMA - VICTIMARIO	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Pareja o conyuge	139	41.4	7	14.9
Exconyuge	17	5.0	2	4.2
Concubin@	106	31.5	4	8.5
Exconcubin@	1	0.3		
Novi@	3	0.9	1	2.1
Amig@	1	0.3	1	2.1
Famili@	39	11.6	14	29.8
Vecin@	15	4.5	6	12.8
Otros	15	4.5	12	25.5
Total	336	100	47	100

La influencia de bebidas alcohólicas no fue significativa, en la víctima mujer en un 47.9% si hubo ingestión de bebidas alcohólicas y en un 44.3% no hubo ingestión de alcohol. En el hombre no hubo influencia de ingestión de bebidas alcohólicas en un 61.7% .

CUADRO Nº 17: INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN SEXO

INGESTIÓN DE ALCOHOL	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Si ha ingerido*	161	47.9	17	36.2
Embriaguez*	136	40.5	18	38.3
No ha ingerido*	149	44.3	29	61.7
Total	336	100	47	100

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

Tanto en víctimas mujeres y varones de violencia intrafamiliar, no hubo influencia por consumo de sustancias controladas en un 76.2% y 87.2% respectivamente. (VER CUADRO Nº 18).

CUADRO Nº 18: INFLUENCIA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN SEXO

DROGA INGERIDA	FEMENINO		MASCULINO	
	Nro.	%	Nro.	%
Si ha ingerido	24	7.1	3	6.4
Marihuana	12	3.6	2	4.2
Cocaína	11	3.3	2	4.2
Diazepam	1	0.3		
Alprazolam	1	0.3		
Anfetaminas	1	2.1		
No ha ingerido	287	85.4	39	83.0
Total	336	100	47	100

Una relación exacta entre alcohol y la violencia sigue siendo oscura. En los Estados Unidos se llevo a cabo investigaciones que muestran que hombres violentos que tienen serios problemas de alcoholismo abusan de sus compañeros o esposas tanto en condiciones de ebriedad como cuando están sobrios. No

obstante existen varones violentos que abusan del alcohol, tienen accesos de violencia con mayor frecuencia e infligen lesiones mas graves a sus compañeros. En estudios de la OPS/OMS indican que algunas sociedades y subculturas de violencia contra la mujer esta asociada con el abuso de alcohol y las drogas, pueden ser consideradas como factores de riesgo de la violencia intrafamiliar.

3. CONCLUSIONES.

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

La mujer pacheña sufre agresión física y psicológica por su compañero, precisamente a quien la mujer ha elegido como compañero para formar su familia.

El compañero agrede físicamente a su mujer con puños y patadas, provocando equimosis, excoriaciones y hematomas localizados en el rostro y miembros inferiores, posiblemente con la intención del agresor de provocar afectación de la belleza, provocando reclusión en el domicilio, bajan la autoestima y temor hacia el victimario.

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

La mujer denuncia el hecho violento, después de varios episodios anteriores, debido al miedo que tiene la víctima al agresor por represalias que pueda tomar, miedo al abandono del hogar, la dependencia económica de la víctima con su victimario y por idiosincrasia cultural.

El cuadro lesivo era leve de acuerdo a Nuestro Código Penal, en la mayoría de los certificados médico emitidos

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

4. COMENTARIO.

Después de analizar nuestros resultados y de otros autores, vemos que la organización de instituciones jurídica- legales, de salud, genero y sociedad civil en la atención a la víctima en nuestro país avanza en la aprobación de la Ley contra la VIF marca un hito en la historia del ejercicio del poder que produce control y abuso sobre la pareja; mismo que las mujeres soportan desde tiempos inmemoriales, esto marca una obligatoriedad publica en Bolivia de prevenir, combatir y sancionar la VIF. Este es un paso, pero no suficiente. No lo es, porque estas instituciones no reciben ni el soporte, ni el financiamiento suficiente para encarar adecuadamente la envergadura del problema..

Las mujeres víctimas de VIF, o sufren doble victimización, que al final se convierte en la búsqueda justicia y apoyo ante la VIF, se plantea la necesidad de una intervención integral y coordinada contra la VIF, se evidencia la falta de coordinación entre instancias llamadas por la ley a actuar en procura de la sanción y del apoyo de la víctima puede llevar una vida digna.

Todo esto hace que en su conjunto, el accionar de las instituciones existentes contra la VIF sea ineficaz; la identificación, sanción y rehabilitación de los victimarios se diluye, produciendo una suerte de desanimo en los servidores y operantes comprometidos, la perdida de credibilidad en la justicia por parte de las víctimas y la aprobación de confianza en los agresores respecto a que las instituciones sabrán soslayar responsabilidades. Lo mas lacerante es que vuelve a cerrarse la esperanza de vida digna con pleno ejercicio de D.D.H.H. para 6 de cada 10 mujeres, 2 de cada 10 varones y sus hijos.

Todos estos casos son los que fueron a denunciar a la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Nacional de Bolivia, sin conocer a ciencia cierta las cifras reales de violencia intrafamiliar, a pesar que afecta a todas las clases sociales, de diferente nacionalidad y grupo étnico.

CAPITULO 9

LA ECONOMETRIA DEL DELITO (*)

1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque en nuestro país, se ha hecho una reforma procesal penal, sincronizada con la hora del mundo, dicho avance legal, en la elaboración del instrumento; no es y no será suficiente para que los resultados también sean acordes a dicho avance. En 1997 se moderniza la teoría del delito en Bolivia, de la teoría causalista se pasó a la teoría finalista con el análisis tripartito del delito: tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad. Aunque dicha teoría, no se ha aplicado a todo el derecho penal y menos aun al derecho penal especial. Es un sistema garantista, no bien entendido, ya que en la práctica, hace que salga mas beneficiado el delincuente, que la victima. Y en el caso concreto de la violencia intrafamiliar, ha quedado fuera del juego, no esta contemplada como delito y no permite un verdadero control social del comportamiento. Se precisa buscar formas nuevas, y de manera mas o menos rápida; una salida del túnel al cual hemos entrado y que nos parece que no tiene un final a un paisaje esplendoroso. Utilizando la lectura Hirschmaniana:

En tanto que el efecto tunel dure, todos se sienten mejor, ambos, quienes llegaron a ser ricos y aquellos que no. Pero esta tolerancia es como un crédito que expira a cierta fecha. Es extendido en la expectativa que eventualmente las disparidades se acorten de nuevo. Si esto no ocurriera, allí esta la frontera del problema y quizás el desastre. (Hirschman) (As long as the tunnel effect lasts, everybody feels better off, both those who have become richer and those who have not. But this tolerance is like a credit that falls due at a certain date. It is extended in the expectation that eventually the disparities will narrow again. If this doses not occur, there is bound to be trouble, and perhaps disaster. (Hirschman) (1)

2.-TEORÍA DEL DELITO

“La teoría del delito ha de fundarse, según la ley, en la acción y no en la personalidad del autor” (2) Pero el concepto del delito responde a una doble

*. Un versión inicial fue presentada como ponencia en el Congreso Latinoamericano de Derecho. Cochabamba 17-20 Septiembre 2006

1. Hirschman Albert The changing tolerance for income inequality in the course of economic development. The Quarterly Journal of Economics, vol 87, noviembre, p. 544-565

2. Hans Heinrich Jescheck, Tratado de Derecho Penal, Parte general. Ed. Bosch, Barcelona, 1981, p.265

perspectiva: Por un lado, la antijuridicidad, es un juicio de desvalor que se hace sobre el autor de ese hecho, acerca de lo injusto de su acción, es pues, la desaprobación del acto. Y por otro, la culpabilidad, la atribución de dicho acto a su autor para hacerle responsable del mismo, lo que Muñoz Conde dice: la “capacidad de ser culpable.”⁽³⁾

“Antijuridicidad y culpabilidad son, según esto, los dos componentes fundamentales de carácter material del concepto de delito”⁽⁴⁾ “ambas teorías, la culpabilidad normativa y los elementos subjetivos de lo injusto, rompieron el esquema objetivo-subjetivo y lo llevaron a ser reemplazado por otro: el injusto es un juicio de desvalor del acto y la culpabilidad, el reproche que de ese acto desvalorado se le hace al autor, por no haber podido, en forma exigible actuar de otra manera”⁽⁵⁾

El concepto del delito como una conducta castigada por la ley con una pena, es solo un concepto formal. El delito debe tratarse de una acción u omisión, debe ser doloso o culposo y penado por la ley. “El Derecho penal de hoy es un Derecho público, normativo, valorativo y finalista que tiene la norma y el bien jurídico como polos de su eje y cuya naturaleza es eminentemente sancionadora.”^[6] Pero el concepto de delito como objeto de un análisis criminológico tiene limitaciones, porque se lo hace desde un punto de vista valorativo, ya que también el derecho penal, se ocupa del crimen, pero desde un punto normativo, por lo que la Criminología puede completar y enriquecer el concepto penal de delito, acudiendo a otros esquemas, en este caso usando la econometría.

3.-DATOS ESTADÍSTICOS

Tabla 1.-HOMICIDIO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Chuquisaca	13	21	20	69	66	18
Beni	49	71	77	82	43	43
Cochabamba	413	485	382	370	485	122
La Paz	1.688	1.266	1.005	889	1.245	393
Oruro	99	229	265	209	362	59
Pando	28	27	24	29	67	11
Potosí	140	167	146	204	368	52
Santa Cruz	548	595	609	618	849	145
Tarija	100	96	82	95	263	33
El Alto	38	42	40	35	27	31
TOTAL	3.116	2.999	2.650	2.600	3.775	907

Fuente: Modificado de datos Viceministerio de Seguridad Ciudadana. Min. Gob.

³. Fco. Muñoz Conde y M. Arian. Derecho Penal. Parte General. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia 1993: 327

TABLA 2.-Estadística de denuncias de delitos en Bolivia 2000 al 2005

DELITOS COMUNES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bolivia Total	30.233	27.456	21.382	20.514	24.953	25.196
Contra la integridad corporal y la salud	5.275	5.087	4.926	5.036	6.108	6.758
Contra los derechos de asistencia familiar	2.268	1.779	1.490	1.405	1.066	374
Estafa y otras defraudaciones	5.939	4.639	2.670	2.674	3.662	3.570
Homicidio	3.078	2.957	2.610	2.565	3.748	876
Hurto	5.532	5.562	4.297	3.538	3.981	3.837
Robo	5.414	5.234	3.650	3.540	4.178	7.430
Robo Agravado (Atracos)	4.451	4.210	3.935	4.162	4.719	1.275
Violación, estupro y abuso deshonesto	2.727	2.198	1.739	1.756	2.210	1.076

Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana. Min. Gob. (Modificado)

Tabla 3.-HURTO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Chuquisaca	234	204	215	197	107	152
Beni	71	117	147	244	252	369
Cochabamba	1.007	645	459	302	312	257
La Paz	1.273	1.345	1.190	789	1.074	1.014
Oruro	359	593	402	354	582	266
Pando	76	115	204	112	144	101
Potosí	203	210	210	174	219	310
Santa Cruz	2.012	2.044	1.197	1.155	1.040	1.116
Tarija	297	289	273	211	251	252
El Alto *	79	81	78	70	101	97
TOTAL :	5.532	5.562	4.297	3.538	3.981	3.837

Fuente: Modificado de datos Viceministerio de Seguridad Ciudadana. Min. Gob.

⁴. Fernando Villamor Lucia, Derecho Penal Boliviano. Parte general. t.I, 2ª ed. La Paz, 2007: 106

⁵. E.R. Zaffaroni, Manual de Derecho Penal, 6º ed. Ed. Ediar, Bs.As. 2002: 326

⁶. Luis Jiménez de Asúa: Principios de derecho Penal. La ley y el delito. Bs. As.: Abeledo Perrot. (3ª ed.) 1958: 21-22

Tabla 4.-ROBO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Chuquisaca	396	437	502	602	191	179
Beni	430	506	598	500	400	646
Cochabamba	1238	1168	1133	1135	800	773
La Paz	2100	2000	2005	1998	2047	2.031
Oruro	594	635	479	581	720	718
Pando	168	200	280	190	184	143
Potosí	207	238	259	252	279	365
Santa Cruz	3598	3989	2692	2725	2140	1.928
Tarija	369	493	499	489	604	647
Total	5.414	5.234	3.650	3.540	4.178	7.430

Fuente: Modificado de datos Viceministerio de Seguridad Ciudadana. Min. Gob.

En la Tabla 1.-el homicidio en La Paz, bajo de 1688 en el años 2001, hasta 393 el año 2005.

En la Tabla 2.-Los datos de Homicidios, Hurto, Robo y delitos sexuales, han sufrido una baja considerable.

En la Tabla 3. El hurto en Cochabamba ha bajado a la cuarta parte. Y en Santa Cruz a la mitad

En la Tabla 4.-El robo en Santa Cruz, ha bajado de 3.598 a 1.928.

En relación a estos datos, es difícil de creer, que son el resultado de una buena política criminal, que ha conseguido que los delitos, disminuyan. Es más posible que las víctimas hayan desistido de denunciarlos. Algo esta mal, para que las bolsas negras de datos, estén pasando de la punta del iceberg al fondo, siendo cubiertas, y ampliando la base oculta del iceberg de los delitos. O bien, según nuestra posición, el delito esta siendo mas rentable o no tiene un control social efectivo o hay un cansancio en las víctimas o hay un miedo a la victimizacion secundaria.

4.-LA ECONOMETRIA

Econometría, es la aplicación de las técnicas matemáticas y estadísticas a la resolución de problemas de economía. La econometría, por lo general, se basa

en la construcción de modelos formales con los cuales es posible verificar hipótesis, medir variables estadísticas y realizar pruebas de simulación. La econometría plantea un desarrollo conjunto de las ideas económicas y las observaciones, permiten sugerir teorías. Aislar fenómenos causales, suplir la falta de experimentos. Predecir. Relaciones no exactas. Fenómenos complejos, no experimentales. Fenómenos no observables (inteligencia, suerte, preferencias, etc.) (7). “la econometría moderna se precia de prescindir voluntariamente de la teoría económica por considerarla un obstáculo si se quiere realizar un análisis riguroso (ésta es por ejemplo la filosofía del método de Vector Autoregresivos - VAR).” (8)

El precursor de los modelos econométricos, Lawrence Klein, Premio Nóbel de Economía en 1980, dice: “La econometría reconoce que el comportamiento social es esencialmente complejo, y que un número limitado de variables relacionadas en ecuaciones simples no pueden explicar todo este comportamiento»

Sin embargo los modelos econométricos se han estado usando para control de la violencia. (9) (10) Usando diagramas que permiten comprender los modos de como la violencia habita en las ciudades; no siempre se trata de una violencia manifiesta, directa, sino también de muchos factores que se cruzan en espacios concretos. En esos modelos econométricos, se pueden analizar la relación de ganancias esperadas netas del crimen con una medida de desigualdad de ganancias (el coeficiente de Gini) y las ganancias medias de un trabajo normal en la sociedad. (11)

Los homicidios, de hecho, son una expresión de la violencia directa; pero ¿cuáles son los factores de orden cultural y estructural que llevan a esta expresión

7. Álvarez Vázquez, Nelson. Aplicaciones de Econometría. Editorial CERA. Madrid, 1999

8. En línea: <http://es.wikipedia.org/wiki/Econometr%C3%ADa>

9. Sarmiento Santander, F. Construcción de la Paz en Escenarios Urbanos con altos índices de Violencia: Procesos de paz con bandas y pandillas juveniles en Colombia Colombia: Documento síntesis de la ponencia preparada para el seminario “Construcción de Paz en culturas con Violencia” CINEP. 2006

10. Formisano, Michel. Econometría espacial: características de la violencia homicida en Bogotá. Documento CEDE, Facultad de Economía, Universidad de los Andes, No 10 septiembre de 2002.

11. Choe, Chongwoo, Income Variables and the Measures of Gains from Crime. Oxford Economic Papers, Vol. 57, No. 1, pp. 112-119, January 2005. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=658683>

visible de los conflictos? ¿Que hace que el miedo de la población en general respecto a la criminalidad sea comparativamente bajo en Finlandia y Suecia? Y en las encuestas, parecen estar satisfechos con el rendimiento de la policía, aunque, si esperan que haya un uso efectivo de la prisión como castigo ⁽¹²⁾. Seguramente la econometría nos ayuda a visualizar la dimensión de la violencia a través de las estadísticas, y de los modelos econométricos; pero esto no basta para avanzar en la comprensión de la complejidad del problema y fundamentalmente en la búsqueda de una solución de la violencia.

5.-EL DELINCUENTE RACIONAL

Tanto en los tratados de criminología clásica como en la neoclásica, se asume que el delincuente es un ser racional, libre para tomar decisiones. Ahora bien, esas decisiones como dice, Serrano son de “un ser libre para tomar decisiones sobre la base de los costes y beneficios que una conducta va presumiblemente proporcionarle”⁽¹³⁾, aunque dichos costes sean bajo un punto de visto completamente personal. Y en el caso de una persona racional con poca capacidad de asumir riesgos, no pasará de las primeras fases de la elaboración de delito.

El sujeto delincuente, debe tomar decisiones, en un tiempo excesivamente corto, con una pequeña información, con sus propias habilidades cognitivas, lo que incluye su procesador, es decir la capacidad de procesar de su cerebro lo que hace que se hable de una “racionalidad limitada”. ⁽¹⁴⁾ Pero la decisión de infringir la ley esta en base a los beneficios sobre los posibles costes que pueda acarrearle y la utilidad de la actividad ilícita.

La teoría de la acción racional de Gary Becker, ⁽¹⁵⁾ plantea que las decisiones individuales contienen un perfecto basamento lógico en términos de costos y rentabilidad. Al ser racional se maximiza las ventajas en función de la cultura en

¹². Hanns von Hofer. Notes on crime and punishment in Sweden and Scandinavia. 115th International Training Course visiting experts' papers. Resource material series no. 57

Disponible en: http://www.unafei.or.jp/english/pdf/PDF_rms/no57/57-21.pdf

¹³. Serrano Maillo, A. Introducción a la Criminología, Madrid: Ed. Dykinson 2004: 266.

¹⁴. Clarke R.V. y Nelson M. Introduction: Criminology, routine, activity and rational choice. Advances 5 en Eds. R.V. Clarke y M. Felson: Routine activity and rational choice. 1993

¹⁵. Gary Becker es doctor en Economía y sociología, Premio Nóbel de Economía en 1992, por su estudio: Aspectos de la realidad social desde el marco Teórico de la Economía.

que se vive. En su "Tratado sobre la Familia" (16), demostró basándose en estadísticas que las elecciones matrimoniales: elección sobre cantidad de hijos o la compra de un automóvil, respondían a esta lógica. (17) El enfoque económico basado en la econometría, no es moderno, esta basado en las teorías de Bentham.

Dado que nuestro derecho penal, esta basado, más en espíritu quizá, en la teoría finalista: concepto de acción basado en la dirección del comportamiento del autor con una finalidad previa. Por la que un individuo en el uso de su conocimiento causal, es capaz de dominar dentro de ciertos límites, el suceder y conducir su actuación a la consecución de una meta con arreglo a un plan.

Esta teoría finalista, parece la más lógica y eficaz a la hora de la valoración de un hecho desde la vertiente médica o psicológica o criminológica. La acción humana es una actividad final, porque puede prever, de forma cognitiva las consecuencias de su actuar. La acción, sería "una conducta humana relacionada con el medio ambiente, dominada por la voluntad dirigente y encaminada a un resultado." (18) A pesar de que se le achaca que sea intelectualista, racionalista y que le da importancia a los sentimientos: pensar, sentir, obrar; para que sean computados para valorar la carga de la pena o bien la capacidad de culpabilidad.(capacidad de asumir el reproche) Toda acción es conducta en cuanto contenga una finalidad. Una conducta voluntaria final. (19) La culpabilidad equivale a una determinada relación con el resultado. (20)

Pero para actuar se precisa haber previamente pensado, proyectado un acto, para poder dirigirse a un objetivo, por tanto la representación, la idea viene primero, antes de la acción. Aunque para el derecho penal, no solo se contempla la acción sino también la omisión.

16. Gary Becker. A Treatise on the Family. Harvard University Press, Cambridge y Londres. 1991

17. Gary Becker and Kevin Murphy. Social Economics: Market Behavior in a Social Environment. Harvard University Press, 2001

18. Maurach, Reinhart y Zipf. Derecho Penal. Parte General. (Trad. 7ª ed. Alemana) ed. Astrea. Bs. As. 1994

19. Carlos Creus. Derecho Penal. Parte General. Ed. Astrea. (3ª ed.) Bs. As.1992:144-145

20. Reinhart Maurach y Heinz Zipf. Derecho Penal. Parte General. Vol. I (trad. Jorge Bofill y Enrique Aimone) Ed. Astrea. Bs. As. 1994:519

El hombre puede prever dentro de ciertos límites las consecuencias posibles de su actividad, conforme a su plan. Por lo tanto, un comportamiento es evitable cuando el autor tenía la posibilidad de dirigir su acción a un fin determinado.

Si aceptamos que la acción es una conducta humana relacionada con el medio ambiente, dominada por la voluntad, dirigida y encaminada a un resultado, por tanto la “la voluntad no puede concebirse sino como ideación proyectada”; sería el “querer interno”. (Creuz, 1988)

Y por ello, entonces, no hay voluntad (libre) cuando hay una fuerza irresistible que nos obliga a una acción. Puede ser de origen interno o externo. La fuerza irresistible de origen interno, como es el caso de las neurosis compulsivas, no son voluntarias en el amplio sentido de la palabra; obedecen a núcleo neurótico, por ejemplo las cleptomanías. Y una fuerza irresistible de origen externo, por ejemplo en las abstinencias por falta de droga, que su actuar no necesariamente coincide con su querer interno.

Aparte de ello, la decisión de cometer delitos o actividades ilegales está motivada por ganancias y costos asociadas a aquellos y la remuneración potencial por la comisión de los delitos y el salario alternativo de una actividad legal. Por otra parte probabilidad de ser aprehendido puede no tener el efecto disuasivo esperado por la escasa probabilidad que la aprehensión se transforme en algún tipo de sanción que implique una pérdida para el individuo. Esta confirmado que un aumento en la tasa de eficiencia de la Policía disminuye los incentivos para involucrarse en los delitos de acciones subversivas, extorsión, violación y tráfico, fabricación o porte de estupefacientes⁽²¹⁾. Y el mayor aumento en el presupuesto de justicia y seguridad⁽²²⁾. En Colombia, se realizó usando el método de estimación un estudio sobre el crimen violento, con variables socioeconómicas y demográficas⁽²³⁾. En este sentido la actual situación económica del país se constituye en un elemento determinante en la situación de crisis de muchas familias de nuestra sociedad.⁽²⁴⁾ La falta de empleo, de educación, salud,

21. Mancera, A.: “Factores socioeconómicos y demográficos de distintas categorías de delitos en Colombia. Prueba desde un panel de datos de las regiones de Colombia» en Observatorio de la Economía Latinoamericana, N° 104, 2008. Texto completo en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/co/>

22. Carlos Esteban Posada y Francisco González. El gasto en defensa, justicia y seguridad. *Rev.econ.inst.* vol.2 no.2 Bogotá Jan./June 2000

23. Sánchez, F. Núñez, J. (2001). Determinantes del crimen violento en un país altamente violento: el caso de Colombia. Documento CEDE 2001-02.

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

seguridad ciudadana, genera en la familia nuclear un estado de tensión, de malestar que se manifiesta como maltrato ya sea físico y/o psicológico hacia los miembros más “débiles y dependientes” del núcleo familiar: mujeres y niños (25).

6.-MODELO PROPUESTO

El modelo teórico propuesto, basado en la teoría del comportamiento criminal de Becker, (26) y en las de Isaac Ehrlich, publicadas en 1973 en su artículo *Participation in Illegitimate Activities: A Theoretical and Empirical Investigation*. (27) En el que trataba de un análisis de la decisión del individuo en razón de la distribución del tiempo entre actividades legales (tl) e ilegales (ti).

Usando este modelo complejo, Marina Kessler y Andrea Molinari, realizan un trabajo, que combina tiempo y espacio, tiempo de trabajo y el espacio en 18 provincias argentinas, utilizando tasas de delincuencia, de desempleo y la posibilidad de ser aprehendido, la sanción penal, entre otras, a través de un ejercicio econométrico. En sus conclusiones indican que “este modelo nos permite ver el crimen puede ser explicado racionalmente y que las variables que influyen en la decisión de cometerlo no son exclusivamente penales.”(28). Este modelo teórico, usa variables explicativas económicas y explicativas penales. Permitiendo deducir la “curva de oferta” del crimen. El modelo microeconomico, intenta predecir la dirección y la magnitud de la respuesta de los individuos, en relación a las oportunidades y las variables de control social. Usando funciones logarítmicas, explican de una forma completa el modelo. Porque no es solo el elevar las penas, ya que estudios recientes muestran que las penas más altas pueden incrementar las tasas de criminalidad indirectamente reduciendo la probabilidad de la condena.(29) Hay un trabajo mas reciente de Martin y Navarro, en el que

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

26. Becker, G.S. (1968): “Crime and Punishment: An Economic Approach”, *Journal of Political Economy*, vol. 76, núm 2, pp. 169-217.

27. Ehrlich, I. *Participation in Illegitimate Activities: A Theoretical and Empirical Investigation*. *Journal of political Economy*, vol. 81, núm. 3. 1973: 521-565.

28. Kessler M. Y Molinari A. (2003): “Una aproximación microeconómica al Crimen en la Argentina en <http://www.aaep.org.ar/espa/reunión/sala>, Asociación Argentina de Economía Política (AAEP), Anales XXXII Reunión anual, Tomo 4, Bahía Blanca, consultado el 14-9-03.

29. James Andreoni. *Criminal deterrence in the reduced form: a new perspective on ehrlich's seminal study*. *Economic Inquiry*. Volume 33 Issue 3, p: 476 – 483.

refieren que: “Las investigaciones realizadas indican que los modelos con datos de panel ofrecen los mejores resultados respecto a otros modelos econométricos utilizados.”⁽³⁰⁾ Por la complejidad de usar datos individuales, se usa los datos de población, ya que los modelos de datos de panel resultan ser los más eficientes, según señala Baltagui, con ventajas a los modelos transversales o de series temporales y son mas más adecuados para estudiar la dinámica del cambio.⁽³¹⁾

Sin embargo, la idea es preparar un modelo simple para explicar la interacción entre los criminales, su acción criminal y los daños a la sociedad.⁽³²⁾ Y una búsqueda de una forma inteligente de preparar una política criminal.

Basándonos en la anécdota con la que inicia un documento Gary Becker:

“Llegaba tarde y tenía que decidir rápidamente si guardaba el auto en un estacionamiento o lo dejaba en la calle y corría el riesgo de que me pusieran una multa. Calculé la probabilidad de que me multaran, el tamaño de la multa, y el costo de pagar el estacionamiento. Decidí que valía la pena correr el riesgo y dejé el auto en la calle mal estacionado... Mientras caminaba...se me ocurrió que las autoridades municipales seguramente habrán hecho un análisis parecido al mío. La frecuencia de sus controles de los vehículos mal estacionados y el tamaño de la multa impuesta a los infractores debe depender de sus estimaciones de las elecciones que hace la gente, como lo acababa de hacer yo.”⁽³³⁾

Estos fundamentos, se suman al pensamiento de Ehrlich, “En concreto, el modelo de Isaac Ehrlich, hace un análisis de la decisión del individuo en razón de la **distribución del tiempo** entre actividades legales (tl) e ilegales (ti). Así, la actividad legal generará unos rendimientos ciertos $Wl(ti)$ que dependerán del tiempo dedicado a la mismas, y la actividad ilegal otros $Wi(ti)$, pero dependiendo de que ocurran uno de los dos estados posibles: ser detenido o no. La pena o sanción $Fi(ti)$ también dependerá del tiempo dedicado a las actividades ilegales.

³⁰. José Aureliano Martín Segura & José Luis Navarro Espigares. Metodología econométrica para el análisis económico del delito. Los modelos de datos de panel. Revista Española de Investigación Criminológica Artículo 3, Número 5 (2007)

³¹. Citado en: Gujarati, D.N. Econometría. 4ªed. Mc Graw Hill. México. 2003:614

³². Javier Estrada Crime and punishment:ý an introductory analysis in a noncooperative framework. Departamento de Economía. Universidad Carlos III de Madrid. Working Paper 94-13. Economics Series 05 Madrid June 1994

³³. Becker, Gary (1993). «Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior.» Journal of Political Economy, 101, 385

En estas circunstancias, el **valor monetario de los costes y beneficios** será distinto, dependiendo de la probabilidad p de ser arrestado y condenado, o de no serlo $(1-p)$.³⁴⁾

Si consideramos que el crimen © precisa de un tiempo (t) para obtener beneficio. Analizaremos los beneficios que se pueden obtener trabajando legalmente y en función al tiempo, con los beneficios que se puede obtener con una actividad criminal.

Trabajo legal

El Trabajo legal, tiene unos beneficios en relación a la actividad desarrollada, se puede hablar de un salario (s) multiplicado por la actividad desarrollada. (ac). El salario estará en relación al tiempo empleado, las horas de trabajo (t), que dependiendo de la experiencia (exp) pueden ser menos horas de trabajo o de esfuerzo. También los beneficios del trabajo legal, dependerán de la adquisición de unos conocimientos, estudios (con)

Todo esto se puede reflejar en la siguiente formula:

$$TL = S \times ac (t \times exp) (Con) = Bs.$$

O simplemente:

$$TL = s (t. \times exp.) (con) = BN$$

Trabajo criminal

El Trabajo criminal, obtiene beneficios en relación a una determinada actividad. La experiencia siempre usara la siguiente lógica $0 < exp < 1$, si tiene experiencia hace mas rápido o mas fácil, el trabajo. No se precisa conocimientos o estudios, es simplemente experiencia práctica. Pero si hay una variable, la posibilidad de aprehensión por realizar la actividad delictiva (Apr). Que disminuiría los beneficios de la actividad. También esta el factor de venta (F), mas bien se hablaría de la reventa de los bienes obtenidos ilegalmente, que en función del tipo de bienes y de la oferta pueden resultar poco o muy beneficiosos.

³⁴. José Aureliano Martín Segura & José Luis Navarro Espigares. Metodología econométrica para el análisis económico del delito. Los modelos de datos de panel. Revista Española de Investigación Criminológica Artículo 3, Número 5 (2007)

$T\textcircled{C}$ = tiempo empleado x experiencia, en relación al ítem, multiplicado por la posibilidad de aprehensión y multiplicado pro el factor de venta.

$$T\textcircled{C} = t \times \text{exp. (Apr.) (F)} = \text{BN}$$

Que pasaría con la actividad criminal en la que hay aprehensión o bien llega hasta una sentencia y una privación de libertad. Lo que evidentemente disminuye los beneficios o bien debe dividirse por el tiempo de condena.

Habría un tiempo de elaboración de la acción criminal, dependiendo el área, multiplicada por la experiencia. Existe la posibilidad de aprehensión por un lado, por otro la perdida o decomiso de lo obtenido de manera ilegal (D) Y el factor (F) de la venta de lo obtenido. Que si se ha decomisado sería un factor 0. Luego siguen existiendo beneficios si te aprenden, pero no te decomisan los obtenidos, aunque si se debe dividir por el tiempo de prisión preventiva o detención.

$$T\textcircled{C} = t. \times \text{ac.} \times \text{exp. (Apr.) (D) (F)} = \text{BN}$$

Cuando se llega a juicio y existe una condena, aun en ese caso, la actividad criminal puede seguir obteniendo beneficios. Continúa como el la actividad criminal, hay un tiempo en la actividad multiplicado por la experiencia. Multiplicado por la aprehensión y por el factor de decomiso o incautación de los bienes. Pero a esto se suma, el tiempo de condena o cárcel (Tcar) multiplicado por la efectividad del juicio (EJ) si hay suspensión o por alguna argucia legal, no se celebra el juicio. Todo esto multiplicado por el factor punitivista (FP), es decir la sentencia más o menos punitiva en relación a la actividad criminal, la tipificación.

$$T\textcircled{C} = t \times \text{ac.} \times \text{exp. (Apr.) (D) (F)} + \text{Tcar. (EJ) (FP)} = \text{BN}$$

C = crimen

BN =beneficio

t =tiempo

T = trabajo

$T\textcircled{C}$ = trabajo criminal

ac = actividad desarrollada

s = salario

exp. = experiencia de trabajo

Apr = Aprehensión

TCar = tiempo de prisión

EJ = Efectividad de juicio

FP = factor punitivista

Entonces el beneficio es multiplicado en el caso del crimen por el factor multiplicativo y reduce la necesidad de trabajo, a su vez el trabajo tiene condicionantes que lo hacen más difícil al momento de rendir beneficio. Ya que el trabajo (TL), normal, precisa de una preparación técnica o científica y de una experiencia.

Para una actividad criminal no precisa de años de conocimiento, solo algo de experiencia y poco esfuerzo. Suponemos que no es necesario entrenamiento, ni existen costos de entrada y salida para estas actividades, los beneficios se incrementan con el tiempo dedicado.

Hay un factor que no hay en el trabajo normal, la posibilidad de ser aprehendido (Apr) en la actividad crimen. Dando por hecho que sea recluido (Tcar) y juzgado. Porque si es simplemente una aprehensión, no es factor negativo ya que solo reduce beneficios.

Si no es aprendido hay beneficios económicos. Si hay aprehensión, se podrían considerar gastos de abogado y multas, que actuarían sobre el factor (EJ) efectividad del juicio; factor multiplicativo del beneficio del trabajo criminal, si es cero. Su crimen, obtiene beneficios y además un premio de libertad y de salirse con la suya.

Resumiendo si el crimen es rentable en la posibilidad intermedia esto los hace interesante es decir las multas y castigos intermedios permiten que el crimen sea rentable.

En base a ello hay la decisión racional de cometer el crimen, este modelo refleja bastante bien la realidad y nos permite dar lugar al factor de la sociedad y la prevención del crimen. Donde los factores de aprehensión (Apr.) y de la función punitiva (FP) eviten la resolución de un sistema de ecuaciones, donde haya beneficios. Donde tanto la cantidad de delitos cometidos como la cantidad de recursos dedicados permitan que esos dos factores actúen. Hay que tomar en cuenta que el individuo dedica un tiempo (t) al crimen que depende en forma positiva del diferencial de salario entre la actividad criminal y trabajar dentro de la ley. De esa manera, en algún momento el crimen no será rentable.

Es en esas decisiones influyen las variables sociales y económicas, factores que harán variar las tasas de delincuencia, y debieran ser tomadas en cuenta en el diseño de la Política Criminal. La cantidad de recursos asignados a combatir el crimen y de la cantidad de crimen que están dispuestos a tolerar.

7.-VICTIMOLOGIA

La víctima ya no es considerada como 'sujeto pasivo' del delito, ya que puede contribuir (con mayor o menor culpabilidad) a su propia victimización. Junto a Hans Von Henting, ambos como pioneros de la victimología; vienen a señalar que la criminogénesis depende de una compleja relación entre víctima y victimario, figuras éstas que no ocupan posiciones antinómicas sino que interaccionan, sus 'roles' respectivos se imbrican e incluso llegan a confundirse. ⁽³⁵⁾ Y como dice Neuman ⁽³⁶⁾ obligaría a reconocer el nacimiento de una nueva -y autónoma ciencia de las víctimas. Esta nueva ciencia victimológica, es en realidad la nueva criminología, que nos obliga desde el punto de vista pericial, a la atención de la pareja penal, o pareja victimal. Núñez, indica que no solo es la valoración corporal y psíquica del victimador sino más aun de la víctima y cuyo estudio competiría a una rama que él denomina: "victimología forense". ⁽³⁷⁾ Esto abre otro abanico nuevo; aparte del original que planteaba el estado en el área penal, interesado más por la in imputabilidad del delincuente que por sus víctimas; ampliándose de este modo el campo de estudio victimológico dentro de la criminología hacia lo que en realidad debe ser su objetivo prioritario: la prevención del crimen, la disminución y tratamiento de sus víctimas. ⁽³⁸⁾

8.-VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La víctima de maltrato familiar, de violencia domestica, en fin de Violencia intrafamiliar, no tiene una respuesta legal adecuada, tanto que el maltratador, se puede dar el lujo de causar lesión y asumir las consecuencias del pago de la peritación y la posible multa que le puede imponer la Policía⁽³⁹⁾. Porque para que las lesiones lleguen a ser un delito, simplemente la víctima debe llegar hasta el hospital en ambulancia. Lo que decía Becharia, debe ser una respuesta "pronta, necesaria, la mínima de las posibles en las circunstancias de quien se trate, proporcionada a los delitos y dictada por leyes" ⁽⁴⁰⁾, pero es que no hay forma de tipificar la conducta como delito, salvo que nuestras leyes dejen de ser garantistas.

³⁵. García Pablos de Molina, A. Tratado de Criminología. (3ª ed.) Ed. Tirant lo Blanch. Valencia 2003

³⁶. Neuman E. (1984) Victimología, Bs. As. Argentina: Ed. Universidad. 1984:37-40

³⁷. Núñez de Arco, Jorge. La Víctima. Sucre: Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria USFX. 2004:30

³⁸. Núñez de Arco, Jorge. La Víctima. *Ob. Cit.* .. 2004:35

³⁹. Núñez de Arco, Jorge. Violencia intrafamiliar. Abordaje Integral a Víctimas. Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria USFX. Sucre. 2004.

⁴⁰. Becharia Cesare, De los delitos y de las penas. Colombia: Ed. Temis; 3ª ed., 2005 p. 174

Es verdad que una forma seria, el hecho de tipificar los maltratos intrafamiliares como delitos y con una pena, como se ha hecho en otros varios países, entre ellos en España, recientemente. El problema social de la Violencia intrafamiliar no se resuelve con estrategias exclusivamente jurídicas, hay que crear planes integrales de intervención, entre los que se incluye la socialización de la normal conducta de malos tratos en la familia. Como dice Roxin: "La tarea del Estado es más modesta: debe mejorar las relaciones sociales, esto es, la libertad, la seguridad y el bienestar de sus ciudadanos, y la mejor forma posible de conseguirlo es orientar la finalidad de la pena a la evitación de comportamientos delictivos mediante la incidencia en el delincuente y en la conciencia jurídica de la comunidad." ⁽⁴¹⁾ Debe haber un cambio en el sentido de los intereses jurídicamente protegidos, y que estos maltratos dejen de estar en una Ley sin control social, quizás buscar una forma punitiva amparada en el derecho penal, o bien buscar opciones como las que proponemos en este modelo.

Porque entendemos que un plan integral, incluido la tipificación como delito de estas acciones, precisa un gran soporte económico, el Primer plan de acción contra la violencia domestica en España, el año 1998, supuso una inversión de 4.773 millones de pesetas, algo más de 30 millones de dólares. Para profesionalizar los operadores, (médicos, psicólogos, policías) creación de servicios especializados de atención a la víctima, apertura de casas de acogida, centros de emergencia, pisos tutelados, etc. Algo que en nuestro país difícilmente se puede dar.

Otra forma es la modificación del Código Penal, modificación de las medidas cautelares en este caso específico, sentencias con obligación de asistir a programas de rehabilitación de maltratados, ampliar los servicios de atención a las víctimas, no solo para la valoración, sino de apoyo legal y de rehabilitación psicológica. Pero en menos medida, pero sigue siendo un problema económico.

⁴¹. Claus Roxin. La evolución de la política criminal, el Derecho Pernal y el proceso penal. (Trad. Gomez Rivero y Garcia Tizano) Ed. Tirant lo Blanch. 2000:24

9.-DATOS ESTADÍSTICOS

Tabla 5.-Violación, estupro y abuso deshonesto (42)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Chuquisaca	80	90	99	105	72	24
Beni	75	74	63	90	101	62
Cochabamba	166	163	166	219	456	175
La Paz	849	609	508	436	539	302
Oruro	140	123	89	134	122	61
Pando	29	30	20	30	39	16
Potosí	67	60	115	65	55	68
Santa Cruz	1.194	936	606	522	642	298
Tarija	127	113	73	155	184	70

Tabla 6. Naturaleza de la lesión VIF (43)

Naturaleza de la lesión	Femenino		Masculino	
Excoriacion	149	44.3 %	28	59.6 %
Equimosis	208	53.9 %	28	59.6 %
Hematomas	135	40.2 %	10	21.3 %
Heridas contusas	63	18.7%	18	38.3 %
Mordeduras	10	3 %		
Quemaduras	2	0.6 %		
Heridas	20	5.9 %	4	85 %
Fracturas	27	8 %	8	17 %
Lesiones org. internos	57	17 %	11	23.4 %
Otros	108	32.1 %	11	23.4 %
Total	336	100 %	47	100 %

En cuanto a edad y sexo, la víctima mujer en un 38% estuvo entre los 25 a 34 años, su agresor era varón en un 36% pertenecía al mismo grupo etáreo, y en un 32.8% era de 35 a 45 años. Mientras que las víctimas varones en 27.6% eran de 35 a 44 años y en un 27.6% eran de más de 45 años, su agresor era también del

42. Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana. Ministerio de Gobierno.

43. Núñez de Arco, Jorge. Violencia intrafamiliar. Abordaje Integral a Víctimas. Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria USFX. Sucre. 2004: 156

mismo grupo étnico. Similar al registro del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia (entre 1996 al 2000) muestran que la violencia intrafamiliar predominó más en mujeres de entre los 15 a 49 años, datos que indican claramente que la mujer es víctima de violencia intrafamiliar más entre los 15 a 49 años dentro del ámbito familiar.

Tabla 7.-Edad, sexo y condición de los participantes (44)

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

Los resultados de las Tablas 6 y 7, son el resultado de un estudio realizado a las víctimas que denunciaron hechos de Violencia intrafamiliar en la Brigada de Protección a la Familia de la ciudad de la Paz-Bolivia, durante los meses de marzo y abril del 2001 (estudio piloto), último bimestre del 2001 y primer bimestre del 2002.

La muestra estuvo conformada por todas las víctimas mayores de 15 años, que denunciaron el hecho violento y con requerimiento de valoración médico forense lesional por la Brigada de Protección a la Familia. Se estudiaron 383 casos con requerimiento de valoración médico forense por violencia intrafamiliar, de las cuales las víctimas fueron 88% mujeres y el 12% varones.

10.-ES UN DELITO LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ?

La Violencia y malos tratos domésticos, se ha convertido en un grave problema social. Y dicha violencia es particularmente traumática, en mujeres y niños. En nuestro país está funcionando el Programa de Servicios de atención a la Víctima. PROSAVI (45), en La Paz y Sucre. Se trata de un programa en el que se encuentra

44. Núñez de Arco, Jorge. La Víctima. Sucre: Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria USFX. Sucre. 2004: 168

45. J. Núñez de Arco y H. Carvajal. Violencia Intrafamiliar. Ed. Proyecto Sucre ciudad Universitaria. Sucre 2004:383-391

comprometida la Fiscalía General de la República y deberían estar también, las Brigadas de Protección a la Familia de la Policía y los SLIMS, ya que un programa de ayuda a las víctimas no puede monopolizarse; la víctima precisa de ayuda multidisciplinar, para evitar justamente la segunda victimización y más aun una ayuda a su reivindicación de justicia. Pero dicha respuesta oficial, no es suficiente, Hay una ineficaz, desorganizada y torpe respuesta legal y tan lenta que la víctima casi siempre sufre la segunda victimización.

En las conclusiones de su obra, el celebre Marques de Beccaria decía: “Para que cada pena no sea una violencia de uno o de muchos contra un ciudadano particular, debe ser esencialmente pública, pronta, necesaria, la mínima de las posibles en las circunstancias de quien se trate, proporcionada a los delitos y dictada por leyes.” (46)

Es verdad que la criminología no puede prescindir del concepto jurídico penal (formal) de delito, pero una conducta deviene “delictiva” solo cuando recibe el estigma penal, cuando se conmina con una “pena”.(47)

Por lo que a efectos penales, solo puede reputarse como delito, las conductas descritas en la ley y sancionarse de acuerdo a ella. Pero a efectos criminológicos, se impone el realismo de las conductas sociales, hay que optar por la “verdad real”, no por la “verdad legal”. El crimen es una etiqueta, lo significativo no es el crimen en sí, sino el funcionamiento del control social cuyas instancias crean la criminalidad, “reparten” criminalidad. El crimen en sí no existe, es un atributo o etiqueta que se atribuye (48) Surgiendo así la eficacia “constitutiva” del control social. “Jurídicamente la pena es el arma mas poderosa y devastadora del ius puniendi, el instrumento por excelencia de este, del que el Derecho penal recibe.”(49)

46 . Beccaria Cesare, De los delitos y de las penas. Colombia: Ed. Temis; 3ª ed., 2005 p. 174

47. Garcia Pablos de Molina, A. Tratado de Criminología. (3ª ed.) Ed. Tirant lo Blanch. 2003:86

48. Becker, H.S. The Outsiders: studies in the sociology of deviance. Free Press. New York. 1963:9 (1993). Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior. Journal of Political Economy. Citado en Estrada, Javier (1994). “Crime and Punishment: An Introductory Analysis in a Noncooperative Framework”, Universidad Carlos III de Madrid, Working Paper.

49. Garcia Pablos de Molina. A. Introducción al derecho Penal. (4ª ed.) Ed. Ramon Areces, 2006:131

En sus conclusiones, el celebre Marques de Becharia decía: “Para que cada pena no sea una violencia de uno o de muchos contra un ciudadano particular, debe ser esencialmente publica, pronta, necesaria, la mínima de las posibles en las circunstancias de quien se trate, proporcionada a los delitos y dictada por leyes.”⁽⁵⁰⁾

Pero es que cuando hablamos de los maltratadores, no están incluidos. Solo causan infracciones, legisladas pero sin ninguna pena.⁽⁵¹⁾

Por todo ello, me voy a permitir analizar la conducta del “maltratador”, como una conducta criminal, como un delito. Aceptando que en nuestra legislación, no esta contemplado como tal, pero lo voy a usar como un constructo econométrico, en el que figura como un delincuente.

La econometría incorpora todas las características de los fenómenos económicos (y ello la distingue de la estadística). “Un conjunto de herramientas cuantitativas que se usan para evaluar representaciones matemáticas del mundo real”⁽⁵²⁾ Los métodos econométricos, aunque en términos económicos, permiten visualizar el problema de la delincuencia y en este caso de la Violencia Intrafamiliar, y como las teorías económicas se desarrollan en forma conjunta, interactuando entre ellas.

Ya se ha usado un modelo econométrico sencillo en relación a los homicidios y armas de fuego decomisadas, entre 1996-1999, con buen éxito usando para las estimaciones datos mensuales de homicidios y de incautación de armas de fuego en diecinueve localidades de Colombia.⁽⁵³⁾ O en el estudio de los Efectos de los Controles al Consumo de Alcohol y al Porte de Armas de Fuego en la Violencia Homicida.⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾

⁵⁰ . Becharia Cesare, De los delitos y de las penas. Colombia: Ed. Temis; 3ª ed., 2005 p. 174

⁵¹ . Garcia C. Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud. OPS/OMS. Harvard Center Population and Development Studies Publicación ocasional N°6, 2000: 38

⁵² . Pindyck, Robert S.; Rubinfeld, Daniel L. Modelos econométricos. (Título original: »Econometric models and economic forecasts») Ed. Labor Universitaria. 1980

⁵³ . Formisano, Michel and Sanchez, Fabio and Solimano, Andres. Conflict, violent crime and criminal activity in Colombia 2002 (inédito)

⁵⁴ . Llorente M.V., R. Escobedo, C. Echandía y M. Rubio. Violencia Homicida en Bogotá y Estructuras Criminales. Bogota: Análisis Político 44 (Septiembre-Diciembre), IEPRI-Universidad Nacional. 2001

⁵⁵ . Llorente, M.V., Núñez, J. y Rubio M. Efectos de los Controles al Consumo de Alcohol y al Porte de Armas de Fuego en la Violencia Homicida. Bogota: Investigación «Caracterización de la Violencia Homicida en Bogota». Bogota: Paz Publica-CEDE-UNIANDES y Alcaldía de Bogota. Documento de Trabajo No. 6. Mimeo. 2000

Hay varios estudios de carácter econométrico en Colombia sobre la violencia y la relación negativa entre el crecimiento del PIB y la existencia de grupos al margen de la ley o el conflicto armado en el país ⁽⁵⁶⁾. El estudio del comportamiento del crimen y la violencia desde la teoría económica se puede resumir como la relación entre oportunidades criminales y factores que afectan positiva o negativamente estas oportunidades. Luego en el modelo se debe tomar en cuenta factores no dependientes. Hay acciones criminales (tráfico de drogas, mayor riqueza) que pueden actuar como factores facilitadores y otros como disuasivos, por ejemplo la presencia de fuerza pública.

11.- CONCLUSIONES

La teoría de la acción racional de Becker, su aplicación del enfoque económico al comportamiento humano plantea que las decisiones individuales están basadas en términos de costos y rentabilidad. La acción delictiva, se asume como consecuencia de un proceso racional implícito en la decisión de un individuo, que enfrenta un beneficio directo por cometer el delito, y la probabilidad de ser descubierto, en cuyo caso pierde el beneficio y puede sufrir un castigo.

En ese caso y siguiendo el modelo; los delincuentes calculan los costos y beneficios de las actividades delictivas. Los beneficios son los ingresos esperados de la actividad criminal, es decir, los ingresos del crimen multiplicados por la probabilidad de no ser capturado. Los costos se dividen en los costos monetarios de cometer el crimen, los ingresos que se dejan de percibir en actividades alternativas y la condena esperada (probabilidad de ser capturado por años de condena)

Si el hecho de cometer una acción delictiva esta basado en la racionalidad del individuo, en una análisis de costo-beneficio. En la actualidad el hecho de ser un maltratador, implica un costo que **se lo puede** permitir.

Hay un momento de decisión del individuo en el que analiza, (un análisis absolutamente vertiginoso) si cometo esta acción © hay la posibilidad de un beneficio, con una posibilidad de costos, en este caso, perdida de dinero.

Si maltrato a mi mujer, tengo unos beneficios de descontrol de mi ira y de mantener mi postura machista de hombre dominante. Y los costes, son el pago

⁵⁶. Querubin, Pablo. Crecimiento Departamental y Violencia Criminal en Colombia. Bogota: Documentos CEDE 2003-12. Abril 2003.

de la evaluación forense (25 Bs.) mas la posible multa que la Policía le pueda imponer. (100 Bs.). Ahora bien, si solamente; en los costes estuviera incluido el hecho de una detención preventiva en comisaría durante el día sábado tarde, hasta el lunes, o desde el viernes. (Hasta que se realice la audiencia) Habría un cambio en el modelo econométrico del maltrato. Ya que su detención corta, conlleva la imposibilidad de ir al fútbol, a la reunión con los amigos, etc. los determinantes para la evolución de delitos hacen referencia a la existencia de factores que de manera directa propician o facilitan acciones delincuenciales.

Por tanto en las actuaciones en orden a disminuir la Violencia Intrafamiliar, es preciso contar con un factor multiplicador de los costos, en el modelo explicado; de manera que la acción maltratadora no sea un beneficio aceptable en la conducta del sujeto.

Y ya finalmente, para los delitos comunes, el modelo de econometría del delito, propuesto, en que los delincuentes actúan de forma racional, es posible teorizar matemáticamente su conducta. Por tanto, la evolución del comportamiento delictivo, esta en base a **variables preventivas y disuasorias**, en general podemos hablar de variables que se encuentran dentro del sistema socioeconómico, incluyendo el numero de policías; **variables penales**, probabilidades de aprehensión, de condena, o de ser absuelto. Y en relación a los delitos comunes, hay que buscar que dentro del análisis costo beneficio, la actividad ilícita tenga menos beneficios que la actividad laboral normal, mal pagada.

Capítulo 10

VIOLENCIA CONTRA EL MENOR

J. Núñez de Arco & AR. Peducassé

1.- INTRODUCCIÓN

Si bien la violencia intrafamiliar involucra a cualquier miembro de la familia, independientemente de su sexo y su edad, no hay duda que las víctimas habituales son los extremos etéreos y los más vulnerables, los niños, las mujeres y los ancianos, en ese orden.

La percepción generalizada de que: «*los niños, niñas y adolescentes no tienen madurez, no saben y no pueden*», hace que las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes estén centradas en el poder de los primeros; ello implica además la desvalorización de sus opiniones, de su participación y de ellos mismos como personas con capacidades y aspiraciones. El efecto de esta visión se expresa en diversas formas de discriminación y maltrato, fundamentadas con argumentos de valores culturales y educación que perpetúan pautas de agresión y maltrato.

La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes es una realidad cotidiana que se esta invisibilizada; existe poca información nacional sobre la incidencia de la violencia sexual infantil y adolescente, salvo algunos estudios puntuales, se sostiene que ésta se incrementó en los últimos años o que la denuncia de este tipo de situaciones aumentó, por factores, como el mayor conocimiento de los derechos de los niños y las niñas, y de la obligación particular de denunciar cualquier situación de violencia de este tipo.

La Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de la organización de las Naciones Unidas en el año 1989, entiende por niño: “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad” (Art. 1). Y el art. 2º del Código del niño, niña y adolescente⁽¹⁾.

1. Bolivia. Código del niño, niña y adolescente: Artículo 2º (SUJETOS DE PROTECCIÓN).- Se considera niño o niña a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años y adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad cumplidos. En los casos expresamente señalados por Ley, sus disposiciones se aplicarán excepcionalmente a personas entre los dieciocho y veintiuno años de edad.

2. CONCEPTO

Según el Centro Internacional de la Infancia de París, considera que maltrato infantil es, «cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo». El maltrato infantil, es toda agresión repetitiva, contra la integridad de una persona menor, por parte de un adulto, sean padres, cuidadores, familiares, personas de su entorno, etc.

Las formas de maltrato en un menor son, violencia física, psicológica y sexual. En la violencia física, las lesiones no son accidentales y frecuentemente son provocadas al niño, por su cuidador.

El maltrato infantil en general, se divide en las siguientes formas: (2)

Intrafamiliares:

- Abuso físico (tipo activo)
- Síndrome del niño maltratado
- Negligencias. Abandono, desatención , (Tipo pasivo)
- Abuso sexual
- Abuso Psíquico o emocional
- Síndrome de Munchhausen por poderes
- Síndrome del niño Sacudido

Extrafamiliares:

- Maltrato Institucional
- Maltrato social
- Explotación
- Trabajo infantil

Maltrato infantil intrafamiliar

El niño es la víctima de la violencia ejercido por otros integrantes del núcleo familiar, que le infiere un daño desde una posición de poder y desde la dependencia afectiva y material.

². Modificación de Tipos de Maltrato de: Martínez Roig, A. y Paúl Ochotorena, J. (2000). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Ed. Martínez Roca

Por otra parte, los malos tratos en la infancia podrán ser:

- Por Acción.
- Por Omisión

3.- EL ABUSO FÍSICO

El Abuso Físico se caracteriza por causar daños físicos como: puñetazos, golpes, patadas, mordidas, quemaduras, sacudidas, u otras formas de dañar a un niño. En ocasiones, el padre o encargado no ha intentado dañar al niño, sino que las heridas son como resultado de disciplina excesiva o castigos físicos.

Gracia y Musiti (1993) ⁽³⁾ describen que las formas más comunes de maltrato físico incluyen:

- Golpes con instrumentos. (cinturón, vara).
- Golpes con las manos. (manos, puños, dientes)
- Producir quemaduras intencionalmente.
- Exposición a la intemperie deliberada.
- Encerrar o atar.
- Heridas con objetos cortantes o punzantes.

4.-SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

En 1968, el Dr. Tardieu, catedrático de Medicina Legal en la Sorbona, describe por primera vez el síndrome del niño golpeado, basándose en los resultados obtenidos en las autopsias de treinta y dos niños maltratados. En 1962, H. Kempe, junto con Silverman, Steele, Droegemueller y Silver ⁽⁴⁾, publicó un artículo sobre 302 casos de malos tratos infantiles. Kempe no descubrió, obviamente, que se maltrataba a los niños, sus informes eran más radiológicos, de hecho era un radiólogo pediátrico. Lo que acertó fue en la forma de presentar el problema ante la opinión pública. Lo hizo además dándole una etiqueta al maltrato "Síndrome del Niño Golpeado", (Síndrome del niño apaleado) en el que se hace una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como de las primeras cifras de incidencia

³. Gracia Fuster, E. y Musiti Ochoa, G. (1993). El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de asuntos Sociales.

⁴. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Siver HK: The battered-child syndrome. Journal of the American Medical Association, 1962; 181(17): 17-24.

correspondiente a los Estados Unidos. Este concepto fue ampliado por Fontana ⁽⁵⁾ al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

El maltrato infantil, es toda agresión repetitiva, contra la integridad de una persona menor, por parte de un adulto, sean padres, cuidadores, familiares, personas de su entorno, etc. «El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad».⁽⁶⁾

«El niño maltratado de hoy es el adulto conflictivo de mañana».⁽⁷⁾

El Síndrome del Niño Maltratado (SNM) tiene diferentes denominaciones; abuso infantil, maltrato al menor, Síndrome de Kempe, pero el más adecuado y el que se está utilizando actualmente es el de *Trauma no accidental al menor*. En 1999, la reunión de consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición:

“ El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

UNICEF entiende a menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que «sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales». El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

Considerando a el SNM como una entidad pediátrica y medico-legal definida por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas

5. Fontana V. En defensa del niño maltratado. México, D.F.: Editorial Pax, 1979.

6. Manterola MA. La prevención del maltrato a los menores en México. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992; I:173-184.

7. R. Santana-Tavira, R. Sánchez-Ahedo, E. Herrera-Basto, El maltrato infantil: un problema mundial, Salud pública Méx vol.40 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. 1998

en el tiempo, que le son inferidas por uno o mas adultos a cargo, caracterizado por la presencia de múltiples lesiones, de diferente data, causada por diferentes objetos lesivos.

Así entendiendo, el SNM esta definido por una triada característica:

- *La víctima.* Es un menor en cualquier etapa de desarrollo. Por definición la víctima del maltrato , corresponde a toda persona entre los 0 a los 18 años de edad.
- *El agresor.* Es una o más personas adultas, que tienen vinculación generalmente parental o de carácter afectivo con el niño. En la gran mayoría de los casos, los maltratadores son los padres (padre y/o madre) o padrastros. Con menos frecuencia se trata de hermanos mayores, abuelos o tíos, o apoderados.
- *La agresión.* Es crónica y constituye una forma de reraconamiento patológica entre la víctima y el victimario. Es inferida en forma intencional, excediendo los niveles culturalmente permitidos.

El acto agresivo reconoce diferentes formas:

- **Descarga impulsiva.** Se trata del resultado de episodios de impulsividad y descontrol por parte del adulto. Este estímulo puede ser desencadenado por el niño (llanto incoercible, enuresis, etc.) o no (desavenencia conyugal, estrés laboral). No hay duda que el consumo de alcohol y otras drogas tienen un rol favorecedor en estos episodios.
- **Gesto “Educativo”.** Se impone como una forma de educar e imponer valores “positivos” en el niño.
- **Tortura domestica.** La agresión suele ser grave y “sofisticada” (inmersión de la cabeza, choques eléctricos, quemaduras, mordeduras) y generalmente existen otras víctimas del ámbito familiar.
- **Delirante.** En pocos casos, el agresor es víctima de una patología mental delirante.

4.1.- Datos estadísticos

Según datos del consultorio forense del IDIF Sucre ⁽⁸⁾ en la gestión 2003, las edades más frecuentes de maltrato infantil comprenden de 0 a 10 años.

⁸. Basado en el capítulo: A. R. Peducassé, Estudio de la Violencia física Infantil en el consultorio Forense de Sucre en J. Núñez de Arco & H. Carvajal, (2004) Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. USFX. p. 221-226

Topográficamente se observaron lesiones predominantemente en rostro en un 61% en segundo lugar en miembros inferiores en un 33%, siendo las mismas en un 94 % superficial. Se tuvieron dos casos de menores de sexo masculino, que fallecieron víctimas de traumatismos, secundarios a golpes propinados por sus progenitores.

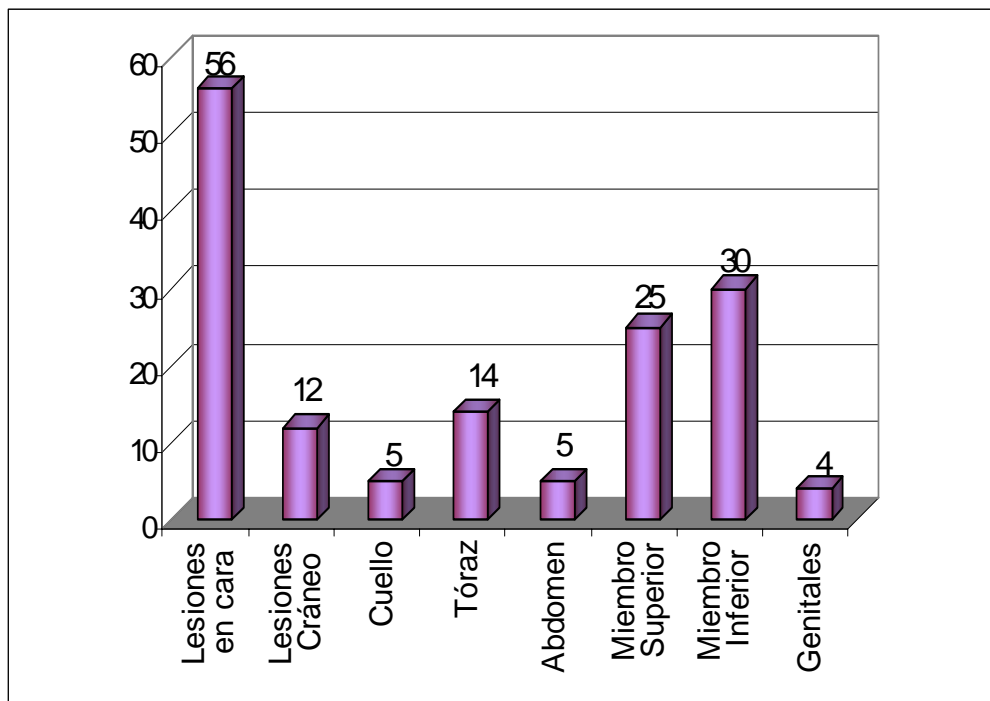
**MALTRATO INFANTIL
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTION 2003 SUCRE – BOLIVIA**

Lesiones Superf.	Lesiones Profundas	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Instancia Frecuente	Edad FREC.	TOTAL
87	7	43	51	Defensorias	0-10 años	94

Lesion en cara	Lesion en Cráneo	Cuello	Tórax	Abdomen	Miembros Superiores	Miembros Inferiores	M I Gen
56	12	5	14	5	25	30	4

En la mayoría de los casos, el abuso a un niño, ocurre cuando un adulto no puede controlar su rabia, debemos tomar en cuenta que los niños aprenden todo fácilmente, incluso aquello que está implícito al adulto y al maltratar a un niño, automáticamente se crea una persona violenta en la adultez.

**CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTIÓN 2003 SUCRE – BOLIVIA**



El maltrato físico en los niños es frecuente, se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o cuidadores. Muchas veces, las lesiones han sido mortales, los niños que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que la lesión física ha desaparecido, tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductual y socio-cognitivos que le imposibilita un desarrollo adecuado de su personalidad.

En la violencia física, las lesiones no son accidentales y frecuentemente son provocadas al niño, por su cuidador.

Según Patricia Vargas, en la investigación «Abuso Sexual y Prostitución de Niñas y Adolescentes en Cochabamba» (1997), de 486 casos analizados, el 93,6% de hechos de abuso sexual se cometieron contra niñas y adolescentes mujeres y el 6.4% contra niños.

	0 - 7 años		8 - 12 años		13 - 17 años		18 - 20 años		total	
	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	Varon	Mujer	N°	%
Incesto	4	7.8	12	13.2	21	7.8	2	2.7	39	8
Violación	24	47.1	57	62.6	220	81.5	57	77	358	74
Intento de Violación	19	37.3	20	22.0	14	5.2	10	13.5	63	13
Estupro			1	1.1		5.6	2	2.7	18	3.6
Abuso deshonesto	4	7.8			15		2	2.7	6	1
Corrupción			1	1.1			1	1.4	2	0.4
Total	51	10.5	91	18.7	270	55.6	74	1.4	486	100

Dentro de la violencia domestica: “Ante la impotencia femenina y sentimiento de venganza, las mujeres, con frecuencia, Suelen replicar esa violencia hacia quienes se encuentran en una situación de poder inferior: sus hijos e hijas o empleada domestica. De esta forma, los niños y niñas acaban siendo victimas de maltrato, tanto físico como emocional.”⁽⁹⁾

Formas mas frecuentes de castigo en la encuesta. ⁽¹⁰⁾ Fuente: Noya 2002:58

Castigo físico	Estrato alto	Estrato Bajo
Chicote	16	86
Verdugo (chicote especial)	0	3
Palo	1	20
Lapo (sopapo)	1	15
Puñete	1	10
Jalar el cabello	1	5
Jalar la oreja	12	7
Pellizco	1	0
Empujón	2	1
Total	35	147
Castigo moral	Estrato Alto	Estrato bajo
No hablarle	14	2
Reñirle	104	171
Quitarle recreo	7	24
Quitarle comida	1	1
Encerrarle en el cuarto	27	9
No salir a jugar	40	54
Prohibir ver TV	56	6
Otro	37	4
Total	286	271

⁹.- Martha Noya L.; En *una mano miel .. y en la otra hiel: castigo y maltrato infantil en la familia*. Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre 2002, p. 29

¹⁰.- Martha Noya L.; En *una mano miel .. y en la otra hiel: castigo y maltrato infantil en la familia*. Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre 2002, p. 58-59

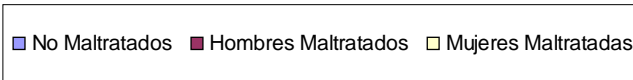
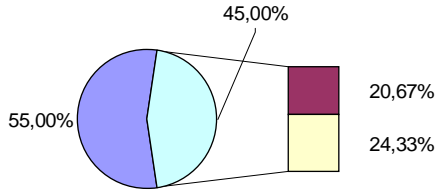
A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos. Están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades médicas y problemas en la escuela o en el trabajo. Sin el tratamiento adecuado el daño puede perdurar de por vida.

Amenazas, intimidación y privación de cariño traen consecuencias, similares a las de la tortura corporal. El estudio fue realizado por el psicólogo Metin Basoglu, de la Universidad de Londres, en base a entrevistas con 270 víctimas de tortura y violencia de la guerra civil de la ex Yugoslavia. Sus resultados causan estupor entre los expertos, ya que demuestran que la tortura psicológica aplicada a prisioneros provoca los mismos resultados que el abuso físico. Los entrevistados, víctimas de manipulación, humillaciones y extremo estrés psicológico, sufrían aún muchos años después las mismas consecuencias que quienes son sometidos a torturas corporales. No hay castigos sin consecuencias, hasta las formas de sometimiento supuestamente más inofensivas, como la celda de aislamiento, deberían ser juzgadas del mismo modo que la tortura física. Esto es lo que informa Basoglu y sus colegas en la revista especializada "Archives of General Psychiatry".

También el profesor estadounidense Steven Miles, de la Universidad de Minnesota, comenta que "diferenciar entre tortura y maltrato no sólo es un sinsentido, sino que además es muy peligroso".⁽¹¹⁾

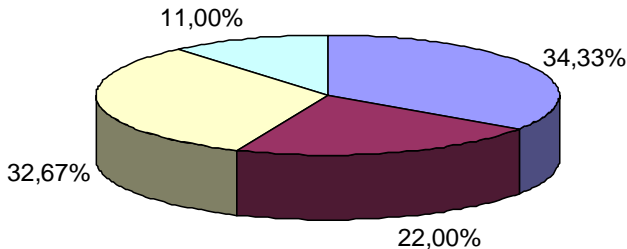
¹¹. <http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2387462,00.html> consultado el 3/08/2007

Frecuencia de Maltrato Infantil en Niños de 5 a 14 años en el area de Coripata, Provincia Nor Yungas. Depto. La Paz



Se realizó un estudio mediante la realización de encuestas, en la población infantil comprendida entre 5 y 14 años de edad, en diferentes localidades del área de Coripata, Provincia Nor-Yungas, Departamento La Paz. se obtuvo una muestra al azar de 300 niños, 5 a 14 años, de las diferentes comunidades, 147 fueron de sexo femenino y los restantes 153 fueron de sexo masculino. ⁽¹²⁾

Agresor Identificado en el Maltrato Infantil en niños de 5 a 14 años en el área de Coripata, Provincia Nor Yungas. Depto. La Paz



¹². Anahi Montano. El abuso a niños en Coripata Nor Yungas La Paz Bolivia. Visitado en http://members.tripod.com/Anahi_Montano/html/coripata.htm, en fecha: 3/08/2007

Del total de la muestra, 135 niños sufren de Maltrato Infantil en sus diferentes formas, tomando en cuenta el maltrato físico, la privación nutricional y la negligencia, sólo se excluyó de este trabajo el abuso sexual, debido a su difícil evaluación, por lo que la frecuencia global de Maltrato Infantil encontrada fue de 45,1%. Se encontró que el sexo más afectado es el femenino con un 67%, la edad más afectada fue la comprendida entre los 5 y 6 años, con un porcentaje de 52,63%;

de 6 a 7, años el porcentaje fue de 45%;
de 7 a 8 años, fue de 43.75%;
de 8 a 9 años, fue de 30%;
de 9 a 10 años, fue de 42.86%;
de 10 a 11 años fue de 41.66%; de 11 a 12 años, fue de 23,53%;
de 12 a 13 años fue de 20%; y finalmente
de 13 a 14 años, se halló un porcentaje de 19,56%.

Dentro de los agresores responsables del Maltrato Infantil, se obtuvo la siguiente frecuencia: La mamá es la responsable en 103 casos del total, un 34,33%, seguidamente se encuentra el hermano mayor con un 32,66%, es decir 98 casos, en tercer lugar se encontraría el padre representado por un 22% (66 casos) y finalmente con un 11%, es decir 33 casos, se encuentran otros familiares o profesores.

4.2. - INDICADORES DEL MALTRATO.

La mayoría de las situaciones de maltrato infantil tienen lugar en un entorno familiar privado, y en el ámbito del domicilio; por lo que generalmente no es posible observarlas directamente. Aunque hay excepciones, como la mendicidad y la explotación laboral, que suelen tener lugar en público.

Los indicadores son aquellos que se derivan de la anamnesis (historia clínica), de las exploraciones (síntomas, lesiones en el/la niño/a) y de la historia social que señalan la posible presencia de maltrato, abandono y/o abuso sexual.

La constatación de un único indicador no prueba que exista maltrato. Sin embargo, la presencia reiterada de uno de ellos, la de diversos indicadores combinados, o la aparición de lesiones serias, han de alertar a cualquier profesional ante una situación de maltrato.

Los siguientes factores pueden ayudar con el diagnóstico del abuso físico cuando el niño se presenta en la sala de emergencias o en la consulta médica:

- Tardanza en acudir para la atención médica de la lesión.
- La historia de lo sucedido es discordante o ausente.
- La historia es incompatible con la lesión.
- La lesión no es reciente.
- El patrón de las lesiones es sugestivo de abuso.
- Las lesiones son repetitivas.
- Comportamiento de los padres es raro.
- La conducta del niño o su interacción con los padres es rara.
- Revelación del maltrato por el niño o un testigo.

El hallazgo del siguiente patrón de lesiones físicas durante el **examen físico** también sugiere la existencia de abuso físico:

- Presencia de equimosis en regiones del cuerpo que no son un sitio habitual de lesiones.
- Lesiones que por su forma se puede reconocer al agente causal.
- Presencia de marcas de la mano o marcas de mordedura humana.
- Presencia de múltiples lesiones de diferente tipo y/o de distinta data.
- Lesión interna como sangrado o ruptura de algún órgano, debido al trauma contundente.
- Quemaduras por inmersión de forma circunferencial.
- Quemaduras en las manos o glúteos de los niños, provenientes de estufas eléctricas, radiadores, calentadores u otros objetos calientes.
- Quemaduras hechas por cigarrillos en áreas expuestas o áreas genitales.
- Evidencia de descuido: desnutrición, desaseo, dermatitis crónica, etc.
- Hemorragia retinal.
- Pérdida inexplicable de la conciencia de un niño.
- Separación de las suturas del cráneo
- Abultamiento de las fontanelas.
- Hematoma subdural (acumulación de sangre en el cerebro) sin explicación lógica.
- Cualquier tipo de fractura observada en niños que aún no caminan ni gatean
- Evidencia de fracturas epifisarias (regularmente múltiple) de los huesos largos o fracturas de tipo espiral causadas porque las extremidades del niño son sometidas a contorsiones
- Fracturas costales
- Evidencias que señalan la existencia de fracturas craneanas (ocasionalmente es posible encontrar fracturas múltiples ocasionadas en diferentes momentos o edades)

4.3.- LESIONES MÁS FRECUENTES:¹³

Cutáneo - mucosas	Equimosis. Petequias. Hematomas. Quemaduras: liquido hirviendo, objeto incandescente, cigarros... Mordeduras. Alopecias. Heridas: contusa, incisa, punzante.
Óseas	Fractura: fragmentación epifisaria, fractura única o múltiple, diversos grados evolutivos, localización de la fractura... Luxación Engrosamiento - hematoma perióstico Reacción perióstica
Neurológicas centrales	Fractura craneal simple o hematoma subdural Obnubilación + coma + hemorragias retinianas (sacudida de la cabeza). Hematoma subdural + fracturas múltiples.
Ópticas	Hemorragias -Hematomas
Oculares	-Hemorragias
Genitales (varón - mujer)	Erosiones. Equimosis. Desgarros. Hemorragias.
Lesiones generales	Intoxicación provocada: sedantes, otros... Hipoglucemia: hipoglucemicos orales, insulina. Enfermedades simuladas (Síndrome de Munchhausen).

¹³ Edita: Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias

Equimosis provocadas por presión digital, en una menor de diez meses.

Fuente Dra. Peducasse



En la foto se ve equimosis en vías de ferrocarril, provocadas por cinturón a una menor de diez años.

Fuente: Dra. Peducasse



5.-ABUSO POR NEGLIGENCIA

La Negligencia del Niño se caracteriza por cualquier acto reciente u omisión de parte del padre o encargado, en cubrir las necesidades básicas del niño. La negligencia puede ser física, educacional, o emocional. La negligencia física incluye la falta de atención médica o la atención tardía, abandono, expulsión de la casa o negativa a aceptar que un niño que se ha escapado regrese a casa, y la supervisión inadecuada. (Tipo pasivo), la falta o ausencia de higiene. La negligencia educacional incluye la concesión de ausencias escolares sin permiso, el no matricular a un niño en edad escolar en la escuela, y el no prestar atención a las necesidades educativas especiales del niño. La negligencia emocional incluye la marcada falta de atención a las necesidades afectivas del niño, la negativa a proveer cuidado psicológico necesario, abuso conyugal en la presencia del niño, y permitir que el niño use drogas o alcohol.

6.-ABUSO SEXUAL

Se considera abuso sexual, al empleo, uso, persuasión, aliciente, tentación, o coacción de cualquier menor para tomar parte en, o asistir a cualquier otra

persona a tomar parte en, cualquier conducta sexualmente explícita o simulación de tal conducta. El Abuso Sexual incluye comportamientos sexuales que implican: desde comentarios sexuales sutiles hasta el franco manoseo, caricias, sodomía, felación, exhibicionismo y relaciones sexuales; también incluye la pornografía, (explotación comercial a través de la prostitución o de la producción de materiales pornográficos) prostitución, incesto, el acto sexual violento o violación y el cometido bajo violencia psicológica.

La clásica definición de Kempe ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾ según la cual el abuso sexual consiste en: “la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento válido; o que violan los tabús sociales o los papeles familiares”

En un estudio de Onostre ⁽¹⁶⁾ realizado en ONAMFA de la ciudad de El Alto, entre marzo de 1995 a marzo de 1996, se recibieron 140 denuncias de agresión sexual a niños. Sólo 86 casos fueron confirmados y cumplían con los criterios de inclusión para fines de este estudio. Las víctimas eran mujeres en un 95 %, el rango de edad tuvo una variación de 3 a 18 años, con un promedio de 10,3 años; el 44% de las víctimas pertenecieron al grupo etáreo de 10 a 14 años de edad (pubertad), seguido del grupo de 5 a 9 años (30%). En estos dos grupos de edad se concentró casi tres cuartas partes de las víctimas.

En un 79% de los agresores fueron conocidos por la víctima y solo un 21% desconocido. Los principales agresores fueron: el tío (12%) y padrastro (9%) en el abuso sexual intrafamiliar; los vecinos (21%) y desconocidos (21%) en el abuso sexual extrafamiliar.

El 74,4% de las víctimas pertenecían a familias disfuncionales. Con problemas de el alcoholismo (35%), abandono (23%), desintegración familiar (16,46%). En la mayoría (76,6%) el agresor, empleó el soborno para asegurar el silencio de sus víctimas (ofrecimientos de regalos y dinero, empleo laboral, etc.); solo el 23,3% de los agresores utilizó la amenaza y fuerza física para someter a sus víctimas. En un 54.7% el lugar, fue en domicilio de la víctima, en un 16% en el

¹⁴. Kempe CH. Child Abuse. Fontana Open Books. Office of. Populations Consensus and Surveys. 1984 Monitor PPI 84 4.

¹⁵. Kempe CH, Kempe R. Los niños maltratados. Morata: Madrid, 1979: 230 pp.

¹⁶. Raúl D. Onostre Guerra, Abuso sexual en niñas y niños, consideraciones clínicas, Trabajo de Ingreso a la Sociedad Boliviana de Pediatría, presentado el 30.VII.98. Rev. Soc. Bol. Ped. 1999; 38 (Supl. 1): S19-S25

domicilio del agresor, en un 11.6 % en un alojamiento publico y en el automóvil en el 9.3 %.

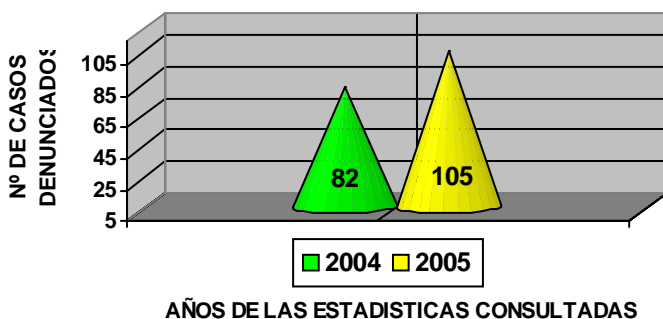
Fueron considerados violación un 35 % de los casos, abusos deshonestos un 51% y estupro 14 %.

En la exploración se encontró: Lesiones genitales (44,2%), lesiones anales (4,8%), embarazos (11,7%) y enfermedades de transmisión sexual (9,3%). El examen de piel mostró otras lesiones físicas asociadas a la agresión sexual en 23,3% de los casos: equimosis, petequias por mordeduras y sugilaciones (11,6 %), fracturas óseas en húmero o clavícula (7%) y alopecia por arrancamiento (4,7%).

En los casos de incesto (19,8%) se observó la parcialización de la madre por el agresor (esposo). El motivo por el cual se impone la lealtad hacia el cónyuge, en detrimento de la hija es todavía controversial entre los investigadores.⁽¹⁷⁾

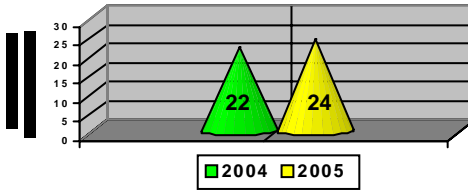
ESTADISTICAS ACERCA DE LOS DELITOS DE VIOLACIÓN SEXUAL A MENORES NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS ANTE LA FELCC (EX PTJ) DE LAS DIFERENTES ZONAS

LA PAZ



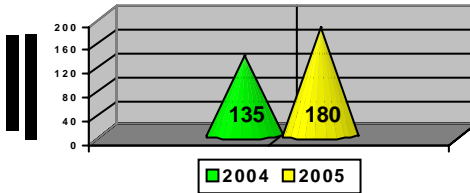
¹⁷. McCullogh M, Sherman A: Adolescent pregnancy: contributing factors and strategics for prevention. Adolescence 1991; 26: 809-16.

ZONA SUR



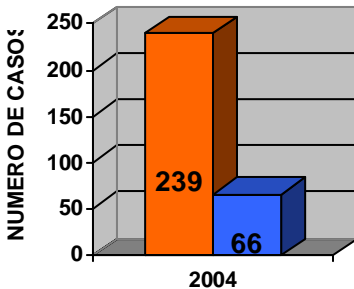
AÑOS DE LAS ESTADÍSTICAS CONSULTADAS

EL ALTO

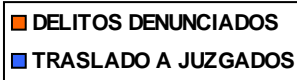


AÑOS DE LAS ESTADÍSTICAS CONSULTADAS

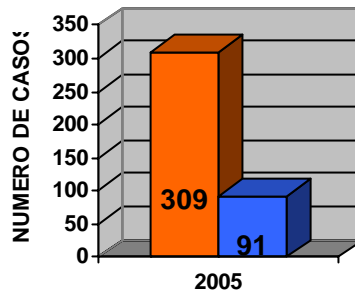
RELACION DE DENUNCIA Y TRASLADO



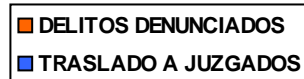
AÑO DE LA ESTADÍSTICA



RELACION DE DENUNCIA Y TRASLADO



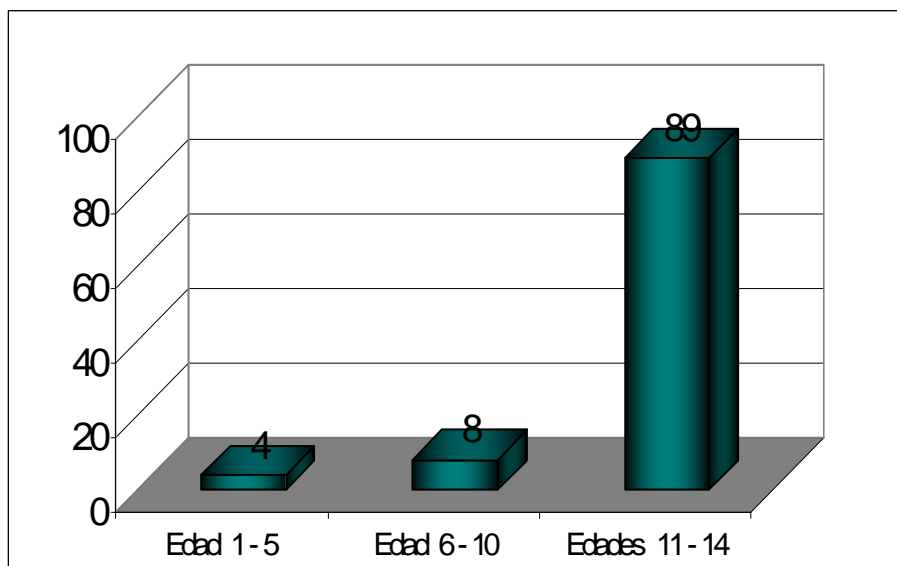
AÑO DE LA ESTADÍSTICA



Por las estadísticas presentadas, podemos visualizar que la gran mayoría de delitos denunciados no son trasladados a juzgados para su debido proceso y sanción, en muchos de los casos es retirada la denuncia, porque se llega a un acuerdo, o por otros factores económicos no llegan hasta el final, aunque también influyen los factores del sistema. (Ministerio Público-Médicos forenses)

**AGRESIONES SEXUALES EN MENORES ⁽¹⁸⁾
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
GESTION 2003 SUCRE – BOLIVIA**

Masculino	Femenino	Edad 1-5	Edad 6-10	Edad 11-14	Edades .indenme	Himen c/desg. reciente	Himen con des. antiguo	Pliegues anales indemnes	Pliegues anales con desgarros	TOTAL
10	41	4	8	39	31	10	8	2	51	

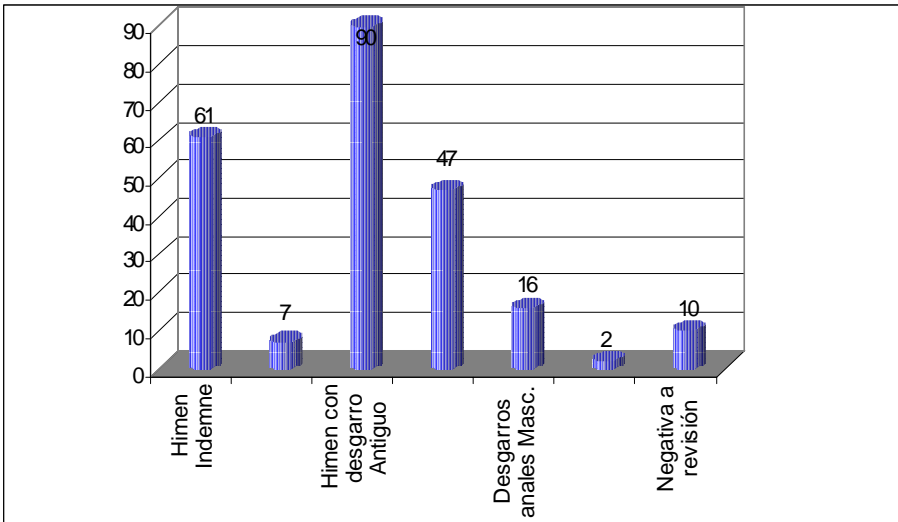


¹⁸. A. R. Peducassé, Estudio de la Violencia física Infantil en el consultorio Forense de Sucre en J. Núñez de Arco & H. Carvajal, (2004) Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. USFX. p. 225

**CUADRO DE ATENCION EN LA GESTION 2003- POR AGRESION SEXUAL
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE
SUCRE- BOLIVIA.**

Casos atendidos como agresión sexual.	Himen Indemne	Himen Con desgarro	Himen con desgarro Reciente.	Himen complaciente Antiguo.	Desgarros anales.		Negativa a revisión	Total
					M	F		
Total	61	7	90	47	16	2	10	231

**CUADRO DE ATENCIÓN EN LA GESTIÓN 2003 - POR AGRESIÓN SEXUAL
CONSULTORIO DE MEDICINA FORENSE SUCRE – BOLIVIA**



En revisiones, con antecedente de denuncias por agresión sexual, las edades más frecuentes fueron de 11 a 14 años, con un 80% en sexo femenino, observándose al examen un 61 % de hímenes indemnes y un 20% de las revisiones, realizadas en sexo masculino, con un 15 % de indemnidad en pliegues anales.

Los niños que han sido abusados pueden exhibir las siguientes consecuencias:

- una pobre auto-imagen
- reactuación del acto sexual
- incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros
- conducta agresiva, problemas de disciplina y, a veces, comportamiento ilegal
- coraje y rabia
- comportamiento auto-destructivo o auto-abusivo, pensamientos suicidas
- pasividad y comportamiento retraído
- miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas
- ansiedad y miedos
- problemas en la escuela o fracaso escolar
- sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión
- visiones de experiencias ya vividas y pesadillas
- abuso de drogas o de alcohol

A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y por la tendencia a ser violentos, comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas.

7.- ABUSO PSÍQUICO O EMOCIONAL

El Abuso Emocional (psicológico/abuso verbal/daño mental) incluye actos u omisiones por parte de los padres u otros encargados que causen, o puedan causar, trastornos serios en la conducta, o en el desarrollo cognitivo, emocional, o mental del niño. Cualquier acto, que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción. Manifestaciones consecutivas a las conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar) o bien de las conductas derivadas de la omisión (la privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, la indiferencia).

En ésta categoría se incluyen, las siguientes formas:

- **Rechazar:** El adulto rehusa reconocer la importancia de las necesidades de un niño. el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto
- **Aislar:** El adulto impide al niño el acceso a experiencias sociales habituales y normales, impide la formación de amistades y hace creer al niño que está solo en el mundo.

- **Aterrorizar:** El adulto ataca verbalmente al niño, crea un clima de miedo, intimida y asusta, y hace creer al niño que el mundo es caprichoso y hostil.
- **Ignorar:** El adulto no proporciona la estimulación y responsabilidad esencial para su desarrollo, impide su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual. o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades
- **Corromper:** El adulto des - socializa al niño, le estimula a implicarse en conductas destructivas, refuerza esa desviación e incapacita al niño para las experiencias sociales normales.

En ocasiones, aunque no haya ningún daño evidente en el comportamiento o condición del niño, los actos de los padres u otros encargados son suficientes para justificar la intervención de las Defensorías de la niñez.

Por ejemplo, cuando los padres/encargados imponen castigos extremos o extraños, como el encierro del niño en un ropero oscuro. Aunque es posible encontrar alguna forma de maltrato aislada, por ejemplo la sexual, generalmente ocurren en combinación: físico- psicológico

Los niños que sufren malos tratos emocionales presentan numerosos y severos problemas emocionales y conductuales. ⁽¹⁹⁾

- Desordenes conductuales tales como retraimiento y conducta antisocial.
- Demuestra extremos conductuales: pasividad o conducta agresiva extrema.
- Se muestra receloso, pesimista, deprimido, ansioso, preocupado.
- Signos de desordenes emocionales, tales como movimientos rítmicos repetitivos, ausencia de comunicación verbal o física, o atención excesiva los detalles.
- Excesiva rigidez y conformismo.
- Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles.
- Desordenes del apetito, del sueño, compulsividad, obsesiones, histeria, enuresis, fobias e hipocondría.
- Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad.
- Fugas de casa.
- Pobre autoestima.

Se plantea que las personas que fueron maltratadas en su infancia carecen de modelos de interacción adecuados que guíen la forma de interaccionarse con sus hijos, y tienden a reproducir los modelos que han tenido durante su infancia.

¹⁹. Elena Gállegos de las Heras (2001) Maltrato Infantil

Con relación a este aspecto, aunque en algunos casos la transmisión intergeneracional es un hecho, no podemos suponer que todo niño maltratado será un futuro maltratador, ni que todo maltratador ha sido maltratado en su infancia.⁽²⁰⁾ Las personas según, Rohner y Rohner 1980, tendemos a percibirnos en función de los que imaginamos que son las percepciones que los « otros significativos » tienen de nosotros. Por lo que si un niño, es rechazado por sus padres, probablemente se definirá sí mismo como una persona indigna que no merece el afecto y el amor; de esta forma, ese niño desarrollará un sentimiento generalizado de autoevaluación negativa y autoestima negativa. E intentara repetir las conductas a lo largo de su vida de manera similar.

8.- SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES

El síndrome de Munchhausen en niños es una forma poco habitual de maltrato en niños y muy difícil de comprobar, por lo cual es muy controversial su existencia. Se define como la simulación o provocación de síntomas o patologías a un niño generalmente por la madre o por un cuidador. La principal prueba necesaria para demostrar el papel causal de la madre es «la prueba de la separación», existiendo cierta mejoría cuando están alejados de su progenitora o tutor.

En 1951 Richard Asher menciona un síndrome donde el paciente procura su enfermedad simulando presentar enfermedades orgánicas, la tendencia a migrar por distintos puntos y recorrer un sinnúmero de hospitales y exponer falsos y espectaculares relatos autobiográficos. Asher para denominarlo se inspiró en la personalidad del barón Hieronymus Karl Friedrich Von Munchausen.⁽²¹⁾

El término «síndrome de Munchausen» fue utilizado inicialmente para describir situaciones en las cuales los pacientes falsificaban sus propios síntomas. En el síndrome de Munchausen-by-proxy (o Munchausen-por-poder), descrito por primera vez por Meadow en 1977,⁽²²⁾⁽²³⁾ uno de los padres simula o causa enfermedad en un hijo.⁽²⁴⁾

²⁰. Simón Rueda, C.; López Taboada, J.L. y Linaza Iglesias, J.L. (2000). Maltrato y desarrollo infantil. Madrid: S.L.

²¹. Su nombre proviene de un mercenario militar alemán, Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen (1720-1797), famoso por narrar historias ficticias sobre sus conquistas y aventuras.

²². Meadow, Roy. What is, and what is not "Munchausen syndrome by proxy"? *Archive of disease in Childhood* 1995; 72 (6) June 534-538.

²³. Fue descrita por Meadow en 1977 al comunicar un caso de hematuria en una niña cuya madre agregaba sangre a su orina

²⁴. Johnson C. (1996) *Abuse and Neglect of Children*, en: Nelson's Textbook of Pediatrics. W.B. Saunders Company p. 120-121.

Otros autores, hacen una descripción infantil de este síndrome con el nombre de síndrome de Munchausen sustitutivo (SMBP), por poder, inducido, por proximidad, sustitutivo, o infantil. Se encuentra una mortalidad infantil del 7 al 10 %. El síndrome se adjudica **a quien produce los síntomas**, no a la víctima, si ésta también participa en la fabricación de la enfermedad se diagnostica en ella trastorno fáctico y en el perpetrador se diagnostica trastorno fáctico sustitutivo.

Es más frecuente en los niños menores de 5 años y los hermanos están sometidos al mismo riesgo. Descrita por Meadow en 1977, diez años más tarde, Jones postulo algunos signos de alerta de utilidad diagnóstica: ⁽²⁵⁾

1. Persistencia o recurrencia de una enfermedad sin explicación.
2. Discrepancia entre los datos anamnésticos y los del examen físico.
3. Desaparición de los síntomas cuando el niño no esta junto al cuidador.
4. Presencia de signos y/o síntomas atípicos que se corresponden con una entidad bien definida.
5. Evolución tórpida con mala respuesta al tratamiento.
6. Padres demandantes, que se muestran conformes cuando se aplican tratamientos o procedimientos, aunque sean molestos y dolorosos para el niño.
7. Hospitalizaciones frecuentes, con tratamientos prolongados.
8. Padres que intentan permanecer todo el tiempo junto al niño y se muestran solícitos frente al personal asistencial.
9. Antecedentes de investigación medica exhaustiva sobre patologías infrecuentes.

El padre puede fabricar una historia médica, causar síntomas físicos, o alterar muestras de laboratorio o medidas de temperatura. Derivando en enfermedades que, muchas veces, resultan incomprensibles para el equipo médico. Se realizan al paciente innumerables exámenes médicos, de laboratorio, hospitalizaciones y operaciones. La enfermedad provocada puede llegar, en su grado más extremo, a causar la muerte del niño. Los síntomas en el paciente son de una amplia variedad e involucran múltiples sistemas. Se presentan generalmente cuando el padre/madre/cuidador está cerca del niño ⁽²⁶⁾. El agresor, que es por lo general

²⁵. Morales Franco Belén, de la Morena –Fernandez María Luisa, El síndrome de munchausen infantil. etiología, criterios , diagnósticos y tratamiento. *Gaceta médica méx.*-vol 131-n° 3 pag. 323-328.

²⁶. Ana Margarita Maida S., María Elisa Molina P., Ximena Carrasco Ch., Síndrome de Munchausen-por-poder: un diagnóstico a considerar. *Rev. chil. pediatr.* v.70 n.3 Santiago mayo 1999

la madre, (entre 20 y 30 años) establece aparentemente una relación muy cercana con él, sobreprotectora, pero una observación más profunda de esta relación revela que ella está más atenta e involucrada en los temas relacionados con la enfermedad del niño que con el niño mismo⁽²⁷⁾. Su interés principal está volcado hacia la relación con el equipo de salud y su aparente devoción la hace quedar fuera de toda sospecha de ser considerada como un posible agresor. No es infrecuente que esta persona tenga conocimientos médicos o farmacológicos de algún tipo. En ese caso, el padre, adopta una actitud distante y no está involucrado en el cuidado del niño.

Los cuadros clínicos son sumamente variables, entre ellos:

- Signos provocados por fármacos (psicotrópicos, hipoglucemiantes)
- Simulación de sangrados por contaminación de la orina o las heces.
- Hipernatremia inducida por intoxicación con sal de mesa.
- Provocación de apneas y cianosis por sofocación facial.
- Simulación de convulsiones.
- Conjuntivitis provocada por cáusticos.
- Simulación de enfermedades celiaca.

En nuestro país, no solo en zonas rurales y alejadas de centros médicos las mujeres tiene a sus bebés en sus casas, y así como no existen datos sobre estos nacimientos tampoco existe información sobre sus muertes, que por falta de auxilio o complicaciones del parto pueden acontecer. Pero no es raro escuchar que el bebé murió y no saben la causa, sin acudir a los centros médicos, en ocasiones porque no hay, son enterrados en sus comunidades y es difícil demostrar que tal vez hubo un maltrato o una intención franca de sofocación.

9.- SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO

El síndrome del niño sacudido (SBS) es un tipo de maltrato infantil causado por la sacudida violenta de un lactante o niño pequeño, afecta mayormente a lactantes menores de dos años (hasta los 5 años) y que puede ocasionar daños neurológicos graves (La cabeza de un bebé es grande y pesada en proporción con el resto de su cuerpo) e incluso la muerte.⁽²⁸⁾ Se caracteriza por la tríada:

²⁷. Leonard K, Farrell P: Munchausen's syndrome by proxy. A little known type of abuse. *Postgraduate Medicine* 1992; 91: 197-204.

²⁸. Claudia Velástegui, Verónica Valdés, Síndrome del Bebé Sacudido (SBS): Atención a los factores de riesgo. <http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/articulos/129.html> 3/08/07

hemorragia retinal (50-100% de los casos), hemorragia subdural o subaracnoidea (90%) y escasa o falta de evidencia de trauma craneal externo. (29)

Rara vez el síndrome del bebé sacudido es un accidente. Las lesiones casi siempre son producto de un trauma no accidental (maltrato al menor), por parte de un padre, madre o niñera enojado que sacude al bebé para castigarlo o callarlo; sin embargo, en muchos casos, estas personas no tienen el propósito de hacerle daño al bebé. Por eso, es un dato siempre oculto por los padres y referido como “se cayó de la cama”, “de los brazos” o “de la cuna”, sin embargo, es necesario insistir y poder diferenciar estas afirmaciones (30). Por lo general, no hay signos físicos exteriores de trauma como contusiones, sangrado o hinchazón; pero con un examen oftalmológico de los ojos del bebé se puede detectar un desprendimiento o hemorragia retinal (sangrado detrás del ojo).

Generalmente, se lo sujeta al niño por los miembros superiores, ya sea a nivel de los hombros, brazo, de las manos o muñecas, bilateralmente, impidiendo al niño defenderse, inmovilizándolo quedando la cabeza y cuello desprotegidos ante la fuerza del ataque. En el sacudimiento toma parte el mecanismo de aceleración-desaceleración, tanto en sentido antero-posterior como rotacional. Este último se considera el más perjudicial y el de más graves consecuencias, ocasionando contusión cerebral, hinchazón, presión y sangrado (hemorragia intracerebral), hinchazón o aumento de presión (hematoma subdural ya mencionado entre las lesiones neurológicas). Esto fácilmente puede causar daño cerebral severo y permanente, o la muerte.

Dentro de estas formas especiales, en los bebés existe una que es la lesión producida por un jalón de pelos de la cabeza que lamentablemente es lo que está más al alcance de la mano del agresor, pero que pasa de ser un simple jalón a convertirse en una lesión importante dependiendo de la fuerza con la que se tracciona en un Hematoma subgaleal: Que es una hinchazón difusa y de consistencia blanda en el cuero cabelludo que puede ser producido a consecuencia del jalón de pelos que a menudo está asociado a hemorragia petequiral y a pelos rotos.

29. Inflicted traumatic brain injury or shaken baby syndrome in Estonia. Inga Talvik. Acta Pædiatrica, 2006; 95: 799-804.

30. Pedro Barreda, Síndrome del niño sacudido. <http://www.pediatraldia.cl/> Enero 2005, revisado el 3/08/07

MALTRATO EXTRAFAMILIAR

- Maltrato Institucional
- Maltrato social
- Explotación
- Trabajo infantil

10.- MALTRATO INSTITUCIONAL:

La violencia se ejerce desde ámbitos institucionales: justicia, la escuela, el hospital y los hogares sustitutos, donde –paradójicamente- pueden vulnerarse los derechos del niño, con producción de daño, a través de prácticas abusivas, desde los castigos corporales hasta formas más sutiles de agresión, como la discriminación y formas de humillación.

11.- MALTRATO SOCIAL:

Suele ser frecuente que lo estipulado en la Convención de los Derechos del Niño resulte vulnerado por las propias condiciones de existencia de los niños, cuando tienen cuestionada la alimentación, la inmunización, la asistencia medica, la educación o el juego. Los niños de la calle (carecen de vivienda), los niños en la calle (viven en situación de calle para ejercer la mendicidad), la explotación infantil (trabajo) y la prostitución infantil.

12.- EXPLOTACIÓN

Explotación laboral

El menor es obligado a realizar trabajos (sean domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual y deberían ser realizados por adultos, interfiriendo de manera clara en las actividades y necesidades escolares del niño.

En este tema, hay que contemplar el trabajo de niños, en una investigación en la ciudad de Sucre, ⁽³¹⁾ se entrevistó a alrededor de 250 empleadas de hogares. El 42 % de las empleadas de hogar entrevistadas, estaba entre 14 y 16 años, 35 % entre 17 y 18 años y un 20% con niñas en edades comprendidas entre 11 y 13 años, y un 2,6 % de niñas comprendidas entre 6 y 10 años. La mayoría empezó a trabajar entre los 12 y 14 años. Y el 51.7%, ganaba entre 100 a 200 bolivianos. (10 a 20 euros)

³¹ .- Mónica Quintela M. y Soledad Domínguez L., *Cama adentro ... Cama afuera*, Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre 2001. Pág. 80 y 91

13.- TRABAJO INFANTIL

Según la OIT/IPC: “Se entiende como trabajo infantil, toda actividad que implica la participación de los niños (as) en la producción y comercialización familiar de bienes o en la prestación de servicios a personas naturales o jurídicas que les impida el acceso, rendimiento y permanencia en la educación o se realice en ambientes peligrosos, produzcan efectos negativos inmediatos o futuros, o se lleven a cabo en condiciones que afecten el desarrollo a cabo en condiciones que afecten el desarrollo psicológico, físico, moral o social de los niños” (32)

Hay un trabajo de investigación sobre el trabajo infantil, realizado en la ciudad de Sucre, (33) con alrededor de 200 niños, adolescentes, trabajadores (NATs), en la que se destaca el siguiente cuadro modificado sobre dicha población de niños trabajadores de Sucre (34)

Según los datos de este trabajo de Ivana Bellido (1999:46) La edad promedio, el 50 % tiene entre 10 y 12 años, 9% de 13 años y 13.5 de 14 años. En total: el 72 % de niños se encuentra entre los 10 y 14 años. El 16 % esta entre los 7 y 9 años.

Las familias de esta población no pueden cubrir sus necesidades económicas, y en la encuesta a los niños, el 98.5 % indican que ayudan a sus familias económicamente. Bellido (1999:69) Y el 53 % obtiene unos ingreso entre 250 a 450 Bs./mes. Bellido (1999:77)

32. - Moreno carmen, (1999) *La OIT y el trabajo infantil*. Cartagena de Indias Colombia: IPEC/OIT, p.6

33. - Ivana Bellido T., (1999) *Cargando la vida. Situación de las niñas, niños y adolescentes trabajadores independientes de Sucre*. Sucre: Ed. Centro Juana Azurduy. pp.111

34. - Modificado del cuadro nº 1 en Ivana Bellido T., (1999) *Cargando la vida.....* Sucre: Ed. Centro Juana Azurduy. P. 32.

ACTIVIDAD ⁽³⁵⁾	CANTIDAD	PORCENTAJE
Canillita	145	15.8
Lava autos	85	9.2
Cargador de bolsas	75	8.1
Lustrabotas	65	7.1
Cuida autos	65	7.1
Vendedor de bolsas	60	6.5
Maletero	45	4.9
Vendedor de verduras	45	4.9
Vota basura	37	4.7
Guía cementerio	40	4.3
Escalera cementerio	40	4.3
Limpia lapida	40	4.3
Rezadores	40	4.3
Voceadores	37	4.0
Vendedor de soda	35	3.8
Limonero	35	3.8
Salteñero	30	3.2
TOTAL	915	100

El 43 % tienen padre y madre, el 49% solo un padre y el 6.9 % vive solo o con algún familiar. Permanecen en su hogar más de 10 hrs., solo el 23.5 %, de 2 a 3 horas el 40.5 %, el 21 % entre 5 y 6 horas. El 60.5 % se alimentan en la calle y en la familia, pero el 31 % de los niños, lo hace exclusivamente en la calle ⁽³⁶⁾.

14.-LEGISLACION

El código niño, niña y adolescente de la Legislación Boliviana en el Título IV; Derecho a la Libertad, al Respeto y a la Dignidad; capítulo Único Derechos dice:

³⁵ .- Maletero: que trabaja en la Terminal de autobuses, Voceadores: anuncia la ruta de los viajes de los trufis (Taxis o microbuses con ruta fija) Llevan bolsas en los mercados como ayudantes de compra. Escaleras, lleva su escalera, realizan el trabajo de limpieza de nichos o alcanzan el nicho.

³⁶.- Tomado de Ivana Bellido T., Cargando la vida. Situación de las niñas, niños y adolescentes trabajadores independientes de Sucre. Sucre: Ed. Centro Juana Azurduy. 1999: 111

Artículo 100º (Derechos).-

El niño, niña o adolescente tiene derecho a la libertad, al respeto y a la dignidad como persona en desarrollo.

Mellar estos tres derechos significa atentar contra los derechos del niño, niña y adolescente e incurrir en maltrato el que nuestra legislación reconoce como:

Artículo 108º (Maltrato)

Constituye maltrato todo acto de violencia ejercido por los padres, responsables, terceros y/o instituciones, mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional, que atente contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por este Código y otras leyes; violencia que ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional.

Artículo 109º (Circunstancias)

Se considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando:

1. Se le cause daño físico, psíquico, menta o moral, así sea a titulo de medidas disciplinarias o educativas.
2. La disciplina escolar no respete su dignidad ni su integridad;
3. No se le provea en forma adecuada y oportuna alimentos, vestimenta, vivienda, educación o cuidado de su salud, teniendo los medios económicos necesarios;
4. Se lo emplee en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o su salud;
5. El desempeño de trabajo en régimen familiar no cumpla con las condiciones establecidas en este código;
6. Se lo utilice como objeto de presión, chantaje, hostigamiento o retención arbitraria, en los conflictos familiares y por causas políticas o posición ideológica de sus padres o familiares;
7. Sea víctima de la indiferencia en el trato cotidiano o prolongada incomunicación de sus padres, tutores o guardadores;
8. Sea obligado a prestar su servicio militar antes de haber cumplido la edad fijada por la Ley;
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualquier tipo de medidas de hecho como huelgas de hambre, actos violentos y otras que ateten contra su seguridad, integridad física o psicológica;
10. Existan otras circunstancias que impliquen maltrato.

Los médicos o el personal de salud están obligados a denunciar estos actos de maltrato infantil:

Artículo 110º (Obligación de Denunciar)

Los casos de malos tratos serán obligatoriamente denunciados ante las Defensorías de la niñez y Adolescencia, Fiscal de Materia u otra autoridad competente de la niñez y la familia, quienes deberán tomar las medidas pertinentes, debiendo presentar la denuncia en el término de veinticuatro horas ante el Juez de la Niñez y Adolescencia.

Están obligados a denunciar:

1. Los familiares, convivientes, cónyuges o parientes
2. Toda persona que, en el desempeño de sus actividades, funciones o en su vida cotidiana, tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de maltrato; y,
3. Todo profesional o funcionario que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de maltrato, no pudiendo alegar secreto profesional ni ampararse en ordenes superiores o dependencia funcionaria de cualquier naturaleza.

Los informantes y demandantes a que se refiere este artículo, están exentos de responsabilidad penal y civil con respecto a la información que proporcionen, salvo mala fe.

CAPITULO 11

LA VIOLACION

1.- ANTECEDENTES

Todos los delitos violentos provocan la indignación popular, pero aún más los de carácter sexual. Conceptual como legalmente, los delitos sexuales son de diversa índole y gravedad, pero se los toma a nivel popular como algo único. Se relaciona la psicopatía con el agresor sexual compulsivo, insaciable en su afán sexual y homicida. En una investigación realizada en Bolivia, “en 179 casos estudiados, no hubo ningún caso en el que el violador fuera un enfermo mental.” [1]

Hay una concepción general en la gente, de asumir que los violadores son unos psicopatas asesinos, ante la dificultad de entender la conducta de la violacion y el asesinato. Pero afortunadamente dentro de las tipologias de la los violadores, no todos toman la vida de sus victimas. Es posible ademas dividirlos en funcion de la naturaleza del acto delictivo: los que practican la pedofilia, los agresores de mujeres adultas, los agresores de homosexuales, necrófilos, exhibicionistas y los que practican la zoofilia. Y otros actos que no son considerados delictivos: el fetichismo, el voyeurismo o el masoquismo.

En este capitulo nos referiremos al grupo de los mas violentos los violadores que pueden matar a su victima. Su concepto, tipologia y sus formas de actuacion, las consecuencias en las victimas, el traumatismo por el estrés postraumatico. Los posibles formas de identificación de los violadores y su posible tratamiento.

Para Sigmund Freud, en su obra Tres contribuciones a la teoria del sexo, la etiologia de la conducta sexual desviada es como una maniobra defensiva, el desarrollo de un estilo de personalidad en el que las fantasias sexuales infantiles resultan gratificadas. Los violadores generalmente, llegan a excitarse pensando acerca del acto que van a cometer, por tanto la satisfacción obtenida se suele relacionar mas con el placer fantaseado, que con el real.

La delincuencia sexual es un concepto legal y por tanto variable en el tiempo y en los diferentes países. En algunos se ha tipificado conductas que en otros no

1. Muñoz Loayza M., Personalidad Oculta. Centro Juana Azurduy. Sucre. Bolivia. 2000. Pag. 27 y 112.

son delitos, por ejemplo el sexo oral. No obstante, ciertos delitos como la violación, el abuso de menores o el incesto cuentan con una reprobación general. Pero los factores individuales son demasiados como para que se puedan adscribir a una sola tipología, ya que es común hallar diversas parafilias presentes en los delincuentes sexuales. Es decir, en su biografía figuran diversos actos desviados sexuales, con diversas combinaciones.^[2] ^[3] En varios casos, el agresor sexual, ha realizado también otras conductas violentas en otras áreas legales, sobre todo si participa de una subcultura delictiva.^[4]

2. CONCEPTO DE VIOLACION.

En la mayoría de las legislaciones, comete violación el hombre que tiene una relación sexual con una mujer que no consiente en ella.

En nuestra legislación, según el Artículo 308. (VIOLACION) Modificado por la Ley 2033, dice: "Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco (5) a quince (15) años. El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviere incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años."

El Artículo indica: quien empleando violencia física o intimidación, Por el uso de la fuerza se entiende la violencia física que se ejerce directamente sobre la víctima, en la medida suficiente como para vencer la resistencia al acceso carnal. La fuerza no es tanto en cuanto a cantidad sino a calidad suficiente como para vencer la resistencia de la víctima y es sujeto a un análisis personal de cada caso.

2. Abel GG, Mittleman M, Becker JV: Sex offenders: results of assessment and recommendations for treatment, in *Clinical Criminology: Assessment and Treatment of Criminal Behavior*. Edited by Ben-Aron HH, Hucker S, Webster CD. Toronto, ON, M&M Graphics, 1985, pp 191-205

3. Abel G., Becker J., Rouleau L.-L., Kaplan M. ET Reich J., *The treatment of child molesters : A manual*, Behavioral Medicine Laboratory, Emory University, 1984.

4. Wolfgang, M.E. (1974). *Victim-Precipitated Criminal Homicide*, en *Victimology: A new Focus*. Ed. Drapkin y Viano, Lexington Books, D.C. Heath and Company. Lexington, Massachusetts-Toronto-London.

La intimidación resulta más sutil, es la comunicación con palabras, gestos o actitudes de causar un gran mal a la persona, con la suficiente eficacia como para paralizar o inhibir la voluntad de la víctima. Ambas tienen que tener relación de causalidad con la violación.

La violación, tiene dos vertientes o perspectivas: una como delito sexual, el sexo como simbolización de la agresión y la segunda como delito violento. Muchos individuos han manifestado un estado alterado de conciencia durante la comisión del acto sexual, un estado de hiper alerta durante el cual no están excitados sexualmente, pero llegan a excitarse pensando en el acto que van a realizar. La satisfacción se suele relacionar con el placer fantaseado. Que corresponde a un delincuente sexual con dificultades sexuales, dentro de unos parámetros habituales y falta de asertividad con las mujeres, con dificultad en el establecimiento de emociones íntimas o de relaciones sexuales normales. [5]

La tercera parte de los violadores o tienen una disfunción de la erección y/o eyaculan durante la agresión. [6]

Las activistas feministas rechazan de plano la motivación sexual como un concepto explicativo para la conducta de violación, clínicamente con una aproximación psicopatológica se intenta explicar las características del agresor, viendo su comportamiento como un parafílico. Sin embargo todo lo que se hable de la violencia en general es aplicable a la violación en particular, con diferencias de comportamientos.

Los violadores cuando intentan explicar sus motivaciones indican la extremada excitación sexual. Y es citada como la causa principal en los segundos crímenes de la misma naturaleza. Es posible que sea una forma de engaño a los investigadores, o una forma de explicar el motivo, o que ellos mismos no sean conscientes de la causa.

Según la teoría sintetizada (Ellis, 1991), la violación tiene una motivación sexual ya que las actitudes mostradas por los violadores son reflejo de las tácticas más que de los fines. Por lo tanto las dos perspectivas son válidas, hay elementos agresivos como elementos sexuales, pero la diferencia está en la interacción de ambas.

⁵. Karpman, B. *The Sexual Offender and His Offenses*. New York: Julian Press (1954)

⁶. Bownes, I. T., O'Gorman, E. C., & Sayers, A. (1991). Assault characteristics and post-traumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 27-30.

Hay diferentes clasificaciones por tanto, distintos tipos de violaciones: contra personas desconocidas, personas que conoce el violador pero la victima no conoce a su agresor y en las que se conocen ambos.

En este ultimo tipo, están los violadores de la primera cita, en los que antes de usar la fuerza física, han hecho un intento de abordaje sexual con tácticas no violentas. Hay una motivación sexual, pero fundamentalmente un querer exhibir un sentido del poder sobre sus victimas. (Mosser y Andersen, 1986). Y en ocasiones no hay una verdadera resistencia fisica, bien por miedo o por intimidación.

Unos de los temas mas controversiales en las sentencias, es el tema de la resistencia de las victimas. Se ha hablado mucho sobre ese grado de resistencia de la victima y empieza en Bolivia a existir jurisprudencia, pero hay bastante mas jurisprudencia en la legislación española. Habría que hacer hincapié, no tanto en la resistencia de la victima como en la necesaria ausencia de consentimiento, para hablar de un delito. Y distinguir entre lo que es una amenaza y una intimidación.[7]

3.- LA INTIMIDACION

“La intimidación es una amenaza de palabra o de obra de causar un daño injusto, posible y presente, que infunde miedo en el animo de la victima y que ha de revestir la suficiente entidad para vencer su resistencia.”[8]

Lo importante, por tanto, no es la amenaza en sí, sino la forma de vivenciarla por parte de la victima. De tal manera que puede hasta anular su resistencia.

El concepto de la violación desde el punto de vista de la Victima es que defina como un acto sexual practicado en contra de su voluntad. Lo que incluiría cualquier tipo de penetración, del pene, digital, de objetos en cualquiera de las cavidades: oral, vaginal, rectal; porque la violación sería el traspasar su espacio íntimo, el límite corporal.

Por lo tanto si una mujer nos indica que ha tenido que realizar actividades sexuales en contra de su voluntad, estamos hablando que hay una violación. Pero bajo un concepto jurídico, es preciso demostrar una resistencia o negativa expresa.

7. Suay, C. (1992), «Ausencia de consentimiento e intimidación en el delito de violación», en La Ley, año XIII, nº 2964.

8. Gisbert Calabuig, J.A.: «Medicina legal y toxicológica», Barcelona: Masson. 2001:505

La tan famosa “necesaria” resistencia hace que la víctima sea físicamente lesionada. Amir, observó que el 27% de las víctimas de su estudio se resistieron al ataque y el 18% luchó físicamente. [9] Wright (1980) encontró que el 70% de las víctimas de su estudio respondieron al ataque y un 16% luchó físicamente. Hursch (1977) concluía que los mayores éxitos de resistencia se daban cuando la resistencia era inmediata.

Todo esto, la necesaria resistencia, la demostración de la intimidación, conduce a que exista mas dificultad a denunciar y mas miedo a pasar el calvario de la segunda victimización. “La reluctancia de la mujer a denunciar por miedo a ser sometida a examen para determinar si es una «víctima inocente» (que no ha provocado); si es una víctima apropiada (el examen de su vida sexual anterior); la exigencia de probar la ausencia de consentimiento (que se ha resistido); la pretendida especialidad del delito de violación y la necesidad de corroborar el testimonio de la víctima (falta de credibilidad).”[10] Ese revivir el suceso, como parte del estrés postraumático, sumado a los sentimientos de terror, rabia, culpa, pérdida, vergüenza o humillación, sentirse traicionado, etc., ha sido descrito por una infinidad de autores. [11] [12]

También mucho se ha hablado sobre las formas de evitar o anular el ataque, hay un estudio sobre la posibilidad de evitar el ataque: en trece mujeres adultas que habían evitado ser violadas, y se encontró que lo que podía haber evitado, cuando se daba el asalto: [13]

- Cuando la víctima usó múltiples estrategias.
- Cuando el agresor era desconocido.
- Cuando la principal preocupación de la víctima era evitar la violación.

Las violaciones se consumaban con mayor frecuencia, cuando:

- La víctima había tenido relaciones sexuales previas con el agresor.
- Solamente utilizaba una estrategia de hablar, rogar.

9. Amir, M. (1971). *Patterns of forcible rape*. Chicago: University of Chicago Press

10. Elena Larrauri: <http://www.cienciaspenales.org/REVISTA%2011/larrau11.htm>

11. Sutherland, S., and D. Scherl: Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Psychoanalysis* 36. 1970:27-34.

12. Burgess, A. W. y L. L. Holmstrom, “Rape trauma syndrome”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 131, 1974: 981-986,.

13. Pauline B. Bart y Eileen Geil Geil Moran (editores). *Violence Against Women: The Bloody Footprints*, 1993

- La víctima estaba amenazada.
- El asalto se practicaba en el domicilio de la víctima.
- La preocupación mayor de la víctima era ser herida o asesinada.

4. DONDE Y COMO SE PRODUCEN LAS VIOLACIONES?

Según el estudio de Hollin, [14] las violaciones se producen generalmente en:

- Las grandes ciudades: en la propia casa de las víctimas.
- En las ciudades pequeñas en los coches.
- Por la noche, entre las 20 y las 8 de la mañana.
- En la oscuridad
- Durante los meses de Mayo a Noviembre. Lo que en Europa corresponde a primavera y verano.
- La víctimas mayormente son jóvenes, de 16 a 25 años.
- Mujeres estudiantes mas que amas de casa o mujeres trabajadoras.
- Solteras que tendrían mayor exposición a potenciales situaciones de violación, como vivir y viajar solas, etc.

5. CARACTERÍSTICAS DEL VIOLADOR

Es muy difícil hablar de unas características de los violadores y menos aun de una tipología, pero son necesarias, porque nos ayudan a comprender mejor los aspectos del comportamiento del violador. Hay muchos investigadores que han trabajado elaborando tipologías del violador y vamos a hablar de ellas, sabiendo que no contentará a muchos estudiosos del tema.

- Generalmente son varones de 16 a 30 años.
- De clase socioeconómica baja.
- 50 % sujetos casados.
- 60 % tenían hijos.
- 25 % había violado con anterioridad.
- Una tercera parte habían cometido delitos violentos previos.
- Fueron reincidentes menos del 10 % .
- No tienen enfermedad mental, salvo excepciones

¹⁴. Hollin, C.R.: Psychology and crime. London: Routledge. 1989.

Los violadores buscan víctimas más vulnerables, mujeres y con frecuencia niños. [15] Aunque hay estudios que refieren: Ancianas, niñas; [16] [17]

En los estudios en Bolivia hay uno de Hurtado Muñoz, [18] en 17 condenados por violación en la prisión de Sucre.

El 71 % tenía una edad, entre 26 y 45 años.

El 59 % era de población indígena.

El 41 % no había culminado el colegio.

El 41 % era bachiller.

El 11 % no realizó ningún tipo de estudio

El 82 % vivía, solo con la madre.

El 60 % del total eran casados.

Según Cabrera y Fuertes [19] en un estudio en 25 internos, de edades entre 25 y 40 años.

- Tenían un estatus socio-económico bajo.
- 20 sujetos poseían un nivel socio-cultural bajo y 5 eran analfabetos.
- Todos pertenecían a barriadas marginales.
- Sin afecciones somáticas de consideración salvo un caso portador del virus del SIDA.
- De los 25 internos solo dos pudieron considerarse incurso en un diagnóstico de trastorno mental según la O.M.S. Un caso de psicosis esquizofrénica y otro de Trastorno Disocial de la Personalidad.
- Todos ellos negaron insistentemente y sistemáticamente su delito, lo que podría explicarse por la mala imagen social del mismo, mala imagen que ellos han asimilado.
- En prisión todos los internos mantuvieron una conducta colaboradora y poco problemática.

15. Núñez, K.L., Firestone, P., Wexler, A.F., Jensen, T.L., y Bradford, J.M. (2007). Incarceration and recidivism among sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 31, 305-318.

16. Burgess, A. W. y L. L. Holmstrom, "Rape trauma syndrome", *American Journal of Psychiatry*, núm. 131, 1974: 981-986,

17. Burgess AW, Holmstrom LL.: Adaptive strategies and recovery from rape. *Am J Psychiatry*. 1979 Oct;136(10):1278-82.

18. Hurtado Muñoz, V.; Perfil psicológico de los Internos reclusos por la Comisión del delito de violación en la cárcel Pública de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre 2001.

19. Cabrera Forneiro, J.; Fuertes, JC.: La enfermedad mental ante la ley. Madrid: Libro del año, 1994

En el análisis psicológico de los internos por medio de Test Proyectivos de la personalidad, se destacó básicamente la ausencia de la figura paterna masculina o la presencia de esta, gravemente distorsionada.

Al menos un 50% de los sujetos explorados verbalizaron experiencias sexuales anómalas en el seno de sus propias familias, lo que nos hace reflexionar sobre el papel básico de una familia sana en la prevención de estas conductas delictivas.

En Bolivia hay un estudio psicológico en base a Test Proyectivos (TAT, HTP y desiderativo y test de la familia), en el que se encuentra fue de 4 casos estudiados, 3 presentaron: hostilidad a la figura materna.^[20]

Características según Hollin ^[21]

- Los agresores son varones, mientras que la mayoría de las víctimas serían niñas y jóvenes mujeres.
- Las agresiones más frecuentes: masturbación o exhibicionismo, infrecuentes las relaciones sexuales completas, con penetración, debido a razones fisiológicas.
- Factores familiares: los niños viven sin el padre biológico, la madre enferma, imposibilitada, o ausente por trabajos fuera del hogar.
- En un 25 % las niñas fueron agredidas por un miembro de su propia familia.

Y en las características del hecho, en Bolivia Hurtado Muñoz ^[22] encuentra que:

- La persona era conocida
- La víctima tenía entre 15 y 20 años
- Hubo consumo de drogas
- Hubo violencia (intimidación instrumental)
- La violación la realizan solos
- La violación no tenía planificación
- No necesariamente son atractivas para el agresor

²⁰. Muñoz Loayza M., Personalidad Oculta. Centro Juana Azurduy. Sucre. Bolivia. 2000.

²¹. Hollin. C. R.: Psychology and Crime, Routledge, London. 1989

²². Hurtado Muñoz, V.; Perfil psicológico de los internos reclusos por la Comisión del delito de violación en la cárcel Pública de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre 2001.

Por lo que se puede afirmar que hay características que coinciden con estudios anteriores y en mayor población. Lo que confirmaría por otra parte los datos en Bolivia.

En cuanto a características del violador en los estudios de Sucre, Hurtado Muñoz [23] encontró que:

- Eran personas entre 25 y 45 años de edad.
- Cuya ocupación principal era empleados dependientes.
- Tenían dificultades de comunicación interpersonal.
- Mala relación con los padres. (Elevado número de abandono familiar).
- Refieren haber sufrido maltrato físico y psicológico en su niñez. (Como abuso sexual).
- Fantasiosos. Bajo contacto con la realidad.
- Baja autoestima. Frustración intelectual.
- Frialdad afectiva con su pareja.
- Perciben a las mujeres como débiles, dependientes y pasivas.
- Baja capacidad de frustración.

6. TIPOLOGIA DEL VIOLADOR

Las tipologías nunca suelen ser satisfactorias, pero ayudan al menos inicialmente a comprender mejor los aspectos fundamentales del fenómeno estudiado.

6.1. Tipología 1.

Hay una gran clasificación de Nicholas Groth, [24] en tres componentes: hostilidad, poder y sexualidad:[25]

1) Violacion de hostilidad:

- Producen mas violencia de la necesaria para consumir el acto.
- La excitacion sexual es consecuencia de la propia exhibicion de fuerza del violador

²³. Hurtado Muñoz, V.; Perfil psicológico de los Internos recluidos por la Comisión del delito de violación en la cárcel Publica de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre 2001.

²⁴. Groth, A. Nicholas, with H. Jean Birnbaum: Men Who Rape: The Psychology of the Offender. New York: Plenum Press. 1979

²⁵. Groth, A. N., A. W. Burgess Y L. L. Holstrom, "Rape: power, anger and sexuality", *American Journal of Psychiatry*, núm. 134, 1948.

- Es una expresion de hostilidad y rabia hacia las mujeres.
- El sexo es usado como un arma, y en la violacion se hiere y degrada a la victima.
- El agresor, no solo usa la violencia en este acto, sino tambien en el dia a dia, con otras mujeres.

2) Violacion de poder:

- Es decir, la violacion es el medio por el que el sujeto afirma su identidad personal.
- La meta a alcanzar, es una supuesta conquista sexual, compensatoria de su vida rutinaria.
- Sin embargo, anterior al acto, tiene cantidad de fantasias masturbatorias.

3) Violacion sadica:

- Es una violacion premeditada.
- No hay una explosion de violencia.
- Las lesiones que iran en incremento, le producen una satisfacion sexual, produciendose una retroalimentacion, con un camino ascendente de violencia sádica.

6.2. Tipologia 2.

Otra de las tipologias man extendidas es la elaborada por el Centro de Tratamiento Bridgewater, de Massachusetts, debida a Cohen y su equipo [26] [27], clasifica en 4 tipos de violadores:

1) El violador de agresion desplazada, la victima, tendría semejanzas importantes con la persona objeto de la violencia desplazada. (enamorada, esposa, etc.)

La violacion tiene como objeto agraviar y humillar a la victima empleando con frecuencia el sadismo, para expresar su cólera.

La victima no ha jugado ningun rol en el desencadenamento de la agresion.

²⁶. Cohen, M.L.; Garofalo R.; Boucher R. y Seghorn T.: The psychology of rapists. Seminar en Psyhiatry, 3, 1971: 307-327

²⁷. Cohen M.; Seghorn T.; Calmas W.: Sociometric studio of the sex offender. Journal of abnormal Psychology. 74, 1969: 249-255

2) el violador compensatorio, que satisface mediante las necesidades sexuales que no logra resolver por métodos normalizados. Corresponde al segundo de la anterior clasificación.

3) el violador de difusión sexual y agresiva, violador sexual-agresivo, agresor sádico que le excita el sufrimiento de sus víctimas. Se parece a la primera de la anterior tipología.

4) el violador impulsivo, que no planifica la violación, carente de freno, actúa ante la ocasión de otras acciones, como un robo, por ejemplo.

6.3. Tipología 3.

Hay un detallado estudio de Knight y Prentky [28] con una muestra de 108 casos y describe ocho tipos de violadores, combinando tres factores:

- 1.- el «significado de la agresión»,
- 2.- el «significado de la sexualidad»,
- 3.- el factor «grado de impulsividad»

Primer Factor: «**significado de la agresión**», formulando 2 categorías de violaciones:

- 1) la instrumental, que utiliza la violación como mecanismo para lograr la sumisión de la víctima,
- 2) la expresiva, por encima de todo lo que se expresa es violencia;

Segundo factor: «**significado de la sexualidad**»,

- 3) la violación compensatoria, el acto sexual pretende expresar en vivo alguna fantasía previa,
- 4) la violación de explotación, que es agresiva e impulsiva,
- 5) la agresión de cólera desplazada, como expresión de rabia o furia de sujeto
- 6) la violación sádica, la más violenta y agresiva;

Tercer factor «**grado de impulsividad**» los autores dicotomizan la violación en dos tipos,

²⁸. Knight R, Prentky R.: The developmental antecedents and adult adaptations of rapist subtypes. *Criminal Justice & Behavior*, 14. 1987: 403-426

7) violación con una alta impulsividad, que se asociaría con sujetos de una baja competencia psicosocial y con fuertes trastornos de carácter y

8) la violación de baja impulsividad, asociada con sujetos introvertidos.

6.4. Tipología 4.

Ronald Holmes [29] ha completado con técnicas apropiadas de interrogatorio la anterior tipología descrita, de Knight y Prentky de 1987 y como resultado distingue cuatro tipos básicos, un tanto diferentes de los anteriores:

1.- El violador de afirmación de poder (compensatorio, el menos violento de los violadores y el menos competente socialmente)

Bajo nivel académico.

Tiende a permanecer soltero y a vivir con sus padres.

Tiene pocos amigos, sin pareja sexual

Es una persona pasiva, poco atlética.

Es consumidor de tiendas de material pornográfico.

El objeto de la violación, es elevar su autoestima en el plano sexual.

“El se percibe como un perdedor. El control de otro ser humano le sirve para creer que es una persona importante. Solo empleará la fuerza necesaria para dominar a su víctima” (Holmes, 1989:104).

Materializa sus fantasías, con víctimas que supuestamente disfrutaban de la violación.

Suele escribir un diario.

2. El violador por venganza

Una infancia difícil. Malos tratos, padres divorciados, adopciones.

El objetivo de la violación es desquitarse de las injusticias, reales o imaginarias.

Tiene una percepción de sí mismo, como el típico “macho” se mantiene atlético.

Casado, y descrito por sus amigos como impulsivo y violento.

Tras discusión con alguna mujer significativa para él, sin premeditar, busca una víctima a la que quiere aterrorizar, producirle el mayor daño y humillación.

Puede llegar hasta la muerte de la víctima.

Los asaltos pueden sucederse cada seis meses o un año.

3. El violador depredador

Una infancia difícil. Malos tratos, padres divorciados, adopciones.

Intenta expresar en su agresión su virilidad y su masculinidad.

²⁹. Holmes R.M.: Profiling violent crimes. Newbury Park, CA: Sage. 1989: 104-110

“Experimenta un sentido de superioridad simplemente porque es un hombre; esta legitimado para violar. Esa es la forma correcta de tratar a las mujeres.” (Holmes 1989:108).

Vida domestica muy tormentosa.

Viste de forma llamativa, y frecuente bares citas.

La victima simplemente estaba en el camino del crimen.

No tiene cuidado en ocultar su rostro.

Domina a la victima mediante la violencia necesaria, la somete a multiples asaltos.

La violencia se va incrementado en las sucesivas violaciones.

Las siguientes, son planificadas, en cuanto al arma y al sitio donde puede llevar a sus victimas.

4. violador sádico

Infancia dificil, detectandose en la investigacion de [30] que seis de cada diez violadores de este tipo procedian de hogares con un solo padre, y muchos habian vivido en sus casas episodios de abuso fisico, en las que su padre manifestaba episodios de desviacion sexual.

En la infancia-adolescencia presenta excesiva masturbación y voyeurismo.

Casado y con una posicion social de clase media, respetado por sus vecinos.

Muchos con personalidad antisocial y agresivos en su vida diaria.

La violacion es una expresion de sus fantasias sexuales, con agresiones.

Necesita dañar a sus victimas tanto fisica como psicologicamente.

Usa una parafernalia y un ritual de ejecucion, con el fin de disfrutar aterrorizando a la victima.

Personas inteligentes, planean sus asaltos, son dificiles de aprehender.

La violencia se va incrementando, llegando a matar a sus victimas, es lo que comunmente, se conoce, como el asesino en serie.

Se trata de una personalidad psicopatica, por lo que no hay una periodicidad en los ataques.

A la luz de los actuales conocimientos en la materia, no estamos en condiciones, de emitir una tipología de la personalidad del violador. No podemos efectuar predicciones adecuadas del riesgo de comisión de nuevos delitos sexuales. En materia de la conducta delincinencial, hoy por hoy es imposible -y tal vez lo será siempre- hacer predicciones exactas.

³⁰. Knight RA, Prentky RA: Classifying sex offenders: the development and corroboration of taxonomic models, in Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and the Treatment of Offenders. Edited by Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. New York, Plenum, 1990:23-52

En la historia de la criminología y de la psicología criminal, las tipologías han supuesto intentos meritorios de poner orden en la información clínica acumulada. Pero, hasta hoy, las ciencias psicológica y criminológica, en sus actuales estados de desarrollo, no pueden operar sino en términos de probabilidades modestas.

La conducta delictiva acontece en el dinamismo de ese paradigma general de la conducta humana que denominamos «interacción» con múltiples factores., en donde un - potencial delincuente, con unas experiencias y aprendizajes previos-, sólo interacciona en un tiempo y lugar concretos con una víctima. El error de muchas definiciones tipológicas de violadores y delincuentes sexuales, es que se ha pretendido paralizar el tiempo/espacio y el flujo de la interacción conductual como si éstos realmente no existieran.

Hay una teoría de Walters (1990), para explicar el proceso de convertirse en un delincuente violento, que llega al asesinato. Entiende que los factores sociales, psicológicos y biológicos predisponen al sujeto a que adquiera el estilo de vida criminal. No tienen un modelo de sujeto adaptado a la sociedad, con una autoestima deficiente, tienen el terreno abonado para lograr un estatus marginado mediante el recurso a la violencia. Y por otra parte, tendrían miedo ante las tareas de la vida, ante una forma de vida responsable. Habla de un estilo de vida criminal, con cuatro aspectos:: condiciones, elección, cognición y conducta. “Los criminales así considerados pueden tomar decisiones violentas porque cuentan con un sistema cognitivo que les permite filtrar la realidad de modo que se valide el deseo de dañar. Cogniciones como autoexculpación y cortocircuito, por ejemplo, posibilitan que el sujeto vulnere las reglas sociales, al eliminar todo resquicio de culpa o de ansiedad capaces de inhibir el comportamiento antisocial. Otras parejas de cogniciones, permisividad/poder, sentimentalismo/ súper optimismo, e indolencia cognitiva/inconsistencia, están vinculados con otros patrones de comportamiento que son, respectivamente, intrusión interpersonal, autoindulgencia e irresponsabilidad.”^[31]

Una vez producido la primera violación, si la experiencia es reforzante, no hay castigo, se produce el proceso de desensibilización de forma creciente. “Hay ciertas formas de construir la realidad que ayudan, igualmente, a superar los controles internos de la agresión sexual: son las distorsiones cognitivas. Por ejemplo, el padre que abusa de su hija puede pensar que la está educando sobre la sexualidad, y el violador de mujeres percibirá a su víctima como deseosa del encuentro íntimo. Todo aquello que sirva para racionalizar el asalto es, sin duda, un elemento facilitador del mismo.”^[32]

³¹. Vicente Garrido: Psicología del Homicida. En: Enrique Echeburua: Personalidades Violentas. Madrid: Piramide. 1994:87

³². Vicente Garrido Genovés. Técnicas de tratamiento para delincuentes. Madrid: Centro de estudios Ramon Areces. 1993:240

7.- VIOLADOR EN GRUPO

Hay bastantes diferencias entre el violador individual, solitario, del violador en grupo, múltiple o de pandilla. (Dietz, 1978). (Peterson et al., 1980).

En nuestro país no hay datos sobre violaciones en grupo, en el estudio en Sucre de Hurtado Muñoz: [33]

- Las violaciones fueron realizadas por un solo autor y sin complicidad.
- En la mayoría de los casos la violación no es planificada.
- El lugar donde se lleva a cabo la violación varía.
- Cada hecho presenta diferentes tipos y grados de violencia.

Pero si se puede hablar de las violaciones en grupo de forma encubierta, en las pandillas o grupos de jóvenes, en los que es un requisito de ingreso, de aceptación, es el tener actividad sexual con todo el grupo o pandilla. Entra dentro de las explicaciones de la formación de la pandilla, como centro nuclear sustituto de la familia.

8.- VIOLACION EN VARONES

El abuso sexual en varones es un fenómeno no bien comprendido en la cultura occidental, se estima que alrededor de uno de cada cuatro hombres sufrió algún tipo de abuso sexual durante su infancia (Quina & Carlsson, 1989). Quina & Tyre (1975) La mayor parte de los casos de violación masculina (el 84% de los casos de son llevados a cabo por varones,[34] aunque en algunos casos raros, los agresores son mujeres. (Sarrel & Masters, 1982; Quina & Carlsson, 1989).

Un varón puede ser víctima de una violación (rectal, bucal) siendo sujeto activo un varón (la sodomía) y también puede ser víctima de un acceso carnal impuesto, donde el sujeto activo, el agresor, es una mujer que impone el coito vaginal, rectal o bucal. Pero hay un rechazo claro de los hombres a informar de que han sido violados.

El violador que selecciona a una víctima masculina puede ser heterosexual, bisexual u homosexual. Fuerza a la víctima a tener contacto sexual mediante

³³. Hurtado Muñoz, V.; Perfil psicológico de los Internos recluidos por la Comisión del delito de violación en la cárcel Pública de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre 2001.

³⁴. Finkelhor, D.: Sexually Victimized Children, Nueva York, Free Press. 1979

algún truco (por ejemplo, emborrachándolo) mediante intimidación con arma blanca o de fuego o mediante el uso de la fuerza bruta. Con frecuencia, el agresor se esfuerza en conseguir la eyaculación de la víctima mediante felación o masturbación.

La violación homosexual es mucho más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, y se da principalmente en instituciones cerradas, como prisiones. La prisión produce una brusca suspensión de las relaciones interpersonales, la persona se tiene que adaptar a un sistema social alternativo, (se prisioniza) y los niveles de masturbación se elevan y las relaciones homosexuales son comunes, aunque no se trata de homosexualidad sino de sexualidad alternativa que, como dice Valverde-Molina (1991) no se consolida posteriormente.

9.- VIOLACION DE NIÑOS

En nuestra legislación esta tipificado el delito de violación de la siguiente manera:

Artículo 308° Bis del Código Penal. (VIOLACION DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE)

Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce años. Penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, será sancionado con privación. de libertad de quince (15) a veinte (20) años, sin derecho a indulto, así no haya uso de la fuerza o intimidación y se alegue consentimiento.

Quedan exentas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de doce años, siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres (3) años, entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

En las violaciones de niños siempre están presentes: la coerción física y las amenazas, que algunos casos se cumplen, aunque asesinar a niños no es lo más frecuente. (Quinsey, 1990; Bancroft, 1990). Algunos contactan con muchas víctimas durante largos periodos de tiempo y pocas veces son detenidos.

Los homicidios sexuales infantiles, ocurren dentro de la familia y en el 43% de los casos eran las madres las agresoras. En el 2% de víctimas en un estudio realizado entre 1968-1969, con 112 víctimas, (Kaplan & Reich, 1976) en Nueva York, la madre es la principal agresora en el homicidio infantil con una parte de una agresión sexual.

Según los estudios psicológicos, mediante test, los agresores sexuales infantiles, tienen puntuaciones altas en psicopatía y son sujetos tímidos. (Toobert, et al., 1958; Wilson & Cox, 1983).

10.- MODELOS JUSTIFICATIVOS

Como se explica que personas mayores tengan una atracción por los niños, como se explica que los violadores tengan un interés sexual por los niños? Los mismos violadores o agresores sexuales, buscan justificaciones lógicas para ello. Y precisan crear constructos cognoscitivos falsos, distorsiones cognitivas; que se usan como creíbles y que les sirven de excusa para justificar sus conductas, injustificables dentro de las normas y la lógica de la población general. [35]

Son formas de superar los controles internos de la agresión sexual, estas distorsiones cognitivas o errores valorativos sobre las mujeres y su papel en la sociedad (por ej., «las mujeres deben someterse a los deseos de los hombres; así ha sido siempre»), sobre la sexualidad (por ej., «aunque sea obligada, seguro que ella disfruta»), y sobre las normas y valores sociales y legales acerca de qué puede y no puede hacerse en términos de comportamiento sexual humano (por ej., «si un niño lo acepta, ¿por qué no voy a poder tener una relación sexual con él?»). Estas distorsiones o creencias erróneas orientan su conducta sexual de una manera inapropiada e ilícita, y, además, les ofrecen justificaciones para ella. [36]

Hay 4 modelos según Finkelhor, [37][38] [39] que de alguna manera nos dan una cierta explicación etiológica:

³⁵. Vicente Garrido Genovés. Técnicas de tratamiento para delincuentes. Madrid: Centro de estudios Ramon Areces. 1993:240

³⁶. Santiago Redondo Illescas, Meritxell Pérez y Marian Martínez: El riesgo de reincidencia en Agresores Sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. Papeles del Psicólogo, Septiembre , número 3 VOL-28 , 2007

³⁷. Finkelhor. D & Arají S. Explanations of pedophilia: A four factor model. *Journal of Sex Research*. 22(2). 1986:145-161

³⁸. Finkelhor, D.: Victimología infantil, en J. Sanmartin (ed.), *Violencia contra niños*, Barcelona, Ariel.1999

³⁹. Finkelhor, D.:The trauma of child sexual abuse: Two models, en G. E. WYATT & G. J. POWELL (eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*, Newbury Park, USA, SAGE Publications. 1988

1. Congruencia emocional. Son atractivos para el violador, debido a su baja capacidad de dominación (relación con inmadurez, baja autoestima, agresividad).
2. Excitación sexual. Resultan sexualmente atractivos debido a la experiencia personal, modelos o pornografía en tal sentido.
3. Bloqueo. Tiene problemas o bloqueos en sus relaciones adultas con mujeres. Los niños son alternativa sexual (relación con ansiedad, incompetencia social, actitudes hacia el sexo...).
4. Desinhibición. Se desinhiben para este tipo de conductas con el uso de drogas, alcohol, distorsiones cognitivas, etc.

Hay muchas distorsiones cognitivas que se han encontrado como justificantes de la agresión sexual a los niños, hay uno de Abel y cols, (1984), que dice:

1. Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal.
2. Los niños no lo dicen debido a que les gusta el sexo.
3. El sexo mejora la relación con un niño.
4. La sociedad llegará a reconocer que el sexo con los niños es aceptable.
5. Cuando preguntan sobre el sexo significa que él o ella desean experimentarlo.
6. El sexo práctico es una manera de instruir a los niños sobre el sexo.
7. La falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual.

CAPITULO 12

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1.- CONCEPTO

El Trastorno por estrés postraumático, se produce como consecuencia de la exposición de la persona a diversos agentes traumáticos, accidentes de circulación, robos con violencia, situaciones de peligro de su vida y también en las violaciones o intentos de violaciones.

1.-1.- La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde la víctima se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; o es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

1.2.- La respuesta de la víctima a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado)

1.3.- El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de:

- Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático
- Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma
- Embotamiento de su capacidad de respuesta
- Síntomas persistentes de ansiedad.
- La sintomatología debe estar presente más de 1 mes.
- Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen **(aunque no de forma exclusiva)** los

combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

Entre otros acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen: la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático: actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave.

En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante. El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder.

2.- DURACION

La duración de trastorno por estrés postraumático, puede ser de tres tipos:

- Agudo. Cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
- Crónico. Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De inicio demorado. Cuando desde el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

3.- TRASTORNOS ASOCIADOS:

- Sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida.

- Las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, dando lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo.
- Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, torturas, etc.) hay una constelación de síntomas:

Afectación del equilibrio afectivo;
Comportamiento impulsivo y autodestructivo;
Síntomas disociativos;
Molestias somáticas;
Sentimientos de inutilidad,
Vergüenza,
Desesperación o desesperanza;
Sensación de perjuicio permanente;
Pérdida de creencias anteriores;
Hostilidad; retraimiento social;
Sensación de peligro constante;
Deterioro de las relaciones con los demás, y
Alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias.

3.1.- Síntomas dependientes de la edad

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (p. ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete).

Para un niño es difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una valoración mediante el testimonio de los padres,

profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

El trastorno por estrés agudo se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

En el trastorno obsesivo-compulsivo hay pensamientos intrusos de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático.

Los flashbacks típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la esquizofrenia, en otros trastornos psicóticos, en el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, en el delirium, o en trastornos relacionados con sustancias.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la simulación.

4.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL DSM IV

Según el DSM IV, el Manual estadístico de enfermedades Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, en su código: F 43.1, que corresponde al código 309.81 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, refieren que para el diagnóstico de: Trastorno por estrés postraumático.

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:
- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
 - (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

5.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10

Para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo». El diagnóstico de la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

La Organización Mundial de la Salud en su CIE-10 define la situación emocional que queda después de una violación como un «Trastorno de estrés postraumático» y dice de él, que es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (F43.1).

6.- EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS VIOLACIONES

Recordemos que en nuestra legislación, cuando se habla del trauma o daño psicológico en las víctimas como consecuencia de una violación, el artículo 310° del código penal, (agravación).- dice:

La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con cinco años:

1. - Si como producto de la violación se produjera alguna de las circunstancias previstas en los artículos 270° y 271° de este Código;

- 2.- Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima;
- 3.- Si el autor fuera ascendiente, descendiente o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad;
- 4.- Si el autor estuviere encargado de la educación o custodia de víctima, o si ésta se encontrara en situación de dependencia o autoridad;
- 5.- Si en la ejecución del hecho hubieran concurrido dos o más personas;
- 6.- Si el autor utilizó armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte de la víctima; o,
- 7.- Si el autor hubiera sometido a la víctima a condiciones vejatorias o degradantes.

El inciso dos dice claramente: Si se produjera un grave trauma o daño psicológico en la víctima. Hablamos de un trastorno por estrés postraumático según la clasificación de enfermedades, ya sea la CIE 10 o el DSM IV.

El curso del cuadro típico de la víctima de una violación es de comienzo rápido al poco tiempo del delito (días), siendo extraordinariamente raros periodos de latencia superiores a seis meses, un curso fluctuante con recuperación al completo en el 80% de los casos, quedando un 20%, en el que el trastorno; se puede enronizar.

Estas reacciones en la víctima de la violación, deben ser conocidas por los peritos psiquiatras, con miras no solo a la indemnización jurídica y moral sino en cuanto a inclusive orientar a la víctima hacia grupos de autoayuda, tratamiento psicoterapéutico profesional y sobre todo verbalizar los sentimientos ya que el silencio victimiza aun mas.

Las características de dicha situación serían las siguientes:

- 1) Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de «entumecimiento» y embotamiento emocional, de desapego de los demás y falta de capacidad de respuesta.
- 2) Se presenta una clara anhedonia (incapacidad para sentir placer).
- 3) Evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.
- 4) Aparecen estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad casi siempre desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a el o ambos a la vez.
- 5) Se establece un estado de hipervigilancia a hiperactividad vegetativa.

- 6) Aumenta la llamada reacción de sobresalto.
- 7) Se instaura un cuadro de insomnio persistente y resistente a los fármacos.
- 8) Se instaura un nivel de ansiedad elevado de forma permanente.
- 9) Pueden desencadenarse cuadros psiquiátricos mas graves ya sea en forma de adicción a tóxicos o alcohol, o la instauración de depresiones graves.

6.1.- Las secuelas

Las víctimas de violación, habitualmente experimentan síntomas como la: ansiedad, depresión, temores, disfunciones sexuales y una disminución de la autoestima durante al menos, un año después de la violación. Sin embargo, entre el 17 y el 25% de las víctimas no tratadas en los estudios (Veronen y Kilpatrick, 1987) no mostraban síntoma alguno un año después de la violación, y en otros estudios (Frank y Turner, 1981, citados por Veronen y Kilpatrick, 1987) encontraron que algunas víctimas no mostraban síntomas hasta después de dos o tres semanas después de haber sido violadas. Esto sugiere que no todas las víctimas necesitarían tratamiento inmediato, para recuperarse de la violación. Pero todos afirman la necesidad de algún tipo de tratamiento adecuado. (Ellis, 1983; Koss y Burkhart, 1989; Echeburria et al, 1990; Alario, 1993).

7.- FASES DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA VIOLACION

Hasta 1970, los estudios sobre la violación eran escasos, se hablaba poco de los devastadores efectos psicológicos que produce la violación. Los primeros en descubrir un patrón de respuestas psicológicas en 13 víctimas, fueron Sandra Sutherland y Donad J. Scherl.

Y hablan de tres fases de adaptación:

- 1.- Una **reacción aguda**, inmediata u horas o días, después de la violación.
- 2.- Una **fase de adaptación**, de retorno a sus actividades, lo que no quiere decir que se haya resuelto las consecuencias del impacto psicológico de la agresión. Fundamentalmente es un rechazo, como protección al yo individual y sus relaciones con los demás. Puede continuar con un sentimiento interno de depresión. Aunque, para el inicio de esta fase es un tiempo variable, suele darse a las dos o 3 semanas, con pesadillas y fobias.
- 3.- Una **fase final**, cuando la víctima tiene ganas de hablar de lo sucedido y hay una integración y resolución de los conflictos generados con el trauma de la violación.

Burgess y Holmstrom (1974) describieron y detallaron las fases y los síntomas somáticos, emocionales y conductuales en 92 mujeres adultas víctimas de violación y delinearon un cuadro clínico que llamaron Síndrome del Trauma por Violación: Como un conjunto de reacciones conductuales, somáticas y psicológicas configuradas en una fase aguda y un proceso de reorganización a largo plazo que sucede como consecuencia de una violación o un intento de violación.

7.1.- Fase aguda (desorganización)

Tras la violación suelen presentar un abanico amplio de sentimientos: miedo, ira, rabia, ansiedad, que se reflejan en conductas como pueden ser:

- 1.- Algunas personas reaccionan, con gritos, sonrisas, sollozos, temblores. Incredulidad, consternación, cuando realizan su denuncia en la Policía, pueden presentar un estado de incoherencia, nerviosismo, agitación, frecuentemente; incapaces de hablar sobre los hechos sucedidos, presentando un shock psicológico.
- 2.- Otras reaccionan enmascarando el problema con una calma tensa, paralizadas. Aunque aparentemente están tranquilas y estables, con cualquier detalle relativo al incidente se precipita el derrumbamiento de la víctima. (Sutherland & Scherl, 1970)

7.2.- Reacciones durante la primera semana:

Somáticas

- Trauma físico, dolor por las contusiones en varias partes del cuerpo, las partes del cuerpo, lesionadas en la agresión: garganta, cuello, pechos, muslos, piernas y brazos.
- Tensión muscular esquelética, cefaleas.
- Trastornos gastrointestinales. Irritabilidad gastrointestinal, molestias gástricas, con frecuencia disminución o pérdida de apetito, pérdida de sabor de los alimentos y sensación nauseosa, por el solo pensar en el hecho de la violación.
- Trastornos genito-uritarios. Presentación de sintomatología ginecológica, del tipo de descarga vaginal, prurito, sensación de quemazón durante la orina y dolor generalizado. Algunas desarrollan infecciones vaginales, otras sangrado rectal y dolor, cuando habían sido forzadas por vía anal.

Psíquicas

- Insomnio, no pueden relajarse para dormir (Burgess y Holmstrom; 1974)
- Reacciones emocionales: miedo, humillación, desconcierto, ideas de venganza y autoreproches.

7.3.- El proceso a largo plazo (reorganización)

Todas las víctimas del estudio de Burgess y Holmstrom (1974) experimentaron una desorganización en su estilo de vida.

El proceso de reorganización depende de 3 factores:

- La propia resistencia del sujeto,
- El soporte social y
- El apoyo de las primeras personas que tratan con la víctima.

No todas las víctimas experimentan los mismos síntomas ni el mismo periodo de recuperación, ni siquiera la misma secuencia.

Actividad motora

- Cambio de lugar de residencia inmediatamente después del trauma. (44 de las 92 víctimas, según Burgess & Holmstrom, 1974)
- Frecuentes viajes a lugares alejados.
- Cambio de número de teléfono, generalmente como precaución.
- Cambio en las relaciones familiares.
- Aumentan la frecuencia de relación con los padres, algunas veces buscando apoyo.

7.4.- Pesadillas

Sueños o pesadillas: amenazantes y/o violentos.

- 1.- Inicialmente: Desea hacer algo contra la amenaza, pero antes de hacerlo se despierta
- 2.- Cronológicamente después: Hay una decisión de lucha contra la amenaza o el agresor. Y en ocasiones una agresión vengativa.

Hay un miedo a estar sola en casa, sola fuera de casa, miedo a la gente que camina detrás de ella, miedos sexuales. Traumatófobia le denominó Sandor

Rado (1942) a las reacciones fóbicas, como mecanismo de defensa a las circunstancias de la violación. En un estudio a 41 mujeres después de haber sido violadas y a los dos años de seguimiento; en el 50 %, tenían miedo de estar solas y tres cuartas partes de las víctimas todavía mostraba suspicacia hacia la gente. (Nadelson et al., 1982)

Hay también un denominado: Síndrome por trauma de la violación. (rape trauma syndrome) este síndrome por violación había sido descrito por Sandra Sutherland et al. (1970) aunque no sistematizado en las tres fases que establecerían posteriormente, Ann W. Burgess y Lynda L. Holmstrom, cuatro años más tarde. (Burgess & Holmstrom, 1974a; 1974b; 1975; 1976a; 1976b; Burgess, Groth, Holmstrom & Sgroi, 1978; Groth, Burgess & Holmstrom, 1977; Holmstrom & Burgess, 1975; 1978), tiene importancia para entender las secuelas psíquicas que padecen estas víctimas.

8.- REACCION SILENCIOSA ANTE LA VIOLACION

En segundo lugar, puesto que un significativo número de mujeres no informan sobre la violación, (España solo el 2% lo denuncian), los operadores asistenciales, deberían estar alertas cuando encuentren en las mujeres el denominado Síndrome que fue denominado como Reacción Silenciosa a la Violación, Burgess y Holmstrom (1974) que se presenta en víctimas que no han reposado sus sentimientos y reacciones sobre el trauma y, por tanto, sobrellevan una tremenda carga psicológica.

Muchas mujeres habían callado otras violaciones o sufridas cuando eran niñas, por lo que ya portaban una carga psicológica anterior. Por lo que la violación actual revivía los hechos.

9.- ESTRES POSTRAUMATICO EN MENORES.

En relación con el Síndrome de Stress Post-Traumático en niños, solo el 55 % precipitan un TEPT, pero el resto desarrolla una diversa sintomatología:

- Exhiben mayor ansiedad, depresión,
- Comportamiento con gran hiperactividad, agresividad y crueldad.
- En conjunto, mayor cantidad de problemas.
- Mucha diferencia a la hora de reaccionar a un simple evento o suceso de abuso
- Más problemas de comportamiento en relación directa a un abuso sexual crónico.

- A corto plazo, las secuelas debidas a abuso sexual incluyen insatisfacción sexual, homosexualidad, promiscuidad y un elevado riesgo de revictimización (Beitchman, et al., 1991).
- La depresión y la conducta o la ideación suicida son más frecuentes en víctimas de abuso sexual que en controles normales o controles psiquiátricos no víctimas de abuso.

Los que causan mas daño psíquicamente, son los que han sufrido abusos sexuales, que incluían penetración, fuerza o violencia y tenían una relación mas cercana o íntima con el agresor. Aunque los problemas en la familia, rupturas, presencia psicopatológica en los padres, hacen difícil separar cuando es debido al trauma sexual y cuanto a la problemática familiar anterior.

Actualmente en niños no es posible hablar de un síndrome post abuso sexual en los niños, con un curso específico y una evolución esperanzadora. (Beitchman, et al., 1991).

CAPITULO 13

VIOLENCIA AUTOINFLINGIDA

1.- HISTORIA

En la época de los griegos, el suicidio era considerado de diferentes formas, pero en la Roma clásica, en los siglos inmediatamente anteriores a la Era Cristiana, la vida no era muy apreciada y el suicidio era considerado de forma neutral a incluso positivamente.

El estoico romano: Séneca, decía: "El vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por tanto, el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo mas que puede... siempre pensara sobre la vida en términos de cualidad, no de cantidad... Morir antes o después es irrelevante; morir bien o enfermo es... incluso si es verdad que mientras hay vida existe la esperanza, la vida no es como para comprarla sea cual sea el precio."

2.- PUNTOS DE VISTA

Hay puntos de visto muy distintos en relación al enfoque de cada ciencia por lo que citaremos algunos de ellos:

2.1.- Punto de vista religioso

La muerte de los cristianos primitivos, hizo que la iglesia pusiera impedimentos al suicidio. Relacionándolo con el crimen y por tanto con el pecado. Y el rechazo categórico lo planteó San Agustín (354-430). El suicidio se consideró un crimen porque impedía la posibilidad de arrepentirse y fue considerado un pecado mayor que cualquier otro que se deseara evitar. Decía Santo Tomas de Aquino (1225-1274), que el suicidio era un pecado mortal porque usurpaba el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte del hombre. Aunque ni el Viejo Testamento ni el Nuevo prohibieran directamente el suicidio, en el año 693 el Concilio de Toledo proclamó qua la persona que intentara el suicidio sería excomulgada.

Durante siglos, esta afirmación y la postura de la iglesia jugó un papel muy importante en evitar la autodestrucción humana en la cultura occidental. Y parecían descansar dichos preceptos en el respeto a la vida humana y en la vida

del alma mas allá de la muerte. Sin embargo los resultados de dichas restricciones de la Iglesia contra el suicidio fueron excesivos y contraproducentes; dieron como resultado la degradación, difamación, empobrecimiento y persecución de las personas supervivientes de suicidios. Hume y, Alvarez (1971)

2.2.- Punto de vista filosófico

La sociedad es la que vuelve malo al hombre decía, el filósofo francés Rousseau (1712-1778), transfiriendo el pecado del hombre a la sociedad. La obra "On suicide", publicada el año 1777, un siglo después de la muerte de su autor: David Hume (1711-1776) sobre la disputa de quien es el culpable, si el hombre o la sociedad, sin tener en cuenta el concepto de pecado hizo que fuera rápidamente suprimida.

Hume decía: "La prudencia y el coraje nos animarían a acabar con nuestra existencia cuando esta resultase una pesada carga... si no es un crimen el que yo cambie el curso del Nilo o del Danubio, y si yo puedo afectar sus propósitos, donde esta entonces el crimen en cambiar la dirección de unos litros de sangre de su canal habitual?"

2.3.- Punto de vista psicológico y sociológico

Hay dos líneas de investigación más o menos recientes en cuanto al suicidio, la psicológica nombrada por Sigmund Freud (856-1939) y la sociológica de Emile Durkheim (1858-1917).

Durkheim se centró en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo, en su trabajo: "Le Suicide" (1897) estableció los modelos para las investigaciones sociológicas. A estos estudios, le siguió: Cavan sobre el suicidio en Chicago (1926), Sainsbury sobre el suicidio en Londres (1955), Dublin y Bunzel (1933) y Henry y Short (1954) sobre el suicidio en Estados Unidos: Todos siguiendo el modelo de la tradición sociológica, mostrando con sombreados en los mapas de los barrios, las ciudades o países, las diferentes áreas y sus índices de suicidio.

Segtin Durkheim, el suicidio es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo, sobre estos temas: resultado de la relación del hombre con su sociedad, postuló 3 tipos básicos de suicidio:

- 1.- En primer lugar, el suicidio altruista esta literalmente pedido por la sociedad. En este caso, las costumbres o reglas del grupo reclaman el suicidio en

determinadas circunstancias. El «hara-kiri» oriental y la costumbre India de que las viudas se inmolen en la tumba del marido son ejemplos, claros de suicidios altruistas. En dichas situaciones, la persona no tiene más elección. Quitarse la vida es un hecho honroso, continuar viviendo es ignominioso.

- 2.- En segundo lugar, los suicidios egoístas: cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad. Las peticiones o exigencias, en el caso de que se siga viviendo, no le alcanzan. En los estados Unidos, se suicidan más las personas (hombres) que viven solos que los que forman parte de una iglesia o familia.
- 3.- En tercer lugar los suicidios anómicos: cuando la relación habitual entre la persona y su sociedad se quiebran, como es el caso de la pérdida de un empleo o de un amigo íntimo o de una fortuna. A la inversa, es decir cuando la persona se ve sorprendida por una gran riqueza también cometen suicidios anómicos.

Freud, evitando las nociones de crimen o pecado, devolvió el suicidio al hombre centrando su acción en el inconsciente del hombre.

De la misma forma que Durkheim describió con detalle la sociología del suicidio, Freud elaboró las explicaciones psicológicas. Los suicidios se hallaban esencialmente en la mente. Los hombres se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman y cuando se produce una frustración, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada. Psicoanalíticamente, el suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado (contemplado de forma ambivalente). Por ejemplo, una persona puede matarse para asesinar la imagen existente en su pecho del padre amado-temido. Psicodinámicamente, el suicidio es considerado como un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados.

Estas explicaciones psicodinámicas, sobre la teoría del suicidio de Freud, no han variado. Karl Menninger, en su libro *Man against Himself* (1938), delineó la psicodinámica de la hostilidad y afirmó que la pulsión hostil en el suicidio estaba compuesta por tres deseos: deseo de matar, deseo de ser matado y deseo de morir.

Zilboorg (1936, 1937) redefinió esta hipótesis psicoanalítica y afirmó que cada caso de suicidio contenía tanto una fuerte hostilidad inconsciente como una incapacidad poco común de amar a otros. Extendió esta preocupación de la dinámica intrapsíquica al mundo externo y mantuvo que un hogar roto

desempenaba un papel importante en la propensión al suicidio, demostrando de esta forma que el suicidio tenía elementos causantes tanto intrapsíquicos como externos.

La mejor exégesis de los pensamientos de Freud sobre el suicidio es la realizada por Litman (1967); la obra se titula *Sigmund Freud on Suicide*, y traza el desarrollo de los pensamientos de Freud sobre el suicidio, teniendo en cuenta su experiencia clínica y los cambios realizados en sus posiciones teóricas desde 1881 hasta 1939. Es evidente, después de considerado el análisis de Litman, que existen otros factores además de la hostilidad en la psicodinamia del suicidio. Entre estos otros factores se incluyen los aspectos generales de la condición humana en la civilización occidental, especialmente los mecanismos tendentes al suicidio que implican cólera, culpa, ansiedad, dependencia y otras muchas condiciones de propensión. Son también importantes los sentimientos de desesperanza, desamparo y abandono.

Es importante el efecto negativo que tiene sobre la persona que se suicida la separación y el alejamiento de las personas que le han amado.

2.4.- Puntos de vista existenciales

Además de estos puntos de vista sociológicos y psicológicos del estudio del suicidio, existe una tercera corriente contemporánea que puede ser denominada existencial o filosófica o existencial.

Camus, en su ensayo *Le Mythe de Sisyphe*, empieza diciendo: Solo existe un problema filosófico serio, que es el suicidio. La tarea más importante del hombre es responder a la aparente falta de significado de la vida y su cualidad absurda.

Ludwig Wittgenstein, decía que era un tema ético principal para el hombre el suicidio. Pero ninguno de los dos, ni otros filósofos, dieron un significado o una receta para actuar. Más aún, el filósofo por excelencia del pesimismo: Schopenhauer (1788-1860), vivió hasta una avanzada edad y murió por causas naturales.

Hay un filósofo más actual: Stephen Pepper quien escribió un reflexivo ensayo titulado: *Puede un filósofo hacer una filosofía?* (*Can a Philosophy Make One Philosophical?*, 1967) y sobre el suicidio opinaba: “una filosofía explícita es una guía de calidad superior a las creencias o ideologías institucionalizadas pero que, por desgracia, esta será accesible solo a las personalidades bien integradas cuyos conflictos inconscientes no sobrepasen sus actos voluntarios.”

Por lo que podemos concluir que las filosofías, representan paradigmas de un comportamiento ideal, pero no son recetas para los actos irreversibles. Hay pacientes que buscan en las filosofías una salida a sus ideas de suicidio, pero generalmente encuentran más callejones sin salida. Distinto es conocer la filosofía propia de un paciente y así conseguir que explique lo que en otras palabras no puede explicar, pero eso rara vez salva una vida.

2.5.- Punto de vista legal

En las varias revisiones que se hace del suicidio, (Silving, 1957; Williams, 1957; Alvarez, 1971) la historia del suicidio y de la ley, resultan paralelas en su evolución a las principales actitudes culturales y filosóficas ante el suicidio.

La ley sobre suicidio en Inglaterra, en 1961, abolia la penalización por haberse suicidado y los que sobrevivían a un intento de suicidio no estaban sujetos a persecución de la ley, pero como un tipo de *quid pro quo* por la liberalización de estas primeras medidas se aumentaron las penas, hasta 14 años de prisión por ayudar o alentar un acto suicida.

En Estados Unidos, muchos aspectos del suicidio no están en contra de la ley. En 1964 eran solo 9 los estados (Alabama, Kentucky, New Jersey, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oklahoma, Carolina del Sur, Dakota del Sur y Washington) en los que suicidarse estaba calificado como crimen y los intentos de suicidio son considerados delitos graves o no tan graves y pueden tener como consecuencia el encarcelamiento. Aunque últimamente Nevada y Nueva York, rechazaron estas leyes afirmando que, aunque, en efecto, el suicidio es < un grave mal social, no existe forma de castigarlo. Dieciocho Estados (Alaska, Arkansas, California, Florida, Kansas, Luisiana, Michigan, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Misuri, Montana, Nevada, Nuevo Mexico, Nueva York, Oregon, Wisconsin y Wyoming) no poseen ninguna ley en contra del suicidio o intentos de suicidio, pero especifican que ayudar, aconsejar o animar a otra persona a que cometa un suicidio es delito grave. En los restantes 23 Estados no existen estatutos penales que se refieran al suicidio.

Se ha dicho siempre, que los psicólogos y psiquiatras y más aun estos últimos, presentan una elevada tasa de suicidios. El psiquiatra esta en directa relacion a los paciente suicidas, y aprende que quizás “el suicidio es una forma mejor que cualquier otra de resolver los problemas.” (Blachly y cols., 1967)

Hay otros argumentos en contra, en un estudio sobre el suicidio entre médicos (Kelly, 1973), centrado en médicos residentes, encuentra que la incidencia de

suicidio entre los residentes en psiquiatría es probablemente similar a la que aparece en otras especialidades y no es muy distinta a la incidencia entre los varones del mismo grupo de edad (en la población general). Y también decía: no puede afirmarse con ningún grado de confianza que los médicos en general y los psiquiatras en particular se suicidan con más frecuencia que el resto de hombres blancos de la misma edad de la población general.

3.- CONCEPTO.

Cada autor tiene su propia definición de lo que es suicidio. La palabra suicidio procede del latín se compone de dos términos: sui: (de si mismo), y caedere: (matar). Etimológicamente significa (matarse a sí mismo). Es una definición muy amplia.

Quizás la definición de: Lesiones sobre uno mismo con el fin concreto de quitarse la vida, sea un poco mas exacta. Esta finalidad, además, es lo que diferencia el suicidio del autolesionismo y del accidente. Para nosotros la definición de suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo.

De las dos líneas de investigación clásicas, la psicodinamica de Freud, (el suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado) y la sociológica de Emile Durkheim en su trabajo "Le Suicide" (1897) a la que le siguió Cavan en Chicago (1926), Sainsbury en Londres (1955), Dublin y Bunzel (1933) y Henry y Short (1954) en Estados Unidos. De la relación del hombre con su sociedad surgían tres tipos básicos de suicidio: el altruista, honrado por algunas sociedades; el suicidio egoísta con pocos lazos con su sociedad y el anómico, cuando la ruptura con la sociedad sufre una quiebra inesperada. Pero podemos hablar que desde las perspectivas filosófica, sociológica y clínica, se pueden buscar multiples factores, pero se pueden englobar en 4 causas:(¹)

- 1.- Enfermedad depresiva
- 2.- Falta de apoyo familiar y social
- 3.- Letalidad. Conflictiva real
- 4.- Impulsividad (Personalidad)

Suicidio es la búsqueda de la muerte intencional, conciente y auto infligida. (²) Significa, pues, darse muerte a uno mismo.

¹ Núñez de Arco. El informe pericial en psiquiatría forense. Ed. USFX. Sucre. 2007

² Núñez de Arco. La autopsia. Ed. GTZ. Sucre. 2005

Los criterios más frecuentemente asociados en las definiciones de suicidio son los de la

- Conciencia e inconsciencia de darse la muerte
- La voluntad y/o intencionalidad de la misma
- Debe buscar deliberadamente su muerte conociendo las consecuencias de su acto.
- El establecimiento de la intencionalidad es el criterio más difícil de valorar.
- El criterio autoinfligido, conlleva a realizar diferencias desde un punto vista psicológica y legal, para separarlos de los accidentes.

Los criterios para identificar si una muerte es un suicidio, fueron valorados en un grupo de trabajo de la OMS reunido en Nueva York en 1986, y que después fueron escogidos en un trabajo de Van Egmond y cols. (1989)

Criterios para identificar un suicidio:

1. Un acto con una consecuencia fatal.
2. Cometido deliberadamente por el propio difunto.
3. Con conocimiento o expectativas de su desenlace fatal.
4. Mediante el cual el difunto pretendía producir cambios que el o ella deseaban.

El suicidio constituye un fenómeno multidimensional (multifactorial) y complejo, que ha sido estudiado desde las perspectivas filosófica, sociológica y clínica. Y que esta basado en diversos factores:

- 1.- Enfermedad depresiva
- 2.- Falta de apoyo familiar y social
- 3.- Letalidad
- 4.- Impulsividad (Personalidad)
- 5.- Conflictiva real

Aunque para nuestra autopsia psicológica se hayan reducido a 4 factores. (Ver capítulo de Autopsia Psicológica)

3.1.- Teoría de la angustia psíquica.

La angustia psíquica, puede dividirse en tres componentes: letalidad, perturbación y posibilidad de perjudicarse.

3.1.1.- La letalidad

a) Es la probabilidad de que un individuo específico se mate a si mismo en el futuro inmediato. Es sinónimo de la mortalidad del acto y es una dimensión muy importante para entender a cualquier persona potencialmente suicida.

Cuando decimos que un individuo es suicida queremos dar la idea de que esta experimentando una aguda exacerbación de su letalidad.

La medida de letalidad de un sujeto puede realizarse en cualquier momento. Consistiría en cuatro términos: alta, media, baja y ausente (Shneidman, 1969, 1973).

Se han distinguido tres aspectos de la letalidad: (Shneidman, 1969) (Weisman, 1972)

1. la letalidad de la intención (ideación a implicación)
2. la letalidad de la realización (riesgo y rescate)
3. la letalidad de la mediación (recursos, alivio y reorientación).

El cociente entre los intentos de suicidio y suicidios reales esta alrededor del 8:1, un suicidio precede 8 intentos.

Los intentos de suicidio tienen muchos significados y, sea cual sea su grado de letalidad, deben tenerse en cuenta seriamente.

La persona que realiza un intento de suicidio porque dice que no sirve para nada vivir no quiere decir que necesariamente quiera morir, sino que, citando a Weisman (1972): "Debe de querer decir que, viviendo como el vive, su potencial de ser alguien que merezca la pena se ha agotado."

b) perturbación

La perturbación ó llamada angustia subjetiva, se refiere a lo agitado, normal-anormal y descompuesto que se halla el paciente, y puede ser clasificado en escalas de 1 a 9.

Perturbación y letalidad, se deben separar, pero los dos factores pueden interrelacionarse de diversas formas, pero de ninguna manera resulta útil separarlos al enfocar el caso. Aunque tenga que hablarse de los dos por separado,

lo que se quiere dar a entender siempre es <letalidad> y su perturbación correspondiente y <perturbación> y su letalidad correspondiente. (Shneidman, 1969, 1971a, 1971b).

Cualquier adulto en un momento dado puede tener ideas hacia el suicidio, como parte de su configuración psicológica o de sus propios conceptos filosóficos de vida, su sistema de necesidades, aspiraciones, identificación y creencias conscientes, pero puede en un determinado momento presentar repentinamente o experimentar una tendencia aguda a terminar de una manera brusca con su vida. Esto expresaría que esa persona se ha vuelto un posible suicida. Y la probabilidad de que esa persona lleve a cabo el suicidio, no de que sea capaz de lesionarse o hacerse daño, sino de matarse, es lo que se denomina letalidad.

c) posibilidad de perjudicarse.

El no haberlo conseguido es una de las razones por las que los esfuerzos que se han hecho a nivel de afirmar recursos psicológicos y psiquiátricos, de la posibilidad de suicidio han sido estériles.

3.2.- Intencionalidad

Existen, como mínimo, 140 causas de muerte recogidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades y causas de muerte. Pero solo existen cuatro formas de morir (natural, accidente, suicidio y homicidio); según la clasificación NASH de la muerte.

Todas las muertes pueden clasificarse, además de: en naturales, accidentales, suicidio y homicidio, como intencionadas, subintencionadas o inintencionadas (Shneidman, 1973a).

Una muerte intencionada es aquella en la que el fallecido desempeña un papel directo y consciente que tiene por efecto su propia muerte.

Una muerte no intencionada es cualquier muerte en la que el fallecido no haya desempeñado un papel en su determinación, se trate de la causa y forma de morir de que se trate.

Las muertes subintencionadas, serían una mayoría de las muertes <naturales>, muertes en las que el fallecido desempeña un papel parcial, encubierto e inconsciente en la precipitación de su muerte, actúan de forma perjudicial contra

ellos mismos. Las pruebas objetivas de la virtualidad de este tipo de papeles son manifestaciones conductuales tales como imprudencias, raciocinio pobre, exceso de riesgos, abuso de alcohol, mal uso de fármacos, abandono de uno mismo, estilo de vida autodestructivo, descuidos en el seguimiento de régimen vital, etc. En estas situaciones, la persona congela, facilita, exagera o acelera el proceso de su muerte.

4. ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO.

Se trata de aclarar por qué en un determinado momento alguien toma esta decisión. Como base para dicha explicación usaremos 4 teorías:

- 1.- Teoría suicidio / Enfermedad mental. La más antigua. Surgió al comprobar que el suicidio supone una ruptura de las normas sociales en un momento en que el suicidio no se comprendía. Sobre todo en países católicos, donde el suicida no podía ser enterrado en cementerios religiosos sino civiles. Se justificaba con la enfermedad mental para poder ser enterrado en suelo santo. El suicidio solía dejar estigmas en el seno de la familia en que se producía.
- 2.- Teoría suicidio / balance. Balance de logros / esfuerzo, concluyendo que el esfuerzo no ha compensado. El logro al que se aspiraba puede ser de diversa naturaleza.
- 3.- Teoría suicidio en cortocircuito neuronal. Explica muchas veces el suicidio en mujeres, sobre todo tras un fracaso amoroso. También explica el suicidio con otros problemas ante los que la persona no sabe qué hacer. En estos casos la víctima no analiza la situación, que ve como insalvable, cuando si se parara a pensarlo concluiría que no es para tanto.
- 4.- Teoría suicidio inducido.
 - Suicidio colectivo. Asociado a sectas.
 - Suicidio a dos. Asociado a parejas. En este caso, si el miembro fuerte de la pareja sobrevive sospecharemos de homicidio y simulación de suicidio.

Aunque en la mayoría de los suicidios se puede observar los hechos diádicos, es decir, eventos que implican a dos personas. Este aspecto diádico (diadas) del suicidio posee en sí mismo dos aspectos: uno, durante la prevención del suicidio, en el que debe tratarse con la otra persona significativa, y el segundo factor, en el caso de cometido el suicidio, en el que debe tratarse con la víctima que sobrevive al suicida. Aunque el drama suicida se desarrolla en el interior de la cabeza de una persona, la mayor parte de la <tensión suicida>, se desarrolla

entre dos personas que se conocen muy bien la una a la otra, esposa y esposo, padre a hijo o amante y amante.

5. MECANISMOS SUICIDAS.

Siguen siendo clásicos y típicos. Se engloban en 3 grandes grupos:

a.- Métodos asfícticos.

- Ahorcadura. Hombres, rural, 46% del total.
- Sumersión. 12% del total.

b.- Grandes traumatismos.

- Precipitación. Mujeres de edad, solas, urbanas. 26% del total.
- Atropello. Tren.
- Armas blancas. Poca incidencia: sección de venas (intento) y degüello.
- Armas de fuego. Poca incidencia en población civil.

c.- Intoxicaciones. "Forma civilizada de suicidarse". Es el segundo preferido por las mujeres.

- Barbitúricos. Mujeres. Posibilidades de sobrevivir si se coge a tiempo.
- Monóxido de carbono.
- Plaguicidas. (En medio rural)

Métodos comunes utilizados para llevar a cabo el acto suicida

Métodos de acción lenta

- Ingestión de medicamentos ó sustancias nocivas.
- Uso de bebidas alcohólicas
- Dejar de comer
- Uso de drogas

Métodos de acción rápida

- Uso de armas de fuego
- Ahogarse
- Saltar de un piso alto
- Tirarse de un auto en movimiento y accidente de autos
- Ahorcamiento
- Cortarse las venas

**Tasas mundiales de suicidios 1995
OMS OPS (Pág. 204)**

Edad	Varones	Mujeres	Total
5 - 14	0,7	0,9	0,8
15 - 24	12,7	13,3	12,8
25 - 34	18,3	15,0	17,5
53 - 44	20,5	15,4	19,2
45 - 54	17,0	14,7	16,4
55 - 64	13,9	13,9	13,9
65 - 74	9,6	13,7	10,7
}- 75	7,3	13,1	8,7

Frecuencia de casos de suicidio por mes en Bolivia durante el año 2004.⁽²⁾

AÑO 2004	SUICIDIO	
	Frecuencia	Porcentaje
Enero	40	13%
Febrero	22	7%
Marzo	22	7%
Abril	27	9%
Mayo	20	7%
Junio	24	8%
Julio	33	11%
Agosto	18	6%
Septiembre	15	5%
Octubre	22	7%
Noviembre	29	10%
Diciembre	30	10%
Total	302	100%

². Núñez de Arco J, Wilma Gabriel, Rocabado O., Carvajal H.E.: Datos forenses del 2004 sobre Suicidio en Bolivia. (en prensa)

Distribución geográfica de suicidio por Departamento en Bolivia durante la gestión 2004.⁽³⁾

DEPARTAMENTO	Suicidio	
	Frecuencia	Porcentaje
La Paz	124	41%
Santa Cruz	64	21%
Cochabamba	45	15%
Oruro	26	9%
Chuquisaca	18	6%
Potosí	15	5%
Tarija	7	2%
Pando	3	1%
Total	302	100%

Distribucion de casos de suicidio según grupos etareos (año 2004)⁽⁴⁾

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14 años	16	5%
15 a 19 años	63	21%
20 a 24 años	53	18%
25 a 29 años	61	20%
30 a 34 años	26	9%
35 a 39 años	24	8%
40 a 44 años	22	7%
45 a 49 años	16	5%
50 a 54 años	2	1%
55 a 59 años	6	2%
60 y más	13	4%
Total	302	100%

Suicidio por arma de fuego.-

Cuando una persona utiliza un arma de fuego para ejecutar su propia muerte, el proyectil disparado a corta distancia deja una herida que según Soderman y

³. Núñez de Arco J, Wilma Gabriel, Rocabado O., Carvajal H.E.: Datos forenses del 2004 sobre Suicidio en Bolivia. (en prensa)

⁴. Núñez de Arco J, Wilma Gabriel, Rocabado O., Carvajal H.E.: Datos forenses del 2004 sobre Suicidio en Bolivia. (en prensa)

O'Connell "tiene un aspecto inconfundible": el orificio de entrada es mayor que el diámetro de la bala, los pelos alrededor suelen estar chamuscados y en la piel una quemadura color café con restos de pólvora sin deflagrar, lo que se conoce como "tatuaje". En regla general no hay más de un disparo, aunque se han presentado casos excepcionales.

El ahorcamiento

Es otro método frecuente entre los suicidas. En estos casos la muerte se produce por el cese del flujo sanguíneo en las venas y arterias que cruzan el cuello. En tales casos, la presentación del nudo en esta parte del cuerpo resulta vital para determinar si se está ante un homicidio. Esto debido a que los nudos no ejercen una presión uniforme, y dejan circular porciones de sangre. Si la persona ha sido estrangulada y luego colgada, las livideces de la cara lo señalarán al ojo experto. Igualmente si el fallecimiento se produjo como consecuencia de un golpe.

Salto al vacío

En los casos de salto al vacío es probable que la persona haya sido precipitada contra su voluntad. El cuerpo de la víctima podrá tener entonces heridas o marcas indicadoras de la resistencia que opuso en sus últimos momentos, especialmente en las extremidades.

Envenenamiento

En cuanto al envenenamiento, Sodermann y O'Connell observan que el suicida tiene poco cuidado en cuanto al aspecto externo, sabor u olor de la sustancia que usa. El asesino, en cambio, trata de ocultar en lo posible estos datos. El veneno, además, debe estar a la mano o cerca del cadáver. Los expertos recomiendan como primera medida en estos casos sacar de la escena del crimen a todos los familiares y recoger de inmediato todos los potes o envoltorios que pudiesen contener sustancias tóxicas. En estos casos, los allegados pueden constituirse en trabas para la investigación. O, también, en responsables directos del fallecimiento.

En 1988, se formó grupo trabajo con el fin de establecer unos criterios operacionales para ayudar a los forenses e inspectores médicos a determinar los suicidios.(Rosenberg et al, 1988).

- Criterio autoinfligido. Hay evidencias patológicas (autopsias), toxicológicas y psicológicas, así como por declaraciones del difunto o de testigos.
- Criterio de propósito es aplicado cuando hay evidencia (explícita y/o implícita) de que, en el momento del daño, el difunto quiso matarse o deseaba morir y de que entendía las consecuencias probables de sus acciones.
- Esta evidencia puede incluir:
 - Expresión verbal o no verbal explícita del propósito de matarse;
 - Evidencias implícitas o indirectas del propósito de morir.

Esta evidencia puede incluir:

- Preparaciones de muerte inapropiada o inesperada en el contexto vital del difunto.
- Expresión de despedida, o de deseo de morir, o de reconocimiento de muerte próxima.
- Expresión de desesperación.
- Expresión de gran sufrimiento o angustia.
- Intento de procurarse o aprender sobre medios de muerte, o ensayos de la conducta fatal.
- Precauciones para evitar el rescate.
- Evidencia de que el difunto reconoció la alta potencialidad de los medios de muerte.
- Intento previo de suicidio.
- Amenaza previa de suicidio.
- Eventos estresantes o pérdidas significativas.
- Depresión seria o trastorno mental.

Casos de suicidio según el mecanismo o el arma utilizada.(Bolivia, año 2004) [5]

Mecanismo o arma utilizada	Procedimiento Efectuado			
	Autopsia	Reconocimiento Médico	Total	Porcentaje
Ahorcamiento	96	89	185	61%
Intoxicación	59	16	75	25%
Armas de fuego	17	6	23	8%
Salto al vacío	6	10	16	5%
Arma blanca	2	0	2	1%
Dinamita	0	1	1	0%

⁵. Núñez de Arco J, Wilma Gabriel, Rocabado O., Carvajal H.E.: Datos forenses del 2004 sobre Suicidio en Bolivia. (en prensa)

5.1.- ¿Suicidio u homicidio?

Todo suicidio es, en principio, una muerte violenta y como tal debe ser investigada por las autoridades. Son múltiples las maneras de terminar por la fuerza la vida propia: ahorcamiento, mediante el uso de un arma de fuego, envenenamiento o simplemente lanzándose al vacío. Pero siempre existe la posibilidad de que terceras personas intenten arreglar la escena del crimen –incluyendo el cuerpo de la víctima- para hacerlo parecer un suicidio. También es probable que la muerte sea por accidente. De allí la necesidad de que las autoridades indaguen sobre cada uno de tales casos de la forma más abierta y completa posible.

El examen del lugar de los hechos o más bien de la escena de los hechos, es fundamental. En los casos de ahorcamientos, es determinante para el dictamen de suicidio, la presencia del medico forense. Si la escena de los hechos estaba ordenada y/o preparada sofisticadamente se puede pensar en un suicidio. Aunque la ausencia de desorden no descarta el homicidio (el asesino pudo colocarlo después).

La ausencia de lesiones también es un buen signo, pero tampoco su presencia no descarta el suicidio. Puede producirse un Homicidio por estrangulamiento y después el supuesto ahorcamiento (ya muerto) para simular suicidio. Otras veces la presencia de cartas o notas justificativas. En otras el examen del cadáver en la escena de los hechos, la coloración del cadáver, para los suicidios por monóxido Carbono.

La historia está llena de suicidas famosos, como el pintor Vincent Van Gogh, pero también de suicidios dudosos, como el de Roberto Calvi, mejor conocido como El Banquero de Dios, quien amaneció ahorcado bajo el puente Blackfriar's en Escocia. La prensa italiana expresó sus sospechas indicando que Calvi fue "suicidado".

En casos de aparente suicidio deben ser tomados en consideración no solo los factores de orden criminalístico, medico forense, sino que debiera recomendarse la Autopsia Psicológica, que se explica en otro capitulo de este libro. Para determinar el porque el individuo toma esa decisión.

Sobre este último punto, Nickell y Fischer observaron en la obra Crime Science (Ciencia del crimen) que la denominada "autopsia psicológica" viene practicándose cada vez con mayor frecuencia para determinar cuál era el estado mental de la persona antes de su muerte.

6.- CLASIFICACION

Si aceptamos la definición de que suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo. En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

- Suicidio consumado: Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.
- Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.
- Simulación suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.
- Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

Hay que conceptualizar diferenciando, algunas ideas acerca del suicidio:

- Suicidio es la búsqueda de la muerte intencional, conciente y auto infligida.
- Notas suicidas, son las comunicaciones escritas, dejadas por los(as) suicidas. Ocasionalmente, los comentarios o notas del suicida hacen una acusación explícita que causa mayor angustia en los allegados.
- Comunicaciones suicidas, son las expresiones directas o indirectas que indican los motivos suicidas.

6.1.- Comportamiento suicida, es la variedad de pensamientos y comportamientos que incluyen la ideación suicida, intentos suicidas y el suicidio consumado, que ocasionalmente son verbalizadas o bien observadas por sus allegados.

- Intentos suicidas o el parasuicidio, son actos de destrucción con el propósito de hacerse daño y/o quitarse la vida, pero no fatales.
- Se considera suicida «accidental» en accidentes con un solo vehículo implicado, pero también a los peatones con intoxicación; (Weiss y Stephens, 1992).

6.2.- Intento

Aunque ha de intentarse el suicidio pare llevarlo a cabo realmente, los intentos de suicidio no tienen siempre la muerte (consumación) como su objetivo. A menudo las conductas como cortarse o ingerir sustancias dañinas, es más cambiar la propia vida o la de las personas significativas de alrededor que acabar con la vida misma.

Por ello, los que sobreviven a un intento de suicidio, de la misma forma que los que se casan de nuevo, sobreviven en una vida cambiada, con diferentes ilusiones, motivaciones y satisfacciones. Es verdad que no todos, pero los que obtiene un "bono para vida", (Maslow) viven de forma diferente.

El Erwin Stengel (1964) de Sheffield, es el estudioso más importante de los intentos de suicidio. Habla de dos poblaciones distintas:

- 1) Los que intentan el suicidio pero son pocos los que llegan a suicidarse, y
- 2) Los que se suicidan, muchos de los cuales lo habían intentado previamente.

Los intentos son más frecuentes en las mujeres, mientras que la consumación es más probable en los varones. Los intentos son más frecuentes en los jóvenes (con menos de 35 años), mientras que la consumación es más frecuente en ancianos (a partir de los 60 años).

Los intentos, son por ejemplo el ingerir un número de pastillas por debajo del límite mortal, o las laceraciones en las muñecas en comparación con métodos altamente mortales como las armas de fuego o el ahorcamiento.

El lugar también diferencia los intentos de las consumaciones. La persona que hace un intento en su casa o donde puede ser descubierto, contrasta con la persona que escoge un entorno aislado, donde hay pocas posibilidades de rescate.

El método y el entorno son muy importantes para determinar la relación existente en la fantasía riesgo- rescate: cuanto mayor es la relación, más serio y potencialmente mortal es el intento.

Las drogodependencias, producen desinhibición y una escasa capacidad de discernimiento asociados a la intoxicación y pueden llevar a comportamientos de alto riesgo como las autolesiones y las sobredosis.

6.3.- Parasuicidio

El comportamiento autodestructivo y los intentos de suicidio no fatales, aunque difíciles de clasificar, se han englobado dentro del concepto de parasuicidio.

Hay una diferencia entre el parasuicidio y el suicidio consumado: los pacientes parasuicidas generalmente admiten que los medios utilizados no son letales y presentan características diferenciadas de aquellos que presentan un comportamiento suicida letal. Moscicki (1989)

El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse.

Las cifras de autolesiones a nivel mundial, se estiman entre un 3-5 % de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800-1.000 casos por cada 100.000 habitantes/año. Del 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2 % se suicidarán entre los 5 y 10 años de la tentativa.

6.4.- Suicidio consumado

Cuando se emplean mecanismo efectivos y eficaces. Más en medio urbano que rural, y en personas que viven solas. Es mas frecuente en personas de edad, en Europa y EEUU. En jóvenes, muchas veces sólo se pretendía llamar la atención o dar un susto (asociado al fracaso escolar). Pero las medidas de seguridad fallaron. De gran trascendencia médico – legal.

El respeto a la voluntad y derechos del individuo ha llevado a considerar el suicidio como un acto racional, una elección de la muerte frente al dolor. Es por eso que los movimientos que apoyan el suicidio como un derecho de los pacientes terminales, solicitan que los suicidios sean asistidos por el médico.

El suicidio, puede constituir un acto racional propio de una persona que está sufriendo una enfermedad psiquiátrica? La inmensa mayoría de los suicidios, más del 90%, ocurren en sujetos que presentan trastornos psiquiátricos en el momento de cometer el suicidio (Black y Winokur, 1990; Robins y col., 1959).

La disponibilidad de armas de fuego también parece correlacionarse con el riesgo de suicidio. En un estudio realizado en cinco condados de Nueva York,

demonstraron que las diferencias en el riesgo global de suicidio entre los condados se correlacionaban con diferencias en la disponibilidad de armas con capacidad letal. Marzuk y col. (1992)

En los países industrializados, hay un predominio de las enfermedades crónicas, (reemplazan a las enfermedades infecciosas) Y el estudio de las enfermedades mentales es una de las cuatro prioridades sanitarias, junto a las enfermedades cardiovasculares, el Cáncer y las lesiones debidas a los accidentes (Jenicek et al., 1987). En los EEUU, el suicidio ocupa la octava causa de muerte (Weed, 1985).

El suicidio es una urgencia vital, en cuanto a la asistencia médica, situada no solo en un contexto biográfico y situacional de pérdida de salud, reuniendo las características de los procesos crónicos de enfermedad, sino también de debilitamiento de las redes afectivas, sociales y de apoyo institucional.

En ausencia de una nota suicida, en presencia de un historial inadecuado, muchos casos de suicidio son ocultados por los padres y médicos benevolentes, que los hacen pasar por accidentes (Toolan, 1962). Cuando el individuo actúa a partir de deseos inconscientes o conscientes pobremente expresados hay pocas posibilidades de que el acto se considere autodestructivo.

6.5.- Suicidio frustrado:

Diariamente se producen en el mundo de 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados.

7.- SUICIDIO Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

El 90% de los sujetos que se suicidó presentaba un trastorno psiquiátrico en el momento de su fallecimiento, según Black y Winokur (1990).

Solo un pequeño porcentaje de suicidios se dan en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, desastre económico o de posición social y no tienen una enfermedad mental.

7.1.- Suicidio y trastornos del estado de ánimo

La depresión como tal, es decir las denominadas depresiones mayores son consideradas como un factor principal en el suicidio, es decir la tristeza, la melancolía y la pérdida de la ilusión vital. La desesperanza constituye un factor

central, puede acompañar a la desmoralización en otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de la ansiedad, y trastornos crónicos.

Hay una Escala de Desesperanza de Beck, que constituye un instrumento de autoevaluación con 20 ítems que evalúa en qué grado una persona tiene esperanzas negativas sobre el futuro (Beck y Steer, 1988). Y en 1.958 pacientes ambulatorios, Beck y col. (1990) hallaron que la desesperanza estaba muy ligada al suicidio final.

La desesperación implica no solamente un sentimiento de desesperanza por un cambio, sino también la necesidad de que la vida es imposible sin dicho cambio. Hendin (1991) ha identificado la desesperación como otro factor importante del suicidio.

La culpabilidad también se ha visto que es otro componente afectivo de la desesperación.

Los pacientes con depresión psicótica, tiene un riesgo de suicidio 5 veces superior a los pacientes con otros trastornos del estado de ánimo (Roose y col., 1986). En un seguimiento de 30 a 40 años de 76 pacientes con trastorno bipolar y 182 con unipolar, las tasas de suicidio fueron del 8,5% y del 10,6%, respectivamente. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el factor predisponente no es el estado maniaco, sino la presencia de depresión que acompaña el estado bipolar mixto. La tasa de consumación del suicidio asociado al trastorno bipolar no tratado alcanza hasta el 20% (Goodwin y Jamison, 1990). Solo el 15% y el 20% de los pacientes con trastornos anímicos cometen suicidio.

Los síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también pueden ser el resultado de los efectos tóxicos directos del alcohol, la alteración hepática y la malnutrición, así como de síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales.

7.2.- Suicidio y ansiedad

Weissman, Klerman y cols. (1989), en el análisis de su renombrado estudio ECA realizado con 18.011 adultos de los EEUU, hallaron que el 20% de los sujetos con trastornos de pánico y el 12% de los sujetos con ataques de pánico presentaban intentos de suicidio.

7.3.- Suicidio-dependencia sustancias psicoactivas

Después de los trastornos anímicos, la drogodependencia constituye el diagnóstico más frecuente realizado en las víctimas del suicidio (Mazurk y Mann, 1988). Existe una serie de rasgos comunes en aquellas personas con drogodependencia y que consuman el suicidio. Los varones jóvenes que consumen alcohol y otras drogas, aumentan el riesgo de suicidio hasta cinco veces. Aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia por sí solo, aproximadamente el 25% de sujetos que se suicidan en los EEUU son alcohólicos (Murphy y Wetzel, 1990), pero la mayoría de los suicidios ocurren en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias.

Aunque el suicidio en personas con drogodependencia aparece después de muchos años de evolución de la enfermedad, lo hace de forma brusca, a menudo a las 6 semanas de una pérdida interpersonal.

Alcohol y drogas producen desinhibición y suprimen la reticencia residual frente al suicidio en el sujeto con drogodependencia, y de este modo sirven como factor precipitante agudo del mismo.

7.4.- Suicidio y esquizofrenia

Aproximadamente el 10% de los pacientes con esquizofrenia consuman el suicidio (Miles, 1977). Y la mayoría de éstos ocurren en varones jóvenes 33 años (Weiden y Roy, 1992).

Por otra parte hay que destacar que el riesgo de suicidio no es máximo durante la fase alucinatoria activa; es más probable que el suicidio se consume cuando la psicosis está bajo control y el esquizofrénico se encuentra en la fase de recuperación depresiva de la enfermedad. Cuando se encuentra en la fase aguda alucinatoria, en la que puede verbalizar sus alucinaciones, es cuando recibe hospitalización y se evita su suicidio.

Por el contrario, cuando se encuentra en la fase de recuperación, que es cuando la persona se da cuenta de la magnitud de su problema y de la incurabilidad de su enfermedad. Se siente desmoralizado y psicológicamente alterado y no tiende a ser hospitalizado.

Por lo tanto el riesgo máximo aparece no durante el periodo de agudización psicótica, (fase delirante) sino cuando éste ya se ha resuelto.

Entre los esquizofrénicos que cometían suicidio, había un mayor porcentaje con educación universitaria, tenían conciencia de la gravedad de su patología y tenían miedo a un mayor deterioro, en comparación con aquellos pacientes que no se habían suicidado (Drake y Cotton, 1986).

7.5.- Suicidio y personalidad límite (borderline)

Esta mezcla es explosiva, ya que resulta un reto especial, para el psicólogo o psiquiatra tratar de distinguir entre, por una parte, un intento potencialmente mortal, y por otra, la automutilación crónica o los intentos de suicidio como forma de vida.

La personalidad borderline, necesita crear hitos en su vida, pero al faltar las emociones afectivas reales, las delimita generalmente con automutilaciones crónicas, a veces graves que pueden llegar a poner en riesgo su vida. Es difícil distinguir estas automutilaciones crónicas de los intentos de suicidio como forma de vida. La incidencia varía entre el 3% y el 8% (McGlashan y Heinssen, 1988; Stone y col., 1987).

Las estrategias psicológicas a utilizar en el paciente borderline suicida y que resultan ser eficaces son la empatía y establecer un contrato antisuicida. Este contrato de «no autolesión» no sirve para suprimir los sentimientos suicidas. Sirve para comunicar la pérdida de control sobre los sentimientos suicidas que tiene el paciente y la importancia de mantener la comunicación entre el paciente y el psiquiatra.

Kernberg (1984) describe los rasgos especiales que se asocian a un elevado riesgo de suicidio: impulsividad, desesperanza, desesperación, comportamiento antisocial y frialdad interpersonal. También describe las características de aquellos pacientes en los que la automutilación y los intentos de suicidio constituyen una «forma de vida» y de esta forma pueden predisponer más al parasuicidio que al suicidio consumado. Los pacientes con «masoquismo infantil» utilizan el comportamiento suicida para mantenerse conectados con su entorno. Estos comportamientos tienden a aparecer durante los ataques de ira intensos mezclados con momentos bruscos de depresión temporal.

7.6.- Suicidio y Sida

La tasa de suicidio en pacientes con SIDA fue 36 veces superior a la de un grupo de varones sin SIDA, equiparados según edad (Marzuk y col., 1988).

A menudo han visto cómo personas de su entorno presentan demencia en un período de tiempo corto y se ven incapacitados para cuidarse ellos mismos. Por lo que se mantiene la idea suicida, como fuente de control de la enfermedad.

Hay que asociarlo con el comportamiento del depresivo, en cuanto a su desesperanza, gente joven que desarrolla una enfermedad crónica y con riesgo vital y que no encuentra un futuro.

8.- AUTOLESIONES

Son las lesiones producidas a uno mismo con el objetivo de obtener algún beneficio: librarse de una obligación, económico y/o laboral. Las más frecuentes son las contusiones (equímosis y erosiones), a veces con la colaboración de un tercero. Heridas por arma blanca (punzantes o cortantes) y quemaduras.

Son poco frecuentes por armas de fuego, pero también hay que tenerlas en cuenta. Hubo casos de «febrero negro» para cobrar la indemnización.

Hay características muy significativas en cuanto a localización y por la propia lesión:

- En zonas accesibles y que se puedan controlar con la vista. Por eso poco frecuentes en la parte superior del tórax.
- Casi siempre múltiples pero superficiales.
- A ambos lados de la línea media del cuerpo pero con predominio del lado contrario a la mano útil.

Cuando es por arma de fuego, suelen localizarse en las extremidades superiores o en el muslo. En la cabeza no se han visto casos. En tórax y abdomen con poca frecuencia. Muslo: dirección de delante a atrás, de derecha a izquierda en diestros y viceversa en zurdos, y siempre de arriba abajo, lo que descarta la etiología homicida.

Los detenidos suelen producirse autolesiones para simular violencia policial o para ser trasladados a un hospital.

Los vestidos aparecen desgarrados, pero su localización no se corresponde con la de las lesiones. Elemento significativo para descartar una agresión.

8.1.- Automutilación

La definiremos, como una conducta autodestructiva que implica la separación y/o eliminación física de una parte del cuerpo. Su práctica esta asociada a una determinada actitud del individuo, con una resistencia activa a su curación y el no saber explicar aparentemente el porque de su acción. Aunque ocasionalmente indique una justificación. Incluye la extracción de dientes, arrancarse la lengua, coserse los labios, amputación del pene, y sacarse los ojos. Incluso otros autores, incluyen la intervención de otras personas a los que permiten voluntariamente que destruyan o alteren su tejido corporal. (Favaza et aL, 1989)

En la actualidad, en la cultura occidental, no es extraño que en muchos casos las prácticas automutilatorias estén impregnadas y referidas a pasajes biblicos (Mateo 8:28; 8:34; 5:29; 19:12; 18:18; Lucas 8:26; 8:39; Marcos 5:1; 5:5; 5:20). Si bien, el patrón, modo y severidad de la automutilacion es muy similar en pacientes Occidentales y de Africa (Muluka et al., 1986) no hallándose hasta hoy alguna evidencia de que una determinada creencia cultural tenga algún efecto directo sobre esta conducta.

9.- FACTORES PSICOLÓGICOS JUSTIFICANTES

Hay diversa teorías para emitir los factores psicológicos justificantes o explicativos de la conducta suicida. Digo teorías, porque si bien explican de alguna manera la ejecución o la consumación de un suicidio, pero no sirven de manera eficaz para evitarlo.

La teoría psicoanalítica clásica ya postuló la importancia de la autoagresión en el comportamiento suicida. Freud (1915 1917) describió el suicidio como un ataque homicida sobre un objeto internalizado que se había convertido en fuente de ambivalencia. De esa manera el objeto amado introyectado es el centro del ataque.

Existen varios enigmas grandiosos en la vida humana; el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente por que un ser humano se quita la vida; a menudo, y en algunas ocasiones de forma especial, la persona que comete el suicidio conoce poco sus propios y complicados motivos para su autodestrucción.

Cuantos de nosotros hemos pensado alguna vez, y en alguna ocasión con una intensidad especial en un suicidio, como una forma de salir de situaciones limite. Cualquiera que afirma que existen respuestas sencillas a estas complicadas

decisiones humanas es que, simplemente, no comprende la naturaleza del hombre. El mismo término «suicidio», definido como < el acto humano de autolesionarse con la intención de eliminarse (Shneidman, 1973) abarca una multitud de estados motivacionales conscientes a inconscientes.

Hendin (1991) ha trabajado estos justificantes o significados comunes o explicaciones, de los sujetos que cometen suicidio:

- muerte como reunión,
- renacimiento,
- abandono por desquite,
- venganza
- y autocastigo o expiación.

9.1.- Muerte como reunión

La fantasía de la reunión con un objeto perdido a través de la muerte puede justificar el fenómeno de los suicidios en los aniversarios, así como los suicidios que ocurren durante el periodo de aflicción.

9.2.- La fantasía del renacimiento

Se relaciona con la de identificación con el objeto perdido: los pacientes se ven a ellos mismos como incompletos en ausencia del objeto ausente y ven la reunión a través del suicidio como una forma de renacimiento.

9.3.- Abandono o desquite

En estos casos sienten que la única forma de sobreponerse a una situación es a través del control de la vida o la muerte.

9.4.- La venganza

Normalmente en los familiares, lo inesperado de la muerte por suicidio añade una angustia mayor a la pena normal. A veces, por la calidad trágica y traumática, deja una sensación de estigma mayor que el que deja una muerte natural Y ocasionalmente, los comentarios o notas del suicida hacen una acusación explícita de su venganza.

El suicidio como venganza se correlaciona con la observación freudiana clásica de que el inconsciente desea matar el objeto perdido ambivalente. Como

extensión de esto, la ira inconsciente y el impulso homicida se observan como una necesidad de autocastigo o expiación.

El sujeto se siente culpable por el odio que siente por el objeto y el suicidio no solamente sirve como venganza, sino que también consigue la expiación.

10.- LOS QUE SOBREVIVEN A LA VICTIMA

Es lo que se denomina <Posvención>, los que sobreviven a la víctima. La muerte de una persona no es solamente un final; es al mismo tiempo un comienzo, para los que la sobreviven, dice Shneidman, (1973) en el capítulo Postvention and the Survivor-Victim en su libro Deaths of Man.

Prevención, intervención y posvención son sinónimos aproximados de los conceptos tradicionales de salud pública de prevención primaria, secundaria y terciaria. Posvención son las actividades que sirven para reducir los efectos posteriores que el evento traumático puede provocar en las vidas de los supervivientes a los muertos por suicidio, cuyas vidas cambiarán para siempre y que representan al cabo de los años millones de personas. El propósito de la posvención es ayudar a los que sobreviven a vivir más, de forma más productiva y con menos tensión de la que pudieran haber tenido.

CAPITULO 14

LA EMOCION VIOLENTA

Etimológicamente, el término emoción significa el impulso que induce la acción. Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos. Es un fenómeno humano directamente vinculado al patrimonio anímico de la personalidad. ⁽¹⁾ Es “un sistema de retroalimentación en bucle que comienza con un acontecimiento significativo para la persona y acaba en emoción”⁽²⁾. Ross Buck ⁽³⁾ considera que la emoción es “el resultado sincrético de dos procesos”: uno realizado por estructuras y vías sub-corticales dependientes de la historia evolutiva que provoca una reacción inconsciente instantánea; otro, dependiente de la historia social y cultural, biográfica, que evalúa conscientemente el suceso. Por ejemplo, encontramos a una persona conocida, después de años, al verla se produce una reacción de alegría; conforme nos acercamos podemos recordar que se portó mal con nosotros, la respuesta emotiva, se reduce a un simple saludo.

Davidoff ⁽⁴⁾ y Sloman ⁽⁵⁾ coinciden en que la corteza cerebral activa, regula e integra las reacciones relacionadas con la emociones. Sloman, cuando creo la Arquitectura Computacional de la Mente, consideraba que los procesos emocionales requieren de un proceso central administrativo dedicado a las decisiones referentes a intenciones, selección de planes y resolución de conflictos y una bioquímica de los procesos mentales relacionados con las emociones dependiendo del nivel de abstracción mental que generó la emoción.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS

El estrés, una palabra muy conocida y que la aplicamos a muchas situaciones, sería la respuesta no específica del organismo ante cualquier exigencia, del

¹ .- Luis Fernando, Olivares; Estudio integral e interpretación médico-legal de la emoción en su relación con el delito. Tesis doctoral. Fac. Medicina. Universidad de Córdoba. Argentina 1990: 93

² .- Plutchik, R. (1970). Emotions, evolution, and adaptative processes. In M.B. Arnold (Ed.). *Feelings and emotions* (pp. 3-24). New York: Academic Press.

³ .- Buck, R. (1984). *The communication of emotion*. New York: Guildford.

⁴ .- Davidoff, Linda. 1980, 2a. *Introducción a la Psicología*, McGraw-Hill. México

⁵ .- Sloman, Aaron. 1981. *Why Robots Will Have Emotions*. University of Sussex.

estrésador, el estímulo que provoca el estrés. Todo ello, provocaría una crisis, un estado del organismo, en el que se produce una alertización con respecto a una amenaza, a su integridad (física o psicológica); cambios en el funcionamiento normal del individuo a nivel conductual, fisiológico y cognoscitivo, con el objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía. Como el que se precisa para una respuesta agresiva o de huida.

La Ansiedad, es la reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una defensa ante lo que se considera una amenaza de su equilibrio habitual, ya sea de forma positiva o negativa. Para algunos psicólogos conductistas, hay una gran diferencia del estrés, reacción biológica o fisiológica de la ansiedad, que en el caso de la ansiedad, tendría además, un componente psicológico o psicobiológico.⁽⁶⁾

La ansiedad es diferente del miedo, se trata de una reacción a un peligro conocido y es proporcional al grado de peligro. En términos generales, el miedo es una emoción deseable porque conduce a algo útil como, por ejemplo evitar el peligro.”⁽⁷⁾

La reacción emocional a una situación amenazadora depende de la interpretación que el individuo hace de la misma. ⁽⁸⁾ El peligro puede ser dominado mediante ataque, la emoción será la cólera, también puede ser usar la huida.

Fue Gerald Caplan ⁽⁹⁾, quien habla de las Fases del Síndrome General de Adaptación, en relación a la formulación de la teoría de la crisis. Una crisis en el organismo pasaría por varias fases: Fase de Impacto, Fase de Inquietud, Fase de movilización de recursos y Fase de reconstrucción.

Y en relación a la teoría de la crisis, posteriormente el fisiólogo Selye ⁽¹⁰⁾ descubrió el Síndrome General de Adaptación, que habla de las fases de adaptación neuroendocrina del cuerpo siguiendo la teoría de la crisis, denominando a dichas fases:

- Alarma: respuesta inicial de defensa por parte del organismo ante un estímulo al que no está adaptado.

⁶ .- Bernard Chauveau, La Ansiedad. Ed. Temis, Barcelona 1989

⁷ .- Donald W. Goodwin, Ansiedad. Ed. Temis, Barcelona 1990: 4

⁸ .- Paul Thomas Young, Capítulo: *La Emoción* en la Enciclopedia de Social Sciences, vol. 5. New York 1965

⁹ .- Caplan, G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. N. York: Basic Books, 1964. (Trad.: Principios de Psiquiatría Preventiva. Barcelona. Paidós, 1985).

¹⁰ .- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth.

- Resistencia: adaptación del organismo al estresor. Desaparición de síntomas
- Agotamiento: se produce cuando el estresor es prolongado y severo.
- Pérdida de adaptación. Enfermedad por fallo en la respuesta adaptativa al estrés

Por ejemplo en un caso de asalto por robo, tras una fase de alarma del organismo, ya que se encuentra ante un estímulo al que no está adaptado, sorpresivo, cuando la solución del conflicto no es posible, no se puede convencer a nuestro asaltante; no sabemos como evitar el problema. Se percibe un fracaso inicial, aparece un desconcierto; aumenta la tensión aun más y ya entramos en la segunda fase. Fase en la que se produce una situación de activación neurofisiológica, aparecen unos sentimientos de ambigüedad, incertidumbre, con eclosión de la emociones del estilo de la rabia, culpa, etc., cuando los medios de respuesta que se han puesto, resultan ineficaces, a nivel del cortex, es decir en las áreas cerebrales, se transmiten ordenes al sistema límbico para pasar a la siguiente fase., con la aparición de componentes biológicos, sudor, descontrol de esfínteres, etc.

2.- LA EMOCION

Hay una explicación periférica de la emoción de James (1884), que dice que la emoción es el resultado de la percepción de cambios fisiológicos, fundamentalmente del Sistema Nervioso Autónomo y la explicación central de Cannon (1929), que dice que es el resultado de la acción de los centros superiores del Sistema Nervioso que se integran en un sistema conceptual socialmente compartido y culturalmente controlado: ya que aprendemos a expresar nuestra emociones teniendo presente el contexto en que estamos (un estadio de fútbol, una fiesta o la intimidad de la pareja)⁽¹¹⁾. Ajustando nuestros sentimientos y nuestras expresiones mímico-faciales a determinados códigos emocionales que integran el campo semántico afectivo o connotativo (Cosnier, 1994). “ ..un estímulo ambiental (un neumático deshinchado) produce una activación fisiológica (tensión y esfuerzo necesarios para cambiar el neumático) seguida de una interpretación negativa de la activación (“Estoy enojado”), y finalmente una emoción dolorosa (cólera). La emoción dolorosa depende de la cantidad de activación sentida por cada persona.”⁽¹²⁾

¹¹.- Barriga, S. y León, J.M. (1996) Contraposición Crítica Apuntes de Psicología Social. Universidad de Sevilla)

¹².- Matthew MacKay, Martha Davis, Patrick Fanning; Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. Ed- Martinez Roca. Barcelona 1985: 10

Muchas de las grandes obras y de las grandes tragedias de nuestra cultura se hicieron bajo el impulso de las emociones. Las emociones forman parte del mundo afectivo, desempeña un rol fundamental en nuestras vidas, necesariamente invadidas de amor, de atracción erótica, de agresividad, de ansiedad, de odio, de temor.

La emoción conlleva: una manifestación fisiológica observable: latidos del corazón, temblores, transpiración, horripilación, etc.. “Las emociones son también respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa” (13). Por lo general, las emociones son activadas internamente a través de la memoria y la imaginación.

Acontecimientos vitales

Los llamados *life events*, *Acontecimientos vitales mayores* (muerte de un familiar). Este tipo de acontecimientos tiene un efecto potencialmente negativo sobre el bienestar personal. Thomas Holmes y Richard Rahe incluyeron 43 acontecimientos vitales mayores que tienen importancia en la vida personal de los individuos. (14)

Según Reeve “el impacto que puedan tener los acontecimientos vitales sobre nuestra vida es, sin embargo, solo potencialmente aversivo” (15). El hecho de que una persona crea o no que pueda controlar este tipo de acontecimientos también es importante a la hora de entender cómo los estresores potenciales afectan a las personas de forma psicológica y física.

Aspectos fisiológicos y cognitivos

Desde el punto de vista fisiológico, la emoción es una reacción principalmente biológica. William James (1890) decía que las experiencias emocionales se producen después de los cambios corporales, por lo que la secuencia de acontecimientos sería: estímulo-reacción fisiológica- emoción. Al mismo tiempo que James presentaba sus ideas, el psicólogo danés Carl Lange (1885) propuso una teoría de la emoción esencialmente igual pero más limitada, surgiendo la teoría de James-Lange, que dice que las experiencias sugieren que tenemos una emoción y como acto seguido se producen unos cambios corporales. Parece que los acontecimientos siguen el siguiente orden: estímulo-emoción- reacción fisiológica.

13.- Reeve, J. Motivación y Emoción. Madrid: McGraw-Hill. 1994:394

14.- Thomas Holmes y Richard Rahe (1967) “The social readjustment rating scale. Vol 11, pp 213-218

15.- Reeve, J. Motivación y Emoción. Madrid: McGraw-Hill. 1994: 394

La primera gran crítica vino de fisiólogo Walter Cannon y después Stanley Schachter y George Mandler fueron los primeros en proponer una teoría fisiológica-cognitiva de la emoción. Para Schachter⁽¹⁶⁾ un estado emocional es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación. El tipo de emoción vivida por la persona estaba determinada por la evaluación cognitiva de la situación.

La emoción podía ser generada de dos formas. La emoción se daba después de evaluar un estímulo generador de emoción. La percepción del estímulo emocional producía una <cognición emocional> y <una activación fisiológica>. Juntos, la cognición emocional y la activación fisiológica se unían para definir el estado emocional. Las cogniciones emocionales determinan el tipo de emoción que se tiene mientras que la activación emocional determina la intensidad de esa emoción.

El concepto de activación de Mandler⁽¹⁷⁾. Ofrece una interpretación de la aportación de la activación del sistema nervioso autónomo (SNA) a la emoción. Había muchas condiciones bajo las cuales se podía activar el SNA. Solo hay una excepción y es que la descarga del SNA producida por las interrupciones produce arousal psicológicamente significativo. Hay dos tipos de interrupciones que descargan la actividad del SNA: 1) los acontecimientos inesperados y 2) los acontecimientos esperados que no se producen. En estos casos la actividad cognitiva bien organizada queda interrumpida. Dicho de otro modo la interrupción enciende la bombilla del arousal. Cuando una experiencia se ajusta a nuestra expectativa de lo que va a ocurrir entonces se produce la congruencia de esquema. Es decir que ocurre lo que esperamos por lo que la experiencia y el esquema son congruentes. Cuando la experiencia se contradice con lo que ocurre entonces la experiencia y el esquema son incongruentes. La congruencia e incongruencia de los esquemas producen reacciones emocionales.

La consecuencia inmediata de un resultado es una respuesta emocional en función de ese resultado. Existen tres dimensiones de causalidad para explicar un resultado, estas son:

- 1) foco (interno-externo),
- 2) controlabilidad (controlable-incontrolable) y
- 3) estabilidad (estable-inestable).

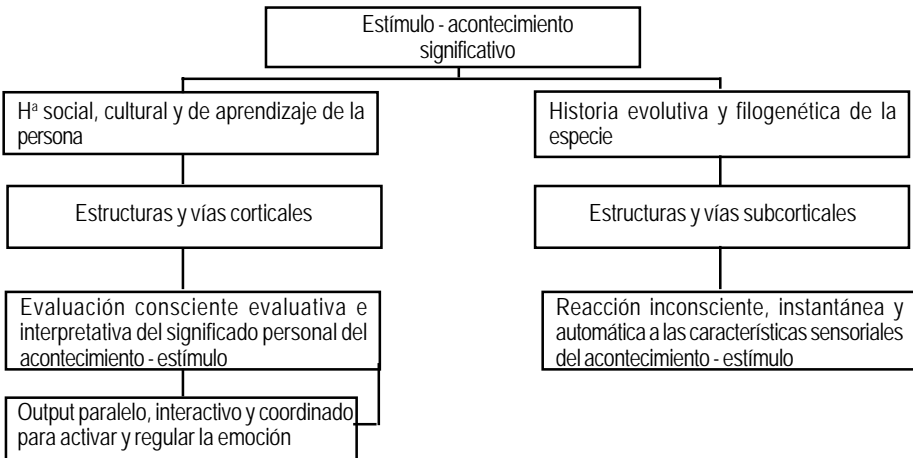
¹⁶ .- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotion. In L. Berkowitz's (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, pp. 49-80). New York: Academic Press.

¹⁷ .- Mandler, G. (1984). *Mind and body: Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.

Con estas tres dimensiones Weiner (18) explicó las bases atribucionales de tres emociones que se producían después de un resultado positivo (orgullo, agradecimiento y esperanza) y cuatro emociones que se producen después de un resultado negativo (rabia, compasión vergüenza y culpabilidad).

Según Ross Buck (19) la respuesta ante la pregunta ¿quién tiene razón? Es que ambos la tienen. De acuerdo con Buck, los seres humanos tienen dos sistemas que activan y regulan la emoción de forma simultánea. Buck sugiere que hay un sistema fisiológico innato, espontáneo y primitivo que reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales. Este es el sistema biológico. Un segundo sistema interactivo pero distinto es un sistema cognitivo cortical y adquirido que reacciona de forma social y simbólica. Juntos, el primitivo sistema biológico y el sistema cognitivo relativamente nuevo se combinan para ofrecer un mecanismo de emoción de dos sistemas altamente adaptativo.

Para ilustrar su propuesta de que existen dos sistemas simultáneos de emoción (véase la figura), Buck (1984) utilizó el ejemplo de cómo le decimos a la otra persona que estamos felices o contentos. Una forma que tenemos de comunicar la alegría es a través de una expresión facial espontánea y reactiva. Sonreímos sin pensarlo. Otra manera es mediante una comunicación simbólica y voluntaria como son las palabras agradables o la sonrisa practicada.



Fuente: (20) **La visión de Buck de la emoción de dos sistemas**

18 .- Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

19 .- Buck, R. (1984). The communication of emotion. New York: Guildford.

20 . Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. Madrid: McGraw-Hill.

Uno de los postulados que han sido desechados, es el de la existencia de *emociones básicas*, no hay posibilidad de tener emociones básicas, es decir sin que se mezclen, sorpresa-miedo, sorpresa-alegría, etc. El resto de emociones («emociones derivadas») se generan por combinaciones específicas de aquéllas (Plutchik, 1984).⁽²¹⁾

Las emociones forman parte del mundo afectivo, tras un estímulo, se producen respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Son el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación. Y las expresamos, teniendo presente el contexto en que estamos y depende de la cantidad de activación sentida por cada persona. Siguiendo una secuencia de estímulo-emoción- reacción fisiológica. En realidad el término emoción es un constructo psicológico, con un sistema fisiológico innato, (biológico) <una activación fisiológica> espontánea y primitiva que reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales. Y otro sistema interactivo cognitivo cortical y adquirido <cognición emocional> que reacciona de forma social y simbólica. Cuando una experiencia se ajusta a nuestra expectativa se produce una emoción congruente, pero si se contradice con lo que ocurre entonces la experiencia y el esquema son incongruentes. Y se producen reacciones emocionales adaptativas, no esperables.

3.- ANTECEDENTES JURIDICOS

El tema de la emoción violenta, está actualmente en nuestro Código Penal:

ARTÍCULO 254.- (HOMICIDIO POR EMOCION VIOLENTA): El que matare a otro en estado de emoción violenta excusable o impulsado por móviles honorables, será sancionado con reclusión de uno a seis años. La sanción será de dos a ocho años para el que matare a su ascendiente, descendiente, cónyuge o conviviente, en dicho estado.

Según el Prof. Villamor, la inclusión de este tipo de homicidio viene ya, en el código penal boliviano de 1973, mantenido en el código de 1997 y continua en el

²¹ . Plutchik, R. (1980). Emotion: A psychoevolutionary analysis. New York: Harper and Row.

actual código, “tiene influencia de la legislación argentina y esta a su vez, del artículo 115 del código penal suizo de 1916. El tipo penal exige para su atenuación un elemento eminentemente psicológico emoción violenta.” (22)

Efectivamente, corresponde al artículo 105 del ante proyecto Suizo de 1916 y que después, se mantuvo en el código penal suizo de 1918, el homicidio por emoción violenta en el artículo 100 P.S.

Este delito de emoción violenta que aparece en el artículo 105 del ante proyecto Suizo de 1916. Ha sido adoptado por los siguientes Códigos iberoamericanos: Código Penal Argentino, Art.81, a) “Al que matare a otro encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieran excusables.” Código Penal del Perú, Art.153 que dice: «Al que matare a otro bajo el imperio de una emoción violenta que las circunstancias hicieren excusables»; Código de defensa Social de Cuba, artículo 38 F) «Haber obrado por motivos tan poderosos que naturalmente haya producido, incoercible o intenso dolor; y el Código Penal de Brasil, Art. 121,1o. «Si el autor comete el delito determinado por una emoción violenta, consecutiva a una injusta provocación de la víctima». (23) En México se habla de éste delito, en el Art.222 del anteproyecto del Código penal de 1958, atenúa la pena del homicidio cometido «En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable»; Y el artículo 280 del Proyecto de Código Penal Tipo para la República Mexicana (24) sanciona también con pena atenuada «Al que cometa homicidio, encontrándose en un estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusables».

Si, solo se refiere a los ascendientes y descendientes, estaríamos hablando de una legalización del uxoricidio. Ya que lo que hoy conocemos como homicidio en estado de emoción violenta es producto de la transformación paulatina del conyugicidio, figura que permitía hasta los inicios del siglo XX el asesinato del cónyuge infiel sin pena alguna. (25)

En la actualidad, en el mismo código penal suizo (art. 90), existe una gran variación, el estado emocional ni siquiera disminuye la imputabilidad; se encuentra

22 .- Fernando Villamor Lucia, Derecho Penal boliviano, Parte especial Tomo II, 2ª ed. La Paz, 2007, p.184

23 .- Julio Alfonso Velázquez Villegas, Valoración del homicidio en estado de emoción violenta.

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/V/Velazquez%20Julio-Homicidio.htm>

24 .- Revista de Derecho Penal, 1964,núm. 33,Pág. - 97

25 .- Pilar Aguilar Malpartida, La emoción violenta como atenuante de los asesinatos contra las mujeres a manos de sus parejas.

descrito de la siguiente forma: Art. 90 - Stati emotivi o passionali.- Gli stati emotivi o passionali non escludono ne diminuiscono l'imputabilità.

4.- EMOCION VIOLENTA

En realidad el término emoción, decíamos unas páginas atrás, es un constructo psicológico. Las emociones se producen como respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa, ante el estímulo. Son el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de la situación.

Y de la misma manera hay una respuesta biológica espontánea y primitiva que reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales. Y otra respuesta cognitiva, adquirida, que reacciona de forma social y simbólica. Cuando el estímulo, es parte de nuestra experiencia la respuesta es congruente, pero si no, se producen, reacciones emocionales adaptativas, inesperadas.

Siguiendo este constructo teórico cuyos referentes empíricos se encuentran en el lenguaje, y en la conducta motora manifiesta de los datos fisiológicos.⁽²⁶⁾ Nos indica que tras un acontecimiento de orden externo que da lugar a un estallido incontenible afectivamente, puede estar mediatizada por la sorpresa, que excede el poder de inhibición del sujeto, preparado para situaciones conocidas, lo que conlleva un impacto en la conciencia por lo súbito del hecho, que provoca la perturbación del ánimo y obnubila la capacidad de contenerse, no tiene control de sí mismo. Esto es locura. Su inteligencia está completamente dominada por sus emociones. Él, en cierto momento, "no es responsable por sus actos". Está literalmente "fuera de su mente" y es dominado por sus emociones, no por su mente o por su inteligencia.

Hay un tipo de emoción que es la Sorpresa, que surge tras acontecimientos repentinos e inesperados, de duración tan breve, que suelen convertirse en otra emoción, una experiencia sorpresa-alegría, como en el caso de una fiesta de cumpleaños inesperada otra será la sorpresa-miedo. Recordar una orden del jefe, de alguna prohibición. La sorpresa anula toda otra actividad del sistema nervioso central, preparando a la persona para que dedique toda su atención al objeto de sorpresa, la emoción provoca un rápido aumento de la actividad cognitiva. Cuando la persona está sorprendida, la memoria a corto plazo queda

²⁶ .- Fernando Lolas Stepke, El estudio psicofisiológico de la emoción. Salud ment;9(3):9-13, sept. 1986.

libre de los pensamientos que ocupaban la conciencia en los segundos previos al acontecimiento inesperado.

Y de la misma manera hay una respuesta biológica espontánea y primitiva que reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales. Y otra respuesta cognitiva, adquirida, que reacciona de forma social y simbólica. Cuando el estímulo, es parte de nuestra experiencia la respuesta es congruente, pero si no, se producen reacciones emocionales adaptativas, inesperadas.

Además del factor sorpresa, hay otro elemento que es el que inicia los dos momentos de la emoción violenta, se trata de un factor desencadenante de la emoción violenta, es algo que permite la eclosión de sentimientos, hay una activación fisiológica seguida de una interpretación negativa de la activación (enojo), y finalmente una emoción dolorosa (cólera) (27). Pero basados en un disparador de la agresión, pero un disparador que es muy particular y depende de la cantidad de activación sentida por cada persona.

“El factor desencadenante puede ser interno o externo, la agresión verbal o física, el «corto circuito» de un cerebro dañado, la muerte de un ser querido, la alucinación del psicótico, etc. Analicemos un ejemplo: Un trabajador, pequeño, inteligencia normal, soltero, vivía solo con su madre, introvertido, de buen humor, muy tranquilo, su trabajo consistía en anotar quién entraba y quién salía. Había también un trabajador que contrastaba con él (alto), todos los días entraba y le daba una palmada en la nuca diciendo: Buenos días, enano. El día anterior al crimen, este trabajador le pidió a su enamorada matrimonio; la enamorada, reacciona burlándose de él; su respuesta es: «Cuando crezcas me avisas y es posible que me case contigo», y se va riendo. El individuo se siente defraudado, pasa la noche bebiendo, llega sin dormir al trabajo y muy temprano empieza a pasar lista a los que llegan, con un total automatismo. Al llegar, el corpulento sujeto le saludó en forma habitual con un golpe en la nuca. El hombre responde atacándole y asesinándole. En la crónica roja se destaca el escándalo periodístico: «Salvaje trabajador mata a su compañero por decirle enano». Analizando los factores, vemos que nuestro sujeto había llegado a su límite; bastaba un pretexto para hacerlo explotar y la víctima fue el sujeto que tuvo la mala suerte de desencadenarlo. El factor desencadenante es mínimo: una broma

²⁷ .- Matthew MacKay, Martha Davis, Patrick Fanning; *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Ed- Martinez Roca. Barcelona 1985., pag. 10

cotidiana que, en este caso, no fue soportada, y produjo una reacción desproporcionada. ⁽²⁸⁾

Como indica el profesor Villamor, no es un problema de tipicidad, sino de culpabilidad. De la capacidad de ser culpable. “En el momento de la comisión del hecho había una grave perturbación emocional, que se había ido gestando en el tiempo”⁽²⁹⁾. Es decir aduciendo a lo que se dice en la legislación española: “grave perturbación de la conciencia”, en relación al trastorno mental transitorio. Por las ofensas recurrentes, las frases descalificadoras de la enamorada y finalmente “el golpe en la nuca”, es el desencadenante de un trastorno mental transitorio, similar a lo que se indica de una emoción violenta.

Sobre el mismo tema, Ricardo C. Nuñez, ⁽³⁰⁾ expresa, “Porque no es suficiente conque exista emoción violenta si no existe un motivo ético inspirador, el honor herido en un hombre honorable, la afrenta inmerecida, la ofensa injustificada.” Refiriéndose a lo que establecía el inspirador Código Suizo: las circunstancias que le hagan excusables.

En una Emoción Violenta, desde el punto de vista médico legal, se puede hablar de tres elementos constitutivos: biológicos, jurídicos y cronológicos. ⁽³¹⁾ A lo que yo añadiría el elemento psicológico.

a) Elemento biológico

Las emociones violentas son locura, el sujeto no tiene control de si mismo. Su inteligencia está completamente dominada por sus emociones, no es responsable por sus actos y está literalmente “fuera de su mente”, dominado por sus emociones, por lo corporal, no por su inteligencia. Hay un predominio de la respuesta biológica espontánea y primitiva que reacciona de forma involuntaria

²⁸ .- Fabian Mensias Pavon, cap. Fases intrapsíquicas de la acción delictiva en Psicología Jurídica. <http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Ps.Juridica.22.html>

²⁹ .- Conversación con el Prof. Fernando Villamor, el día: 21 de Octubre de 2009.

³⁰ .- Núñez, Ricardo C.. Derecho Penal Argentino, Parte Especial Tomo II, 2ª. Edición, Bibliográfica, Argentina 1961.

³¹ .- Luis Fernando, Olivares; Estudio integral e interpretación médico-legal de la emoción en su relación con el delito. Tesis doctoral. Universidad de Cordoba. Argentina. 1990. 93

ante los estímulos emocionales, sobre la respuesta cognitiva, adquirida, que reacciona de forma social y simbólica.

Hay un predominio de lo biológico, según la teoría de James-Lange, que dice que las experiencias sugieren que tenemos una emoción y como acto seguido se producen unos cambios corporales. Siguiendo el siguiente orden: estímulo-emoción- reacción fisiológica. La emoción ha llegado, es inesperada, sorpresiva, no congruente con la experiencia anterior, se produce la reacción fisiológica, pulso, respiración, presión arterial, sudoración, etc. Hay una intensísima conmoción del ánimo, superior a lo esperable en la experiencia humana individual, ha sobrepasado la capacidad de adaptación, desordena los comportamientos diluyendo la capacidad inhibitoria natural, de los frenos naturalmente genuinos o culturalmente adquiridos.

Núñez, indica en relación a un caso, que el Tribunal de mérito estimó que, la emoción fue violenta en intensidad, y eficaz como factor percutiente de la impulsión, es decir, como fuerza interna, pero que ella no fue excusablemente padecida por B, desde el punto de vista de las circunstancias externas, y por lo tanto jurídicamente admisible. ⁽³²⁾

Me adhiero a las enseñanzas de Bonett, quien expresa que “Esta violencia emocional obnubila u oscurece la conciencia, originando un verdadero estado crepuscular psíquico. La atención se torna difusa, las imágenes no se fijan, por lo que la memoria evocativa es incompleta. No todo se olvida; existen siempre islotes mnésicos” e “islotes amnésicos” respecto de detalles trascendentes vinculados con el hecho clave” ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾

b) Elemento psicológico

Aparecen los síntomas psíquicos a partir de los cuales se producen los desajustes valorativos de la emergencia en relación con el cuadro circundante vivido y los frenos inhibitorios desacomodados en relación a valores cuya escala suele volverse ocasionalmente crítica.

La emoción violenta constituye una conmoción psicológica que sobresale por su intensidad, oscureciendo la conciencia, agitando el ánimo y debilitando la

³².- Núñez, R. “Derecho Penal Argentino”, T. III, pags. 71 y ss

³³.- Bonett, “Medicina Legal”, segunda edición, pag.1475

³⁴.- Sala II, sentencia del 17/12/2002 en causa 3122: Bungs, Leonardo Hector s/ Recurso de Casación (reg. 884/02) Arg.

capacidad de autocontrol del homicida, pero esa suerte de estallido emotivo con intensidad suficiente para obscurecer la razón, no debe excluir la posibilidad de comprender la realidad y obrar en consecuencia, ya que en este caso se estaría en un presupuesto de inimputabilidad ⁽³⁵⁾.

Es un “estado de perturbación mental pasajero y curable, cuya intensidad llega a producir la anulación de la voluntariedad”. “Jurídicamente el concepto no tiene el mismo valor que desde el punto de vista del psiquiatra” ⁽³⁶⁾ y a la vez, psicopatológicamente no tiene el mismo valor que el concepto jurídicamente.

El tipo penal exige para su atenuación un elemento eminentemente psicológico emoción violenta ⁽³⁷⁾. Soler consideraba emoción violenta como “un estado psíquico en el cual, sujeto actúa con disminución del poder de los frenos inhibitorios”.

c) Elemento jurídico

El enfoque jurídico de la valoración de la emoción violenta, hace que el estallido emotivo resulte excusable, como cuadro emocional y tenga explicación por la circunstancia de la que, en el caso, pueda predicarse capacidad generadora de esa excepcional emoción violenta. Es decir que pueda constatarse la existencia de un hecho de aquellos que en el acontecer ordinario, son generadoras de una emoción violenta, esto es, de una emoción superior a la que de por sí, es propia de suponer en todo aquel que mata.⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾

La gran causa de la emoción es la sorpresa y por ello, nos sentimos confundidos por que no estamos prevenidos. Por lo que la novedad de una situación. Lo insólito de una apreciación, lo repentino de un cambio, crea emociones.

³⁵.- Roberto A.M. Terán Lomas “Derecho penal. Parte Especial”. Astrea Buenos Aires. 1983. Tomo 3, páginas 132 y 133

³⁶.- Santiago Delgado Bueno y cols., Psiquiatría Legal y Forense. Ed. Colex, Madrid 1994. Vol. I, p.752

³⁷.- Fernando Villamar Lucía, (2007) Derecho Penal Boliviano, (2ª Ed) Parte especial t.II La Paz: Ed. Cards. p. 184

³⁸.- Sala II, sentencia del 23/10/2001 en causa N° 3.095, Perticarari, Luis Gregorio s/ Recurso de Casación. (Reg. De sentencia N° 844/01) Arg.

³⁹.- Sentencia del 9/09/2003 en causa 7150: Franco; Angel Omar s/ Recurso de Casación (reg. 618/03)

⁴⁰.- Sentencia del 9/09/2003 en causa 4766: Figueroa, Mario Roberto s/ Recurso de Casación. (reg. 621/03) Arg.

El tratadista Giuseppe Maggiore, ⁽⁴¹⁾ afirma que: La emoción es un estado afectivo que bajo una impresión actual, produce alguna imprevista y violenta perturbación del equilibrio psíquico. Son emociones: la ira, el miedo, la alegría, la ansiedad, el espanto, la sorpresa, el placer erótico, el pudor, la vergüenza, etc.

El penalista Carlos Fontán Balestra ⁽⁴²⁾, define a la emoción de la siguiente manera: La emoción no es una cualidad de los sentimientos, como se dice frecuentemente, sino una transformación de la personalidad a consecuencia de un estímulo que incide en los sentimientos, la calidad de estos últimos podrá ser la emoción, pero ellos no son la emoción misma, la emoción es precisamente, un estado subjetivo más o menos duradero y distinto de los sentimientos que le han constituido.

El mismo autor, al referirse particularmente a la emoción violenta enfatiza que: Lo que interesa al jurista para distinguir el estado emocional es que el sujeto haya actuado sin el completo dominio de su conciencia, como el resultado de un estado psicológico en el cual sus frenos inhibitorios están paralizados por obra de un estímulo provocador.

Núñez, ⁽⁴³⁾ atendiendo a la voluntad del homicida, es decir, a la reacción que sufra a la acción incitadora, nos dice que esa reacción debe tener un grado tal, según la interpretación correcta que haya disminuido, debilitado o relajado los frenos inhibitorios del autor.

Es importante decir que: El juicio de excusabilidad que se lleva a cabo, es en si un juicio de justificación que como dice el penalista Ricardo C. Núñez, es un examen y aprobación de la emoción desde el punto de vista causal estimativa. No se podría ver por el contrario como un juicio de justificación del homicidio, ya que la ley no aprueba ni autoriza la muerte de la víctima, sino que se limita a reconocer la legitimidad de la emoción. Lo que debemos tener en cuenta, es que la ley, no establece causa de justificación. Estas justifican el hecho; justifica que se haya matado, es el caso del que mata en legítima defensa o en estado de necesidad, aquí el derecho no le reprocha haber matado.

⁴¹ .- Maggiore, Giuseppe. El Derecho Penal, Parte Especial, Tomo I: El Delito, 4ª. Edición, Temis, Colombia 1972.

⁴² .- Fontán Balestra, Carlos. Manual del Derecho Penal, Parte Especial, Arayu, Argentina 1955.

⁴³ .- Núñez, Ricardo C.. Derecho Penal Argentino, Parte Especial Tomo II, 2ª. Edición, Bibliográfica, Argentina 1961

d) Elemento cronológico

Para que se produzca la emoción violenta, se precisa de un estímulo o acontecimiento externo, fácilmente evidenciable, que el mismo sujeto no se los hubiese provocado, y que de forma brusca, produzca una reacción de duración no muy extensa e incontenible que exceda el poder de control del sujeto y que pueda delimitarse entre un momento inicial y un momento final.

- 1.- Los hechos o estímulos que provocan la emoción no pueden haber transcurrido una hora antes, por ejemplo. Un lapso de tiempo prolongado entre el estímulo vivencial y la reacción emocional, hace pensar que la intensidad del trastorno no era de suficiente intensidad y por ello, era posible el control racional de la situación. Es verdad que si la causa ha sido física, este intervalo puede alargarse, hasta que en el sujeto que sufre el evento estímulo, adquiera suficiente intensidad en la emoción de respuesta, siendo consciente del daño.
- 2.- La emoción violenta, es de aparición brusca., pero debe estar delimitado entre dos momentos, el del estímulo y el de finalización; constituyendo un episodio pasajero, tras lo cual el sujeto vuelve a ser lo que era antes. En una enajenación, una psicosis (esquizofrenia) el inicio de la enfermedad es insidioso, es decir no existe un determinado momento de aparición o de eclosión, sino es una evolución paulatina en gravedad y agudización de los síntomas.
- 3.- El trastorno debe ser transitorio, no puede volver a presentarse, ya que de volver a presentarse estamos ante un trastorno de enajenación mental a delimitar.

Desde el punto de vista médico legal, para una Emoción Violenta, debe haber los siguientes requisitos: a) Causa provocadora/ eficiente b) Emoción/ sorpresa c) Tiempo d) Hechos e) restablecimiento

- 1) Causa provocadora, debe haber sido desencadenada por una causa inmediata y fácilmente evidenciable.
- 2) Emoción sorpresa, Su aparición debe ser brusca o al menos rápida. Tiene que tener una suficiente intensidad como para alterar las capas mas altas del psiquismo, produciendo una manifiesta y plena perturbación de sus facultades mentales, colocando al sujeto en función de notoria inconsciencia y disminución o afectación de su voluntad.

- 3) Tiempo causal, con una duración haya sido breve
- 4) Hechos, que la intensidad del trastorno mental sea origen de una anulación completa del libre albedrío e inconsciencia, no bastando la mera ofuscación.
- 5) Restablecimiento

Pero en la emoción violenta según Velázquez, ⁽⁴⁴⁾ debe existir circunstancias que atenúen su culpabilidad: a) motivos éticos. b) causa provocadora. c) causa eficiente. d) El tiempo como Condición Causal. e) Factor sorpresa. f) El medio. g) Los hechos causantes.

Anteriormente se exigía una base patológica, que no hay necesidad, aunque si es de aceptar una personalidad con mecanismos psicológicos de defensa débiles, “sin los cuales” no se comprende una reacción de caráctereres psicopatológicos de tanta entidad como para hablar de un trastorno mental transitorio.”⁽⁴⁵⁾

“Esta violencia emocional obnubila u oscurece la conciencia, originando un verdadero estado crepuscular psíquico. La atención se torna difusa las imágenes no se fijan, por lo que la memoria evocativa es incompleta. No todo se olvida; existen siempre “islotes mnésicos” e “islotes amnésicos” respecto de detalles trascendentes o intrascendentes vinculados con el hecho clave” ⁽⁴⁶⁾

La “Rabia no es sinónimo de emoción violenta”. ⁽⁴⁷⁾ “Por si misma la ira es neutra de valor por lo cual debe someterse a un juicio estimativo de la excusabilidad de las circunstancias que provocaron su aparición –indignación justo dolor- de no mediar este requisito podría beneficiarse del privilegio de la figura a los hombres coléricos, iracundos, intemperantes, violentos o mal educados” ⁽⁴⁸⁾ No puede ser atribuida la emoción violenta a una persona que habitualmente tiene mal genio.

⁴⁴ .- Julio Alfonso Mauricio Velázquez Villegas, Valoración del Homicidio en Estado de Emoción violenta En: <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/V/Velazquez%20Julio-Homicidio.htm>

⁴⁵ .- Santiago Delgado Bueno y cols., *Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. Colex, Madrid 1994. Vol. I, p.757

⁴⁶ .- Bonett, “*Medicina Legal*”, segunda edición, pag 1475

⁴⁷ .- Vicente P. Cabello, *Psiquiatría Forense en el Derecho penal, T II-B*”, Ed. Hamurabi, Bs.As, 1982, p. 102- 103

⁴⁸ .- Sala II, sentencia del 11/06/2002 en causa 4340: Avalos, Carlos Maria s/Recurso de Casación (registro 334/2002). Bs.As.

El penalista Carlos Fontán Palestra dice: ⁽⁴⁹⁾ La emoción no es una cualidad de los sentimientos, como se dice frecuentemente, sino una transformación de la personalidad a consecuencia de un estímulo que incide en los sentimientos, la calidad de estos últimos podrá ser la emoción, pero ellos no son la emoción misma, la emoción es precisamente, un estado subjetivo más o menos duradero y distinto de los sentimientos que le han constituido. Lo que interesa al jurista para distinguir el estado emocional es que el sujeto haya actuado sin el completo dominio de su conciencia, como el resultado de un estado psicológico en el cual sus frenos inhibitorios están paralizados por obrar de un estímulo provocador.

La alevosía es incompatible con la emoción violenta;⁽⁵⁰⁾ el homicidio conexo, el envenenamiento, también lo son. En consecuencia, no es posible aceptar una emoción violenta en el caso de un parricidio que ha sido cometido con veneno y el hecho puede ser calificado de envenenamiento. El empleo material del tóxico, no es posible aceptar en la escala atenuada.

La emoción violenta en la esfera del delito penal, se produce tras un estímulo, con respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que producen alteración súbita y vehemente del ánimo, impacto en la conciencia por lo súbito del hecho, conmoción ante la sorpresa y falta de recursos adaptativos, produciendo una eclosión incontenible, *una emoción intensa anormal* ⁽⁵¹⁾ que excede el poder de autocontrol del sujeto, frente a las incitaciones a la acción homicida. El sistema interactivo cognitivo cortical y adquirido <cognición emocional-

⁴⁹ .- Fontán Balestra, Carlos. *Manual del Derecho Penal, Parte Especial*, Arayu, Argentina 1955.

⁵⁰.- Fernando Villamar Lucía, (2007) *Derecho Penal Boliviano*, (2ª Ed) Parte especial t.II La Paz: Ed. Cards. p. 185: "El art. 254 del Código Penal, extiende la atenuación para el caso de existir móviles honorables; otras legislaciones prefieren el término de éticas. Su apreciación requiere, también de un prudente arbitrio judicial; compleja labor de juzgar, problemática tarea la que se considera como de las más difíciles y angustiosas del ser humano. No habrá homicidio por emoción violenta, por, ejemplo, del uxoricida que ha buscado calculada y voluntariamente sorprender a su esposa en algún acto de infidelidad para darle muerte permaneciendo al acecho, armado de un revolver, pues esas circunstancias quitan espontaneidad al acto y desvirtúan el pretendido arrebató pasional. Por el contrario, comete homicidio por emoción violenta, el padre que sorprende a la hija en acceso carnal y mata al amante furtivo. "

⁵¹ .- Prof. Dr. Héctor Puppo Touriz

social> ha sido sobrepasado y hay un predominio de lo innato, de lo biológico de lo primitivo. Se produce entre dos periodos de tiempo bien delimitados, un inicio y una finalización, al cabo del cual el sujeto esta completamente restablecido. Y dentro de la definición, se incluye que no se la hubiera provocado o procurado, dolosa o culposamente Y deben ser acontecimientos contemporáneos al delito que se ejecuta. Y si el ilícito penal se realiza bajo los efectos de los hechos descritos, se puede considerar una calificativa atenuante, por la alteración de las facultades del imputado.

6.- EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

Cuando en Bolivia y en los países de la región, se habla de homicidio por emoción violenta, en otras legislaciones, concretamente en España, esta descrito como Trastorno mental transitorio.

“La eximente primera del artículo octavo del código Penal español se refiere a la enfermedad mental, distinguiendo en ella dos posibilidades: la enajenación y el trastorno mental transitorio.”⁽⁵²⁾ Algo que probablemente, sea una solución para nuestra legislación

Por una parte es exógeno, la enajenación (psicosis) es de origen endógeno y es perdurable, en cambio este trastorno es transitorio.

En este caso hablamos de una atenuante analógica, es decir que solo por un corto periodo de tiempo la persona esta como si estuviera fuera de juicio, enajenada. La causa es un factor externo que cuando desaparece, desaparece también el cuadro. En cambio en la enajenación mental, la causa es interna, es endógena y no desaparece.

Por tanto hablamos de que se trata de una atenuación privilegiada, que se manifiesta en una disminución de las facultades intelectivas o volitivas, con una indudable limitación para comprender la ilicitud del acto. Justamente por eso, en legislaciones extranjeras, se la denomina también, trastorno mental Transitorio. (TMT)

⁵² .- Santiago Delgado Bueno y cols., *Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. Colex, Madrid 1994. Vol. I, p.749

Y tomando en cuenta la jurisprudencia que emana del Tribunal Supremo Español: para que una perturbación mental pueda ser considerada Trastorno Mental Transitorio debe reunir los siguientes requisitos:

- Que haya sido desencadenada por una causa inmediata y fácilmente evidenciable
- Que su aparición haya sido brusca o al menos rápida
- Que su duración haya sido breve
- Que cure de forma igualmente rápida, por una curación completa, sin secuelas y sin probabilidad de repetición
- Que la intensidad del trastorno mental sea origen de una anulación completa del libre albedrío e inconsciencia, no bastando la mera ofuscación.

Según la legislación española, no hay pena sin culpabilidad, (art. 13 del C.P. español), la culpabilidad y no el resultado, es el límite de la pena. Pero además dice: Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión. (art. 117 C.P. español)

Pone de manifiesto Muñoz Conde ⁽⁵³⁾ que en la doctrina penal española enajenación y trastorno mental transitorio han sido concebidos hasta ahora como dos estados idénticos, psicológicamente hablando, que se distinguen por su duración. El trastorno mental transitorio es considerado como una reacción del sujeto a una causa externa y, en definitiva, constituye una reacción vivencial anómala. Dentro de él podrían encuadrarse situaciones como la depresión reactiva, la reacción explosiva y en corto-circuito, la reacción histérica y las llamadas reacciones exógenas de Bonhoeff.

En general, como objetividad de una conducta proveniente de la víctima, debe mediar un hecho de significación material que exprese una voluntad injuriosa u ofensiva, realizado sin derecho, por la futura víctima; debe tratarse de una ofensa ilegítima, un hecho provocador ilegítimo. Cuáles son, en general provocaciones por ofensa o injurias graves? Sorpresa de ilegítimo concubito.

Cuáles son las exigencias de ese hecho provocador por parte de la víctima?

- 1) Debe ser sin derecho.

⁵³ .- Francisco Muñoz Conde: Derecho Penal, Parte General. Edit Tirant lo Blanch. 2a ed. Valencia p. 387.

- 2) El hecho provocador debe tener suficiente entidad y debe ser un ataque a la honra.

Dicho ataque puede ser, dirigido intencionalmente por la víctima, o no, pero debe ser eficaz; es decir, con entidad suficiente que afecte al ofendido. Y es suficiente como provocador, cuando por la circunstancia, ese hecho podría ser clasificado entre las causas que pueden generar una emoción violenta, pero que en el caso concreto falta el estado psíquico para que el sujeto se emocione.

Pero el hecho provocador, puede ser simplemente un gesto, que tiene connotaciones a veces mucho más significativas que una palabra. En la comunicación humana existen dos aspectos, uno referencial y otro conativo. Por una parte se proporcionan datos, el referencial y por otra se indica, en el conativo, como se deben entender dichos datos. Por tanto hay un aspecto de contenido, del mensaje y por otro el aspecto relacional, que clasifica al contenido, por tanto se puede hablar de una meta comunicación. Luhmann, decía que la operación social predominante es la comunicación. Para él, la sociedad, básicamente es comunicación. Un sistema es la forma de una distinción (the form of a distinction) que controla (possesses) por lo tanto dos lados: el sistema (como el interior de la forma) y el ambiente (como el exterior de la forma). Sólo los dos lados constituyen el concepto de la comunicación. ⁽⁵⁴⁾

Watzlawick, cuando habla de los axiomas exploratorios de la comunicación, indica que en la comunicación hay dos formas: una digital y otra analógica ⁽⁵⁵⁾. Un lenguaje digital, similar al del las computadoras, los datos, como los números son procesados bajo la forma de números, estos números son nombres codificados arbitrariamente ya que no tienen relación o muy poca con las magnitudes, por ejemplo, en el numero de teléfono. En la comunicación humana se puede decir que usamos ese **lenguaje digital**, cuando nos referimos a objetos, que pueden ser representados por imágenes o por nombres. “Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje.” Bateson y Jackson ⁽⁵⁶⁾, decían: “No hay nada parecido a <cinco> ni nada particularmente <similar a mesa> en la palabra <mesa>.” Pero todos sabemos el significado de la mesa o del numero cinco. En otras palabras hablamos del lenguaje que habitualmente usamos.

⁵⁴. Luhmann, N.: The Concept of Society. Thesis Eleven, núm. 31.1992:69

⁵⁵. Paul Watzlawick, J. Beaviv y D.D. Jackson. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patología y paradojas. (12ª ed.) Ed. Herder Barcelona 2002:49-71

⁵⁶. Bateson, Gregory, y Jackson, Don D., «Soma Varieties of Pathogenic Organization». En David McK. Rioch, ed., *Disorders of Communication*, Volumen 42, Research Publications, Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1964, pp. 270-83

Pero en ocasiones, ese lenguaje no es lo mas asertivo con la significación de las palabras, entonces acudimos al lenguaje no verbal. ⁽⁵⁷⁾

Para dar un ejemplo del lenguaje analógico, Watzlawick, “cuando abro la heladera y el gato se acerca, se frota contra mis piernas y maúlla, ello no significa: «Quiero leche», como la expresaría un ser humano sino que invoca una relación específica: «Sé mi madre», porque tal conducta sólo se observa con los gatitos en relación con gatos adultos y nunca entre dos animales maduros. Del mismo modo, quienes aman a los animales domésticos a menudo están convencidos de que aquéllos «comprenden» lo que se les dice. ⁽⁵⁸⁾ Evidentemente, lo que el animal sí entiende no es por cierto el significado de las palabras, sino el caudal de comunicación analógica que acompaña al habla. De hecho, puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales comprobamos que el lenguaje digital carece casi por completo de significado. Esto ocurre no sólo entre los animales, y entre el hombre y los animales, sino en muchas otras situaciones de la vida humana, por ejemplo, el galanteo, el amor, los actos de salvataje, el combate, y, desde luego, todo trato con niños muy pequeños o enfermos mentales muy perturbados. A los niños, los tontos, y los animales se les ha atribuido siempre una intuición particular con respecto a la sinceridad o insinceridad de las actitudes humanas, pues resulta muy fácil proclamar algo verbalmente pero muy difícil llevar una mentira al campo de lo analógico. Un gesto o una expresión facial puede revelar más que cien palabras.” ⁽⁵⁹⁾

También, Watzlawick, indica que siguiendo a Sigmund Freud, estos dos lenguajes tienen una similitud entre el modo analógico y digital de comunicación y los conceptos psicoanalíticos *de proceso primario y secundario*, respectivamente. Si se la lleva del marco intrapsíquico al marco interpersonal de referencia, la descripción que Freud hace del Ello se convierte virtualmente en una definición de la comunicación analógica.

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, el lenguaje digital (contenido) esta basado en una sintaxis compleja, pero carece de una semántica adecuada en el campo de las relaciones. El lenguaje analógico (relación) posee una mayor semántica, pero sin el lenguaje digital, es decir sin una sintaxis adecuada no existiría una definición inequívoca en la comunicación.

Pero para el caso que tratamos, dentro del lenguaje analógico, lenguaje no verbal, un gesto, como decíamos al principio, puede tener una enorme

⁵⁷. Paul Watzlawick, J. Beavib y D.D. Jackson. Teoría de la .. ob. cit. 2002:66-67

⁵⁸. Paul Watzlawick, J. Beavib y D.D. Jackson. Teoría de la .. ob. cit. 2002:64

⁵⁹. Paul Watzlawick, J. Beavib y D.D. Jackson. Teoría de la .. ob. cit. 2002:64

significación. Señalarle el dedo del centro en posición vertical, a una persona, además de la significación obscena; puede tener las significaciones que se le quiera poner y puede ser una gesto que desencadene un trastorno mental transitorio.

Tal es el caso de un padre, que asiste al juicio del victimador de su hijo y mientras duraba el juicio, el victimador efectúa muchos gestos significativos, como señalarle el dedo del centro en posición vertical, decirle que su hijo no valía nada y que por eso murió, etc. etc. Cuando se dicta la sentencia, se le concede la libertad. La situación anterior, que a los largo de varios días fue generando un rabia contenida, un dolor moral, un angustia, sumadas al resultado de la sentencia, generan una grave perturbación emocional, de manera tal; que un buen día cuando tiene enfrente al sujeto, este, de nuevo hace un gesto de señalarle el dedo del centro en posición vertical. El padre de la victima, toma un revolver y le dispara todos los proyectiles, matando al victimador de su hijo. Lo que provoca un una perturbación grave de la conciencia.

Aplicable en todo, lo que se ha estado hablando de un trastorno mental transitorio, similar a lo que se indica de una emoción violenta. Evidentemente, entre los requisitos de una emoción violenta se requiere que el trastorno, sea continuo y que no haya ni un segundo de análisis cognitivo, caso este del hecho de pensar en el revolver y en su búsqueda.

También, es discutible, el portar el arma de fuego, circunstancia que podría ser señalada como premeditada, pero su porte era habitual, por ser militar.

Existe una situación de perturbación emocional, ya que existe el estado psíquico anterior, de recuerdos, emociones pasadas, angustia, miedo, rabia, de otros días anteriores. Base para que un solo gesto pueda desencadenar el trastorno mental transitorio, produciendo una eclosión de emociones, desencadenadas, por el gesto. Ya que no solo es el gesto en sí, es el desencadenante de todas las emociones, represiones e ira acumulada, de los varios días de insultos y provocaciones que estuvo soportando. Es el significante del lenguaje analógico.

En nuestra legislación es aplicable en orden a que en el artículo 17 de nuestro código penal, se indica: "Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia. no pueda comprender la antijuridicidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión." Ya que en este caso se puede aplicar el hecho de una grave perturbación de la conciencia.

CAPITULO 15

EL INFORME PERICIAL

El informe pericial puede ser realizado por cualquier profesional, llamado a prestar una pericia: forense, medico, psicólogo, psiquiatra, peritos en criminalística, auditores forenses, ingenieros, etc.

Podemos distinguir dos tipos de informe pericial:

Por el origen:

- a) A petición de una de las partes.
- b) A instancias del propio Juez
- c) Por el desempeño profesional en institución pública

Por la jurisdicción:

Los ámbitos dentro del peritaje psiquiátrico abarcan los siguientes marcos legislativos:

- a) Civil (incapacitación, internamiento, divorcio, testamentaría, adopción, etc.)
- b) Penal (responsabilidad criminal, internamiento, sumisión a tratamiento, denuncias, etc.)
- c) Social (pensiones, subsidios, incapacidad laboral, etc.)
- d) Militar (exclusión de servicio militar, responsabilidad militar, indemnizaciones, etc.)
- e) Administrativo (incapacidad, despidos, etc.)
- f) Canónico (nulidad matrimonial)

En el ámbito penal se debe seguir un determinado procedimiento. Toma de posesion del cargo de perito por parte del Juzgado. El informe se debe realizar en orden a los puntos de pericia solicitados. Una vez elaborado, se presentara al juzgado que lo requirió, pudiendo ese dia pedirsele una ampliación o aclaracion de dicho informe. Finalmente debera defendwer su informe pericial en el juicio oral, cuando se desarrolle.

En el caso de la psiquiatria o psicología, la misión del forense no termina con la elaboraci3n de un diagnóstico, sino que el Tribunal requiere del perito una

interpretación y sobre todo la valoración de cómo esa enfermedad mental ha podido influir en la comisión del delito y, si se ha producido una alteración en la capacidad de conocer el carácter delictivo de ese hecho. Es decir, no solo se trata de valorar la normalidad o anormalidad psíquica del sujeto, sino además el grado de esa anormalidad y hasta dónde ha tenido que ver con la comisión del delito, ya que de esta valoración depende el grado de responsabilidad criminal, de manera que en ocasiones la pena se transforme en un internamiento en un Centro Psiquiátrico Penitenciario.

Se debe separar el término testigo experto del término perito experto. Son trabajos muy distintos.

1.- CONCEPTO DE TESTIGO EXPERTO

Entre los testigos que se presenta en la búsqueda por esclarecer lo ocurrido, puede estar el Testigo experto, que debido a su experiencia técnica en el campo respecto al cual testimonia, le es permitido expresar "opiniones" (1) En esta parte difiero de muchos manuales de Psiquiatría, que quizá hayan creado esa confusión por la traducción o por la forma en que se instruye a nivel judicial. El testigo no puede emitir opiniones.

Cuando un Medico, psiquiatra o Psicólogo esta citado como TESTIGO, se nos pide ser como cualquier otro testigo, que informa de lo que sabe por conocer a la persona, y de sus datos acerca de ella, pero nunca en ese caso debe exponer una opinión Esto significa que, además de aportar información en torno al sujeto en cuestión, por ejemplo; diagnostico, información histórica obtenida de su historia clínica y de las entrevistas a sus familiares, datos conseguidos a partir de diversas fuentes documentales e información sobre la transferencia y la contra transferencia (Si hay consentimiento del paciente), no puede dar mas datos, no puede inferir respuestas ni dar conclusiones. Puede decir "Ericka" esta mentalmente enferma. Cuando yo la vi, presentaba un delirio de persecución. Causado por sus traumas en al adolescencia.

Pero no debería contestar preguntas ocasionadas como consecuencia del hecho a juzgar. Por ejemplo, el abogado dice: Mi cliente estaba presente en un accidente automovilístico y a partir de entonces, padece trastornos emocionales. Tiene relación sus trastornos con el accidente de tráfico?. Ya que ello implica una

1. Freedman A.M., Kaplan H. y Sadock B. Tratado de psiquiatría. Salvat Editores. T. II Barcelona 1982: 2692 Paul Watzlawick, J. Beavib y D.D

respuesta de valoración, de una peritación. Y si esta como testigo, es testigo únicamente de las actuaciones anteriores; de las que le consta a través de su trabajo con el cliente.

El hecho de que el psiquiatra o psicólogo, acuda a un Juzgado como testigo es porque el abogado particular o de oficio, pide al tribunal que se lo cite como testigo. No se le ha pedido un informe expreso para ello, se supone que no conoce los hechos, aunque se pueda considerar de utilidad el testimonio del experto en el marco del problema. Demasiado a menudo, los abogados no informan al profesional de la exacta naturaleza de las preguntas que se formulan o bien el profesional cree que tiene obligación de hacer valoraciones sobre el caso. Que un buen Juez las desestima, no esta obligado, ya que acude como testigo, eso quiere decir que se limita a decir lo que ha oído y visto, sin emitir su propia opinión. Ya que no va como perito, sino como testigo.

Más aún si esta citado como testigo, no debiera reunirse con ninguna de las partes, es un testigo citado por el Juzgado a petición de una de las partes, pero como Testigo imparcial.

Cuando se habla del TESTIGO EXPERTO, en muchos casos, es cuando se cita a un perito, fuera de los plazos legales para nombrar un perito ó bien cuando no se ha aceptado una nueva pericia. Si fuera el caso real, de que se precisa a un Testigo Experto que puede ser útil como testigo en un determinado momento, para que dé su opinión acerca de un determinado tema psicológico o psiquiátrico, sin que conozca en su totalidad el caso, estamos hablando de un verdadero Testigo experto.

En ese caso, durante las reuniones previas al juicio, el psiquiatra ayudará al abogado a que pueda oponerse con éxito al testimonio del experto de la parte contraria, de acuerdo con los mecanismos ya estudiados con anterioridad. Y dará su opinión de acuerdo a sus conocimientos dentro del marco de la legalidad y la verdad cooperando en la demostración de las líneas de la defensa del abogado contratante.

Cuando un experto en psiquiatría o psicología testifica, debe presentar su información en tres partes claramente distinguibles. Primero, presentará y discutirá las teorías psicológicas en relación con el problema legal de que se trate. En segundo lugar, describió los datos de que dispone. En tercer lugar, el diagnóstico y las inferencias legales en relación a los hechos juzgados. Puede preparar su testimonio de manera tal que permita al abogado presionar para obtener una respuesta similar en el testigo experto oponente. Pero no emite opinión o dictamen sobre el caso.

2.- ELABORACIÓN DEL INFORME PSIQUIÁTRICO ⁽²⁾

2.1.- La Entrevista

La entrevista es la base fundamental, para llegar a la comprensión de los hechos y el conocimiento de la persona que precisa nuestra intervención. La función principal del entrevistador es escuchar y comprender al informado, debemos tomar en cuenta que vamos a utilizar como principal «prueba» la entrevista medica, psicológica o psiquiátrica. Para mas detalle, ver el capitulo de entrevista.

3.- CARACTERISTICAS DEL INFORME

El informe pericial contiene la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y por lo tanto es el instrumento de comunicación entre la Psiquiatría y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito psiquiatra, por lo que deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible a los sistemas jurídicos, la información psicológica operativa para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

La jurisprudencia reitera una y otra vez que los informes periciales no son vinculantes, sin embargo su peso en las decisiones jurídicas es indudable.

A continuación se expone un modelo de informe de carácter general, el más utilizado por nosotros en la práctica forense, aunque algunos asuntos o ámbitos concretos requieren informes específicos.

4.- MODELO DE INFORME PERICIAL PSIQUIÁTRICO (Núñez de Arco 2001)

4.1.- PARTE INICIAL

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifica los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional. Contiene así mismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente a nivel administrativo o bien de los datos de archivo del Juzgado. Citando en ese caso textualmente lo se solicita de nuestra pericia.

Finalmente aparece el nombre de la persona objeto del peritaje psiquiátrico.

². Basado en: J. Núñez de Arco. El informe pericial en psiquiatría forense. Ed. Mava. La Paz 2001

D. JORGE NÚÑEZ DE ARCO, Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría, Profesor de la Facultad de Psicología, Ex-Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario Y D. LUIS FERNANDO PÉREZ TORRES, Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, INFORMAN A LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE SEVILLA, Sección Primera, Nº de rollo 3166/96, Idem. causa S0 2/96, del Juzgado de Coria 2, en relación a la solicitud de informe pericial acerca de “la salud mental actual y si en el momento de los hechos estaba en el uso de su capacidad mental” de:

Nombre completo del informado.

4.2.- PARTE EXPOSITIVA

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

No es necesario poner fechas de las exploraciones, pero si dar un número aproximado de las visitas.

4.2.1.- ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

* Aspectos biográficos:

Se incluirían aquí por un lado datos de tipo evolutivo gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.

Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.

Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.

Historia laboral del informado, cambios de empleo si los ha habido, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.

Relaciones amistosas y afectivas.

Historia familiar del informado, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos. etc

4.2.2.- Patobiografía.

Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.

Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa., etc.

Se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y a continuación se extrae de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

4.2.3.- Antecedentes familiares

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos en la familia, fundamentalmente en lo que se refiere a enfermedades psíquicas.

Dependiendo del caso a tratar se incluirá mas o menos datos. En ocasiones es muy importante dar datos de antecedentes psiquiátricos, como puede ser el caso de una Esquizofrenia.

4.2.4.- Psicopatología actual

En primer lugar se hará referencia a una visión general del aspecto del sujeto, cómo se presenta a la entrevista, vestimenta, aseo, constitución, etc.

Comportamiento durante la exploración si se muestra colaborador, defensivo, agresivo, etc.

A continuación se hace referencia a la psicopatología que el informado presenta en el momento de la exploración, en las siguientes áreas: *Nivel de conciencia*: la lucidez de conciencia es un dato de capital importancia para que posteriormente se pueda opinar sobre la imputabilidad del paciente.

La exploración del nivel de conciencia valora dos momentos distintos: el nivel de conciencia en el mismo momento en que se realiza la exploración y el posible

nivel de conciencia en el momento que ocurrieron los hechos delictivos; en este ultimo caso la observación no sería directa sino que se haría en base al relato del paciente y de los posibles testigos.

Orientación espacial y temporal en el momento de la exploración, y en este caso igualmente se pueden sacar conclusiones del nivel de orientación espacial y temporal en el momento de los hechos por las características del relato del informado y de los testigos

Afectividad. Habrá que valorar la existencia de patologías en este área, tristeza, indiferencia, pérdida de ilusión vital, ideas de suicidio, síntomas de ansiedad somática, sintoma de ansiedad psíquica. Habrá que valorar además la existencia de psicopatología que permita llevar al diagnóstico de un posible síndrome depresivo: insomnio, anorexia, trastornos en la sexualidad, etc.

Curso del Pensamiento Existencia de pensamiento disgregado, prolijo, ideofugitivo, inhibido, bloqueos...Muy relacionado con el nivel de conciencia, memoria, inteligencia, etc., su alteración, en ausencia de afectación de estas funciones, indica una posible afectación de carácter psicótico.

Contenido del Pensamiento. Ideas delirante, ideación paranoide...

Percepción. Presencia de alucinaciones, ilusiones...

Lenguaje. (forma y contenido). Tenso, suspicaz, verborreico, enlentecido, con disartria o disfemia (tartamudez)

Inteligencia. A través de las entrevistas clínicas se puede estimar un nivel de inteligencia general, aunque lo correcto es utilizar pruebas psicométricas adecuadas que permitan calcular el nivel intelectual y el índice de deterioro cognitivo que puede presentar el sujeto.

Memoria. De la entrevista se pueden obtener datos acerca de la memoria a corto y a largo plazo, así como de la existencia de dificultades para concentrarse y problemas para mantener la atención en una actividad selectiva.

4.2.5.- Fundamentos psicobiologicos

En el que incluyen los fundamentos médicos, biológicos o de otro tipo de información, que vamos a utilizar en las reflexiones. Se pretende ilustrar al tribunal

sobre algo que nos servirá para documentar nuestra reflexión medica o reflexión medico legal. Es decir aportar información necesaria para que nuestras afirmaciones tengan validez científica en las conclusiones.

4.2.6.- ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

Habitualmente se exploran dos áreas: Personalidad e Inteligencia. Los tests psicológicos mas frecuentemente utilizados por nosotros son:

4.2.6.1.- Personalidad

Generalmente se usa, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), que fue ideado por Hathaway y McKinley en la Universidad de Minnesota con objeto de contribuir al diagnóstico diferencial de las enfermedades mentales, aunque luego se observó su interés en el estudio de los rasgos de personalidad.

Esta compuesto por 550 frases que el sujeto debe clasificar como verdaderas o falsas, referidas a sí mismo. El análisis de las respuestas conduce a un perfil de puntuaciones sobre las diez escalas principales que poseen nombres clínicos y que deben interpretarse psicológicamente. hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía e introversión social.

Existen además cuatro escalas de validez: No sabe (?), Mentira (L), Fiabilidad (F) y Distorsión (K).

Por último, están las escalas secundarias, Fuerza del Yo, Dependencia, Dominancia, Responsabilidad y Control.

Varios autores han desarrollado numerosas escalas que figuran en manuales especializados: escalas de ansiedad, prejuicio, hostilidad, inadaptación social.

4.2.6.1.1.- Uso en los casos delictivos

Se ha discutido mucho sobre el uso del MMPI en las salas de los Tribunales, en especial en EEUU. Evidentemente si se acepta su uso, a menudo puede hacer variar de forma importante y además decisiva un caso delictivo.

Sin embargo el uso del MMPI, puede ser de gran ayuda, ya que puede sostener una defensa de un imputado, de manera que pueda demostrarse una enfermedad y consiguientemente una atenuante o un grado de imputabilidad.

El MMPI puede dar una base fiable una variedad de opiniones especialistas en la litigación delictiva.

Por otra parte ya se usa cada vez mas los perfiles del MMPI, en casos judiciales en los que, para mostrar que es improbable que él o ella cometieran el crimen porque no presentan un perfil asesino.

Por ejemplo en Indiana la corte de apelación en el Estado de Byrd, 579 N.E.2d 457 (Ind.App. 1 Dist. 1991), permitió a la introducción de resultados de MMPI mostrando que el perfil psicológico del demandado delictivo era «a sabiendas» incoherente con el requisito mental de una persona capaz de asesinar.

El testimonio psicológico puede proporcionar el testimonio pertinente para ayudar al juez o a un jurado a decidir si el demandado tenía un estado mental normal en el momento de los hechos. O bien las características de la personalidad en el momento del suceso.

Por otra parte es uno de los pocos cuestionarios que a parte de tener una escala de fiabilidad, es susceptible de repetirse por la parte contraria y encontrar los mismos perfiles. Lo que lo hace mas objetivo y por tanto aumenta su credibilidad.

4.2.6.1.2.- Test de Rorschach

Esta técnica fue publicada en 1912 y sigue siendo la que más se emplea en el momento actual.

El material del test consta de 10 láminas numeradas que presentan unas manchas de tinta simétrica, de las que la II y la III están en gris y rojo, las VIII, IX y X en varios colores y el resto en gris de diferentes tonalidades.

Se le pregunta al sujeto) qué es esto? En cada una de las laminas, anotando el tiempo de reacción, todas las respuestas del sujeto, los comentarios, gestos etc.

Una vez recogido el protocolo de respuestas su análisis pasa por tres fases:

a) Notación, consiste en analizar la respuesta desde al menos cuatro aspectos: Localización, Determinantes, Contenido y Popularidad.

De esta manera la respuesta queda reducida a un conjunto de cuatro siglas que resumen las características y que varían de un sistema de notación a otro, aunque en el momento actual se impone el denominado sistema comprensivo de Exner.

b) Cómputo. En esta fase se obtiene el psicograma o síntesis cuantitativa de los resultados.

c) Valoración. La fase de valoración, por último exige descubrir los signos que definen el nivel intelectual del sujeto, su estado afectivo, los rasgos de su personalidad, sus complejos y fantasías inconscientes y los indicadores de algún síndrome psicopatológico: demencia, esquizofrenia, manía, depresión, neurosis, síndromes orgánicos, etc.

4.2.6.2.- Inteligencia

4.2.6.2.1- Escala de inteligencia de wechsler para adultos WAIS

La Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (W.A.I.S.) y su versión para niños (WICH) es el más utilizado del mundo como instrumento de medida de la inteligencia. En realidad se trata de una batería de tests, es decir, están formados por varias pruebas de diferente tipo.

Están inspirados en los que utilizaron Binet y Simon revisadas posteriormente por Terman y Merrill en la Universidad de Stanford.

La forma WAIS (adultos) consta de 11 subtets divididos en:

- Subtests verbales: Información, comprensión, aritmética, semejanzas, memoria de dígitos y vocabulario.

- Subtests manipulativos: clave de números, figuras incompletas, cubos de Kohs, historietas y rompecabezas.

La aplicación de esta prueba nos permite obtener:

- Un CI verbal, derivado de la suma de todos los subtests verbales.
- Un CI manipulativo, obtenido de la suma de los subtets manipulativos.
- Un CI Total , resultante de la valoración de toda la prueba.
- Un Índice de Deterioro Intelectual.

4.2.6.2.- Escala de Alexander

Esta escala aprecia la inteligencia práctica, facilidad de adaptación a distintos ambientes y situaciones y la aptitud para llevar a la prácticas las enseñanzas teóricas. Está compuesta por tres pruebas, dos de ellas ya clásicas: Cubos de Kohs y Construcción de Cubos; y otra, Passalong, original. Está considerada por diferentes autores como una de las mejores escalas de ejecución y ha sido aplicada con mucho éxito tanto en España como en el extranjero.

La prueba de Passalong puede ser aplicada aisladamente como una estimación de la inteligencia práctica. Según Cattell, esta es una de las mejores de ejecución pues no implica destreza manual, no está afectada por experiencias anteriores y tiene, además, una alta correlación con los tests de inteligencia.

4.2.6.3.- Otras escalas

- ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD
- ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN
- MINI-MENTAL STATE TEST

Consiste en una breve escala para valoración de las funciones cognitivas que ha demostrado su utilidad en la detección precoz de las alteraciones en dichas funciones y que muestra buena correlación con instrumentos de inteligencia psicométricos (WAIS).

Valora las funciones de orientación temporo-espacial, memoria inmediata y reciente, atención, cálculo, capacidades viso-constructivas y algunos aspectos del lenguaje.

La puntuación máxima en esta escala es de 30 puntos, considerándose puntuaciones por debajo de 24 como indicativas de deterioro intelectual grave y entre 24 y 28 de deterioro leve. En pacientes de más de 65 años de 20 a 24 puntos orienta hacia un deterioro leve y de 16 a 20 puntos de deterioro grave. Esta escala ha sido validada en lengua castellana (Lobo y cols. 1989)

4.3.- PARTE REFLEXIVA

4.3.1.- Consideraciones clínicas

En este apartado se realiza una integración de todos los datos obtenidos anteriormente, entrevistas realizadas al sujeto, a los familiares, testigos, etc.

resultados de los estudios psicológicos prácticos y resultados de otras pruebas médicas complementarias que se haya considerado oportuno practicar.

En base a ello se establece una conclusión en forma de diagnóstico que debe ajustarse a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10.

La DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases), actualmente se encuentra en su cuarta edición. Igualmente exacta es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10. Entre ambas clasificaciones existen importantes analogías siendo casi equiparable el uso de una u otra.

La ventaja de utilizar estas clasificaciones es obvia ya que obliga a objetivar el diagnóstico y permite un entendimiento entre los distintos especialistas.

Se debe indicar si dicha enfermedad o trastorno es de tipo endógeno, o bien es reactivo a alguna situación vivencial del sujeto; además es conveniente establecer el curso de dicho trastorno y el pronóstico del mismo.

El diagnóstico sería la piedra angular de la pericia, aunque no es el objetivo primordial de la misma, que es, como es bien sabido, la evaluación de la conducta.

4.3.2.- Consideraciones médico-legales

Se incluiría aquí todo el resultado de la pericia llevada a cabo, y fundamentalmente respondiendo a lo preguntado por la autoridad o parte que solicitó el informe.

Es en este apartado donde tendremos que establecer las relaciones de sentido entre la conducta y la enfermedad.

En este apartado es necesario establecer si el trastorno o enfermedad anteriormente diagnosticado (si lo hubiere) o si la situación vivencial en el momento de los hechos produjo una disminución, anulación y discreto descenso de su capacidad de querer, entender y obrar y si hubo una disminución del nivel de conciencia de la realidad en esos momentos.

En general, se recomienda que el perito no maneje términos como imputabilidad, semiimputabilidad, y otros términos legales, cuyo manejo debe reservarse para interpretación del jurista.

Se incluyen también en este apartado otras cuestiones en relación a la finalidad del informe: peligrosidad potencial, fiabilidad de las declaraciones, conveniencia de internamientos, de tratamientos, etc

4.4.- CONCLUSIONES ⁽³⁾

Las conclusiones deben recoger de forma clara y concisa todo lo argumentado a lo largo del informe. En general debe responder a una serie de cuestiones:

- Diagnóstico: ajustándose a las nosografías en uso (DSM-IV y CIE-10)
- Padece el informado una enfermedad Mental?
- En qué medida dicho enfermedad afecta a funciones psíquicas
- Si ha sido coincidente con los hechos
- Si esta vinculado a los hechos
- Otras cuestiones concretas que se pregunten (imputabilidad, capacidad de autocontrol, peligrosidad, necesidad de tratamiento o medidas de protección, etc.)

La redacción debe permitir sintetizar nuestra opinión profesional, de manera que se entienda no solo por los Jueces Técnicos sino por los Jueces populares o por un Jurado no técnico.

³. Tomado de J. Núñez de Arco. El informe pericial en psiquiatría forense. Ed. USFX. 2007: 94

CAPITULO 16

LA ENTREVISTA

La entrevista es la base fundamental, para llegar a la comprensión de los hechos y el conocimiento de la persona que precisa nuestra intervención. La función principal del entrevistador es escuchar y comprender al informado, se debe tomar en cuenta que la entrevista, sea médica, psicológica, psiquiátrica ó criminológica, en todos los casos va a ser usada como «prueba principal». En la medida en que se consiga un buen contacto, en el primer encuentro y en las sucesivas entrevistas, se conseguirá más información.

Existen varias formas de realizar la entrevista, por lo que se debe optar por una cierta sistematización, que vaya mejorando con la práctica y la experiencia, creo que es fundamental, además de escuchar, el estar pendiente de la transmisión de datos de la conducta, del lenguaje no verbal y realizar una observación de los movimientos, la vestimenta, los gestos del entrevistado, sus expresiones emocionales, así como sus reacciones ante determinados temas.

En una entrevista hay una confrontación de dos personalidades, de dos afectividades, por lo que el entrevistador debe conocerse a si mismo, saber qué emana, que trasluce y controlar lo negativo. Debe controlar sus variables personales, de manera que en la entrevista se maneje una sola variable en la emisión de comunicación del sujeto entrevistado, eliminando los obstáculos para que el sujeto emita la información necesaria. Este contacto directo entre dos personas es completamente insustituible si se quiere llegar a un estudio profundo de un sujeto y a la obtención de datos que no poseemos. Ciertamente, se presenta un nivel de tensión como consecuencia de la mutua observación que desencadena una ansiedad no reconocida por la experiencia de anteriores relaciones con otras personas, las llamadas transferencias o contratransferencias por los psicoanalistas. (en el entrevistador “ la contratransferencia puede surgir simplemente por la incapacidad del analistas para tratar de modo apropiado aquellos aspectos del comportamiento y comunicación del paciente, que inciden en sus propios problemas” Sandler y cols., 1973).

Por otra parte, una entrevista fluida, sin censura, libre, implica un nivel muy bajo de ansiedad. Si carece de ansiedad la entrevista no resulta útil, aclarando que no estamos hablando del problema básico por el cual lo estamos entrevistando.

Pero hay una gran diferencia entre lo que es una entrevista clínica, realizada por un médico o un psicólogo, en la que se imprime una cierta transferencia por la obligación terapéutica, de curar, sanar o ayudar, y la entrevista que realiza un criminólogo o médico forense. Estas últimas son diferentes, es una entrevista "neutral" en la medida en que puede serlo. Eliminando el componente transferencial de obligación de ayuda, aunque eso no evita las distorsiones de contratransferencia en el campo social, emanada de experiencias anteriores. Otto Allen Hill, en la introducción del libro *La entrevista Psiquiátrica* del clásico libro del psicoanalista: Harry Stack Sullivan, dice: "El Terapeuta jamás puede observar a su paciente obrando como si yo no estuviese aquí y él no me hubiese visto jamás, pues solo puedo verlo obrando en términos de su pasado e incluyéndome a mi también."

Una entrevista a mi entender es: una situación de comunicación oral entre dos o más personas, voluntariamente integrado, sobre unos roles definidos de entrevistador entrevistado, con el propósito de obtener datos sobre un hecho suscitado en los cuales supuestamente ha participado como autor o como testigo y sobre las características personales del sujeto entrevistado y sus mecanismos de relación. (Psicológicos o psicopatológicos)

1.- CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

Un entrevistador eficaz y eficiente no se hace de la noche a la mañana, para esto, es preciso un buen tiempo de experiencia, y como se dijo anteriormente, se puede considerar como un arte, el que en buena parte no es posible enseñarlo, pero sí podemos dar pautas necesarias de lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer, para conseguir una efectividad en la entrevista.

El entrevistador debe saber como obrar en base a su experiencia anterior y la impresión común del sujeto en la entrevista, saber que le afecta y que le ayudará a dar fluidez a la entrevista. También debe saber que impresión causa en las otras personas su imagen, para minimizarlas o usarlas a su favor. Nunca debe comunicar su disgusto o aversión sobre determinadas conductas o actos que son motivo de las entrevistas, eso haría que inconscientemente se prohíban determinados datos.

El entrevistador debe estar atento y alerta a todo cuanto se diga y no se diga en lenguaje verbal, no sólo para su informe, sino para aprender para futuras entrevistas.

ACTO	LO QUE REFLEJA
Comerse las uñas	Inseguridad o nervios
La cabeza descansando sobre las manos o mirar hacia el piso	Aburrimiento
Unir los tobillos	Aprensión
Manos agarradas hacia la espalda	Furia, ira, frustración y aprensión
Cruzar las piernas, balanceando ligeramente el pie	Aburrimiento
Brazos cruzados a la altura del pecho	Actitud a la defensiva
Caminar con las manos en los bolsillos o con los hombros encorvados	Abatimiento
Manos en las mejillas	Evaluación
Frotarse un ojo	Dudas
Tocarse ligeramente la nariz	Mentir, dudar o rechazar algo

El análisis de determinados actos sumados a una respuesta, nos permitirán saber de la credibilidad de la respuesta.

Las primeras impresiones son hipótesis que deben ser puestas a prueba en base a preguntas que corroboren su impresión o primera hipótesis. Todos sabemos como debemos comportarnos en una situación cultural determinada, como se debe obrar. Si el sujeto realiza un comportamiento que coincide con lo que él cree que debería haber hecho, es fácil que lo relate con exactitud. Pero si el sujeto ha actuado por debajo de las exigencias incumpliendo la norma, entonces no tiene una declaración simple. Por lo tanto hay que estar alerta en cuanto a las excusas del fracaso, de las exageraciones o extravagancias que cuente, bien aumentando su éxito o minimizando un fracaso, que de alguna manera encubre un proceso mental no aceptado para su comportamiento.

ACTO	LO QUE REFLEJA
Acariciarse la quijada	Toma de decisiones
Entrelazar los dedos	Autoridad
Dar un tirón al oído	Inseguridad
Mirar hacia abajo	No creer en lo que se escucha
Frotarse las manos	Impaciencia
Apretarse la nariz	Evaluación negativa
Golpear ligeramente los dedos	Impaciencia
Sentarse con las manos agarrando la cabeza por detrás	Seguridad en sí mismo y superioridad
Inclinar la cabeza	Interés
Palma de la mano abierta	Sinceridad, franqueza e inocencia
Caminar erguido	Confianza y seguridad en sí mismo
Pararse con las manos en las caderas	Buena disposición para hacer algo
Jugar con el cabello	Falta de confianza en sí mismo e inseguridad

La entrevista es un manejo de la ansiedad y el entrevistador, “Tiene que aprender a reconocer la ansiedad, que subyace en las operaciones de seguridad del entrevistado”. (Sullivan, 1971)

Toda entrevista supone para el entrevistado un descubrimiento de algunas sensaciones, emociones, pensamientos o vivencias íntimas que pueden ser dolorosas y que por lo tanto le creen una cierta tensión. Si el entrevistador, provoca demasiada tensión, demasiada ansiedad; puede ser que el sujeto no la tolere, y por lo tanto, la entrevista sea negativa o bien se rompa, provocando un aislamiento del entrevistado. Es preciso saber de un modo intuitivo, hasta que punto puede tolerar mayor o menor cantidad de tensión el entrevistado, ya que justamente en esos momentos solamente proporcionan datos importantes.

Pero justamente, esa misma ansiedad en el entrevistado, puede ser la explicación general de crear una impresión favorable de sí mismo ante el entrevistador. Y en ocasiones pueden ocasionar una terminación de la entrevista, por el miedo a sentirse incómodo, por el aumento de la ansiedad, aunque después de la entrevista continúen con ansiedad, pero han usado sus mecanismos psicológicos de defensa, con la esperanza dudosa, de no sentirse incómodos.

El éxito del entrevistador, esta en aprender a manejar ese momento de la situación ansiosa-entrevista, para que se torne menos difícil, y eficaz, aunque es verdad que nunca podremos conseguir que la ansiedad sea deseable para el entrevistado.

Por otra parte el entrevistador debe evitar mostrar su propia ansiedad, porque “toda emoción notable por parte del entrevistador es un lamentable incidente que puede considerarse equivalente a un problema psiquiátrico”, es decir trasluciría con esa su ansiedad el rechazo al relato del entrevistado por sus propios problemas personales. (Sullivan 1971).

Debe haber un respeto por el entrevistado, no estamos para comprender los problemas o la crítica a sus acciones, nuestro objetivo es conseguir un verdadero relato de los hechos de la forma más neutral. Existe una ley que dice: “pasado cierto limite, los beneficios no se producen proporcionalmente al empeño que se pone en lograrlos”, por ello debemos usar a lo largo de la entrevista los silencios o bien las transiciones. El uso de las transiciones es muy importante, no solo se pueden usar en los momentos en que se ha perdido el entrevistador sino como forma de hacer un cambio de tema.

La transición suave es cuando el entrevistador recoge las ultimas palabras y las convierte en el tema que le interesa, eso nos lleva al tópico de.... Ah si, bueno, pero también.... etc., y me pregunto si usted ha tenido alguna experiencia similar.... La transición suave, permite pasar de un tema a otro poco a poco.

La transición acentuada, en la que se puede hacer un comentario fuera del contexto de la entrevistas, como un comentario sobre el tiempo. Nos va a permitir ahorrar tiempo y aclarar los límites sobre el tema.

La transición abrupta, como su nombre lo indica, puede resultar descortés pero añade o quita ansiedad, permitiendo entrar en el tema preciso.

Los silencios son algo muy difícil de manejar, pero resultan ser muy eficaces, tanto o mas que las transiciones. “Otras veces el silencio puede ser de apoyo.” (Gradillas 1977) El problemas es que un largo período de silencio que podría ser beneficioso para nuestra entrevista, a veces es difícil de soportar por el propio entrevistado, lo que le crea ansiedad y puede romper su planificación de la entrevista, por lo que sugiero usarlo cuando se tiene un buen dominio de si mismo.

Así, como apunta Stevenson, se puede preguntar al entrevistado, sobre sus heces ensangrentadas o sus pies hinchados y esperar una respuesta valiosa y

razonable; pero no se le puede preguntar sobre sus padres o su jefe y esperar que las palabras que conteste contengan todo lo que es necesario saber al respecto. Varios factores son responsables de esta diferencia. Solamente con el curso del tiempo puede el entrevistador desarrollar la capacidad de preguntar con tacto, con objeto de obtener aquello que es importante conocer.

Según Mayer Gross (1974), se precisa gran información para conocer dónde están los prejuicios en la historia que se escucha, dónde es retenida la información, o dónde es alterada por una causa emocional.

2.- LA ENTREVISTA A LA VICTIMA

Sistematizando podríamos hablar de:

- Obtener información sobre los hechos, la sintomatología actual y si hay antecedentes del episodio actual que ayuden a clarificar posibles causas, datos biográficos, etc.
- Estudiar las actitudes y los sentimientos del entrevistado ante su enfermedad y ante el hecho judicial.
- Apuntar datos sobre el lenguaje no verbal, la conducta del entrevistado, ampliando así la información sobre él y su problemática.
- Observar si hay alteración posterior al hecho a informar, si hay otra enfermedad posterior o reactiva.

3.- TIPOS DE ENTREVISTA

Hay dos tipos de entrevista una no directiva y otra dirigida. En la práctica se usan ambas o una mezcla de ambas, ya que se complementan.

Al principio, puede ser abierta, no directiva, pero una vez que tenemos una probable hipótesis diagnóstica, las preguntas estarán dirigidas a obtener datos que prueben nuestra hipótesis.

Decíamos que al inicio es NO DIRECTIVA: Es posible pedir un relato de los hechos, realizando un mínimo de preguntas imprescindibles para que no se rompa el hilo de la conversación, dejando un tiempo para que pueda expresar libremente sus vivencias y sentimientos, podemos obtener mas datos de su personalidad y de su forma de ser, que de una manera dirigida, que se diluye fácilmente. Hay que saber aceptar los datos terciarios, evitando el control excesivo de la entrevista, es decir matizaciones o detalles a veces inútiles, que en algunos casos nos permitirán vislumbrar otra información.

Lo ideal es no tener información sobre los hechos, no tener datos del entrevistado, lo cual nos permite realizar una entrevista no contaminada. Difícilmente se puede mantener una absoluta neutralidad, sin querer se participa de la problemática o bien nos suscita un rechazo, es importante aprender a detectarlo y controlarlo.

La falta de experiencia se va resolviendo poco a poco, con la práctica. Pero hay que evitar o controlar la ansiedad por temor a no valorar el caso adecuadamente, ya que nos impediría detectar respuestas emocionales y sutiles. Evitar hablar demasiado con demasiadas interrupciones al entrevistado, o bien caer en la pasividad de no realizar ninguna intervención.

Posteriormente es una entrevista DIRIGIDA, Estructurada o semiestructurada, en la que puede ser una evaluación estandarizada sobre el informado, pidiendo datos de acuerdo a nuestro protocolo previamente elaborado, lo que permite uniformar la recopilación de los datos necesarios. (A veces es útil cuando otros profesionales van a hacer uso de ellos.) Este tipo de entrevista permite por una parte: identificar los síntomas más importantes y realizar un diagnóstico sindrómico fácil y por otra encontrar información acerca de nuestra hipótesis criminógena. Aunque a la hora de la interpretación de los datos, sea precisa una buena hipótesis con suficientes evidencias. Pero a parte de ello hay necesidad de apuntar díxit it., la descripción narrativa del informado sobre los hechos y sobre sus conductas.

Finalmente en las entrevistas sucesivas, si no hay datos suficientes, crear un espacio en el que se le pida que clarifique los datos obtenidos en la entrevista no dirigida o la que ha quedado en los datos terciarios.

Lo que se debe evitar es entrar en una entrevista rígida, que impida obtener datos, como indica José María Alvarado, (1989), en el tema de la primera entrevista: "El estereotipo semiológico, es para nosotros, aquella ordenación, casi estereotipada, con que a veces se fatiga al enfermo, al interrogarle de inicio y con ordenamiento sistemático: qué edad tiene; dónde vive; en qué «trabaja; si es soltero o casado, etc., datos cuya importancia es innegable, pero que se los puede ir recogiendo a lo largo del interrogatorio y los exámenes semióticos más dilatados y calmados que se pueda hacer. Lo esencial en esas cruciales alternativas, no es la prisa, sino la reiterada y cálida efusividad, por si cupiera el pleonasma, en la frase. Calma y cordialidad que no deben tener límites a veces, para lograr la tranquilidad del paciente."

"Una historia psiquiátrica se construye formulando preguntas para sonsacar las quejas que presenta y para evaluar la gravedad de los deterioros asociados en la

competencia social y en el funcionamiento neurovegetativo; para establecer la cronología de los cambios y la relación de estos cambios con las experiencias que potencialmente produjeran tensión que tienen o hipotéticamente tienen una significación psicológica; para averiguar si el paciente ha tenido experiencias que provocaron que él estuviera preocupado por su bienestar psicológico en el pasado, y si es así, si sus dolencias pasadas son semejantes a las que ahora está explicando; para determinar si ha recibido tratamiento y de qué tipo en el curso del episodio prevaeciente y, si hay una historia pasada de trastorno psiquiátrico, qué tratamiento, si hubo alguno, le fue útil; para obtener 1ª historia médica del paciente, incluyendo su uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, y la historia familiar de las enfermedades, tanto psiquiátricas como no psiquiátricas; para extraer la historia personal del paciente, incluyendo los puntos culminantes del desarrollo, educación, ocupación y funcionamiento social; para explorar su actitud, sus reacciones ante varios acontecimientos y su estilo en tratar las tensiones.” (Freedman y cols, 1982)

4.- CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA.

4.1.- Modo de acceso

Nuestro entrevistado puede venir espontáneamente, por requerimiento fiscal o por orden judicial. También podría venir por recomendación de su abogado. En cada uno de estos casos, la actitud ante la entrevista será distinta. En el acceso voluntario, la implicación del informado hace que a la hora de llevar a cabo la entrevista, pueda ser más abierta.

Para los médicos, psicólogos y psiquiatras, deben darse cuenta que la entrevista forense es muy distinta de la entrevista clínica. La perspectiva psicoanalítica de Balint, descrita en sus libros: “El médico, el paciente y la enfermedad” (1961), “Seis minutos para el paciente.” “Las interacciones en la consulta con el médico general.” (1973), cuando habla de la relación medico paciente, no sirve mucho, ya que somos unos evaluadores de un hecho en que se precisa que actuemos de forma imparcial, algo bastante diferente, de lo que haría un medico en su consulta, ya que no buscamos una dinámica subyacente de aceptación de paciente. No pretendemos atender las demandas de cuidado y los sentimientos que cada entrevistado/paciente despierta en el médico, en relación a su experiencia profesional y personal, que siempre remiten a sus precoces relaciones emocionales en su familia de origen, (Contratransferencia), deben ser anuladas, ya que en una pericia pueden influir a la hora de nuestro informe, quizá no dejándonos ser imparciales.

Sin embargo la técnica del flash, al estar atento a sus propios sentimientos en la entrevista, a los del entrevistado y al flujo emocional, puede permitirle focalizar su intervención sobre lo nuclear del problema del entrevistado.

4.2.- Lugar de la entrevista.

Lo importante es que médico y paciente se encuentren cómodos, asegurando en cualquier caso (consulta privada, hospital, clínica, institución penitenciaria, Juzgados, Policía, etc.) que quede garantizada la confidencialidad. No se debe aceptar realizar la entrevista en lugares públicos, como bares o el propio domicilio del paciente.

4.3.- Duración

Debemos tomar en cuenta que muchas veces seremos interrogados por la defensa o la parte contraria, sobre el tiempo y las veces que hemos visto al entrevistado. El tiempo es muy variable según se trate de una primera entrevista o subsiguientes, pero un promedio de 45 minutos es un promedio estándar, aunque mucho depende del tipo de entrevista, de las facilidades de hacerlo y de la complejidad del asunto.

Una entrevista normal, podría durar unos 70 minutos. En este tipo de entrevistas, no siempre la primera dura más y las siguientes menos, muchas veces las siguientes duran más, porque la profundización de los temas lo requiere. Por ello se habla de que el estándar medio para todas sea de 70 minutos. La idea del tiempo que durara la entrevista y su planificación a veces es conveniente transmitirla al entrevistado. En una consulta psicológica o psiquiátrica, se limitará los estipulado de los 50 minutos.

5.- FASES DE LA ENTREVISTA

5.1.- Fase inicial

La entrevista comienza indicándole al entrevistado, nuestro nombre y especialidad. Se puede indicar al comienzo que todo lo que nos cuente es estrictamente confidencial. Pero no en el caso de ir como Perito oficial, con nombramiento por el Juez, ya que en ese caso debemos indicarle que todo lo que nos cuente, debe ser plasmado en nuestro informe al Juzgado.

Una vez tomados los datos personales del paciente, se solicita información (verbal o escrita) sobre los hechos que han motivado que nosotros lo veamos.

Decíamos que en esta fase se debe interrumpir lo menos posible, limitando nuestra intervención a aclarar algún punto del relato.

5.2.- Fase intermedia

Se puede pasar a la entrevista dirigida, una vez que tenemos una idea general del problema, realizando la historia clínica o criminológica y un examen Psicopatológico, que bien puede ser mediante preguntas concretas, o siguiendo una entrevista sistematizada. Pero nuestra actitud debe dar la impresión con las preguntas de un interés sincero por conocer su situación. De otra manera no se consigue confianza suficiente para que nos comunique sus sentimientos.

En esta fase se debe evaluar la necesidad de realizar otros tests o cuestionarios o escalas psicológicas o biológicas. O bien una entrevista estandarizada de una historia clínica criminológica.

5.3.- Fase final

Fase, en la que ya hemos formulado una hipótesis, la hemos corroborado con los datos aportados por el entrevistado y los resultados de las pruebas psicológicas, biológicas o criminalísticas y ya podemos elaborar un informe pericial. Se debe siempre hacer una pregunta última, es asombroso lo que se encuentra, se le ofrece la oportunidad final de realizar preguntas que estime pertinentes en relación a su caso.

5.4.- Entrevista a Familiares y Conocidos

En ocasiones es fundamental la entrevista a los familiares, amigos y vecinos, para conseguir datos sobre su forma de ser, de su entorno socio ambiental. Sin embargo, hay que cuidar la forma de acceder a dichas fuentes, en relación al propio conflicto que haya desencadenado el hecho a valorar.

6.- ENTREVISTA AL VICTIMADOR

Todo lo que se ha dicho acerca de la entrevista, es aplicable a este apartado, pero además hay que hacer mucho más hincapié en el enfrentamiento de dos personalidades, dos emociones. Las Psicologías de la Confesión y del Testimonio son muy antiguas, pero de uso incipiente. Los primeros estudios sobre el tema los efectúan Kraepelin, Neumann. Binet, estos aportes los toman psicólogos, criminólogos para recomendar algunos aspectos de este tema a la entrevista policial.

Por tanto hablaremos de un metodo que usa la tecnica de la entrevista, pruebas psicofisiologicas y de lenguaje no verbal en la veracidad de un relato.

Es necesario:

- saber escuchar y hacer una buena evaluación de lo que escuchamos, para continuar en la entrevista dirigida.
- respeto al entrevistado
- colocarse en la situación del otro

6.1.- Etapas de la entrevista.

I. Planeamiento. (1)

1. Selección del entrevistador.
2. Entrevistadores que conozcan el área específica
3. Seleccionar día y hora de la entrevista.
4. Objetivos principales de la entrevista. Planes secundarios. Lista de temas, subtemas o lista de preguntas imprescindibles a contestar. (Charter)
5. Material anterior. Hechos. Datos del cuaderno de investigación. Lista de solicitudes del peritaje. Datos técnicos de los hechos. Tipificación de los hechos. Causales de justificación. Causales de inculpabilidad

II. Desarrollo.

1. Fase inicial
 - a. Introducción, presentación
 - b. Ruptura del hielo
 - c. Seducción
 - d. Búsqueda de entrevista armoniosa. “todos tenemos que ganar,”
 - e. Entrevista del libre relato. Utilizar el que, el como, el cuando, el donde, el porque y el quién. Preguntas abiertas, narrativas que no se pueden contestar con monosílabos.
2. Entrevista directiva. Preguntas. Verificación de datos.
 - a. Fase neurolinguística
 - b. Uso del plan alternativo de entrevista.

1. Kurz Dylan, Dominance and Submission: How the Police Use Psychological Manipulation to Interrogate Citizens.

3. Verificación. Lo que dijo realmente es lo que escuchamos. Depuración de datos.
 - a) Fase de contraste
4. Cierre de entrevista dejando abierta la posibilidad de otras posteriores.
 - a. Solicitud de la “ultima información”.

1. Fase inicial

a. Introducción, presentación

La entrevista comienza de manera similar a lo indicado en la entrevista general.

b. Ruptura del hielo

Pero además, se debe realizar en primer lugar un dialogo superficial, de temas que no sean motivo de conflicto, a la manera de cómo unos vecinos hablan del tiempo o de un tema en el que los dos no tengan inconveniente en aceptar. Para conseguir una LINEA BASE, es decir averiguar como es el comportamiento normal ante preguntas simples, una línea base de la forma en que el sujeto lleva adelante un relato, del lenguaje no verbal que usa. Como responde a preguntas no estresantes, que expresiones faciales usa, como pone el cuerpo, antes, durante y después de contestar preguntas simples. Eso servirá para contrastar con las respuestas de preguntas complicadas o incriminantes.

c.- Fase de seducción

Los humanos tienden a aceptar a personas que son similares en interés o en creencias. Podemos actuar de manera tal que el entrevistado crea que él y el entrevistador son similares de muchas maneras. Hay que intentar generar una simpatía entre el entrevistador y el entrevistado. Podemos fingir interés en alguna de las aficciones del sospechoso. Podemos minimizar nuestra respuesta emocional, mostrándonos comprensivo e incluso excusando al interrogado por las cosas que él u otras personas conocidas pudieron hacer. Búsqueda de entrevista armoniosa: “todos tenemos que ganar”

e. Entrevista del libre relato. Una vez que ha entrado a hablar de un tema, es muy difícil que cambie de tema hasta no haberlo agotado. Por lo que debemos seguir con el tema escogido por el entrevistado, con las interrogantes usuales de que, como, cuando, donde, quien; sin salir del tema hasta que nos proporcione una salida al tema que nos interesa y agarrar esa cuerda sin soltarla, Difícilmente volverá a darnos otra vez el tema.

6.2. Entrevista directiva.

Como en las anteriores indicaciones, es una entrevista ya dirigida a comprobar nuestra hipótesis.

a.- Fase neurolingüística

El entrevistador debe realizar preguntas simples que precisen que el entrevistado piense, recuerde y se debe observar los gestos, el lenguaje no verbal que ofrece el entrevistado, mientras realiza el proceso de recordar, buscando datos ciertos. Así sabremos que elementos del lenguaje no verbal usa en los momentos que recuerda, que realiza los procesos cognitivos. Por lo que posteriormente cuando el entrevistado busque falsamente recuerdos y no usa ese lenguaje no verbal, como puede ser fruncir el seño, abrir o cerrar manos, no está recordando sino simulando recordar.

Kurz⁽²⁾ llamó la atención en cuanto a la necesidad de establecer pautas sobre cómo se expresa el interrogado a través de sus gestos, haciéndole preguntas fáciles de contestar. “El interrogador incluso puede hacer preguntas que le darán importante información en torno a cómo funciona el cerebro del sospechoso cuando piensa o cuando recuerda algunos datos”, explicó. A esta técnica se le llama “interrogatorio neurolingüístico”.

Se debe preguntar algo que le obligue a recordar, que use sus procesos cognitivos, y la búsqueda del idioma del cuerpo en situaciones normales de búsqueda de recuerdos verídicos y cuando está recordando información, como una coartada verdadera, o creando tales hechos meramente en su mente.

Una manera fácil de demostrar esta técnica es preguntarle a una persona que esta desprevenida varias preguntas que involucrarían varios procesos de recuerdo o de pensamiento, de cualquier manera esta usando el proceso mental.

Debemos mirar directamente a los ojos y ver: Cuando una persona piensa en una respuesta, sus ojos normalmente moverán a una cierta mancha, como a la izquierda, o directamente al entrevistador

Si no resuelve el problema de saber cuando usa el proceso mental pida el favor de que el entrevistado diga cuanto es una fórmula matemática de 4 x4, cuando toma los datos y los introduce en su procesador cognitivo, usa el pensamiento

² .- Kurz Dylan, Beating the Police Interrogation.

y usa la memoria, mientras lo hace, usa lenguaje no verbal. Ya sabe como responde su cuerpo cuando realmente esta procesando su cerebro.

Cuando el entrevistado esta procesando moverá los ojos a un lado, por ejemplo el izquierdo y cuando este buscando en su memoria, lo hará al otro lado. Es frecuente que una persona mueva los ojos para pensar al derecho y para recordar al lado izquierdo. Los ojos avisan de cómo el cerebro esta accediendo a la información.

Por tanto si usted hace una pregunta y el entrevistado hace uso de sus procesos cognoscitivos, «piensa» para una respuesta, esto indicaría que no esta siendo veraz.

6.3. Verificación

En esta fase pasamos a realizar las preguntas, peliagudas, las comprometedoras. Lo que va aumentar la ansiedad. La idea es comprobar nuestra hipótesis.

a) Fase de contraste. (3)

Realizando las preguntas claves, se debe ver el contraste de nuestra línea base de funcionamiento del entrevistado y las modificaciones que realiza al contestar estas preguntas:

Cuando nos contesta nos esta engañando.

Cuando nos contesta dice la verdad y no es el presunto sospechoso

Cuando nos contesta tiene datos sobre los hechos pero no quiere comentarlos.

La teoría detrás de estas dos preguntas es doble. **Primero**, las personas inocentes tienden a contestar preguntas diferentemente que los sospechosos culpables. Culpando a la víctima del crimen es una manera buena de transferir la culpa lejos del sospechoso, pero Una persona inocente rechazaría semejante premisa obviamente.

Segundo principio es la persona que empieza mostrando señales engañosas en el lenguaje del cuerpo, mientras contesta las preguntas. Esta mintiendo

³. Kurz Dylan, Dominance and Submission: How the Police Use Psychological Manipulation to Interrogate Citizens.

Si estamos realizando una entrevista con un presunto victimador y queremos saber si el lo realizó. Podríamos preguntar. Usted cree que este hecho (relato del crimen) realmente pasó así, o piensa usted que algo más sucedió? Si empieza lamiendo sus labios, se pone inquieto mirando alrededor, o empieza a emplear gesto no verbales de «cuidado» (cepillando su pelo, ajustando o arreglando su ropa.) esta mintiendo, pero necesita usar un mecanismo defensivo para su mente, el crimen pasó, pero para el entrevistado, asume o se convence que el crimen no ocurrió y así también asume que no miente.

Si se pregunta: Quien hizo esto merece una segunda oportunidad? Si es culpable diría: todos merecemos una segunda oportunidad, pero en cambio si es inocente o no tiene nada que ver con los hechos, es bastante probable que rechace la idea. Combinando principios uno numera y numera dos, los interrogantes pueden juzgar la honestidad de un sospechoso con precisión.

Principio **tercero**, si en dos preguntas de un mismo tema miente, y es inocente; hay que asumir que el no es el culpable pero que sabe quien fue, ya que, él es susceptible a los tales temas.

En ese caso, se puede usar la técnica del papelito, use un papel de pegar de color y escriba el nombre del sospechoso y algún dato cierto que tenga de el. Déjelo encima del escritorio y salga algunos minutos, dejando que el entrevistador lo lea. El entrevistador al volver debe examinar si tiene las piernas abiertas, entonces esta dispuesto continuar y sus respuestas serán ciertas. Si es al contrario, el sabe las respuestas pero no se las dirá o le mentirá.

7. PAUTAS PARA ENTREVISTAR TESTIGOS

1. Determinar previamente el tipo de personalidad, inteligencia y educacion del declarante, ya que se debe preguntar de acuerdo a la mentalidad del sujeto.
2. e puede actuar en algunos casos con firmeza, pero siempre es mejor la paciencia.
- 3.- Descubrir cuando y porque un testigo no desea hablar o miente sin intencion de entorpecer la investigacion. Porque es posible que un testigo no sepa hablar, ni narrar el hecho por deficiencias o incapacidad psiquica y/o fisica.
4. Otras personas suelen ser reticentes para hablar ante un policia, para no verse envuelto en lios.
5. Algunos se niegan a hablar por amistad o por tener alguna relacion con el sospechoso.

- 6.- Los testigos mentirosos o indignos de confianza, se les deja hablar y luego caen en contradicciones.
7. A las personas locuaces se les puede dejar que expresen su versión, pero evite que se desvíen del tema formulando preguntas cautas. Pues, un entrevistador inexperto puede mal interpretar el testimonio, pues los locuaces son muy falsos y exagerados.
8. Los nerviosos y tímidos deben ser tratados con calma e ir sacándoles poco a poco su información, estos sujetos pueden alterar mucho lo que realmente ha sucedido.
9. Los niños suelen ser buenos testigos cuando se les interroga con cuidado. Los chicos (de diez a quince años) son agudos observadores en cuanto a fenómenos de la naturaleza, y las chicas entre doce y quince años respecto a asuntos propios o íntimos que ocurren en su entorno.
- 10.- No son bien considerados por los especialistas como buenos testigos, los jóvenes de 18 a 20 años, pues a esa edad siempre andan preocupados de sí mismos, muy distraídos y poco o nada les importa lo que sucede a su alrededor.

En cambio las personas adultas tienen agudas facultades para observar con detalles. Sujetos con mala memoria deben ser ayudados por el entrevistador para facilitar el trabajo.

No siempre puede ocultarse totalmente un secreto, porque la verdad es parte de la estructura psíquica y por tanto siempre se impone.

El niño es un ser más confiable y directo para expresar las cosas, pero aprende a mentir a ocultar sus actos, cuando se da cuenta que otros le mienten y que decir la verdad le puede ocasionar un castigo, y por lo contrario mentir, le hace merecedor de algún premio, reconocimiento o gratificación emocional.

8.- VALORACION DEL TESTIMONIO

Para la estimación de la credibilidad se han formulado dos modelos: el modelo subjetivo o social y el modelo objetivo o científico (4).

De ellos, se aconseja usar el objetivo, científico, una entrevista de la manera clásica, analizando el lenguaje, el mensaje y el meta mensaje y apoyándose en el lenguaje no verbal.

4. Vrij, A. (2000). Detecting lies and deceit. Chichester: Wiley.

8.1. La entrevista cognitiva ⁽⁵⁾

Esta es una forma más de entrevista, pero que es considerada como específica para la valoración del testimonio a nivel legal.

- a) La *reinstauración de contextos*, consiste en reconstruir mentalmente los contextos físicos y personales que existieron en el momento del crimen (o del hecho a recordar).
- b) El *recuerdo libre*, consiste en pedirle al testigo que narre todo lo sucedido, absolutamente todo, incluyendo la información parcial e incluso detalles que considere banales para la investigación, porque éstos pueden llevar a otros, asociados entre sí en la memoria, que sean relevantes.
- c) El *cambio de perspectiva*, trata de animar al testigo a que se ponga en el lugar de la víctima, o de otro testigo del suceso, incluso del sospechoso, y que informe de lo que vio o hubiera visto desde esa perspectiva, si estuviera ocupando el lugar de esa persona.
- d) El *recuerdo en orden inverso*, es la técnica en la que se invita al recuerdo desde diferentes puntos de partida, el *recuerdo en orden inverso*.

La entrevista cognitiva incluye, a su vez, técnicas suplementarias tales como:

- a) Gimnasia memorística para la recuperación de la apariencia física: ¿Te recordó el intruso a alguien a quién conozcas? ¿Había algo inusual en su apariencia?
- b) Nombres: Trata de recordar la primera letra del nombre, recorriendo una a una todas las letras del alfabeto.
- c) Objetos: Describe los objetos que había dentro y fuera de la habitación ¿Parecían pesados de llevar?
- d) Conversaciones y características del habla: ¿Se utilizaron palabras extranjeras o inusuales? ¿Advertiste algún acento? ¿Tartamudeaba?
- e) Número de matrículas de automóviles: ¿Te recordaron los números o las letras de la matrícula a alguna cosa? ¿Los números eran altos o bajos?

“Los resultados confirman la hipótesis que guía esta investigación: la entrevista cognoscitiva reporta un incremento en la información relacionada con personas, objetos y acontecimientos.”⁽⁶⁾

⁵. Geiselman, E. y Fisher, R. (1994) Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Capítulo 6: La técnica de entrevista cognitiva para víctimas y testigos de crímenes. Compendio de Raskin D. (1994). Bilbao: Desclée.

⁶. Déborah Johanna Manrique Pérez, Aplicación de la entrevista cognoscitiva y de la entrevista judicial a un testigo víctima del delito de hurto, *Diversitas v.2 n. 1* Bogotá jun. 2006

Además de esta versión estándar de la entrevista cognitiva, (7) propusieron una versión mejorada. Ésta responde a una adaptación al contexto judicial. No obstante, la efectividad y el procedimiento en términos cognitivos es el mismo. Las siguientes fases resumen la estructura general mejorada de la misma.

- Fase 1. Presentaciones y personalización de la entrevista (presentación, usar el nombre del entrevistado).
- Fase 2. Establecimiento de la comunicación (creación de una atmósfera agradable, de confianza a través de la formulación de preguntas neutras).
- Fase 3. Explicación del propósito de la entrevista.
- Fase 4. Reinstauración de contextos.
- Fase 5. Recuerdo libre.
- Fase 6. Preparación para el interrogatorio (pedirle que se concentre intensamente, que diga lo que se le viene a la mente tal como llega, sin *fabricarlo*, que puede decir *no comprendo, no sé, no recuerdo*, que active y contraste imágenes).
- Fase 7. Interrogatorio compatible con el testigo (cada testigo tiene una secuencia de memoria distinta del evento debiendo el entrevistador ajustarse a esa secuencia).
- Fase 8. Recuerdo desde diferentes perspectivas.
- Fase 9. Recuerdo en orden inverso.
- Fase 10. Resumen (realizado por el entrevistador en función de lo que el entrevistado ha informado).
- Fase 11. Cierre (desactivación emocional y de tensiones en el entrevistado).

8.2.- La Evaluación de la Validez de la Declaración

El Statement Validity Assessment (SVA) (Evaluación de la Validez de la Declaración) es la técnica más empleada para evaluar la veracidad de las declaraciones verbales (8). Tuvo su origen alrededor de 1950, en Alemania para valorar las declaraciones verbales de niños que habían sido víctimas de abuso sexual. El psicólogo Udo Undeutsch (9) realizó la primera descripción del SVA

7. Fisher, R.P. & Geiselman, R.E. (1992). Memory enhancing techniques for investigative interviewing. Springfield, Ill: Charles Thomas Publishers.

8. Verónica Godoy-Cervera, Lorenzo Higuera, EL análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Diciembre , nº 92 , 2005 ,

9. Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen. En U. Undeutsch (Ed.), *Handbuch der Psychologie, Bd. 11, Forensische Psychologie* (pp. 26-181). Göttingen: Hogrefe.

en 1989. A pesar de que es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito forense como prueba psicológica no se le debe considerar un test o una escala estandarizada, sino un método semi-estandarizado para la evaluación de la credibilidad de las declaraciones, fundamentado en lo que Steller ⁽¹⁰⁾ ha denominado la hipótesis de Undeutsch ⁽¹¹⁾: quien sostenía que era posible distinguir las declaraciones basadas en una experiencia vivida de las basadas en una experiencia no vivida, o dicho de otro modo, fue el primero en formular la hipótesis de que las declaraciones basadas en algo ocurrido realmente, diferían sustancialmente de aquéllas fruto de la imaginación.

Undeutsch propuso ocho criterios de credibilidad (originalidad, claridad, viveza, la coherencia interna, descripción detallada específica para el tipo de delito, detalles específicos fuera de los testigos normal experiencias, sentimientos subjetivos y espontáneo para poner a prueba la hipótesis de que una declaración es probablemente cierto o solo parcialmente.). Estos y otros criterios se han combinado e integrado por Steller y Köhnken ⁽¹²⁾ para producir diecinueve criterios basados en análisis de contenido (CBCA) más utilizados en los análisis actuales.

En ocasiones, en niños es aconsejable, usar la técnica de CBCA (Criteria-Based Content Analysis). (Análisis de Contenido Basado en Criterios) ⁽¹³⁾ es el componente principal del SVA. El SVA está formado por tres componentes mutuamente dependientes:

- a) una entrevista estructurada con la víctima,
- b) el CBCA que evalúa el contenido de la declaración de la persona.
- c) la integración del CBCA con la información derivada de un set de preguntas denominado Lista de Validez.

¹⁰. Steller, M.: Recent developments in statement analysis. En J.C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment*. Dordrecht, Países Bajos: Kluwer. 1989:135-154

¹¹. Undeutsch, U.: The development of statement reality analysis. In J. Yuille (Ed.), *Credibility assessment: A united theoretical and research perspective*. Proceedings of the NATO-Advanced Study Institute in Maratea (Italy), June, 1988. Dordrecht (NL): Kluwer Academic Publishers. 1989:101-121

¹². Steller, M., and Köhnken, G. (1989) Criteria based statement analysis In D.C. Raskin, (ed.) *psychological methods in criminal investigation and evidence* (pp217-245) New York: Springer.

¹³. De Paúl Velasco, P.: Evaluación de la Credibilidad de Testimonio en supuestos de Abuso Sexual a menores. En *Abuso Sexual Infantil, evaluación de la credibilidad del testimonio, estudio de 100 casos*. Blanca Vázquez coordinador. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Madrid, 2003.

Para a un análisis sistemático de la validez de las declaraciones se usa dos sistemas: El SRA y el SVA. (14)

El SRA, Statement Reality Análisis, aborda el estudio de la validez de la declaración a través de las siguientes categorías:

- a) Criterios negativos o de control:
 - Carencia de consistencia interna (contradicciones).
 - Carencia de consistencia con las leyes de la naturaleza o científicas.
 - Carencia de consistencia externa (discrepancia con otros hechos incontrovertibles).
- b) Criterios derivados de las secuencias de declaraciones:
 - Carencia de persistencia (estabilidad en el tiempo y contextos).
 - Declaración inconsistente con la anterior.

Por su parte, el SVA, Statement Validity Análisis, recoge las siguientes categorías de evaluación:

- a) Características psicológicas:
- b) Características de la entrevista:
- c) Motivación:
- d) Cuestiones de la investigación:

Como sistema de evaluación global de la declaración proponen el mejor ajuste a una de las siguientes categorías: creíble, probablemente creíble, indeterminado, probablemente increíble o increíble.

8.3.- La psicología de los gestos y sintomatología de la mentira.

Es necesario conocer la psicología de los gestos, para lo cual existen muchos textos y fuentes específicas para adquirir el dominio de observar el rostro y los gestos con el fin de determinar las emociones o rasgos de carácter de un sujeto. Por ejemplo el rostro de color muy rojo, es conocido como manifestación de cólera. El sudor frío, sobresaltado y palidez en el rostro es indicativo de temor. Sentir sed, labios secos o inquietud indica nerviosismo. Puños apretados, rigidez muscular es tensión nerviosa o exaltación. Cuando late la carótida; es indicativo de aumento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea. **Pero no se pueden usar como signos patognomónicos de la verdad o mentira.**

¹⁴. Ramón Arce y Francisca Fariña, Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio. La huella psíquica y la simulación: el Sistema de Evaluación Global (SEG) *Papeles del Psicólogo*, 2005. Vol. 26, pp. 59-77

Desde siempre se ha dicho que “Las alteraciones vegetativas emocionales pueden ser descubiertas y detectadas por una combinación instrumental llamada popularmente “detector de mentiras”.^[15] Pero, todos estos parámetros y estereotipos fisiológicos, todo este lenguaje no verbal, pueden no ser necesariamente efectivos ⁽¹⁶⁾, si se los usa de forma individual. Porque se ha analizado de manera científica la evaluación de la mentira y de la verdad en profesionales policías ⁽¹⁷⁾ y se ha encontrado que no existen indicadores conductuales del engaño. En definitiva, hay muy pocas diferencias entre la conducta de las personas cuando mienten y cuando dicen la verdad.

“Todos estos resultados, si bien descorazonadores, no deberían sorprender. Y es que, pese a que existen claros estereotipos compartidos por todos sobre la conducta típica del mentiroso, éstos son a menudo erróneos. Esto también sucede con los estereotipos que presentan profesionales tales como policías, jueces, o similares, los cuales se solapan en gran medida con los del ciudadano medio. Obviamente, si nuestras creencias sobre los indicadores del engaño son erróneas, entonces nuestros juicios de credibilidad no pueden sino ser también erróneos.⁽¹⁸⁾”

Pero si se usa el lenguaje normal y el lenguaje no verbal, la eficacia es mayor, con el método combinado se obtiene una tasa tan alta como 88% de aciertos ⁽¹⁹⁾.

La suposición extendida que los aspectos de la comunicación facial son ingobernables y pueden traicionar una verdadera emoción, han sido examinadas, en las expresiones y micro-expresiones de corta duración (1/25–1/5 de un

¹⁵. Francisco Alonso Fernandez: Fundamentos de la Psiquiatría actual. (4ª ed.) Madrid: Paz Montalvo. 1979:269

¹⁶. Masip, J. y Alonso, H. Verdades, mentiras y su detección a partir del comportamiento no-verbal. En E. Garrido, J. Masip y C. Herrero (Eds.), *Manual de Psicología jurídica*. Madrid: Pearson Educación. 2006

¹⁷. Bond, C. F., Jr. y DePaulo, B. M.: Accuracy of deception judgments. *Personality and Social Psychology Review*. 10 (3): 214.

¹⁸. Jaume Masip, La verdad sobre la detección de la mentira, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Enero, número 26 , 2006. (Jaume Masip, es Profesor del Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca)

¹⁹. Aldert Vrij, Lucy Akehurst, Stavroula Soukara, Ray Bull (2004) Detecting Deceit Via Analyses of Verbal and Nonverbal Behavior in Children and Adults *Human Communication Research* 30 (1) , 8–41

segundo) y se ha encontrado que las emociones negativas eran más difíciles de falsificar que la felicidad. Aunque los observadores inexpertos no las encontraron, las micro-expresiones emocionales ocurrieron en 100% de participantes al menos una vez y duró más tiempo, que lo que la definición de micro-expresión sugiere y fueron exhibidas por 21.95% de participantes en 2% de todas las expresiones, y en la cara.⁽²⁰⁾

La habilidad de los policías de distinguir entre las verdades y mentiras en una escena realista (durante las entrevistas de la policía con los sospechosos), en lugar de en una escena del laboratorio artificial. Fue analizada en su efectividad, tras una investigación de meta-análisis sobre la efectividad de los programas de entrenamiento de análisis de conductas fisiológicas y parámetros de lenguaje no verbal, se encontró un 54% similar de aciertos ⁽²¹⁾. Michael Aamodt y Heather Mitchell, de la *Universidad de Radford*, han obtenido resultados similares en otro meta-análisis. En concreto, estos autores informan de un nivel de aciertos del 54.5%.

En resumen, la exactitud en el análisis de la mentira por profesionales evaluadores de la mentira es modesto, y algo similar a las verdades y mentiras descubiertas por estudiantes de la universidad. Por lo que las señales de la mentira o de la verdad son señales engañosas ⁽²²⁾. Lo que hace que la tarea de descubrir la mentira sea casi imposible para el observador.

9.- SIMULACIÓN

Definida como el acto de aparentar una incapacidad con el fin de lograr alguna ventaja o ganancia secundaria.

El simulador es aquel sujeto que produce intencionadamente sus síntomas físicos y psicológicos, con el fin de obtener unos beneficios concretos e identificables. Se trataría de un “proceso psicológico caracterizado por la intención consciente de reproducir, valiéndose de la imitación más o menos directa, síntomas patológicos con la finalidad de engañar a otro manteniéndose el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo y durante un tiempo más o menos prolongado.” ⁽²³⁾

²⁰. Stephen Porter and Leanne ten Brinke, Reading Between the Lies Identifying Concealed and Falsified Emotions in Universal Facial Expressions, *Psychological Science*, Volume 19, Number 5, 508-515

²¹. DePaulo, B.M., Lindsay, J.J., Malone, B.E., Muhlenbruck, L., Charlton, K., & Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129, 74–112.

²². Miller, G. R. y Stiff, J. B.: *Deceptive communication*. Newbury Park, CA: Sage.1993

²³. Minkowski, citado en J Cabrera y JC Fuertes. Simulación, Disimulación y sobre simulación. Síndromes carcelarios. Aspectos psiquiátrico forenses. En: J Cabrera y JC Fuertes. *Psiquiatría y Derecho*. Ed. Aran. Madrid: 1990:123

La conducta de simulación hace referencia no a una entidad nosológica concreta ni a un síndrome psicopatológico, sino a un tipo de conducta humana encaminada a la obtención de un determinado beneficio, de hecho, el mismo desarrollo del concepto de simulación está encaminado a poder dilucidar si los signos/síntomas que presenta el entrevistado corresponden a algún tipo de patología mental o por el contrario, no es así, y se trata de un engaño. (24)

En el campo forense es muy frecuente encontrar personas implicadas en actos delictuosos que fingen sufrir deficiencias o enfermedad mental. Estos individuos simuladores buscan lograr engañar a sus entrevistadores para ser declarados inimputables total o parcialmente. Otros sujetos desean entorpecer la investigación policial ganar tiempo o dilatar su procesamiento. El hecho de ser enviados a evaluación especializada, permite a muchos delincuentes ganar un tiempo precioso para elaborar algún argumento, conseguir mejor defensa y así salir libre.

9.1.- Disimulación

Los conceptos de simulación y disimulación coinciden en que ambos persiguen una finalidad utilitaria, la obtención de un beneficio.

En la disimulación la “voluntariedad consciente” del fraude (uno de los rasgos que definen la simulación) se posee en menor grado; es decir, el disimulador puede pretender que parezca que sus síntomas han mejorado o se han modificado, aunque tal cosa no haya sucedido e incluso haya habido un agravamiento; este tipo de conducta no puede ser adscrita al terreno de la voluntariedad consciente por el hecho de estar condicionada por una patología mental (depresión, delirio de persecución, de perjuicio; celotipia alcohólica, etc.) (25) No obstante para otros autores en la disimulación el “sujeto trata de ocultar síntomas patológicos existentes con fines semejantes a la simulación y de manera consciente.” (26)

9.2.- Sobresimulación

En la conducta de sobresimulación el sujeto exagera los síntomas de un trastorno psíquico que ciertamente padece, o cuando yuxtapone a los mismos síntomas

²⁴. Núñez de Arco J.: El Informe Pericial en Psiquiatría Forense. Ed. Mava. La Paz, 2001.

²⁵. Citado en S. Delgado, E. Esbec y Fco. Rodríguez: Simulación en Psiquiatría Forense: Aspectos generales y detección. En: S. Delgado Bueno (Dir.) Psiquiatría Legal y Forense. Vol. I, Ed. Colex, Madrid 1994:1393

²⁶. J Cabrera y JC Fuertes. Psiquiatría y Derecho. Ed. Aran. Madrid: 1990:123

simulados. Es decir, se trata de sujetos que poseyendo ciertas anomalías psíquicas reales las exagera o monta sobre ellas otras diferentes. Algunos opinan que es el caso más frecuente en la práctica forense, sobre todo por la idea ya apuntada de que tras un simulador siempre hay una personalidad con ciertas anomalías. Es conocida la frase de que “No se simula bien lo que no se tiene”

9.3.- Exploración de la simulación y sus variantes

La exploración de una supuesta simulación de una enfermedad mental no debe ser meramente clínica sino que deben apoyarse en los elementos circunstanciales que rodean al caso. Cabrera y Fuertes ⁽²⁷⁾ establecen los siguientes pasos para describir un cuadro de este tipo:

- a) Debe existir una finalidad clara y positiva para el sujeto (por ejemplo una indemnización tras accidente laboral, cercanía de un juicio, realización del Servicio Militar... y otros)
- b) El cuadro clínico no suele responder definitivamente a ningún síndrome psiquiátrico, existiendo a veces absurdas contradicciones semiológicas.
- c) La clínica psíquica deber ser continua y mantenerse al menos según los patrones patocrónicos habituales.
- d) Tanto el comienzo como la finalización del cuadro deben ajustarse a la realidad de la clínica psiquiátrica (a veces el simulador de cuadros depresivos mejora de un día para otro)

La actual clasificación diagnóstica de los trastornos mentales de la APA (DSM-IV) incluye la Simulación dentro del apartado de Problemas adicionales, y dice que debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Presentación de un contexto médico-legal (p. Ej. la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica o psicológica).
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad

²⁷.- J.Cabrera, JC Fuertes: *Psiquiatría y Derecho*. Madrid: Aran 1990:125

9.4.- Índices orientadores

Índices orientadores (Capelli, J.F. 1931) ⁽²⁸⁾

1. Por lo general, el síndrome simulado tiene caracteres atípicos y no se ajusta los del síndrome clínico verdadero.
2. La sintomatología simulada suele ser contradictoria.
3. Con frecuencia se combinan manifestaciones de síndromes opuestos (por ejemplo, alucinaciones auditivas en estuporosos).
4. El simulador con frecuencia admite ser un loco, con ello cree que sus dichos serán más verosímiles.
5. Son frecuentes las respuestas (movimientos, palabras o frases) con evasivas particularmente, si la pregunta va dirigida a una cuestión crucial para el simulador. (estereotipia defensiva o de escudo (Silva) o estereotipias artificiales o simuladas de Casen
6. Se comprueba falta de convicción y de resonancia afectiva frente al cuadro 'delirante (auténtico).
7. Frecuentemente existe mala disposición para la entrevista, evidenciándose el deseo no disimulado de terminar rápidamente.
8. Frecuentemente existe mala disposición, ostensible a veces, para la realización de pruebas complementarias.
9. Falta de estabilidad y continuidad del cuadro clínico presentado.
10. Ausencia de correlación entre la sintomatología simulada y la etiología de mayor frecuencia (por ejemplo: confusión mental sin ningún antecedente tóxico medicamentoso, etc.).
11. Ausencia de correlación entre el síndrome y su evolución.
12. Cada simulador actúa de acuerdo con su fondo psíquico y nivel intelectual, y la simulación se ve favorecida cuando existe un terreno predisponen.
13. A cada estado mental patológico, le corresponde una serie de fenómenos físicos, que escapan al simulador (Kraft-Ebbing).

Hay otros índices orientadores citados en las Guías Clínicas de Yudofsky: ⁽²⁹⁾

1. Incongruencia de las quejas somáticas con los datos de la historia clínica, el examen y el diagnóstico.

²⁸. Citado en S. Delgado, E. Esbec y Fco. Rodríguez: Simulación en Psiquiatría Forense: Aspectos generales y detección. En: S. Delgado Bueno (Dir.) Psiquiatría Legal y Forense. Vol. I, Ed. Colex, Madrid 1994:1398

²⁹.- JA. Talbot, R. Hales, S Yudofsky, (1989) Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Ancora.

2. Los síntomas son vagos y mal definidos y no se adecuan a entidades nosológicas descritas.
3. Las quejas, signos y síntomas se dramatizan en exceso.
4. El paciente es evasivo y poco cooperativo en el proceso de diagnóstico y/o de tratamiento.
5. La notificación de un pronóstico favorable se recibe con resistencia.
6. Las heridas parecen autoinducidas.
7. En los análisis aparecen fármacos o toxinas insospechados o correspondientes a medicamentos no recetados.
8. Se han alterado las historias clínicas.
9. Existe una historia de accidentes o heridas recurrentes.
10. Existe la posibilidad de compensación económica o de incapacitación (a la luz de pocas pruebas de verdadera incapacidad o herida) como resultado del trastorno.
11. El paciente ha hecho peticiones de fármacos adictivos.
12. El trastorno permite o puede permitirle evitar actividades, situaciones o condiciones de vida desagradables por otras razones, a partir del trastorno.
13. El síntoma o trastorno tiene posibilidades de permitir la evasión de responsabilidades legales (una posible reclusión) o sociales.
14. Existen rasgos de personalidad antisocial.

9.5.- Utilización de pruebas psicotécnicas

La repetición de la mayoría de las pruebas psicológicas de personalidad permiten en muchos caso la detección de sujetos simuladores. No obstante existen indicadores que facilitan esta tarea:

MMPI

Normalmente se usa la escala F, Fiabilidad, para medir, justamente eso.

- La Escala F: Puede elevarse considerablemente en aquellos sujetos que pretender dar una mala imagen, simular patología o exagerarla
- La Escala L: Desciende en los simuladores de forma significativa y se eleva en aquellos que quieren dar una buena imagen de sí mismo.
- La Escala K: Mide también defensividad. Se obtienen puntuaciones bajas en simuladores, pero también en aquellos que son muy autocríticos y con baja autoestima.

A pesar de que investigaciones recientes sugieren que no es muy eficaz en la detección de simulación la escala F por sí sola (Bury y Bagby, 2002; ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾), este indicador es suficientemente sensible a la detección de la exageración de síntomas y en la detección de simulación, porque además correlaciona positiva y significativamente con instrumentos de evaluación de la simulación como es el SIMS - Structured Inventory of Malingered Symptomatology ⁽³³⁾ y sigue teniendo un uso extendido en el ámbito de la evaluación forense como ayuda en la detección de la exageración deliberada de sintomatología psicopatológica ⁽³⁴⁾.

El disimulo y las respuestas de acomodo o deseabilidad social en el MMPI-2 son expuestos en el trabajo realizado por Héctor González Ordí e Iciar Iruarrizaga. ⁽³⁵⁾ La escala de Disimulación de Gough ⁽³⁶⁾ o escala DsR ha sido empleada en el ámbito forense para diferenciar entre sujetos que simulan síntomas de carácter neurótico, pacientes con síntomas genuinos y población normal. Aunque su empleo está menos extendido que otras escalas para detectar estilos sobredimensionados de respuesta, como la F(p), sigue siendo utilizada como indicador adicional de posible simulación ⁽³⁷⁾.

³⁰. Butcher, J.N. (2005). Assessing MMPI-2 profile validity. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference*. 2nd edition (pp. 128-132). New York: Oxford University Press.

³¹. Butcher, J.N. y Ben-Porath, Y.S. (2004). Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas (2001) critique. *Australian Psychologist*, 39, 44-50.

³². Nicholson, R.A., Mouton, G.J., Bagby, R.M., Buis, T., Peterson, S.A. y Buigas, R.A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristics analysis. *Psychological Assessment*, 9, 471-479.

³³. Widows, M.R. y Smith, G.P. (2005). SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual. Lutz, FL: PAR: Psychological Assessment Resources.

³⁴. Ben-Porath, Y.S., Graham, J.R., Hall, G., Hirschman, R. y Zaragoza, M.S. (Eds.) (1995). *Forensic applications of the MMPI-2*. London: SAGE.

³⁵. Héctor González Ordí e Iciar Iruarrizaga Díez, evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el mmpi-2, *Papeles del Psicólogo* Diciembre, nº 92, 2005

³⁶. Gough, H.G. (1957). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

³⁷. Storm, J. y Graham, J.R. (2000). Detection of coached general malingering on the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 12, 158-165.

RORSCHACH

Puede detectar:

- Presencia de componentes históricos
- Tendencia a la abstracción e intelectualización de los problemas
- Asociaciones libres más largas de lo habitual (con muchas respuestas altamente personales)

El Rorschach se emplea de forma regular en el área forense ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾ y es ampliamente aceptada en los tribunales de los Estados Unidos de América. ⁽⁴⁰⁾. No obstante, el Rorschach mantiene también un grupo importante de críticos y detractores que constantemente intentan probar la necesidad de eliminarlo como herramienta de evaluación psicológica ⁽⁴¹⁾.

También se dice que no existe ningún basamento empírico para la validez del Rorschach, ⁽⁴²⁾ excepto cuando se utiliza el sistema de Exner. ⁽⁴³⁾ Y Gacono ⁽⁴⁴⁾ plantea que mediante una serie de estudios se ha logrado validar el uso del Rorschach como un instrumento suficientemente sensible para discriminar entre sujetos psicopáticos y sujeto no-psicopáticos.

Hess, Zachar y Kramer lo explican sucintamente: “El Rorschach, utilizado con el Sistema Comprensivo, es un test de la personalidad mucho mejor de lo que sus oponentes desean reconocer”⁽⁴⁵⁾.

³⁸. Piotrowski, C. (1996b): The Rorschach in contemporary forensic psychology. *Psychological Reports*. 78, p.458. Piotrowski, C. (1996c): Use of the Rorschach in forensic practice. *Perceptual and Motor Skills*. 82, p.254.

³⁹. Yaneth Saade Gamboa: El Método Rorschach como instrumento de evaluación forense. Congreso Latinoamericano de Psicología Jurídica y Forense v 5.0 30 de Marzo al 2 de Abril de 2008. En (online) <http://psicologiajuridica.org:80/psj145.html>

⁴⁰. Meloy, J., Hansen, T y Weiner, I. (1997): Authority of the Rorschach: Legal citations during the past 50 years. *Journal of Personality Assessment*. 69, pp. 53-62

⁴¹. Weiner, I., Exner, J. y Sciara, A. (1996): Is the Rorschach welcome in the courtroom?. *Journal of Personality Assessment*. 67, pp. 422-424.

⁴². Campo, V. (1999): An international symposium on Rorschach non-patient data: Findings from around the world (I, II & III). Spain adults normative data. XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. Amsterdam, Holanda.

⁴³. Exner, J. E., Jr. (2001). A Rorschach workbook for the Comprehensive System (5th ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.

⁴⁴. Gacono, C., (2000). The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

⁴⁵. Hess, A. K., Zachar, P., & Kramer, J.: Rorschach. In B. S. Plake & J. S. Impara (Eds.), Fourteenth Mental Measurements Yearbook. Lincoln, NE: University of Nebraska Press. (2001: 1037)

Test de WAIS-BENDER

Nos haría pensar en simulación la incoherencia de resultados en escalas que miden lo mismo.

Test 16 PF

En la escala de distorsión motivacional, puntuaciones superiores a 7 indican falta de sinceridad, quienes pretenden dar una buena imagen, puntúan alto en A+, C+, G+ y Q+. Y menor en L- y Q-. ⁽⁴⁶⁾

10.- OTRAS TÉCNICAS

10.1.- La Hipnosis

Consiste en una técnica de sugestión que lleva al hipnotizado a estados de relajación que se acompañan de un menor autocontrol y favorecen elicitación de los recuerdos. El hecho de que las técnicas de relajación elevan la capacidad de rememoración es reconocido por las culturas orientales, asiáticas y occidentales, en nuestro meridiano se ha conocido como una técnica derivada del psicoanálisis y se ha explicado como un adormecimiento del superego y del yo y por ello una burla de los filtros psicológicos que impiden el recuerdo.

Al parecer es una estrategia que se ha utilizado más con víctimas y testigos que con imputados, lo cual señala una de sus debilidades. En Estados Unidos se ha reglamentado su uso y admisibilidad en ciertos estados, debiendo ser grabadas las sesiones y solo deben estar presentes el sujeto y el hipnotizador ⁽⁴⁷⁾.

10.2.- Narcolepsia

Se refiere al uso de la famosa “*droga de la verdad*”, que en realidad es tiopental sódico (pentotal) en administración forzada pero anunciada, de que le van a suministrar una droga que lo hará dormir y le hará «hablar de corrido» todo aquello que «no ha querido hablar». Esta creencia, se ha extendida dentro de la población general y se le atribuye a estas drogas con tales propiedades. Constitucionalmente no se admite la confesión obtenida mediante la administración de drogas.

⁴⁶. Citado en S. Delgado Bueno (Dir.) *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol. I, Ed. Colex, Madrid 1994:1405

⁴⁷. Morris, R. La admisibilidad de pruebas derivadas de la hipnosis y el polígrafo. En Raskin, D. (1.994) *Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales*. Bilbao: DDB

10.3.- El polígrafo

En los EEUU, es una técnica muy utilizada, pero la mayoría de los estados no permite que los resultados del polígrafo puedan ser usados como evidencia, sin embargo se sigue usando por secciones policíacas como herramientas investigadoras. No obstante, el costo de personal de entrenamiento en su uso y la compra del equipo que a veces es prohibitivo. En nuestro país es usado por la Fiscalía, para uso interno. Pero no es posible usarla como prueba en nuestro país.

“Ekman, Raskin y Likken son tres de los mas prolíficos e influyentes investigadores psicólogos sobre poligrafía. De los tres, Raskins es el que defiende mas enérgicamente la validez científica del polígrafo como detector de mentiras. Raskin defiende lo que se denomina la técnica de la pregunta control, un método del que Likken afirma es inválido con bastante probabilidad. A su vez, Likken propone una técnica diferente, la prueba del conocimiento culpable.”⁽⁴⁸⁾

El aparato llamado polígrafo, es básicamente una combinación de dispositivos médicos que se usan para supervisar cambios que ocurren en el cuerpo. Cuando usted se sienta en la silla para un examen del polígrafo, se conectan varios tubos y alambres a su cuerpo en las situaciones específicas supervisar sus actividades fisiológicas. Se puede medir, el pulso, la presión arterial, la frecuencia respiratoria con un neumógrafo, la actividad electrodermal, (sudor), mediante galvanómetros en los dedos. También hay forma de registrar el movimiento de la pierna o el brazo. Cambios que serán analizados por un Psicofisiologo forense (FP), quien buscara la cantidad de fluctuación en ciertas actividades fisiológicas.

Existen muchos falsos positivos/Falsos negativos⁽⁴⁹⁾. Hay veces que un examinador del polígrafo interpreta mal la reacción de una persona a una pregunta particular. El factor humano en un examen del polígrafo y la naturaleza subjetiva de la prueba son dos razones por qué los resultados de examen de polígrafo raramente son admisibles en la corte.

Nosotros, no podemos usar ni el polígrafo ni la narcolepsia, ya que en ambos casos estamos solicitando una prueba incriminatoria, violando un derecho constitucional a no incriminarse.

⁴⁸. Citado en S. Delgado Bueno (Dir.) Psiquiatría Legal y Forense. Vol. I, Ed. Colex, Madrid 1994:1407

⁴⁹ .- En 1983, la Congressional Office of Technology Assessment (OTA) Publicó un estudio sobre la validez científica del polígrafo. (Scientific Validity of Polygraph Testing, 1983).

CAPITULO 17

INFORMES DE CASOS REALES

Se trata de un caso real y unos informes reales, en los que se ha cambiado los nombres y datos biográficos que pudieran revelar la verdadera identidad del caso.

El marido, decide atropellar a la esposa, cuando cruza la calle. Tras el atropello, es lanzada entre unos vehículos parqueados. Cuando se baja del vehículo, la gente cree que se acerca a auxiliarla, pero en vez de ello, usa un destornillador para atacarla.

El victimador

- 1.- Informe de la acusación
- 2.- Informe de la defensa

La victima

- 3.- Informe pericial acerca de la victima

INFORME DE LA ACUSACION

D. JORGE NÚÑEZ DE ARCO MENDOZA, Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría, Profesor de la Facultad de Psicología, Ex-Psiquiatra Forense del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. INFORMA AL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N1 DE SEVILLA, acerca de:

D. JOSÉ CAIN BELZU MARTINEZ

1.- PARTE EXPOSITIVA

Paciente de 48 años a quien vemos por primera vez el 13/02/2001 en el Centro Penitenciario de Sevilla.

1.1.- PSICOBIOGRAFÍA

D. José Abel nació el 26 de julio de 1952 en Campillos de Arenas (Jaén), es el segundo de cinco hermanos, uno de los cuales, con Síndrome de Down, falleció a los 20 años.

A la edad de 10 años le envían a estudiar a un colegio Marista de Jaén, donde realiza los Estudios Primarios y Secundarios con un buen rendimiento académico, conviviendo en los últimos Cursos con los padres en el domicilio familiar de Jaén.

En 1970, a los 18 años, se traslada a estudiar a Granada, y empieza a vivir en un piso. Tras realizar el Selectivo de Ciencias comienza sus estudios de Farmacia.

En 1972, mientras estudio 21 de Farmacia fallece su padre (29-2-72). En ese mismo año, durante el verano, conoce a Ascensión e inician su relación de novios.

Tras la rápida enfermedad y muerte del padre comienza a fracasar en los estudios, repitiendo varios Cursos, motivo por el que interrumpe su Carrera y realiza el Servicio Militar; reiniciando los estudios posteriormente para acabar la Carrera en Septiembre de 1.981.

En octubre de 1981 se casa con Dolores. (la victima)

Compra una Farmacia en la localidad de Villacarrillo (Jaén) a donde se traslada el matrimonio, abriendo la Farmacia en febrero de 1983. Ambos cónyuges trabajaban en la misma alternando la residencia entre Villacarrillo y Jaén, donde pasaban los fines de semana.

En Villacarrillo compran y reforman una casa que nunca llegan a habitar, manteniendo opiniones discrepantes sobre el lugar donde vivir en el futuro.

En 1984 nace la hija mayor, Lucia y en 1988 nace su segunda hija, Emilia.

A primeros de los años 90 José Cain y su esposa participan en un negocio hotelero junto a otros miembros de la familia de Dolores Arce; negocio que genera importantes pérdidas y puede suponer la ruina financiera.

Debido a esa serie de problemas económicos se acentúan los enfrentamientos entre José Cain y su esposa, comienzan a surgir desavenencias en el matrimonio. En septiembre de 1993 Dolores se traslada a vivir a Sevilla y José Cain, tras vender la farmacia se traslada a Sevilla en abril de 1994. La esposa comienza a trabajar en una tienda de regalos y además adquieren varias viviendas que dedican a alquiler.

En estos años continúan las desavenencias que conducen finalmente a presentar la demanda de separación en 1998, separándose efectivamente la pareja en 1999, meses después de que se dictaran Medidas provisionales. Tras ello, la hija mayor se traslada por propia voluntad a vivir con el padre y la pequeña se queda con la madre.

Desde 1999 José Cain y Dolores sólo establecen contactos ocasionales, siendo el último en julio de 2000 con motivo de un accidente de tráfico sufrido por su hija Marta. No obstante, la cercanía de los domicilios les hacía coincidir en la calle con frecuencia

1.1. ANTECEDENTES PERSONALES

En el año 1972 fallece su padre, debido a un Cáncer de hígado, comentando el informado haberse sentido profundamente afectado, presentando un episodio de depresión reactiva que no fue tratada.

En los datos biográficos obtenidos en las entrevistas, no aparecen antecedentes personales de padecimiento psicológico ni psiquiátrico, ni patología física de interés, salvo que padeció hepatitis tipo A en su época de farmacéutico en Villacarrillo, así como tener anticuerpos antivirales de la Hepatitis B que no sabe si contrajo de su padre dada la enfermedad hepática de aquel. También, y en relación a la separación y problemas económicos, refiere haberse automedicado con antidepresivos y ansiolíticos (Fluoxetina y lorazepam).

En los días previos a los hechos estudiados nuestro informado refiere estar tomando medicamentos para un proceso gripal.

No recuerda nada de lo sucedido el día 1 de noviembre entre el momento que ve a su ex-esposa para cruzar la calle y el momento, sobre las 5 de la tarde en que se ve en el hospital y le dicen que su hermana está allí. Sólo recuerda de forma imprecisa como dos personas, una chica de pelo negro que a él le parece limpiadora (aunque cree que eso no puede ser) y un chico joven y alto, le atendían en un lugar que, aunque no muy seguro cree que es el cuartel de la guardia civil al que le llevaron después de salir del hospital.

Del Historial Clínico del Centro Penitenciario recogemos los siguientes datos: En fecha 2/10/2000 se le prescribe Nervobion; el 8/1/2001 se le diagnostica una epigastralgia; el 24/1/2001 se le diagnostica Apatología funcional gástrica@ y se le prescribe Dogmatil. (Sulpiride)

1.2.- ANTECEDENTES FAMILIARES

No presenta antecedentes familiares de padecimiento psicológico ni psiquiátrico; no estando documentada la Epilepsia que, según el informado, padecía su abuela

Su hermano menor padeció un Síndrome de Down y falleció a los 20 años de edad

1.3.- PSICOPATOLOGÍA ACTUAL

En el momento de la exploración se encuentra bien orientado espacial y temporalmente y con buen nivel de conciencia. No presenta inquietud psicomotriz.

No hay trastornos en la forma, ni en el curso, ni en el contenido del pensamiento. No existen ideas delirantes, ni alucinaciones visuales ni auditivas que hagan pensar en la existencia de una Psicosis.

Se aprecian sentimientos de tristeza y ansiedad en relación a su hija Marta, con la que apenas se ha comunicado mientras está en Prisión y que le ha comentado que por el momento no desea hablar con él. Durante la entrevista se aprecia un acusado distanciamiento afectivo y falta de emotividad, en relación con los hechos que le han llevado a su ingreso en prisión.

Se queja de no recordar nada de lo ocurrido el día 1 de noviembre, en el período que media entre el momento de ver a Ascensión a punto de cruzar la calle y verse en el hospital, en la tarde ese día. Sin embargo, recuerda con fidelidad todos sus antecedentes, así como detalles insignificantes posteriores al hecho motivo del informe. No se evidencian otros trastornos de memoria. No hay trastornos de la memoria retrograda ni anterograda.

No hay trastornos de conducta, ni verbaliza alteraciones de conducta.

Durante la entrevista se aprecia un buen discernimiento, sabe apreciar lo que esta bien y lo que está mal. Presenta un buen nivel de conciencia.

1.4.- ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

1.4.1.- CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

El perfil obtenido es válido y fiable, ya que las escalas de sinceridad (L), validez (K) y fiabilidad (F) indican que el informado ha sido sincero en sus respuestas.

En lo referente a las Escalas Clínicas, se observa que la mayor parte de las puntuaciones se encuentra por debajo del Percentil 70, donde se sitúa la mayor parte de la población.

Ello nos indica que no existe ninguna alteración ni de las escalas Psicóticas ni de las Neuróticas.

Destacan únicamente tres escalas, que se sitúan en el percentil 70 (D, Si y Re); y otras cuatro escalas por debajo del percentil 50 (Ma, Es, Dy, Cn).

La puntuación en la Escala Si indica que se trata de una persona que se caracteriza fundamentalmente por su personalidad introvertida, se muestra tímido y desconfiado ante los desconocidos y trata de evitar la participación en actividades sociales.

Se trata de una persona difícil de conocer y suele mostrarse frío y distante. Es excesivamente controlado y no expresa abiertamente sus sentimientos.

La puntuación en las escalas D, Re y Ma, indica que presenta un bajo nivel de energía y actividad, mostrándose indiferente y apático, difícil de motivar y decaído, presentando síntomas moderados de depresión clínica.

Es muy sensible a lo que se piensa de él, tiene tendencia a la ansiedad y tiende a preocuparse mucho por las cosas, aunque sean insignificantes; presenta ideas obsesivas y ruminaciones generalmente entorno a sus sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Se trata de una persona responsable, que acepta las consecuencias de su conducta, que establece normas elevadas para sí mismo y se exige en exceso, se muestra perseverante, realista y orientado hacia el deber (Puntuación en la escala Re)

EN SÍNTESIS, nos encontramos ante una persona que no presenta ningún rasgo de Personalidad que oriente en el sentido de patología grave, ni Enfermedad Mental en la esfera Neurótica ni en la Psicótica. Su Personalidad se caracteriza por un nivel alto de introversión social, siendo muy sensible a la crítica. Baja energía vital, apatía y desmotivación. Se muestra distante y no exterioriza sus emociones. Establece normas elevadas para sí mismo y se exige en exceso, se muestra perseverante, realista y orientado hacia el deber.

1.5.- OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemos analizado Información relevante sobre el estado mental y comportamiento de nuestro Informado en relación con los hechos objeto de Diligencias, concretamente aquellos procedentes del Historial Médico del Hospital Virgen del Rocío, de los Informes médico-forenses, así como de las declaraciones de diversos testigos ante la Juez Instructora de las Diligencias.

1.5.1 HISTORIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), donde estuvo ingresado don José Cain del 1 al 2 de noviembre de 2000.-

El informe de alta recoge la inexistencia de antecedentes de interés. AA su ingreso en el hospital refiere no recordar lo ocurrido, sin evidencia de episodio previo de pérdida de conciencia ni evidencia de traumatismo craneofacial. Consciente, GCS de 15 puntos, sin focalidad. Heridas incisas en cara palmar mano izquierda y cara interna de pie izquierdo, revisadas por Traumatología sin afectación tendinosa, nerviosa o vascular que requiera reparación. Durante su estancia en OBS refiere amnesia de lo sucedido y ligera cefalea frontal. Consciente y orientado, sin focalidad...(…)...En estudio radiográfico simple, sin diagnóstico de fracturas En TAC cerebral no se aprecia hematoma subgaleal ni lesiones intracraneales secundarias a traumatismo. Bioquímica y hematología de urgencias sin alteraciones@.

Se establece un JUICIO CLÍNICO de TCE leve, Heridas incisas por arma blanca en mano izquierda y pie izquierdo.

La historia al ingreso recoge la existencia de un síndrome catarral y en el estado objetivo se recoge ABEG. Palidez de piel. Tendente al sueño y al mutismo, refiere no recordar nada de lo sucedido. Consciente, orientado. PINLA. Cefaleas. Sin vómitos@.

En las anotaciones del 2 de noviembre se recoge como refiere Aamnesia de lo ocurrido ayer A las 17 horas , a partir de entonces recuerda la estancia en el hospital@

1.5.2 PRIMER INFORME MEDICO FORENSE, emitido por Dr. F. A. y Dr. J. L., en cuyas Consideraciones Médicos legales.. dice textualmente:

“Desde el punto de vista facultativo estimamos que esta persona NO presenta, en la actualidad, alteración psiquiátrica que haya sido capaz de mermar suficientemente sus capacidades de discernimiento.

No comprendemos que la actitud de deterioro lacunar memorístico que este sujeto reiteradamente señala durante nuestra entrevista, pueda ser achacable a una patología mental de caracteres psicóticos. Pensamos que, desde el punto de vista, psiquiátrico forense esta persona no puede ser diagnosticada de un trastorno depresivo mayor, bipolar o de un proceso delirante paranoico o de una crisis esquizofrénica. Tampoco creemos, como probable, que se trate de un estado crepuscular epiléptico.

No obstante, creemos, también lógico, descartar la presencia de un proceso epiléptico no diagnosticado, así como de un trastorno orgánico derivado o secundario a una patología oncológica o expansiva encefálica, y que pudiera ser tributaria de un trastorno memorístico como el manifestado por esta persona. Por ello, sería conveniente la practica de un screening por diagnóstico de imagen (TAC, Resonancia Nuclear Magnética y/o PET), así como electroencefalográfico, que realizase el oportuno despistaje médico, y que resultase concluyente a la hora de establecer un status de normalidad médico psiquiátrica en esta persona.

Dichas pruebas, que descarten la presencia de malformaciones o tumoraciones o elementos electroencefálicos patognomónicos de algunas de las variantes epilépticas, podrán realizarse en los próximos días, bien en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario o, mejor aún, en los Servicios de Neurología y Radiología del Hospital Virgen Macarena o Virgen del Rocío de Sevilla, siendo necesario la interpretación a través de los concebidos informes por los especialistas Jefe de Servicio de estos Centros. De sus resultados, será posible confirmar las conclusiones Forense...”

1.5.3 SEGUNDO INFORME MEDICO FORENSE, emitido por Dr. F. A. y Dr. J. L.

“Que han examinado el historial medico remitido por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, así como el TAC realizado..... Del estudio detenido del historial y de dicha prueba radiológica, se descarta la existencia de patologías neurológicas capaces de distorsionar en entendimiento y comprensibilidad de los hechos, y la voluntad para su ejecución. No existen trastornos neurológicos evidenciables en diagnostico por la imagen, que hallan influido en su capacidad de discernimiento y en su capacidad volitiva. Por todo ello nos ratificamos en todos sus términos nuestro anterior informe forense relativo a salud mental y a imputabilidad.”

1.5.4 Declaración ante la Ilma. Sra Magistrado Juez de Instrucción N1 de: M. A. O., Vigilante de Seguridad, (Fs. 142)

“... Que la señora iba andando por donde está previsto para estacionamiento de vehículos, y que también dispone de acera, luego tenía que atravesar un trozo de carretera que se corresponde con la misma entrada a la urbanización (acceso de camiones y vehículos grandes), para acceder a la acera de enfrente (punto 5). Que por ello el conductor del vehículo Xantia tuvo que abandonar el sentido normal de circulación, para dirigirse directamente contra la señora, y que por eso piensa que perdió el control y fue a colisionar con el vehículo del declarante que se encontraba estacionado en un principio donde finalmente y según el croquis quedó estacionado el vehículo del agresor, siendo el del declarante desplazado. Que éste señor conducía a gran velocidad y que una vez que se baja del vehículo y se dirige hacia la señora, en un primer momento pensó que la había atropellado porque había perdido el control de su vehículo, pero que por el contrario cuando llega a la altura de la señora comienza a agredirla, en una mano llevaba el cuchillo y con la otra mano la golpeaba con el puño cerrado. Que el declarante lo único que escuchaba era los gritos de la señora pidiendo socorro. Que el declarante se acerca al lugar donde se encuentran ambas personas y ve como éste señor está de espaldas al declarante encima de la señora entonces el declarante se echa sobre el señor, y lo echa hacia atrás ya que lo que quería era evitar que siguiera dándole puñaladas a la señora. Que este señor estaba fuera de sí y lo que quería era seguir agrediendo a la señora. Que en ningún momento el señor intentó agredir al declarante. Que una vez que logra tirar al señor hacia atrás, cae de espaldas y el cuchillo lo soltó tirándolo al suelo, y estando ya el declarante en compañía junto a otros vecinos que llegaron al lugar de los hechos. Que es cierto que mientras que asistían a la señora, el hombre se dirigió a su coche como nervioso, y se volvía nuevamente al lugar como intentando llegar nuevamente a la señora pero se le cortaba el paso poniéndole las manos en el pecho. Que esto último lo hizo como dos veces, Que seguidamente se fue hacia el coche se sentó en el asiento del conductor, y que el declarante se dirigió hacia él indicándole que donde iba, éste señor intentaba como meter la llave en el motor, pero ya se le veía como más tranquilo de forma que teniendo las llaves en la mano el declarante se las cogió, y éste señor no dijo nada, sino que se vino abajo, salió del coche y ya lo retuvieron allí hasta que llegaron unos policías de paisano.”

A las preguntas de la Letrada Sra. P. manifiesta: *Aque cuando ha manifestado que le ponía las manos en el pecho para impedir que se acercara a la señora, que no eran empujones, que este señor sí hacia como intentos de seguir pero*

no ofrecía fuerza especial, salvo la que él traía porque caminaba de forma rápida. Que le ponía las manos en el pecho para impedir que continuara y este señor lo que hacía era volverse@. Aque una vez que salió del coche el agresor y cuando le habían quitado ya las llaves del vehículo este señor no decía nada, estaba pálido y con la cabeza agachada, como derrotado. Que cuando le quitaron las llaves del coche no ofrecía ninguna resistencia, sino que salió del vehículo de forma lenta y como aplacado”

1.5.5 Declaración ante la Ilma. Sra Magistrado Juez de Instrucción N1 _ de: Dr. A. M. DE S., MÉDICO (Fs. 210)

“... Que en un par de ocasiones el agresor que se encontraba a unos cuatro metros de distancia gritaba Ahija de puta te tengo que matar.”.

“...Que preguntado si la herida que le vio a la señora era como si hubieran querido degollarla, manifiesta que es cierto ambas heridas en el cuello.

“... Para que manifiesta si desde su punto de vista tanto profesional con de testigo presencia pueda dar su opinión sobre el estado del presunto agresor de si estaba fuera de si o un poco ido, y manifiesta: Que lo que si recuerda es que estaba alterado, pero que el declarante no es siquiatra, y que además en ese momento no puede decir si estaba ido, si estaba fuera de sí. Que si lo pregunta es que si este señor estaba loco, eso no lo puede manifestar, solo puede decir que estaba agitado.”

1.5.6 Declaración ante la Ilma. Sra. Magistrado Juez de Instrucción N1 _ de: M0 D. C. G. A., ESTUDIANTE (Fs. 221)

“... Que mientras que estaba esperando ve a una chica rubia, que en ese momento no reconoció quien pudiera ser, y seguidamente escucha un acelerón y ve un vehículo como si le hubieran doblado el volante ya que se dirige hacia la chica rubia y la atropella; que por la velocidad que llevaba parecía como si se le hubiera ido el volante. Que la declarante comienzo a gritar llamando a su amigo Joaquín, Joaquín, que han atropellado a una señora, ya que esta señora saltó por el aire y cayo al suelo, pero que cuando estaba así gritando, y además este señor había chocado contra otro coche, ve como este señor parece ser como se recupera, porque se dio un golpe, vio como se agachaba y sale del vehículo corriendo, como para auxiliarla, ella se encontraba ya medio levantada y cuando el se acerca comienza como a darle puñetazos; que luego se apreció que eran puñaladas y no puñetazos.”

A preguntas de la letrada de la acusación particular, manifiesta: Que para el atropello el conductor del vehículo tuvo que cambiar de carril. Que la declarante escuchó el acelerón y vio el vehículo.”

1.5.7 Declaración ante la Ilma. Sra. Magistrado Juez de Instrucción N1 de: Don P. J. V. C. (Fs. 99)

“...que lo primero que escuchó fue un acelerón, ruidos de un golpe y roturas de cristales y entonces es cuando se gira.....(...)..... Que una vez que llega la gente y lo separan de la persona que estaba en el suelo, este señor intenta nuevamente dirigirse a la víctima, pero se le interpone un señor, y en cuanto a la actitud que adopta el agresor era andar y pasear de un lado para otro junto al lugar donde se encontraba la gente y como si intentara por donde entrar para dirigirse otra vez a la víctima@

1.5.8 Declaración ante la Ilma. Sra. Magistrado Juez de Instrucción N1 de: Doña A. M. G. V., ENFERMERA (Fs. 100)

“...Que la actitud de este señor con posterioridad era como de estar tranquilo ya que lo vió andar por el lugar y que es cierto que lo vió como se sentaba en el coche, pero no le pareció a la declarante que tuviera intención de marcharse del lugar@.

1.5.9 Declaración ante la Ilma. Sra. Magistrado Juez de Instrucción N1 de: DON J. J. R. M., SIN PROFESIÓN (Fs. 105)

A....Que quiere añadir que todas las personas que intervinieron entre ellas el declarante en ningún momento fueron atacados por el agresor, incluso cuando le hacían frente el agresor los evitaba, y que toda su intención era dirigirse nuevamente a la señora para continuar agrediéndola...”

1.5.10 Declaración ante la Ilma. Sra. Magistrado Juez de Instrucción N1 de: Á. A. M., INGENIERO DE MINAS (Fs. 106)

“...Que el agresor se levantó del suelo y se dirigía al lugar donde se encontraba el declarante y donde se encontraba el arma y que entonces uno de los testigos que ha declarado hoy y que se le ha identificado fuera como Joaquín, fue el que le indicó al declarante que apartara el arma para evitar que la cogiera el agresor, y fue cuando el declarante le dio la patada. Este testigo al que se refiere es el mismo que en la declaración ante la Guardia Civil lo describe como el chico que llevaba un jersey rojo. Que en tanto daba vueltas este señor se dirigió en un momento dado hacia un vehículo, un Xantia, pero el vigilante se dirigió hacia él pidiéndole que le hiciera entrega de las llaves del coche, y el denunciado se las entregó.”

A preguntas de la acusación particular manifiesta *que no presencié el atropello y que sí escucho un frenazo y un golpe.*

A preguntas de la Letrada de la defensa, manifiesta *que en cuanto a la actitud que mantenía el denunciado una vez que es apartado del lugar donde se encontraba la señora, manifiesta que se puso a dar vueltas, pero que cree que no era consciente de las gentes que se encontraba alrededor, que incluso cuando llegaba a la altura de alguien que hacia las veces de barrera y en tanto no llegaba la Policía, le daban como empujoncitos en el hombro, por lo que este señor simplemente se daba la vuelta, y sin que efectuara ningún tipo de reacción ante ellos. Que si recuerda que al mismo tiempo que paseaba por el lugar repetía la frase, como si fuera un disco rallado, Ame has arruinado la vida, me has arruinado la vida”*

2.-PARTE REFLEXIVA

2.1.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El informado es un varón de 48 años, natural de Campillos de Arena (Jaén)

A la edad de 18 años se traslada a Granada, donde inicia sus estudios de Farmacia y empieza su relación de noviazgo con Dña. Dolores Arce, con la que contrae matrimonio 8 años después.

Terminada la carrera, compra una Farmacia en la localidad de Villacarrillo (Jaén) y se trasladan a vivir ya casados. Fruto de este matrimonio nacen dos hijas María (1984) y Camila (1988).

Las primeras desavenencias conyugales surgen en relación a donde fijar el domicilio familiar y se acentúan a raíz de una serie de problemas económicos que finalmente conducen a vender la farmacia y trasladarse a vivir a Sevilla (1993). La esposa comienza a trabajar en una tienda de regalos y además adquieren varias viviendas que dedican a alquiler. En estos años continúan las desavenencias y en 1998 se presenta la demanda de separación. Tras ello, la hija mayor se traslada por propia voluntad a vivir con el padre y la pequeña se queda con la madre.

En lo referente a sus antecedentes psicológico/psiquiátricos, no ha estado nunca en tratamiento médico ni psicológicos; no obstante refiere dos episodios depresivos reactivos a acontecimientos personales; el primero tras la muerte de

su padre el segundo, tras la crisis económica y familiar que lleva a su separación; en esta última ocasión refiere haberse automedicado con antidepresivos y ansiolíticos.

Por lo demás, no ha padecido enfermedad física de interés ni patología neurológica, según refiere el mismo y según consta tanto en los informes de los médicos forenses como en los resultados de las pruebas realizadas en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Su personalidad se caracteriza por un nivel alto de introversión social, siendo muy sensible a la crítica. Baja energía vital, apatía y desmotivación. Se muestra distante y no exterioriza sus emociones. Establece normas elevadas para sí mismo y se exige en exceso, se muestra perseverante, realista y orientado hacia el deber.

En relación a los hechos: Se queja de no recordar nada de lo ocurrido el día 1 de noviembre, en el período que media entre el momento de ver a Ascensión a punto de cruzar la calle y verse en el hospital, en la tarde de ese día. Sin embargo, recuerda con fidelidad todos sus antecedentes, así como detalles insignificantes posteriores al hecho motivo del informe. No se evidencian otros trastornos de memoria. No hay trastornos de la memoria retrograda ni anterograda.

2.2.- CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

Ambos peritos hemos realizado la exploración psiquiátrica y el estudio psicológico de manera conjunta en orden a cumplir las exigencias de la orden judicial. Y hemos recurrido a la documentación aportada en las diligencias judiciales, para poder obtener datos sobre lo ocurrido en el periodo de tiempo que el informado, se queja de no recordar nada de lo ocurrido el día de los hechos.

Y a la luz de dichos antecedentes hemos llegado a la conclusión de barajar las siguientes hipótesis de trabajo, que en el caso que nos toca informar se trata de diferenciar entre:

- 1.- Simulación.
- 2.- Amnesia post-traumatismo Craneoencefálico
- 3.- Amnesia psicogena por un estado disociativo o por represión.

En relación a los hechos ocurridos el día 1/11/2000, D. Jose Cain Belzu Martinez, ese día estaba conduciendo su coche, cuando vio a su ex- mujer, y es entonces cuando decide acelerar el vehículo y atropellar a D0 Dolores Arce.

En ese momento, en los segundos en que decide acelerar el coche ya se ha tomado otra, decisión: atropellar a una persona. Y en ese momento no había ninguna causa que sepamos que pudiera haber influido en esa decisión. Ya que consta que no hay acaloramientos o discusiones anteriores, hay plena conciencia del acto a realizar, voluntad y capacidad de obrar. Mas aun puede maniobrar de manera que debe realizar un cruce en sentido contrario y en el intento choca con otro coche.

Una vez que se produce el choque, hay un supuesto golpe, un traumatismo leve, que le impide terminar el atropellamiento total. Pero si realmente hubiera existido un traumatismo, eso habría bloqueado los siguientes actos.

Por otra parte, en relación a los hechos, hay que aceptar que consta de varios actos, no es solo un acto impulsivo.

Se podría considerar un acto impulsivo el acto de acelerar el vehiculo con el ánimo de atropellarla. Pero este acto está separado del siguiente, que es otro acto, el de buscar un cuchillo. Salvo que se haya hecho una actuación premeditada en la que se había guardado el cuchillo de manera predisuelta para este acto. Porque puedo tener guardado ese cuchillo, pero el cogerlo, no es un acto reflejo, en esos segundos tengo que hacer memoria, donde hay un arma para hacerle daño, tengo que detenerme a pensar a “repensar”.

La conducta de “degollarla” no es un automatismo, ya que se requiere poner en funcionamiento las funciones anteriormente “desconectadas”, es decir las facultades relacionadas con planificar una acción: darse cuenta de la necesidad del cuchillo, recordar donde se encuentra, buscarlo y ubicar a la víctima y desplazarme los metros suficientes para usarlo de manera que cause una muerte. No es un acto de agresión de un arrebato de cólera, en el que se emite una agresión sin una finalidad concreta, salvo el estallido de la rabia contenida, es un acto premeditado, pensado y elaborado con toda su capacidad intelectual y voluntad.

Para todo ello, y cuando continua asestando puñaladas ante lo ineficaz de su acción de matarla, el informado es consciente de sus actos, pues para realizar tal número de conductas se han debido poner de nuevo en funcionamiento sus capacidades intelectuales y sobre todo una clara intencionalidad de matar.

Consideramos que tal intencionalidad se ve corroborada por las conductas posteriores del informado. Suponiendo que hubiera alguna conducta que le

causara un trance psicógeno, el momento que ve que la víctima sangra, que hay posibilidad que muera, no llega a Adarse cuenta@ del alcance del acto que ha realizado, el choque emocional debería haber sido tan grande que el sujeto hubiera intentado ayudar, tapan las heridas con las manos, etc. Pero no es así, vuelve una y otra vez insultando a agredirla. No es un acto en trance psicógeno, le explico a la persona por qué le hago eso, porque me ha destrozado la vida, que me estoy vengando.

En segundo lugar, en cuanto puede se sienta en su vehículo intentando encenderlo y marcharse. Cosa que se lo impiden, no pregunta si la esposa realmente ha fallecido o si todavía se la puede ayudar.

Así pues en toda la serie de conductas realizadas había una clara intencionalidad, estaba consciente y sabía lo que hacía y los motivos por lo que lo hacía, mas aun parece que había una planificación o una premeditación de los hechos.

En las entrevistas con el informado, nos indica que no recuerda nada de los hechos, entonces buscamos una explicación psiquiátrica para ello.

Una vez sucedidos los hechos de referencia, y ya, como consecuencia de ello el informado padece de un trance psicógeno, de una amnesia del tipo x, o bien de una negación. Todo ello es simplemente mecanismos psicógenos de defensa del cerebro del informado para poder aceptar o negar los actos salvajes que ha realizado. Es la forma personal de elaborar los hechos, como si actualmente tuviera una gran depresión o un brote psicótico, etc.. **Pero que no influye para nada en los hechos objeto del peritaje, simplemente es una catalogación de la respuesta posterior del sujeto ante lo que ha realizado.**

Por otro lado suscribo las conclusiones forenses de Dr. F. A. y Dr. J. L. que indican por un lado que A JOSÉ CAIN BELZU MARTINEZ, no presenta, en la actualidad, patología psiquiátrica capaz de deteriorar la comprensibilidad de los hechos que se le imputan, y la voluntad de su ejecución.”

Y por otro, en cuanto a la imputabilidad de los hechos Aque no existen elementos capaces de distorsionar la responsabilidad de sus actos, no habiéndose observado alteración en sus capacidades cognitivas y volitivas, y siendo imputable de sus acciones.”

Y ya finalmente, en cuanto a la supuesta amnesia referida por el informado, considero que respondería cuanto más a un mecanismo de represión, por el que

el informado aparta de su conciencia una serie de hechos que la misma no puede tolerar; sin embargo, esto no implica que en el momento de los hechos no fuera plenamente consciente de sus actos.

1.- AMNESIA

“La amnesia es la capacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas. Cualquier proceso que interfiera en la formación del recuerdo a corto plazo o su fijación en la memoria a largo plazo origina una amnesia completa o permanente.”
(¹)

Hay una clásica separación de las funciones de la memoria:

- 1.- Amnesia de Fijación o de registro (anterógrada)
 - 2.- Amnesia de Conservación o retención (Retrogradas)
 - 3.- Amnesia de Evocación.
- 1.- En la amnesia de fijación o anterógrada, a partir del estímulo patógeno, hay una imposibilidad de fijación y se pierde los recuerdos que se habrían de dar a partir de ese momento. Hablamos de todos los recuerdos y como consecuencia de ello hay una desorientación en el tiempo y en el espacio del sujeto. Amnesia siempre asociada a una patología cerebral, por ejemplo el Síndrome de Korsakov de los alcohólicos.
 - 2.- En la amnesia de conservación, se pierde la capacidad de retener, es el Adebilitamiento senil de la memoria@ (²) Puede ser :
 - a.- de tipo masivo: súbito o gradual.
 - b.- de tipo Lagunar
 - c.- de tipo Temático o selectivo.
 - 3.- Y en la amnesia de evocación o de rememoración, se trata de la dificultad de algunos aspectos, generalmente asociada a patología cerebral. Por ejemplo las afasias amnésticas. En epilepsias temporales, tumores cerebrales y en la enfermedad de Alzheimer

Para el caso que nos interesa, la amnesia lagunar o lacunar Puede ser de tipo global o de tipo lacunar. La amnesia residual anterógrada. También se puede denominar amnesias anterógradas o retrogradas, refiriéndose a que se olvida lo que continúa al momentos de la amnesia.

¹- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. pág. 900

²- A. Higuera et al. Compendio de Psicopatología. Circulo de estudios psicopatologicos. 30 ed. 1986. Granada.

El informado, no se encuentra incurso en ninguna de estas patologías.

2.- Simulación

Nos inclinamos por la hipótesis de la simulación, basándonos en varias reflexiones:

- En primer lugar, la forma en que ocurren los hechos, relatados de forma detallada tanto por la víctima como por todos los testigos presenciales, nos indica que no se trata de un simple “arrebato”, ya que las características del mismo implican la ejecución de una serie de acciones encadenadas y planificadas que no se ajustan al patrón de conducta característico de un estado de ofuscación: ver a la víctima, circular por el carril contrario, acelerar, atropellarla, bajar del vehículo, buscar el arma, dirigirse a la víctima y agredirla de forma repetida.
- En segundo lugar, en el caso hipotético de que la agresión se hubiera producido estando el agresor en estado de perturbación de la conciencia, con posterioridad a los hechos y tras tomar conciencia del alcance de los mismos cualquier persona se hubiera sentido horrorizada por la naturaleza de los mismos; y nos llama poderosamente la atención la falta de afectación del agresor, que se pone de manifiesto a lo largo de las entrevistas mantenidas con él.

3.- Amnesia post-traumatismo Craneoencefálico (TCE)

Con respecto a la hipótesis de que la supuesta amnesia sea debida al traumatismo craneoencefálico que pudo tener lugar tras la colisión de los vehículos hay que hacer referencia al “Parte de Lesiones” de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) que describe las siguientes lesiones cuando fue asistido el día de autos: “Herida punzante en palma de la mano izquierda. Herida incisa en extremo inferior de la pierna izquierda, en su cara interna y retromaleolar” Es decir, no se indica en absoluto ninguna herida en cráneo, no se aprecia herida externa de TCE

No obstante el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del ROCÍO de fecha 2/11/2000 señala la existencia de TCE leve, aunque indica “sin evidencia de pérdida de conciencia ni evidencia de traumatismo craneofacial... En TAC no se aprecia hematoma subgaleal ni lesiones intracraneales secundarias al traumatismo...”

Es decir, se trata de un leve TCE, que debe ser incluido de forma rutinaria, en el informe a la luz de las declaraciones del paciente que refiere que se ha golpeado la cabeza. Pero por ello se indica:

- 1.- No hay evidencia de pérdida de conciencia.
- 2.- No hay evidencia de traumatismo craneofacial
- 3.- El TAC no aprecia lesiones debajo del craneo ni en el cerebro.

Por tanto no hay constancia de la existencia de un TCE grave que justifique la posterior amnesia manifestada por el informado.

En este sentido, uno de los más importantes tratados de psiquiatría indica: “Una pérdida de memoria limitada... que tiene lugar momentos después de una herida grave en el cerebro se llama amnesia anterógrada... Los estados de trastorno de la conciencia que duran semanas y meses, que acompañan a **la encefalitis, a la hemorragia subaracnoidea y los traumatismos graves en la cabeza**, pueden ir seguidos de una incapacidad permanente para recordar los acontecimientos vividos durante ese período. En todos estos casos, la deficiencia posterior en el recordar empieza con las deficiencias primarias implicadas en el registro y retención.” (3)

Por otra parte en relación a los trastornos neuropsiquiátricos en los TCE de menor gravedad y el uso del cuestionario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI), se dice que “.. Se ha constatado una relación inversa entre las puntuaciones elevadas en las escalas de hipocondría, depresión e histeria y la gravedad del traumatismo.” (4)

En el Manual: Fundamentos de la Psiquiatría actual de Profesor Alonso Fernández, se dice que: “**Es rarísimo que la amnesia postraumática se extienda mas de seis semanas.**”

3.-CONCLUSIONES

PRIMERA

Nuestro informado, no tiene antecedentes psiquiátricos previos y a la luz de las entrevistas y estudios psicológicos realizados, no presenta en la actualidad ninguna Enfermedad Mental.

³.- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. pág. 899

⁴.- Cattelan, R. Gugliotta, M. Maravita, A. Mazzucchi, A. Post-concussive syndrome: Paraclinical signs, subjective symptoms, cognitive functions and MMPI profiles. Brain Inj. 1996; 10 (3): 187-195. Cit. En Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. C. Pelegrin et al. Ed. Prous Science. Barcelona 1997, Pág. 87.

SEGUNDA

En la serie de conductas realizadas por el informado el día de los hechos, había una clara intencionalidad, estaba consciente y sabía lo que hacía y los motivos por lo que lo hacía. Y la amnesia que refiere el informado, es algo posterior a los hechos, y que por tanto no afecta para nada al grado de conciencia y voluntad con que se realizaron dichos actos.

TERCERA

El traumatismo leve que se cita no ha tenido ninguna trascendencia en la comisión de los hechos. Cualquier traumatismo craneoencefálico de seriedad, habría bloqueado la consecución de los actos posteriores.

Cualquier posibilidad de una amnesia por el traumatismo ya habría desaparecido.

CUARTA

Por tanto, en el día de autos el informado no tenía restringida ni anulada la capacidad de obrar y entender el alcance y las consecuencias de sus actos. No presentaba alteración de sus capacidades cognitivas y volitivas, siendo imputable de sus actos.

Sevilla, 14 de marzo de 2001

INFORME DE LA DEFENSA

D. MANUEL ZARAGOZA ALMA, Licenciado en Medicina, Especialista en Psiquiatría, Psiquiatra Coordinador del Equipo de Salud Mental del Distrito A San Juan de la Palma@. INFORMAN AL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N1 DE SEVILLA, acerca de:

D. JOSÉ CAIN BELZU MARTINEZ

1.- PARTE EXPOSITIVA

No se incluyen los datos por ser repetitivos e irrelevantes.

2.-PARTE REFLEXIVA

2.1.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Ambos peritos hemos realizado la exploración psiquiátrica y el estudio psicológico de manera conjunta en orden a cumplir las exigencias de la orden judicial. Y hemos recurrido a la documentación aportada en las diligencias judiciales, para poder obtener datos sobre lo ocurrido en el periodo de tiempo que el informado, se queja de no recordar nada de lo ocurrido el día de los hechos.

Y a la luz de dichos antecedentes hemos llegado a la conclusión de barajar las siguientes hipótesis de trabajo, que en el caso que nos toca informar se trata de diferenciar entre:

- 1.- Simulación.
- 2.- Amnesia post-traumatismo Craneoencefalico
- 3.- Amnesia psicogena por un estado disociativo o por represión.

Por mi parte descarto las dos primeras opciones y me inclino por la tercera opción.

2.1.1.- Amnesia Psicógena por un Estado Disociativo.

Con respecto a la hipótesis de que la supuesta amnesia pudiera deberse a un estado disociativo, habría aquí que hacer referencia al test psicológico efectuado.

En él se pone de manifiesto que el informado no presenta ninguna Enfermedad Mental, ni de tipo Psicótico ni Neurótico, indicativos de que el informado pudiera

presentar una psicopatología de la suficiente gravedad que originase un Trastorno Disociativo en el momento de los hechos.

Y por otro lado, en el caso de se hubiera presentado un trastorno disociativo, la situación no concuerda con los que relata el informado. Caso de haber un trastorno disociativo, quiere decir que el sujeto no se ha dado cuenta de lo que ha hecho, que ha sucedido los hechos dentro de un trance psicógeno, lo que implica que cuando regresa del trance, cuando vuelve a la realidad, se aterra ante lo que ha sucedido, porque no tiene constancia de lo que ha hecho en el consciente.

Pero el informado cuando habla de lo que ha pasado siempre habla de ello como si no existiera hoy, no se aterra ante lo que ha hecho, no le produce sorpresa lo que le dicen que ha hecho. Simplemente no lo recuerda y por ello no existe. Es una negación de la realidad, pero en ese caso es un simple mecanismo de defensa muy infantil, de negar la existencia de la realidad, como algo mágico.

Y por otro lado, hay que hacer referencia al tipo de amnesia que supuestamente presenta el informado, amnesia que el profesor Alonso Fernández denomina >Amnesia de evolución fija aguda:

A la amnesia aguda confusional constituye la amnesia secundaria por excelencia, ya que su déficit de la memoria se deriva totalmente de un trastorno de la conciencia de suficiente intensidad. En la confusión mental incluimos la amplia serie de trastornos de la conciencia que se acompañan de falta de lucidez mental. La estirpe de la conciencia confusa engloba la conciencia turbia u obnubilada, la conciencia crepuscular y la conciencia desordenada. Pero solo los grados medios e intensos de conciencia obnubilada y crepuscular suelen acompañarse de amnesia.

Los rasgos estructurales fundamentales de la amnesia aguda confusional vienen dados no por la amnesia en si, sino por el trastorno de la conciencia. Además del influjo ejercido directamente por el trastorno de la conciencia sobre la memoria, se desarrolla otro influjo indirecto a través de la *incapacidad de concentración...* el trastorno de la atención es un síntoma obligatorio en la obnubilación de la conciencia y en cualquier trastorno del orden y de la amplitud de la conciencia de cierta intensidad. El sujeto carente de lucidez de conciencia, por no disponer de una capacidad de concentración suficiente, se halla a merced de sus vivencias, sin poder participar en la configuración de las mismas ⁽⁵⁾

⁵. Alonso-Fernández, F. Fundamentos de la Psiquiatría actual Tomo Madrid, Ed.Paz Montalvo, pág. 391

Por tanto según estas afirmaciones la supuesta amnesia actual sería posterior a un estado de obnubilación de la conciencia intenso, y según hemos comentado, la forma en que suceden los hechos ponen de manifiesto una concatenación de acciones que requieren planificación y, por lo tanto, mantener activas la capacidad de concentración y atención, hecho indicativo de que el estado de conciencia no se encontraba alterado.

2.1.2.- Amnesia por represión.

La amnesia histórica es una pérdida de la memoria de un período especial de la vida pasada o de ciertas situaciones asociadas con miedo, rabia o humillación vergonzante. Esta forma de amnesia es altamente selectiva y sistematizada, para cubrir las necesidades emocionales específicas del paciente.” (6)

La represión de los recuerdos constituye una forma especial de olvido que se distingue por constituir un fenómeno activo, por orientarse contra lo desagradable, lo indeseable y lo conflictivo y por no implicar pérdida alguna, sino un desplazamiento del material reprimido al inconsciente. Así tenemos que la represión representa un mecanismo de olvido activo, selectivo y defensivo (7)

En este caso el mecanismo de olvido, la represión que da como resultado la amnesia de los hechos ocurrido, es un mecanismo posterior a la ocurrencia de los mismos, por lo que en este caso no habría que cuestionar si había o no una afectación del nivel de conciencia en el momento de los hechos.

Por último, señalar que la amnesia disociativa puede hallarse asociada a un traumatismo del cráneo y en tales casos, puede existir una combinación de amnesia histórica y amnesia postconmocional que puede ser difícil de identificar.

En general, la amnesia retrograda que aparece después de la conmoción no perdura más de una semana. Además la amnesia postconmocional desaparece lentamente y la memoria suele no recuperarse para los acontecimientos que han ocurrido durante el período amnésico, mientras que el paciente que se recupera de una amnesia histórica lo hace de forma repentina y la recuperación de la memoria es total. (8)

6.- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. pág. 899

7. Alonso-Fernández, F. Fundamentos de la Psiquiatría actual Tomo Madrid, Ed.Paz Montalvo, pág. 383

8.- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J.; Tratado de Psiquiatría. Tomo I., pág. 1376.

2.2.-CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

La falta de recuerdo de don José Abel sobre los hechos objeto de Diligencias plantea una dificultad técnica para la Pericia, toda vez que la evaluación psiquiátrica se basa en gran medida en el relato vivencial (los hechos tal como son vividos por el sujeto). No obstante, disponemos de su relato en torno a sus antecedentes y situación actual; y para estudiar su conducta podemos extraer conclusiones del relato que quienes le atendieron u observaron en esos momentos han hecho ante la juez instructor.

De esa manera, tenemos que establecer una primera aproximación en torno a si estamos ante una verdadera Amnesia, o en caso contrario ante una Simulación.

Una Amnesia falsa, o **Simulación**, es una condición no clínica (no es un diagnóstico médico en sentido estricto) que debe ser considerada como probable, en la medida en que, como la negación, el no recordar son mecanismos sociales equiparables de algún modo al derecho del sujeto a no autoinculparse, y se tiene constancia que el no recordar es una queja frecuente en el ámbito judicial.

No obstante, el determinar una Simulación no puede basarse en el mero criterio estadístico de ser algo frecuente, sino que debe fundamentarse en criterios objetivos, puesto que no debe confundirse un mecanismo consciente (negar o mentir, simular) con otros mecanismos de olvido, bien orgánicos o bien psicológicos, como serían los mecanismos de defensa frente a la angustia derivada de hechos intolerables o inaceptables.

En el caso objeto de este Informe los criterios diferenciales a considerar serían:

- El de apariencia de verosimilitud. Criterio apreciable al explorador, ya que las verdaderas amnesias son referidas de forma directa y simple; mientras que las falsas amnesias son relatadas acompañadas de burdos errores en el cálculo, las fechas o la identificación de personas o lugares, y nuestro informado en ningún momento ha hecho afirmaciones de naturaleza «burda» o «exagerada»;
- El de coherencia con otros relatos o hallazgos exploratorios. En primer lugar tenemos que la queja de no recordar es registrada también en el Historial del Hospital Virgen del Rocío (un ámbito no jurídico), donde también queda recogido el momento en que don José Abel comienza a fijar recursos; momento que coincide con el expresado por él en diversos interrogatorios posteriores. Y en segundo lugar debe considerarse como avales de esa coherencia y credibilidad el que, en otro momento de la Exploración (el de

la ejecución del Inventario de Personalidad) los ítems de sinceridad y validez son adecuados;

- El de *consistencia de la queja*, ya que el no recordar el episodio ha sido expresado siempre de la misma manera, sin añadidos o modificaciones, a lo largo de las diferentes declaraciones;
- El *criterio científico o bibliográfico*, ya que la falta de recuerdo selectivo para un episodio concreto, con memoria conservada para el resto de la vida psíquica previa y posterior a un determinado acontecimiento viene recogido en la literatura psiquiátrica y definido como **Amnesia selectiva** ⁽⁹⁾; ligada generalmente a acontecimientos traumáticos, y de la que más adelante hablaré en extenso.

Todo lo anterior permite descartar la existencia de una falsa amnesia o Simulación, y que, ante la existencia de un período breve de tiempo sin recuerdos, debemos hacer un diagnóstico diferencial entre las Amnesias de causa orgánica y las Amnesias psicógenas.

La literatura científica señala como características clínicas de los **traumatismos craneoencefálicos (TCE)** la existencia de una alteración de consciencia con obnubilación o coma y una amnesia generalmente retrograda (de hechos previos al trauma) y para el período de la alteración de consciencia, de duración variable y denominada habitualmente Amnesia lacunar.

Don José Abel sufrió un traumatismo craneoencefálico debido a un choque con su vehículo y ha aquejado una Amnesia, cuya relación debe estudiarse.

Avalan la existencia del Traumatismo craneoencefálico los siguientes hechos:

- El coche que conducía don José Abel chocó contra un vehículo aparcado,
- En el Historial del Hospital Virgen del Rocío e Informe de Alta se establece un diagnóstico de «Traumatismo craneoencefálico leve»
- Las anotaciones durante la observación en dicho hospital hablan de «tendencia al sueño», «cefalea» y «dice no recordar nada de lo ocurrido», no teniendo recuerdos de su estancia en el hospital hasta el día posterior (sobre las 17 horas del día 2);
- La falta de recuerdos va desde instantes previos al choque hasta varias horas después;

⁹ «Las amnesias temáticas o selectivas se diferencian de las amnesias lacunares en que la falta de recuerdos solo afecta a ciertas cuestiones» (Alonso Fernández, *AFundamentos de la Psiquiatría Actual*, tomo 1, página 397. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1976

No obstante, otros hechos hacen dudar de la naturaleza postraumática de la Amnesia:

- La no evidencia de pérdida de consciencia y/o coma; con incluso una conducta aparentemente consciente, violenta y agresiva, mostrada inmediatamente posterior al choque y que es referida por varios testigos;
- Que no hay amnesia retrógrada (para hechos previos al golpe) y la falta de recuerdos es sólo para el episodio objeto de Diligencias y las horas inmediatamente posteriores;
- Una exploración radiográfica (Radiografía simple y TAC cerebral) sin signos de lesión encefálica;

Se puede afirmar que la naturaleza leve del traumatismo no provocó una lesión encefálica de suficiente entidad como para anular la consciencia y provocar una Amnesia postraumática. Si bien no puede descartarse totalmente un leve grado de perturbación de la consciencia, tanto por el propio Traumatismo como por las características de la conducta mostrada inmediatamente posterior, tal como la describen los testigos, de tipo repetitivo, automático, con un sólo objetivo (dirigirse hacia doña Ascensión) y como ajeno al entorno.

2.3.

Nos queda por considerar la Amnesia disociativa o psicógena que consiste en la «dificultad para recordar componentes concretos de la memoria episódica, perdiéndose ciertos sucesos personales más que procedimientos cognitivos, acontecimientos que suelen ser de naturaleza traumática» ⁽¹⁰⁾

Se trata de un tipo de Amnesia **selectiva** durante un periodo concreto de tiempo y para unos acontecimientos determinados, perdiéndose la capacidad de recordar qué paso durante ese período de tiempo.

Entre los diagnósticos diferenciales de este tipo de Amnesia destaca la Amnesia postraumática. Para Hales, Yudofsky y Talbott (op. Cit.) «*en el trastorno amnésico debido a traumatismo craneal la alteración de la memoria, aunque circunscrita, es a menudo de tipo retrógrado, abarcando un período de tiempo anterior al traumatismo. Existen frecuentemente antecedentes de traumatismo físico, de pérdida de consciencia o de lesión cerebral. Por el contrario, en la*

¹⁰. Robert, E. Hales; Stuart C. Yudofsky y John A. Talbott: ATratado de Psiquiatría, página 674-675 de su 20 Edición. Editorial Ancora. Barcelona, 1996.

amnesia disociativa la dificultad para recordar es casi siempre de tipo anterógrado (p. ej., la pérdida de memoria se circunscribe al período de tiempo posterior a la lesión)».

Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (¹¹) para la Amnesia disociativa son:

- A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).
- C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios que, en el caso de mi informado, se cumplen suficientemente, como para considerar que la incapacidad de recordar lo ocurrido los días 1 y 2 de noviembre de 2000 puede considerarse una Amnesia disociativa (diagnóstico correspondiente al Dígito F44.0 de la 100 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

2.4

El diagnóstico de Amnesia disociativa se inscribe en el marco de los llamados Trastornos Disociativos que como señalan Kaplan y Sadock (¹²) se caracterizan por *«la pérdida parcial o completa de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la consciencia de identidad y las sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales»* (criterios de la OMS en su Clasificación CIE 10,

¹¹. Organización mundial de la Salud, ACIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo V: Trastornos mentales y del Comportamiento. Meditor. Madrid.

¹². Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock, Sinopsis de Psiquiatría, 80 Edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid (1999)

ob. Cit.). El deterioro en la capacidad de la persona para elegir, recordar o moverse suele estar relacionado, según estos autores (op. cit. pp 747) con traumas, conflictos personales y relaciones interpersonales malas.

Por tanto, no sólo se altera la memoria para determinados acontecimientos, sino que se produce una escisión, una perturbación en la consciencia, la identidad y la percepción del entorno (Kaplan y Sadock citando las características de estos trastornos según la Clasificación DSM IV de la Asociación Americana de Psiquiatría).

En el caso de don José Abel, tras atropellar a doña Ascensión y chocar con un vehículo aparcado, su conducta ha sido descrita por los testigos como reiterativa, como automática, preocupándole sólo el volver hacia donde estaba la víctima, estando ajeno a las personas que allí estaban, con las que no se relacionó verbalmente y sí obedeció cuando, por ejemplo le pidieron entregar las llaves del coche.

Esa conducta tiene por tanto una característica de :

- Estrechamiento del campo de interés
- Desinterés por el entorno
- Automatismo
- Repeticiones

Que son características señaladas por los diversos autores como típicas de los Trastornos disociativos.

Por otro lado, abonaría el hecho de que el comportamiento de don José Abel tras chocar con su vehículo estaría bajo la influencia de un estado perturbado de la consciencia el antecedente del traumatismo craneoencefálico que, como he señalado anteriormente, no anuló la consciencia pero sí pudo inducir perturbación de la misma.

Para corroborar ese diagnóstico cito los criterios diagnósticos de la mencionada Clasificación CIE 10, que para los Trastornos disociativos exige:

- A) No se halla presente ninguna patología orgánica que justifique los síntomas del Trastorno (aunque pueden estar presentes otros trastornos orgánicos que den lugar a otros síntomas)
- B) Evidencia de una génesis psicológica de los síntomas, en forma de una asociación temporal estrecha con acontecimientos o problemas estresantes (a menudo alteración de las relaciones personales)

Y, en concreto para uno de los tipos de Trastorno disociativo, el llamado Trastorno de trance se exige, junto a estos criterios, alguno de los siguientes:

- Pérdida del sentido de la identidad personal,
- Estrechamiento del campo de la consciencia respecto del entorno inmediato del sujeto o marcada reducción, selección y focalización de la misma a algunos estímulos concretos del entorno del sujeto,
- Limitación de movimientos, postura y habla a la repetición de un repertorio limitado

Síntomas que deben presentarse de un modo no buscado o como continuación de ceremonias religiosas, ni estar relacionados con la existencia de síntomas de tipo psicótico por lo que, sin duda, los citados criterios pueden ser ratreados nítidamente en la conducta de don José Abel tal como ésta es descrita por los testigos.

2.5.

Para este perito la conducta de don José Abel, en el caso del atropello, no está condicionada por circunstancias psicopatológicas que alteren su capacidad de entender y actuar conforme a dicho entendimiento; si bien esa consideración no puede extenderse razonablemente a las conductas posteriores al atropello y choque, puesto que hay razones clínicas (existencia de traumatismo craneoencefálico y amnesia disociativa) y descriptivas (relato de testigos) para inducir la existencia de un estado anómalo de la consciencia durante dicho comportamiento.

3.-CONCLUSIONES

PRIMERA.- Don José Abel Belda Maldonado no tiene antecedentes de enfermedad psíquica bien constituida, salvo reacciones depresivo-ansiosas tras la muerte del padre y su separación matrimonial que no precisaron atención psiquiátrica.

SEGUNDA.- En el momento actual presenta una **Amnesia disociativa** (Dígito **F44.0** de la 100 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10) sobre los hechos objeto de las Diligencias judiciales. No presenta sintomatología psiquiátrica de otro tipo, ni de la esfera psicótica ni afectiva.

TERCERA.- El día 1 de noviembre sufrió un Traumatismo craneoencefálico leve, sin evidencia de pérdida de consciencia, como consecuencia del choque del vehículo que conducía contra un vehículo que estaba estacionado.

CUARTA.- La conducta observada tras el atropello de doña Ascensión y choque con otro vehículo, caracterizada por ser repetitiva, automática, con restricción del campo de atención y sin conexión con el entorno, es compatible con la existencia de un **Trastorno disociativo, de trance** (F44.3 de la Clasificación CIE 10 de la OMS).

QUINTA.- No hay evidencia de condiciones psicopatológicas que influyan, desde el punto de vista médico-legal, en la conducta del atropello de doña Ascensión, pero sí hay indicios de un estado de consciencia perturbado en la conducta agresiva posterior, perturbación condicionada tanto por el estado disociativo como por el traumatismo craneocefálico leve sufrido.

Sevilla, 14 de marzo de 2001
Fdo. Dr. Manuel Zaragoza Alma

INFORME DE LA VICTIMA

D. FRANCISCO GARCIA PORTES, LICENCIADO EN MEDICINA Y ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y DÑA. ROSA ZAPATA ROJAS, PSICÓLOGA CLÍNICA, INFORMAN ACERCA DE LA PACIENTE:

DOLORES ARCE QUIÑONES

I.-PARTE EXPOSITIVA

Paciente de 45 años a quien vemos por primera vez en fecha 22/2/2001

ANTECEDENTES PERSONALES

Hay un informe de la A Empresa pública de emergencias sanitarias (061) «que atiende a la paciente a las 12:05 horas del día 01/11/2000 y que indica que presenta: luxación de pie derecho y numerosas heridas por arma blanca que afectan a cuello, herida paraesternal izquierda submamilar derecha, abdomen, miembros superiores y zona pararenal derecha.»

Con fecha 1/11/2000 hay un informe médico forense, del Juzgado de Instrucción Nº 9 de Sevilla, que indica que en el día de la fecha la informada: ha sufrido una agresión presentando las siguientes lesiones...: una herida en el cuello cara anterior, una herida en el cuello cara latero posterior, sin afectación del paquete vásculo-nervioso, en región dorsal presenta otra herida penetrante hasta.... (retroperitoneal), en hemitórax derecho presenta otra herida penetrante en cavidad torácica, en el hemitórax izquierdo hay otra herida que sigue una dirección descendente, atraviesa el diafragma y llega la cavidad abdominal. Por último, en la mano izquierda existe otra herida con afectación de los tendones flexores. Todas estas heridas han sido ocasionadas por arma blanca. En el pie izquierdo presenta además una luxación del metatarso. Como las intervenciones y las exploraciones generales aun no habían terminado, no se descartan otras lesiones menos graves en extremidades. Pronóstico: Grave»

Con fecha 6/11/2000 hay un informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, que especifica las siguientes intervenciones:

- Reducción y osteosíntesis de pie dcho fijando escafoides tarsiano. Férula de yeso.

- Sutura de herida en flexor de 2º dedo de mano izda.
- Sutura de herida en pulpejo del 4º dedo de la mano dcha.
- Sutura por planos de herida incisa de región posterior del cuello de 20 cms. que interesaba musculatura paravertebral, aponeurosis, grasa y piel.
- Sutura por planos de herida trasversa en región cervical anterior de 15 cm. que afectaba a piel, celular subcutáneo y músculo platista.
- Sutura de 3 heridas incisivas en antebrazo izdo.. Flexura del codo con lesión muscular de 10 cms, en cara posterior de 8 cms y en cara anterior de 2 cms. Colocación de drenajes.
- Dos heridas penetrantes en tórax dcho. Colocación de drenaje pleural. Herida precordial en 31 espacio paraesternal de 4 cms. Que penetra en pectoral mayor hasta glándula mamaria sin penetrar en tórax.
- Herida penetrante en tórax sobre diafragma. Colocación de drenaje pleural izdo.
- Herida que penetra en músculo paravertebral a nivel de últimos arcos costales dchos. Colocación de drenajes.
- Laparotomía exploradora con sutura de herida diafragmática izda. y limpieza de cavidad.

JUICIO CLÍNICO: Agresión con vehículo y posteriormente con arma blanca con intento homicida.

No ha presentado antecedentes de trastorno psicológico y/o psiquiátrico antes del 1/11/2000.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes.

PSICOPATOLOGÍA ACTUAL

En el momento de la exploración se encuentra bien orientada espacial y temporalmente y con buen nivel de conciencia.

Presenta un estado de ánimo depresivo, con tristeza, apatía, cansancio la mayor parte del día y pérdida de interés por las actividades diarias. Presenta sentimientos de inutilidad y de culpa, baja autoestima y pérdida de la ilusión vital.

Hay insomnio de conciliación y medio, con frecuentes pesadillas. Hay pérdida de apetito, refiriendo pérdida de peso.

Presenta síntomas de intensa ansiedad somática y psíquica con tensión, incapacidad para relajarse, preocupación por pequeñas cosas, dificultades de concentración, tensión e irritabilidad, con frecuentes explosiones agresivas.

Aparte de ello hay una constante rememoración de la agresión sufrida, en forma de recuerdos, pensamientos invasivos o percepciones que se traducen en múltiples miedos e intenso malestar psicológico. Hay ideas obsesivas entorno a la agresión sufrida y la angustia vivida en el momento de los hechos y los días posteriores. Presenta reacciones de sobresalto e hipervigilancia.

La paciente refiere:

“Se me vienen como >flashes< le veo, pero no le veo la cara...”

Me encuentro mucho más vulnerable, más sensible, más indefensa, mas agobiada. Ahora mismo se me hace un mundo cualquier cosa, desplazarme, salir de casa... se me hacen un mundo cosas que antes hacia con normalidad, sin problema...

Me levanto porque tengo que ir a rehabilitación, si no me quedaba en la cama todo el día, no tengo ganas de nada. No aparezco por la tienda para nada...

Tengo muchos miedos, al principio no quería ni coger el coche, pero lo he ido superando porque no tengo más remedio... pienso que voy a atropellar a alguien... A la hora de cruzar, tengo miedo de que me cojan...

No quiero salir a la calle, no quiero encontrarme con la gente, pienso que me miran, me siento incómoda... no quiero que me pregunten. Las cicatrices no me las he mirado, mi hija es la que me echa la pomada...”

Por último, presenta problemas de memoria y dificultades de concentración y atención, con sensación de embotamiento y de bloqueo del pensamiento.

ESTUDIOS PSICOLÓGICOS

! CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

El perfil obtenido es válido y fiable, ya que las escalas de sinceridad (L), validez (K) y fiabilidad (F) indican que la informada ha sido sincera en sus respuestas. La puntuación en las **Escalas Clínicas**, ponen de manifiesto la presencia de graves síntomas de Depresión Clínica, con tristeza, infelicidad, baja autoestima, fatigabilidad, etc. Presenta procesos de pensamiento retardados y facultad de

concentración disminuida. Muestra niveles bajos de energía, se siente apática y difícil de motivar.

Igualmente presenta síntomas de ansiedad somática y psíquica, con gran tendencia a preocuparse, a sentirse ansiosa, tensa y nerviosa.

Se define a sí misma como físicamente enferma y se preocupa demasiado por la salud y el funcionamiento de su cuerpo. Reacciona exageradamente ante la tensión más leve desarrollando más síntomas físicos, lo que le provoca más ansiedad, más tensión y nerviosismo. Tiende a preocuparse incluso por cosas sin importancia, mostrándose inquieta, aprensiva y con frecuencia irritable.

Presenta un cierta predisposición paranoide, mostrándose suspicaz, desconfiada y reservada, siendo excesivamente sensible a lo que los demás piensan de ella.

En síntesis, presenta fuertes síntomas de depresión clínica y de ansiedad somática y psíquica en forma de quejas físicas, preocupación por pequeñas cosas, tensión, irritabilidad y síntomas obsesivos. Presenta una baja autoestima, sentimientos de inseguridad y dependencia; presenta una predisposición paranoide, mostrándose muy sensible a lo que se piensa de ella. Carece de recursos eficaces para enfrentar sus problemas y manejar las tensiones.

II.-PARTE REFLEXIVA

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Se trata de una paciente que no había presentado antecedentes de padecer trastorno psicológico ni psiquiátrico antes del 1/11/2000

En esa fecha, cuando se disponía a cruzar la calle, es atropellada por un vehículo conducido por su ex-marido, quien posteriormente sale del mismo y la apuñala en 8 ocasiones.

La informada relata los hechos con una vivencia de gran angustia, no solo por la gravedad de la agresión y las lesiones, que suponen una amenaza real para su vida, con la vivencia cercana de la muerte, sino fundamentalmente porque esta agresión adquiere una significación especial para ella, dada la identidad del agresor y la relación que le unía a él (casados durante 18 años y padre de sus dos hijas), es decir, por «la apreciación subjetiva» y el «carácter simbólico» del hecho, del significado que tiene para la víctima. De hecho la primera reacción es

de incredulidad ante los hechos, ya que la persona que debería haberla >socorrido, en este caso se convierte en su agresor.

La informada comenta:

Después de atropellarme, lo vi salir del coche, vi que era él y pensé que venía a ayudarme, porque estaba caída en el suelo... y de pronto empezó a golpearme, creía que eran golpes hasta que me vi la sangre....

Yo sé que me ha pasado lo que me ha pasado, pero es como si le hubiera pasado a otra persona, no me puedo creer que haya sido a mí... que una persona que ha vivido contigo tantos años, sea el padre de tus hijas... te haga algo así...

A raíz de estos hechos se manifiestan cambios importantes en la personalidad de la paciente, una ruptura de su equilibrio psicológico previo, pues la informada nunca había tenido antecedentes de trastorno psicológico antes de la agresión.

Es a partir de entonces y como secuela de este suceso, cuando aparece un cuadro de gran ansiedad, con una constante rememoración de la agresión sufrida, en forma de recuerdos invasivos (flashback), pesadillas y percepciones que se traducen en un intenso malestar psicológico. Hay además hipervigilancia (hiperactividad vegetativa), reacción de sobresalto e insomnio, como se ha descrito en la psicopatología.

Podemos afirmar por tanto, que la agresión sufrida por la informada ha supuesto una gran deterioro para su vida, se ha roto el equilibrio psicológico existente hasta ese momento, implicando un considerable sufrimiento que con toda probabilidad perdure en el tiempo y sea crónico, con permanencia de los siguientes síntomas:

- síntomas depresivos
- síntomas de ansiedad
- pérdida de autoestima,
- miedos y pensamientos obsesivos y repetitivos (la informada revive de forma repetitiva el ataque o detalles del mismo lo cual le provoca sufrimiento, pero no puede dejar de pensar en ello)
- sensación de invalidez y de inseguridad,
- afectación de los hábitos de conducta autónoma (sueño y alimentación),
- dificultad para actuar delante de los demás con sentimientos de vergüenza respecto al hecho sufrido

Toda la sintomatología descrita cumple los criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático clasificado con los códigos (DSM-IV:309.81)⁽¹³⁾ (CIE-10:F43.1)⁽¹⁴⁾

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

¹³. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Madrid, 1995. Pág. 439

¹⁴. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, O.M.S. 1993. Pág.185

- (2) esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) restricción de la vida afectiva
- (7) sensación de futuro desolador

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma) tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Y dada la duración de los síntomas, más de 3 meses desde su inicio, se puede hablar de un Trastorno Crónico.

Y por otro lado, en las entrevistas y estudios psicológicos practicados se pone de manifiesto la existencia de un estado de ánimo depresivo, con tristeza, apatía, cansancio la mayor parte del día y pérdida de interés por las actividades diarias. Presenta sentimientos de inutilidad y de culpa, baja autoestima y pérdida de la ilusión vital. Hay insomnio de conciliación y medio, con frecuentes pesadillas. Hay pérdida de apetito, refiriendo pérdida de peso.

Por tanto, además del diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, se cumplen también, por tanto los criterios para el diagnóstico de TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, que exigen las actuales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV: 296.31)⁽¹⁵⁾:

¹⁵. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Madrid, 1995. Pág. 352.

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- (1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
- (9) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej. una droga o un medicamento) o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La falta de antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos anteriores a la fecha de su accidente, así como las características y el contenido de su sintomatología, claramente relacionada con dicho suceso y sus consecuencias, nos permite afirmar que ambos trastornos han sido desencadenados por la agresión sufrida el 1/11/2000.

VALORACIÓN DE SECUELAS

- SECUELAS ESTÉTICAS (pendientes de informe definitivo del especialista)
Se trata de numerosas secuelas visibles a simple vista, en ambas manos, antebrazo, espalda, torso (incluidas mamas), abdomen y costado.

Según consta en el informe de ficha 24/04/2001 del Dr. Saldaña, médico del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Todas las cicatrices del tronco son hipertróficas, estéticamente desfavorables y con escasa capacidad de corrección.

Se trata pues de grandes cicatrices que con toda probabilidad serán definitivas, con el consiguiente perjuicio para la autoimagen de la informada. De hecho en la actualidad están causando un permanente malestar en la informada que es incapaz ni siquiera de mirarse su cuerpo por el horror que le causa. La informada nos refiere: *“Es mi hija la que tiene que darme la crema, yo no me he mirado todavía las cicatrices, no me puedo mirar el cuerpo, no soy capaz...”*

Hay que tener en cuenta que la edad y el sexo de la informada, una persona joven, mujer, que además se encontraba rehaciendo su vida sentimental y para quien su aspecto estético cobra gran relevancia.

- SECUELAS FUNCIONALES

Existen secuelas funcionales que están afectando a la movilidad de la informada y que se encuentran pendientes de valoración definitiva por especialista.

- SECUELAS PSÍQUICAS

En primer lugar habría que hablar de los síntomas DEPRESIVOS instaurados tras los hechos traumáticos, que en la actualidad se ponen de manifiesto en un estado de ánimo depresivo, con tristeza, apatía, cansancio la mayor parte del día y pérdida de interés por las actividades diarias.

a), se considera que existen las siguientes secuelas:

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS

PUNTUACIÓN

- Neurosis postraumática	14
- Síndrome depresivo postraumático	9
- Excitabilidad, agresividad esporádica	5
- Alteración de la personalidad	6

III.-CONCLUSIONES

PRIMERA

Nuestra informada presenta:

- 1.- Un TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, clasificado según la nomenclatura psiquiátrica actual con los códigos (DSM-IV:309.81) ¹⁶ (CIE-10:F43.1)¹⁷
- 2.- Un TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE , clasificado según la nomenclatura psiquiátrica actual con los códigos (DSM-IV: 296.31)¹⁸ (CIE-10:F33.11)¹⁹

SEGUNDA

Estos trastornos tienen directa relación con la agresión sufrida el 1/11/2000.

TERCERA

Del mismo modo, todas las secuelas que actualmente presenta la informada (estéticas, funcionales, psíquicas y morales) guardan relación directa con la agresión sufrida por la informada el 1/11/2000

Sevilla, 26 de julio de 2001

Fdo. Fco Garcia Portes

Fdo. Rosa Zapata Rojas

¹⁶. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Madrid, 1995. Pág. 439

¹⁷. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, O.M.S. 1993. Pág.185

¹⁸. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Madrid, 1995. Pág. 352

¹⁹. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, Madrid, O.M.S. 1993. Pág.160

CAPITULO 18 (1)

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA (PROSAVI)

1.- ANALISIS DE LA SITUACION.

En la actualidad no se cuenta con un Programa de Servicio y Atención a las Víctimas y Testigos, con un enfoque integral de la asistencia, considerando fundamentalmente aspectos psicológicos, sociales y jurídicos; así como la importancia de su colaboración en la investigación del hecho delictivo.

El Ministerio Público no cuenta con lugares adecuados, donde puedan acudir las víctimas de delitos, y poder recibir una ayuda y asistencia **integral** tanto para denunciar los hechos punibles, como para recibir orientación de un Fiscal, la valoración médica de un Forense, la valoración psicológica o psiquiátrica, y la ayuda psicossocial ante el trauma de haber sufrido violencia; asistencia social y orientación para acceder a ayudas de otras organizaciones que cuentan con albergues, guarderías y otros apoyos para sus hijos o familiares.

No presta una adecuada orientación, asesoría e información al ciudadano, respecto a sus derechos, el apoyo y protección que la justicia y el Ministerio Público pueden brindarle y asistirle, buscando reparar, compensar y reducir el trauma y daño sufrido; y brindar un efectivo tratamiento a las víctimas de delitos.

Falta implementar servicios efectivos de protección a las víctimas de delitos, con tal eficiencia y cuidado, que evite la SEGUNDA VICTIMIZACION, (victimización secundaria) y que se pueda reducir y reparar el daño y trauma, restablecer la paz social y la confianza en el sistema de administración de justicia y la seguridad ciudadana.

Falta implementar programas y servicios que eviten la movilización de todo el aparato de justicia, atendiendo imaginativamente los casos de faltas leves y los delitos de “bagatela”; así como la solución de conflictos a través de la conciliación y asesoría especializada.

1. Este capítulo no se ha modificado, del que se publicó en La Víctima (1ª Ed.) Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. Sucre 2004: 385- 403

Falta una instancia de coordinación entre la Policía-PTJ y el Ministerio Público, que permita una inmediata atención y servicio a las víctimas, de acuerdo a los roles y funciones que le compete desempeñar a cada una de estas instituciones. Es importante también coordinar con las Defensorías (de la niñez, jóvenes, mujer, etc.), Alcaldías, Prefecturas y ONGs. que tienen servicios y apoyos de carácter asistencial orientados a los niños, jóvenes, mujeres y población de bajos recursos.

Falta un modelo eficiente de investigación del delito, agilización de los procedimientos y un efectivo fortalecimiento de los operadores de justicia, que permitan implementar políticas preventivas en sectores sociales con mayores riesgos de victimización; para lo que se requiere contar con estudios y estadísticas confiables y oportunas.

Falta lograr que el acceso a los servicios de la justicia, sean más fáciles, expeditos, en lugares agradables, confiables y sin tener que soportar malos tratos de los funcionarios y su escasa capacidad de comprensión de la situación de crisis y trauma de las víctimas de delitos.

Falta un mayor acercamiento a la víctima, para poder ajustar y brindar servicios más eficientes y efectivos tanto para su atención y servicio, como para la propia PREVENCIÓN DEL DELITO y la tarea de investigación penal; pues en la medida en que podamos contar con vasta información de los hechos y condiciones de inseguridad y victimización - que debe ser analizada a la luz de un conjunto de factores criminológicos -, podrían ser de utilidad en el trabajo de los fiscales, quienes a su vez podrán volcar toda su experiencia en el desarrollo de las actividades de los programas de servicio de atención a las víctimas y en su propio diseño y perfeccionamiento.

2.- ANÁLISIS DEL ENTORNO.

Estos operadores, carecen primeramente, de unos ambientes adecuados y debidamente equipados, donde las víctimas puedan sentar su denuncia cómoda y confiablemente, dentro del marco de la reserva y confidencialidad que requiere la víctima, luego de haber sufrido violencia y trauma; sus recursos humanos, no están debidamente capacitados para brindar un trato adecuado a las víctimas, que en lugar de generar un espacio de confianza, asesoría y apoyo, generalmente confunden y acrecientan los temores y traumas de las víctimas, a quienes les piden dinero para continuar con las investigaciones e intimidan para lograr sus objetivos de corrupción.

Ante esta situación, las víctimas prefieren evitarse la denominada “segunda victimización”, y terminan abandonando la denuncia pues no tienen los recursos suficientes para continuar con el esclarecimiento del hecho delictivo y no perciben la accesibilidad, seguridad, transparencia, equidad y confianza que pregonan las Leyes.

Estos hechos que son parte de la realidad del sistema, maltratan, espantan y desalientan a los denunciantes a continuar, pues en muchos casos, pasan del estatus de denunciantes, a víctimas del hecho delictivo, gracias a las componendas jurídicas, la ley del más fuerte y del que tiene mayores recursos económicos para distorsionar los hechos y “acomodar” la ley a sus intereses.

Es importante avanzar en el diseño de políticas criminales que permitan prevenir los hechos delictivos y la victimización, por eso debemos ser un interlocutor válido ante la comunidad para tratar de descubrir cual es el mejor modo de defender aquellos intereses y derechos que se nos han encomendado. Debemos innovar programas y servicios que nos integren de mejor forma a la sociedad y podamos responder eficazmente a la serie de demandas y necesidades de la población, en el marco de las leyes y normas en actual vigencia.

Debemos utilizar nuestras capacidades de coordinación para lograr mayores ayudas para las víctimas de los delitos, con organizaciones nacionales nuevas, como pueden ser este programa, ayudas internacionales claves como UNICEF para realizar acciones conjuntas que mejoren el sistema de administración de justicia vinculados con niños y adolescentes, Derechos Humanos, Viceministerio de Género, Municipios – Gestión Social – Prefecturas, Defensorías, Policía, PTJ y otros.

La declaración de las Naciones Unidas sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y de abuso de poder, entiende por “víctimas”, las personas que, individual o colectivamente hayan sufrido daños, incluidos lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal nacional o internacional; o que, de otra manera, constituyan una violación grave de normas internacionalmente reconocidas relacionadas con los derechos humanos con correlato en el derecho positivo boliviano. En la expresión víctima se incluye además, a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

3.- EL PROGRAMA

Por todo lo anterior, es imprescindible preparar un Proyecto amplio y con perspectivas de futuro, que logre una mayor integración hacia la comunidad y la ciudadanía, brindando servicios y acciones que solucionen efectivamente el conflicto, promuevan la paz social y el orden establecido, recuperando la confianza y credibilidad en la administración de la justicia y sus operadores. Brindando servicios y asesoría legal, tratamiento psicológico, asistencia forense, asistencia social y gestión de ayuda con otros organismos públicos y privados.

Es vital contar para ello, con ambientes físicos adecuados, que aseguren la confianza, confidencialidad, reserva y trato adecuado de las víctimas, con profesionales de moral limpia, debidamente capacitados, formados y entrenados para atender a las víctimas, coadyuvando efectivamente a reducir, aliviar y compensar el daño sufrido; y, por supuesto, asegurar toda su capacidad para los efectos de investigación y acusación penal.

En relación a estas demandas se ha presentado a la Fiscalía General, varios proyectos en el área de la Victimología, hay un paquete que incluye todas las áreas:

- 1.- Plataforma de Atención al Público (PAP)
- 2.- Programa servicios de atención a víctimas (PROSAVI)
- 3.- Programa de Protección a Víctimas, Testigos y Funcionarios (PROVITE)

Los Programa son complementarios y con retroalimentación. Fueron presentados por el Dr. Núñez de Arco, el Lic. Ricardo Solís y el Dr. Rolando Rojas, a la Fiscalía General de la República, para su implementación el año 2002. Para que funcionaran como una División más del Instituto de Investigaciones Forenses dependiente administrativamente de la Fiscalía General de la Republica.

Concretamente en este Capitulo no abocamos al 2º Programa, que es iniciado en la Ciudad de La Paz, gracias al Apoyo de la Dra. Corina Machicado, Fiscal de Distrito de La Paz. Se inicio un Programa Piloto en Noviembre del año 2002 y que actualmente esta a punto de completarse en cuanto a personal y equipamiento. El año 2003, se creo el PROSAVI en la ciudad de Sucre, con el personal mas indispensable. Y falta el desarrollo del programa, en el resto del País.

Este programa se creo al amparo de la Ley No. 2175, del 13 de febrero del 2001, que explicita:

“ **PROTECCION.** El Ministerio Público protegerá a las personas, que por colaborar con la administración de justicia, corran peligro de sufrir algún daño.

Esta protección se brindará en especial, cuando se trate de delitos vinculados a la criminalidad organizada, al abuso de poder a la violación de derechos humanos. A tal efecto, dispondrá de un programa permanente de protección a testigos, víctimas y a sus propios funcionarios”.

En cumplimiento de la Ley No. 2033, de 29 de Octubre de 1999, en su Art. 16. (Investigación):

“El Ministerio Público tendrá la responsabilidad de crear, en coordinación con la Policía Nacional equipos interdisciplinarios que colaboren en la investigación de las denuncias de delitos contra la Libertad sexual.”

4.- AMBITO DE INFLUENCIA

Por la importancia que reviste el proyecto, se prevé su implementación total, vale decir en todo el país, para el Primer semestre del 2005.

Pero este segundo semestre del 2004, implica fortalecer a los proyectos piloto establecidos en la Paz y Sucre, y desafiar y animar al resto de los distritos, para que sus autoridades y fiscales, compartan la necesidad de implementar este programa en sus fiscalías. Así mismo, demanda una gestión inmediata y profesional, ante las agencias internacionales que cooperan con el Ministerio Público, buscando sensibilizar su cooperación inmediata.

El ámbito de aplicación del Programa, es nacional, inicialmente en todas las ciudades capitales de departamento. Ya que para atender todas las demandas inherentes a las Unidades de Atención a las Víctimas y Testigos, se requiere cubrir todo el ámbito poblacional urbano y rural del país, pues los delitos y hechos criminales se suceden en todas las concentraciones poblacionales.

Los PROSAVIs, requiere ser dotado de los medios materiales suficientes y adecuados para cumplir eficaz y eficientemente con sus funciones especializadas: Infraestructura, vehículos, equipamiento, instrumental y equipo móvil de Rápida respuesta.

El IDIF por sus labores científico-técnicas y periciales especializadas, requiere de un presupuesto adecuado y una autonomía funcional y técnica que aseguren

la confiabilidad de sus dictámenes y pericias, más aún en el área de la Victimología.

5.- LOS OBJETIVOS.

Objetivos Centrales.

Implementar el Programa Servicio de Atención a la Víctima, que brinde información, orientación y asistencia directa a toda persona que ha sido víctima de un delito, comprendiendo tanto el asesoramiento legal, la evaluación psicológica, como la asistencia forense a nivel médico, la asistencia social y gestión de ayuda, coordinación o derivación ante otras instancias pertinentes de apoyo y asistencia social.

Objetivos Específicos.

Establecer el Programa Servicio de Atención a la Víctima, procurando hacer de Bolivia, un país más seguro, previniendo, persiguiendo, sancionando y corrigiendo las conductas criminales, cumpliendo estrictamente los mandatos de la Ley y las garantías individuales; desarrollando y estableciendo un nuevo pacto social de confianza y credibilidad entre el sistema de justicia y la población.

Crear una unidad que brinde eficientes y eficaces servicios de atención a la víctima, en unos ambientes adecuados y con un equipo "mínimo" de profesionales idóneos, que con sus acciones, compensen, disminuyan y alivien el daño sufrido, evitando la victimización secundaria; asistiendo y reparando de la mejor forma posible y en el marco de lo establecido en las leyes, los daños a las víctimas que acuden al sistema de administración de justicia.

Implementar un Programa, que cuente con los espacios físicos mínimos e indispensables para brindar confianza y seguridad a las víctimas, con el equipamiento suficiente para el seguimiento de las causas e información inmediata del estado de las denuncias y casos, con recursos humanos profesionales e idóneos que faciliten la resolución de todo tipo de conflictos y necesidades de las víctimas del delito, desplegando acciones en todos aquellos ámbitos en que pueden intervenir en su asistencia, disminuyendo y amortiguando el sentimiento de inseguridad ciudadana.

Difundir medidas preventivas de victimización e informar sobre los procedimientos policiales y judiciales, en caso de sufrir las consecuencias de un delito. Facilitar

un mejor conocimiento del funcionamiento del aparato policial y de la administración de justicia al conjunto de la ciudadanía.

Brindar apoyo legal, psicológico y asistencia forense a las víctimas de delitos y personas afectadas de su entorno; y, promover los derechos de las víctimas dentro del ámbito judicial.

Potenciar la coordinación y mejor servicio de los diversos operadores de justicia como la Policía, PTJ, Ministerio Público, Poder Judicial e instituciones vinculadas a la asistencia social, como Municipios, Prefecturas, Defensorías (de la niñez, de la mujer, del pueblo, etc), ONGs, etc.

Establecer un sistema eficiente y efectivo de información y estadísticas, que permita orientar adecuadamente las políticas de prevención, y sanción del delito.

6.- RECURSOS HUMANOS

PERSONAL MINIMO DEL PROSAVI.

- 1 Fiscal de Familia
- 1 Fiscal de Menores
- 2 Médicos Forenses
- 1 Auxiliar de Medico Forense
- 1 Psicólogo
- 1 Medico Psiquiatra
- 1 Medico Radiólogo
- 1 Trabajadora Social
- 1 Técnico Radiólogo
- 1 Recepcionista

Fiscales Especializados.

Conciliaciones familiares en matrimonio e hijos, cuando no hay conciliación, comienza el tramite de divorcio.

Atiende en primera instancia agresiones físicas, psicológicas a la mujer, al varón y a los hijos, atiende todos los casos de Violencia Intrafamiliar atendidos por la Brigada de Protección a la Familia y Defensorías de la Niñez y adolescencia, para ser posteriormente remitida al Juez.

Psicólogo.

Realiza evaluaciones del daño psíquico y sus consecuencias emitiendo un informe pericial.

Realiza informes periciales a requerimiento fiscal u orden judicial en orden a evaluar al victimador y sus atenuantes o eximentes que pudieran presentar.

Realiza intervención en crisis, a víctimas de violencia, de emergencia y para posteriormente derivar a una organización estatal o no gubernamental para su tratamiento.

Sensibiliza y concientizar a victimarios de violencia física, sexual y psicológica.

Atiende y trata a los testigos del hecho violento, sobre todo cuando ocurre dentro del núcleo familiar.

Mediante apoyo psicológico, realiza la recuperación de la autoestima y autonomía de las víctimas y testigos para su incorporación al proceso legal. (Preparación del testigo)

Coadyuva en el proceso de recuperación que una víctima mujer de violencia intrafamiliar necesita para tomar conciencia de las razones que la llevaron a su deterioro y por qué vuelve a la fuente de sus problemas (vuelve con la pareja violenta).

Médico Forense:

Atiende a víctimas de hechos violentos, por la anamnesis, examen físico general y segmentario del cuadro lesivo, y determina la sanidad de las mismas.

Realiza la valoración del daño corporal, con el apoyo de exámenes de laboratorio y radiografías, para emitir el informe del caso, y/o redactar el Certificado Médico Forense.

Realiza informes periciales de valoración del daño corporal, sus consecuencias y su relación con los hechos.

Participa en programas de sensibilización y concientización a víctimas y victimarios de violencia física, sexual y psicológica.

Trabajadora Social.

Contactar con familiares y amigos de la víctima, para asesorar del apoyo que puede dar desde su entorno.

Corroborar que la víctima reciba una información y asesoramiento referente al hecho violento: en el marco legal y posibilidades de acción, derivación hacia una red sanitaria, social y su pronta readaptación social.

Facilitar información a la víctima sobre la tramitación de su denuncia o querrela, y analizar la evolución socioeconómica.

Coadyuvar en el proceso de recuperación que una víctima mujer de violencia intrafamiliar necesita para tomar conciencia de las razones que la llevaron a su deterioro y por qué vuelve a la fuente de sus problemas (vuelve con la pareja violenta).

Medico Radiólogo

Realiza evaluaciones del daño corporal mediante las radiografías o exploraciones ecograficas, para facilitar el informe pericial del medico forense.

Realiza informes periciales en base a las interpretaciones de radiografías, ecografías o imágenes de TAC, que sean presentadas por las partes a requerimiento fiscal.

Realiza informe periciales acerca de las radiografías que le sean solicitadas, en orden al daño corporal y la relación con los hechos.

Técnico Radiólogo

Debe realizar las tomas radiográficas y revelarlas para su interpretación por el Medico radiólogo.

Auxiliar de Medico Forense.

Es un Medico con Maestría en Medicina legal y Ciencias forenses.
Coopera al medico forense en todas sus funciones de abordaje hacia la víctima.
Coopera en la colecta de evidencias en delitos sexuales.
Puede suplir al Medico Forense, en algunas actuaciones.

Recepcionista.

Esencialmente es de atención al público, de apoyo y asistencia administrativa.

7.- SERVICIOS QUE BRINDARA UN PROSAVI.

Atender denuncias o querellas de:

- Violencia intrafamiliar
- Víctima de delitos sexuales
- Víctimas de delitos violentos
- Maltrato a menores, ancianos, incapacitados
- Personas involucradas en el maltrato físico o emocional dentro de la familia.
- Atender a víctimas o testigos de hechos delictivos violentos.

Brindar asistencia psicológica, forense y social:

Valoración psicológica del daño psíquico, por maltrato y traumas violentos

Valoración del daño corporal por médicos forenses

Gestionar ayuda social

Gestionar ayuda inmediata de la policía, bomberos, centros hospitalarios o asistencia médica

Brindar información a las víctimas sobre:

Actuaciones y normativa que le permitan desempeñarse como parte en un proceso, hacer efectiva la responsabilidad civil derivada de la comisión de un delito; forma de acceso a los abogados de oficio, etc.

Otros procedimientos legales para hacer valer sus derechos

Diferentes tipos de actuaciones policiales

Programas específicos de atención a las víctimas, del Gobierno Nacional, Poder Legislativo, Municipios, Prefecturas, Defensorías, ONGs y otros.

Actuaciones a desarrollar por la víctima tendientes a evitar el riesgo de una victimización posterior: medidas de seguridad y de protección relativas a personas, bienes, etc

Comunicar la existencia y servicios que brindan los Programas de Atención al Público y el Programa de servicio de Protección de Testigos y Funcionarios. (Cuando funcionen)

Atención concreta y puntual:

Asegurarse de que se han cumplido los trámites pertinentes: presentación de la denuncia o querrela, asistencia de un fiscal, adopción de medidas de protección, etc.

Certificación por escrito de la valoración del daño corporal y psíquico.

Investigación complementaria del daño corporal, mediante uso de rayos X y Ecógrafos.

Apoyar Psicológicamente a la víctima para que recupere la autonomía y la seguridad disminuida. Derivación para Psicoterapia, en casos necesarios.

Comprobar que la víctima recibe una información y asesoramiento referente al problema planteado: marco legal y posibilidades de acción, derivación hacia la red sanitaria, social, o la futura red de redes antiviolencia, etc.

Conectar con familiares y amigos de la víctima, si fuera necesario, para asesorar sobre el apoyo que ese le pueda ofrecer desde su entorno.

Atención continuada:

Facilitar información periódica a la víctima sobre la tramitación de su denuncia o querrela.

Analizar la evolución socio-emocional como consecuencia de la acción sufrida y derivación, bajo seguimiento del PROSAVI, al servicio correspondiente.

Reducir el sentimiento de inseguridad y aislamiento en que pudiera encontrarse y, al mismo tiempo, aprovechar la situación vivida para promover acciones que permitan una mejor interrelación con su entorno.

Brindar atención integral a personas involucradas en el maltrato físico o emocional dentro de la familia, brindando asistencia jurídica, valoración del daño psicológico, valoración de daño corporal y social

Auxiliar a víctimas de delito violento, proporcionando asesoría jurídica tendiente a obtener la reparación del daño material y moral

Atiende el impacto post – traumático de la acción delictiva

8. FUNCIONES DE UN PROSAVI.

Recibir denuncias o acusaciones verbales o escritas de las víctimas o querellantes, iniciando el proceso de atención, a través de un requerimiento fiscal ya sea para la atención del médico forense, el apoyo psicológico, la asistencia social, o el inicio de las investigaciones pertinentes.

Realizar la valoración del daño corporal y psíquico en Mujeres maltratadas y menores de edad, sin requerimiento fiscal y de manera totalmente gratuita.

Informar a los denunciantes o querellantes sobre sus derechos y obligaciones ciudadanas, para lo cual deberán identificarse plenamente.

Iniciar el proceso de investigación de los delitos denunciados o querellados, con el auxilio de la PTJ, el IDIF y otros, para los efectos de acusación, dirigiendo diligencias de policía judicial.

Expedir copia de su declaración o denuncia.

Asegurar que los denunciantes, querellantes o víctimas precisen en su declaración los hechos, motivos y las circunstancias de lugar, tiempo y modo en que ocurrieron.

Solicitar al denunciante o querellante que aporte los datos necesarios para precisar la identidad del probable responsable y dar de inmediato paso a la intervención de Fiscal de Turno, Policía, IDIF y otros.

Velar por la legalidad y por el respeto de los derechos humanos en la esfera de su competencia y promover la pronta, completa y debida impartición de justicia.

Proteger los derechos e intereses de los menores, incapaces, ausentes, ancianos y otros de carácter individual o social.

Derivar los casos que requieren investigación, al aparato investigativo – fiscal de las Fiscalías de Distrito.

Asesorar jurídicamente a la víctima de un delito sobre sus posibilidades de asistencia estatal, en particular a aquellas víctimas de menores recursos.

Asesorar a aquellas víctimas de delitos que presenten cuadros sociales especialmente complicados a efectos de guiar a estas personas en los mecanismos estatales y no gubernamentales de apoyo asistencial.

Realizar estudios criminológicos que descubran sectores sociales con especial riesgo de ser victimizados, realizar sugerencias a los organismos competentes a efectos de disminuir esta situación de vulnerabilidad y desarrollar propuestas de estrategias que aumenten los índices de eficiencia en las tareas de investigación penal acusatorio que tiene a su cargo el Ministerio Público.

Desarrollar campañas de comunicación social a efectos de informar en forma eficiente a toda la población, sobre cuáles son los caminos para acceder al Ministerio Público y la asistencia de un Fiscal, es decir, llevar a la realidad, el acceso a la justicia.

Organizar los vínculos administrativos y jurídicos necesarios para el logro de una adecuada optimización de los servicios que determinadas Organizaciones No Gubernamentales y Gubernamentales prestan hoy en día a ciudadanos que sufren las consecuencias del delito.

Realizar tareas de coordinación de actividades asistenciales con otras oficinas Gubernamentales que expresen contenidos similares como las defensorías de la niñez, de los jóvenes, Viceministerio de Género, etc.

Lograr implementar un espacio adecuado y accesible, donde los Fiscales especializados en las distintas ramas del derecho y la criminalidad, puedan volcar sus experiencias y recomendaciones para implementar un eficiente Programa de Atención a la Víctima.

Ejecutar estudios criminológicos en especial aquellos destinados a detectar a los sectores sociales con mayor riesgo de ser victimizados y reducir su situación de vulnerabilidad.

Implementar un sistema de información y estadística único del Ministerio Público, destinado a proveer la información necesaria para la realización de los estudios e investigaciones criminológicas en la que se sustentará la política criminal del Ministerio Público.

Realizar proyectos en las líneas estratégicas del PROSAVI

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, la misma que se debe abordarse a varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad, y en forma simultánea. Basándonos en el MODELO ECOLOGICO O ECOSISTEMICO, es posible orientar los programas del PROSAVI y las políticas de erradicación de la violencia hacia individuos, las relaciones, las comunidades y las sociedades en su conjunto. Para ello hay necesidad de crear unas series de Manuales que sirvan para uniformar criterios de actuación de los Forenses y de Sensibilización y Capacitación de los operadores de Justicia, Jueces, Fiscales, Policías, Abogados de defensa pública, abogados libres y ONGs.

Autopsia Psicológica

Pautas de entrevistas de evaluación psicológica en el abuso sexual infantil (ASI)

Protocolos de autopsia.

Dictamen de lesiones en Violencia Intrafamiliar

Dictamen lesional en Agresiones Sexuales.

Colecta de Evidencias en Agresiones Sexuales.

Dictamen lesional de Maltrato Infantil.

Dictamen lesional de Violencia a los Ancianos.

Aplicación del ADN en Paternidad y Delitos Sexuales.

Dictamen de lesiones de Violencia Extrafamiliar.

Intervención en crisis para mujeres víctimas de violación

ESTRATEGIAS DE BASE COMUNITARIA.

Capacitación y Entrenamiento a Operadores de justicia, Salud y Psicosocial.

Otras aplicaciones del ADN en ciencia forense.

Desgaste y autocuidado para profesionales que trabajan con violencia

ESTRATEGIAS DE BASE EN LA SOCIEDAD.

Propuesta de Daño Corporal (legislación).

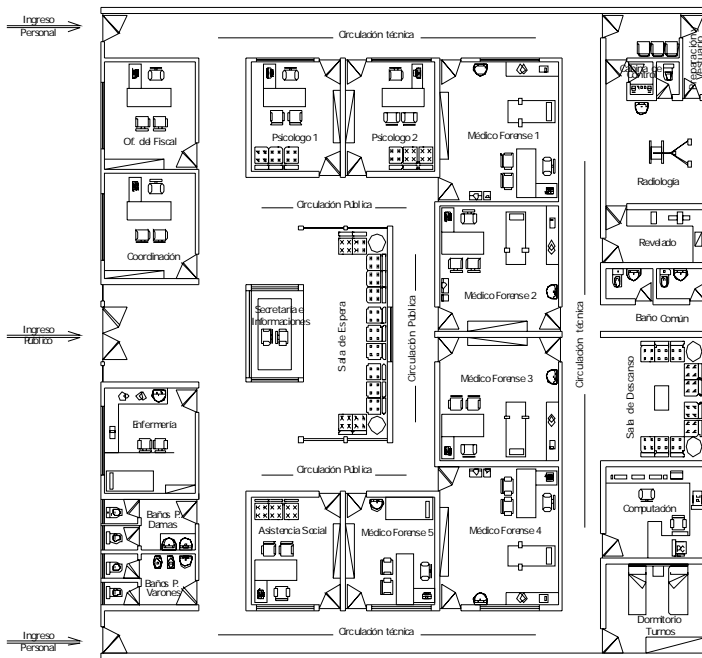
Protocolos de Ruta Crítica de Violencia Sexual y Otras Formas de Violencia.

Identificación en Accidentes y en Situaciones de Desastre.

9. INFRAESTRUCTURA DEL PROSAVI.

El concepto arquitectónico de la Infraestructura del Programa de Atención a la Víctima “PROSAVI”, el de tipo A es para IDIF Regional y el de tipo B es para los IDIF Distrital.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

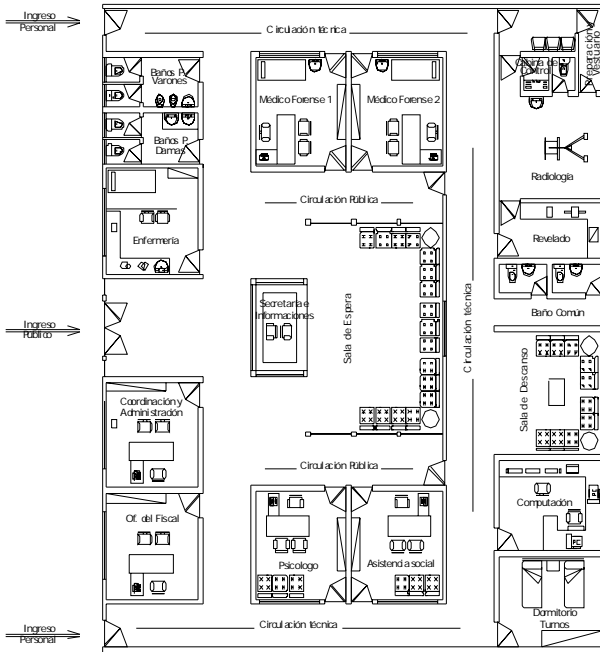


ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

TIPO "A"

PROYECTISTA: Sr. José Luis Taboada A.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES



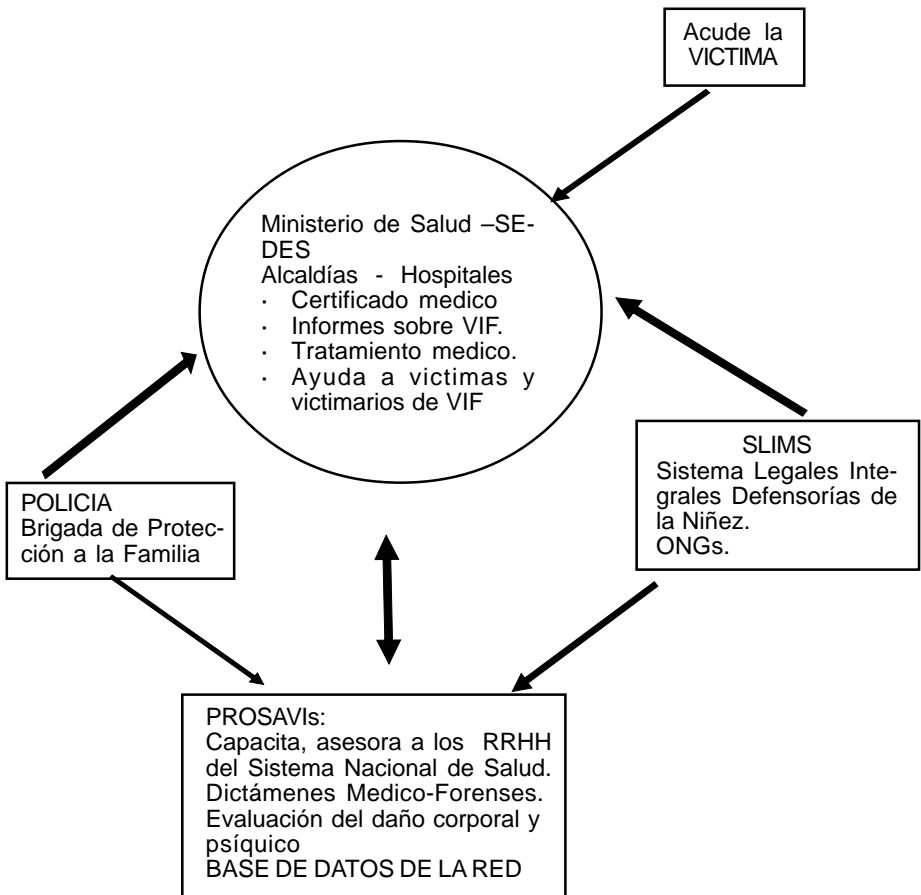
ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

TIPO "B"

PROYECTISTA: Sr. José Luis Taboada A.

10. LA RED ANTIVIOLENCIA Y EL PROSAVI

En nuestro país las Instituciones de estado involucrados en la atención de víctimas de violencias son: El Poder Judicial, Ministerios Público (Fiscalía General y las de Distrito y el IDIF), Ministerio de Gobierno y de Salud y Deportes, Viceministerio de la Mujer, las Prefecturas y los Gobiernos Municipales; y organismos Internacionales (como OPS/OMS, UNFPA,GTZ, JICA y otros) y organismos no gubernamentales. Pero la mayoría de las veces en forma individual y tal vez duplicando esfuerzos, por ello la creación de una Red de redes contra la violencia, con un objetivo macro: lograr una forma organizada e interrelacionada en referencia y contrarreferencia de información sobre las víctimas.



Participación Del Personal De Salud:

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

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

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

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

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

Conforme lo establece **el artículo 24 de la ley 1674**, los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados (hospitales, clínicas, postas sanitarias, etc.) que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, registrarán los hechos en la ficha de utilización nacional y remitirán obligatoriamente una copia firmada a la Brigada de Protección a la Mujer y la familia, y donde no exista, a la Policía, Fiscalía, Juez de Instrucción de Familia o Servicios Legales Integrales (SLIs), dentro de las 48 horas de producidos los hechos.

Los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada en el párrafo anterior, serán sancionados con una multa equivalente al 10% del salario mínimo nacional, independientemente de la amonestación que causará en sus antecedentes laborales.

Esta denuncia no implica constituirse en parte, ni ocurrir necesariamente como testigo en el juicio.

Artículo 16.- (Certificados Médicos):

Los certificados médicos, a que se refiere el artículo 37 de la ley 1674, serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos). Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros

de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que consten los daños sufridos por las víctimas que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales.

Artículo 17.- (Gratuidad):

En ningún caso el trámite ocasionará gastos a la demandante, la **expedición del certificado médico o informes de los auxiliares, serán gratuitos**, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional. Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbre.

BRIGADAS DE PROTECCION A LA FAMILIA:

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

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

SISTEMAS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES:

Los servicios legales integrales Municipales fueron creados como mecanismos descentralizados de lucha contra la violencia intrafamiliar siguiendo el mandato expresado en el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia («Crear los Servicios Legales Integrales en todo el territorio Nacional») al estar enmarcados en este Plan, también están en el contexto de las convenciones internacionales en defensa de los derechos de la mujer, en el de la Ley de Participación Popular que indica como una de las funciones de los municipios, la promoción y fomento de políticas que incorporen las necesidades de las mujeres en el ámbito de su competencias, mismas que están claramente

establecidas en la Ley de Municipalidades 2028 (Art. 8 del Capítulo V En materia de Servicios inciso 8) y en la Ley 1674 Contra la Violencia Intrafamiliar y Doméstica y su respectiva reglamentación con el Decreto Supremo 25087 (Art. 20.)

Los SLIMs son espacios especializados de atención, prevención, habilitación y rehabilitación a víctimas, agresoras y su entorno, en la problemática de Violencia Intrafamiliar VIF.

BIBLIOGRAFIA

- ABAUNZA, A.; Los valores psicológicos de la personalidad. Ed. Seneca Mexico 1940
- ABEL G., BECKER J., ROULEAU L.-L., KAPLAN M. ET REICH J., The treatment of child molesters : A manual, Behavioral Medecine Laboratory, Emory University, 1984.
- ABEL GG, MITTLEMAN M, BECKER JV: Sex offenders: results of assessment and recommendations for treatment, in Clinical Criminology: Assessment and Treatment of Criminal Behavior. Edited by Ben-Aron HH, Hucker S, Webster CD. Toronto, ON, M&M Graphics, 1985, pp 191-205
- ACKERNECHT E.H.: Historia de la psiquiatría. Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1962.
- AGUDELO, M.C. (1995). Guía práctica para el dictamen sexológico forense. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- ALARCÓN FIDALGO, J.:»Daños corporales: conceptos y bases determinantes para la fijación del «quantum» indemnizatorio», « Revista Española de Seguros», enero/marzo 1989, 57, pp. 47 y ss.
- ALARIO BATALLER, S. : «Intervención psicológica en víctimas de violación»; Valencia, Promolibro, 1993.
- ALBARRÁN, A.J.; «Futuro de la Psicología Forense», Actas del II Congreso del COP, Valencia, 1990.
- ALBARRÁN, A.J.; Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales, Ed. Fundación Universidad-Empresa. 1998
- ALCOCER, J.; ALVA, M.: A Medicina legal. Conceptos básicos»,Ed. Limusa, México. 1993.
- ALLPORT, G.; Personalidad su configuración y desarrollo. Ed. Herder Bs. As. 1968
- ALONSO FERNÁNDEZ F.: «Psicología del terrorismo», Salvat, Barcelona, 1986
- ALONSO FERNÁNDEZ F.:Fundamentos de la Psiquiatría actual. Madrid. Ed. Paz Montalvo. 1979. Tomo I y II.
- ALONSO FERNANDEZ,F.; Formas actuales de neurosis. Ed. Piramide S.A. Madrid 1981.
- ALONSO-QUECUTY, ML.: Mentira y testimonio: El peritaje forense de la credibilidad. Anuario de Psicología Jurídica 1991.
- ALONSO-QUECUTY,M.L. (1999) Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. *Papeles del Psicólogo*,73, 36-40
- ALVARADO J.M., Curso de Psicología Médica. Ed. Univ. San Andrés. La Paz, 1989.
- ALVAREZ, A. The Savage God: A Study of Suicide. Random House, New York,
- ALVAREZ, A., Motivación y Voluntad. Edit. Quorum España 1987
- AMAR AMAR, JJ.; KOTLIARENKO, M^a A. YABELLO LLANOS, R.: Factores psicosociales asociados con la *resiliencia* en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y desarrollo* vol 11, n° 1. 2003: 162- 197

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-III.: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson, Barcelona. 1987.
- AMIEIRO, E.; MILÁN, G. Consideraciones sobre la violencia criminal en Cuba. Peculiaridades para su análisis. Inst. Inv. Crim. MININT, No.2. Agosto, 1994.
- AMIR, M. *Patterns of forcible rape*. Chicago: University of Chicago Press. 1971
- ANASTACE, A.; Test Psicológicos. Ed. Aguilar Mexico 1940
- ANDERSSON-SEGESTEN K. The last period of life of the very old. A pilot study evaluating the psy-chological autopsy method. Sand J Caring Sci 1989; 3(4): 177-81.
- ÁNGEL YAGUEZ, R. de, "La reparación de daños personales en el Derecho Español, con referencias al Derecho Comparado", "Revista Española de Seguros", 1989, Enero/Marzo, NE 57, pp. 47 y ss.
- ANTON BARBERÁ, F.; DE LUIS Y TUREGANO, JV.: "Policía Científica", Ed. Tirant lo Blanch. Valencia. 1993. Volumen I.
- ANUARIO DE PSICOLOGIA JURIDICA, Ed. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid. 1991 – 1993 – 1994.
- ARNAU, J.: A Psicología experimental. Un enfoque metodológico",Ed. Trillas, México. 1982.
- ARRUABARRENA, M.I. Y DE PAEL, J.: Maltrato a los niños en la familia. Madrid, Pirámide. 1994,
- AUBRY Y CAPUTTO «Técnicas del Interrogatorio Policiaco» Editorial Limusa España 1985.
- AYUSO, JL.; SALVADOR, L.:Manual de psiquiatría, Ed. Interamericana. McGraw-Hill, Madrid. 1994. Volumen I y II.
- AZÓCAR M, KUSMANIC V, LUCAR A. Violencia conyugal desde una perspectiva sistémica-cibernética. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Católica de Chile. Santiago. 1991.
- BACIGALUPO, Enrique; Manual de Derecho Penal - Parte General - Editorial Temis Colombia 1984.
- BALINT E, NORELL JS.: Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general. Ed. Paidos. Buenos Aires. 1979.
- BALINT M.: El médico, el paciente v la enfermedad. I.d. Libros Básicos. Buenos Aires. 1961.
- BARCIA D. SALORIO, LOPEZ J. IBOR ALIÑO, RUIZ OGORA C.; 1982, Psiquiatría. Tomo I, Ediciones Toray S.A. Barcelona
- BARCIA SALORIO D, MUÑOZ PEREZ R.: The interview in Psychiatry. In: The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Seva A (Director). Barcelona. Anthopos. 2 v,1991, pp 443-458
- BARNES, HARRY ELMER Y TEETERS, NEGLEY K.: New horizon in Criminology. Ed. Prentice-Hall, inc. New York, 1959.
- BARRAL R., NUÑEZ DE ARCO J., CABALLERO D. (2004) Aspectos de la Medicina Legal en la practica diaria. La Paz: Ed. OPS/OMS.
- BARRAL R., NUÑEZ DE ARCO J., CABALLERO D.; Aspectos de Medicina Legal en la practica diaria. Ed. OPS/OMS. La Paz. 2004.

- BARRIGA, S. Y LEÓN, J.M.: Contraposición crítica Apuntes de Psicología Social. Universidad de Sevilla. 1996
- BART, PAULINE Y MORAN, EILEEN GEIL (editores). Violence Against Women: The Bloody Footprints, 1993
- BATTISTELLI, L. (1984) La mentira ante los tribunales. Bogotá: Temis. (Bauermeister, 1977),
- BECCARIA CESARE. De los Delitos y de las Penas. Colombia: 3º Ed., Ed. Temis. 2005
- BECCARIA, C.: De los delitos y de las penas. Ed. Aguilar. Madrid, 1969.
- BECKER G. (1995) The Essence of Becker. Edit : Febrero, R. y Schwartz, P. Hoover Institution Press, Stanford.
- BECKER H.S. The outsiders: Studies in the sociology of Desviance, New York: Free Press, 1963:9
- BECKER, G. (1991) A Treatise on the Family. Harvard University Press, Cambridge y Londres.
- BECKER, G.: Gary Becker y su audaz propuestas para resolver la inmigración ilegal. Diario exterior. En: www.diario.exterior.com
- BECKER, GARY (1976). The Economic Approach to Human Behavior, The University of Chicago Press.
- BECKER, GARY (1993). Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior. Journal of Political Economy. Citado en Estrada, Javier (1994). "Crime and Punishment: An Introductory Analysis in a Noncooperative Framework", Universidad Carlos III de Madrid, Working Paper.
- BEECH,H.R.,BURNS,L.E.,SHEFFIELD,B.F.: Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental. Ed. Alhambra.Madrid 1986.
- BELLAK H.: Esquizofrenia. Ed. Herder (Barcelona), 1962.
- BENTHAM JEREMY, (1780) Introduction to the Principles of Morals. Grandes Economistas. En: <http://www.eumed.net/coursecon/economistas/index.htm>
- BENTHAM, J.: El Panóptico. Ed. La Piqueta. Madrid, 1979.
- BERGALLI, R.: El pensamiento criminológico I. Ed. Península. Barcelona, 1983.
- BERISTARAIN IPIÑA, ANTONIO: La criminología comparada y su aportación a la política criminal: una reflexión tercermundista. Ponencia presentada en el Coloquio Internacional sobre el tema "La Comparación como Método Científico en el Derecho Penal y el la Criminología", realizado en Friburgo de Brisgovia (Rep. Federal de Alemania) del 23 al 26 de octubre de 1978.
- BERMAN, A. L.; SCHWARTZ, R. H. Suicide attempts among adolescent drug users. Am J Dis Child: 1990 Mar; 144 (3); p.310-4.
- BERNAL, M., VIVAS, J., MOJICA, M., HOYOS, D., MESA, J. (1996). Diagnóstico de maltrato en la población de niños y adolescentes valorados en Santafé de Bogotá por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Julio a Diciembre 1995-1996. Tesis de Grado.
- BILLE-BRAHE, U. Suicide and social integration. A pilot study of integration levels in Norway and Denmark. Acta Psychiatr Scand. Suppl 336, Vol. 76, 1987; 45-62.
- BINDER, ALBERTO. Introducción al derecho procesal penal. Bs.AS.: Ed. Ajhoc. P. 181-182. 1996

- BLACHLEY, P. H. ET AL. Suicide in professional groups. *N Engl J Med* 1963; 268: 1278-82.
- Blachly, P. H., Disher, W., and Roduner, G. Suicide by physicians. *Bull.*
- BLACHLY, P. WHICH MDS: Are likely candidates for suicide? *Med World News* 1979 April 19: 20- 2.
- BLOOR RN.: The psychological effects of trauma. En: "Medicolegal Reporting in Orthopaedic Trauma", M. Foy, PS Fagg, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990: 457-467.
- BLUMER H., 1971 Social Problems as collective behaviour. *Social Problems*, Vol 18, Págs:298-306
- BOGANI MIGUEL EMILIO.: Aspectos psicopatológicos, médico-legales y criminológicos del alcoholismo. Curso Nacional de Psiquiatría Forense y Criminología, UNED, (Mérida), 1988.
- BONNET P.: Tratado de Psiquiatría y Psicopatología forenses. Ed. López Libreros (Buenos Aires), 1983.
- BORGOS M.: Marco normativo nacional para víctimas de violencia sexual en razón de género. Simposio Nacional "Violencia Contra la Mujer, Un Problema de Ética y Justicia". MDSP-VAGGF- IPAS. La Paz. 2002.
- BORREL F.:Manual de entrevista clínica. Ed. Doyma. Barcelona. 1989.
- BOWNES, I. T., O'GORMAN, E. C., & SAYERS, A. (1991). Assault characteristics and post- traumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 27-30.
- BRENT DA, ET AL. The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27(3): 362-6.
- BROMBERG W.: Estudio Psiquiátrico del homicidio. Ed. Morata (Madrid), 1963.
- BRONDOLLO, W. y otros.: "Il danno biologico, patrimoniale, morale", Giuffrè, Milano, 1995
- BRUSSEL, J.A. CANTZLAAR, G.L.; Diccionario de Psiquiatría - Editorial Continental S.A. Mexico 1983.
- BURGESSAW, HOLMSTROM LL.: Accountability: a right of the rape victim. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv.* 1975 May-Jun;13(3):11-6.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Adaptive strategies and recovery from rape. *Am J Psychiatry.* 1979 Oct;136(10):1278-82.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Adaptive strategies and recovery from rape. *Am J Psychiatry.* 1979 Oct;136(10):1278-82.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Coping behavior of the rape victim. *Am J Psychiatry.* 1976 Apr;133(4):413-8.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Crisis and counseling requests of rape victims. *Nurs Res.* 1974 May-Jun;23(3):196-202.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Rape trauma syndrome, *American Journal of Psychiatry*, núm. 131, 1974: 981-986,.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry.* 1974 Sep;131(9):981-6.

- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Rape: sexual disruption and recovery. *Am J Orthopsychiatry*. 1979 Oct;49(4):648-57.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Sexual assault: signs and symptoms. *J Emerg Nurs*. 1975 Mar-Apr;1(2):11-5.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: Sexual trauma of children and adolescents. *Nurs Clin North Am*. 1975 Sep;10(3):551-63.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL.: The rape victim in the emergency ward. *Am J Nurs*. 1973 Oct;73(10):1740-5.
- BURGESS, A.W. HOLSTROM: "Adapative strategies and recovey from rape", *Anuario de psicología Judicial*, 136. 10. Octubre 1979.
- BURGESS, A.W.: "Rape trauma syndrome", *Anuario de Psicología Judicial*, 131, 1974.
- CABANELLAS, GUILLERMO. (1992) *Diccionario Jurídico Elemental*. Ed. Heliasta s.r.l., p. 264.
- CABRERA FORNEIRO, J.; FUERTES, JC.: *La enfermedad mental ante la ley*. Madrid: Libro del año, 1994
- CABRERA FORNEIRO, J.; FUERTES, JC.: *La enfermedad mental ante la ley*", Ed. Libro del año, S.L, Madrid (1994). 483pp.
- CABRERA FORNEIRO, J.; FUERTES, JC.: *A Psiquiatría y Derecho*", Ed. Aran, Madrid (1990). 217pp.
- CAIN, A. C., editor. *Survivors of Suicide*. Charles C Thomas, Springfield, 111.,
- CALCEDO ORDOÑEZ A.: *El peritaje psiquiátrico*. *Psicopatología*, Vol 2, NE2, 1982.
- CARBONELL, J.C.; GOMEZ, J.L.; MENGUAL, J.B.: *A Enfermedad mental y delito*. Aspectos psiquiátricos penales y procesales", Ed. Civitas, Madrid (1987). 336pp.
- CARO, J. (1974). *Inquisición, brujería y criptojudaismo*. Barcelona: Ariel
- CARP M., *Elder abuse in the family: a interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY. Springer 2000.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTIN, J.M.: "Manual de Psiquiatría legal y forense", *La Ley-Actualidad*, Madrid, 1996
- CASTELLANO ARROYO, M. *Violencia contra la mujer: Tipos de agresiones*. Cuadernos de Sección. *Clinicas Médicas* 1994; 3: 95-107.
- CAVANAGH Mc. GOLDRICK: *Psiquiatria Fundamental*. Barceloan: Editorial Luis Miracle. 1963.
- CERVERA DIAZ, M.C. Y SAIZ GARCIA, J. *Actualización en Geriatría y Gerontología*. Madrid, Formación Alcalá. 2002
- CERVILLA, JA.; GARCIA, C.: *A "Fundamentos biológicos en psiquiatría"*, Ed. Masson, Barcelona (1999). 398pp.
- CHIRINOS FABIANA, estudio de la violencia intrafamiliar en Santa Cruz, en ejecución. 2004.
- CIAFARDO R.: *Psicopatología forense*. Ed. El Ateneo (Buenos Aires), 1970.
- CLARKE R.V. Y NELSON M. (1993) *Introduction: Criminology, routine, activity and rational choice*. *Advances* 5 en Eds. R.V. Clarke y M. Felson: *Routine activity and rational choice*.
- CLAUDE H.: "Psiquiatría Médico-Legal." Espasa Calpe S.A., Madrid, 1933.

- CLEMENTE DIAZ, M.: «Fundamentos de la Psicología Jurídica», Ed. Pirámide, Madrid (1995).
- CLEMENTE DIAZ, M.; RIOS, J.: “Guía jurídica del psicólogo”, Ed. Pirámide,S.A., Madrid (1995). 223pp.
- CLOË MADANES Violencia masculina -Ed. F.Doltó-Ed.siglo XXI. 1995.
- COASE, R. (1937) The Nature of the Firm. En Supple, B.E., The Rise of Big Formnisano, M. (2002) Econometria Espacial: Características de la Violencia Homicida en Bogota. Bogota: Documento CEDE No. 2002-10 (Septiembre), Universidad de Los Andes.
- COBO MANUEL; Los delincuentes mentalmente normales. Edit. America Madrid 1962
- COHEN M.; SEGHORN T.; CALMAS W.: Sociometric studio of the sex offender. Journal of abnormal Psychology. 74, 1969: 249-255
- COHEN, M.L.; GAROFALO R.; BOUCHER R. Y SEGHORN T.: The psychology of rapists. Seminar en Psyhiatry, 3, 1971: 307-327
- COLEMAN, D. STRAUS, M.; Alcohol abuse and family violence. En E. Gothei, A Durley, I. Eskolada, H. Wuasman (eds.) Alcohol, drug abuse, and agresión. Springfield: Charles C. Thomas. 1983: 104-123.
- COLEMAN, James C.; Psicopatología. Editorial Paidos - Buenos Aires 1978.
- CORSI, J. Seminario de Psicoanálisis con niños- Violencia familiar y abuso sexual -Ed.Universidad 1998.
- CORSI, J. Seminario de Psicoanálisis con niños- Violencia familiar y abuso sexual -Ed.Universidad 1998.
- CORSI, J. (comp.): Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Ed. Buenos Aires: Paidos. 1994
- DAHLSTROM W.M. Y WELSH G.S.; An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice and research, University of Minnesota Press, Minneapolis 1960.
- DELGADO BUENO, S. (director), “Psiquiatría Legal y Forense”, Colex, Madrid, 1994
- DELGADO HONORIO; Freud y el Psicoanálisis» - Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima Peru 1989.
- DI TULLIO BENIGNO.:Principios de criminología y psiquiatría forense.Colección jurídica Aguilar, 3a edición (Madrid), 1966.
- DIAGNOSTICAL STATISTICAL MENTAL DISORDER (DSM IV), American Psychiatric Association. Ed.Masson, S.A.
- DIAZ PADRON Y H.; Responsabilidad Criminal ante los Tribunales» - Editorial Amdrica Nueva, Mexico D.F. - 1955.
- DIETZ RE.: “Toward a scientific forensic psychiatry”. Journal of Forensic Sciences, Vol. 22, N°4, 1977.
- DIGES, M. Y ALONSO-QUECUTY, M.L..”Psicología forense experimental”, Valencia, Promolibro, 1993.
- DIGES, M; ALONSO-QUECUTY, M. (1994) El psicólogo forense experimental y la evaluación de credibilidad de las declaraciones en los casos de abuso sexual a menores. *Poder Judicial Sep.94* ,43-66
- DILLER, J. The psychological autopsy in equivocal deaths. *Perspective Care* 1979; 17(4): 156- 61.

- DINWIDDIE, S.: Psychiatric discordes hmong wifw batterers. *Comprehensive psychiatry* 33 6:411-416
- DSM-IV. Breviario: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, De Masson, Barcelona (1995). 362pp.
- DURKHEIM, E. *Suicide*. Free Press of Glencoe (Macmillan), New York, 1951.
- DURKHEIM, EMILE. "Las reglas del método sociológico". Ediciones Morata. Bs. As. 1982.
- DUTTON DG, GOLANT SK. THE BATTERER. A Psychological Profile. New York: Basic Books; 1995.
- DUTTON DG, GOLANT SK.: El golpeador. Un perfil psicológico. Buenos Aires: Paidós. 1997
- DUTTON, DG; PAINTER, SL.: Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: an International Journal*, 6: 1981:139-155.
- DUTTON, M. A.: Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, 21 (4) 1993: 1191-1242
- ECHEBURÍA, E.: Personalidades violentas, Ed. Pir mide, Madrid (1994). 301pp.
- ECHEBURÍA, E. Y CORRAL, P.: Manual de violencia familiar. Madrid. Siglo XXI. 1998
- ECHEBURÍA, E. Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (2001): Celos en la pareja: una emoción destructiva. Barcelona. Ariel.
- EDELSON J, EISIKOVITS ZC. Violencia doméstica: la mujer golpeada y la familia. Buenos Aires: Granica; 1997.
- ESPARZA, I.: A El dictamen de peritos en la ley 1/2000, de enjuiciamiento civil», Ed. Tirant lo Blanch, Valencia (2000). 165pp.
- EXNER F.: *Biología Criminal*. Bosch (Barcelona), 1957.
- EYNSECK H.J.: *Delincuencia y personalidad*. Marove ediciones, Madrid, 1976.
- EYSENCK H.J. *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*. Ed. Fontanella S.A 1970.
- FARBEROW, N. L.; MC EVOY, T. C. Suicide among patients with diagnosis of anxiety reaction or depressive reaction in general medicinal and surgical hospitals. *J Abnorm Psychol* 1966 : 71 : 287-99.
- FATTAH, ABDEL EZZAT: "El rol de la víctima en al determinación de delito". Ponencia en Jornadas de Criminología, del 22 al 28 de Junio de 1969, en Mendoza Argentina.
- FERNÁNDEZ COSTALES, J.: *Responsabilidad civil médica y hospitalaria*. Edilex, S.A., Madrid, 1987.
- FERNANDEZ LOPEZ Jorge Juan, *El suicidio*. Agosto 2000. Médico UVI Móvil de Zaragoza, Servicio 061 Aragón.
- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Mª D.: *El pensamiento penitenciario y criminológico de Rafael. Salillas*. Ed. Universidad. Santiago de Compostela, 1976.
- FERREIRA, G.: *La Mujer Maltratada*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires. 1989
- FINGERMAN, G.; *Psicología* Ed. Trillas Mexico 1975.

- FINKELHOR, D.: Victimología infantil, en J. Sanmartin (ed.), *Violencia contra niños*, Barcelona, Ariel.1999
- FINKELHOR, D.: Sexually Victimized Children, Nueva York, Free Press. 1979
- FINKELHOR, D.:The trauma of child sexual abuse: Two models, en G. E. Wyatt & G. J. Powell (eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*, Newbury Park, USA, SAGE Publications. 1988
- FINKELHOR, D Y ARAJI S. Explanations of pedophilia: A four factor model. *Journal of Sex Research*. 22(2). 1986:145-161
- FINKELHOR, D. (1986): A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage, Beverly Hills.
- FREEDMAN, A. M., KAPLAN H.I. Y SADOCK. B.J.: Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Salvat, 1982. Tomo I y II
- FREUD, S. (1906) El psicoanálisis y la instrucción forense. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROMM, ERICH, El miedo a la libertad. Ed. Paidós. Bs. As 1977.
- GARCIA ANDRADE, J.A.: “Crímenes, mentiras y confidencias»,Ed. Temas de hoy, Madrid (2001). 243pp.
- GARCIA ANDRADE, JA.: “ Psiquiatría criminal y forense», Ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A, Madrid (1993). 429pp.
- GARCIA C.: Violencia contra la mujer, genero y equidad en la salud. Ops/oms. Harvard Center Population and Development Studies Publicación ocasional N° 6, 2000:38
- GARCÍA PÉREZ, T. La autopsia psicológica como método de estudio del suicida. Congreso Internacional de Ciencias Forenses, la Habana, Octubre de 1993.
- GARCÍA VALDÉS, C.:Introducción a la Penología. Ed. Instituto de Criminología . Madrid, 1981.
- GARCIA-PABLOS, A. Criminología. Una introducción a sus fundamentos teóricos. (4ª ed.) Valencia: Tirant lo Blanch. 2001.
- GARCIA-PABLOS, A.: “Manual de Criminología”, Madrid, 1988.
- GARCIA-PABLOS, A.: Tratado de Criminología, (3ª ed.) Valencia: Tirant lo Blanch. 2003.
- GARRIDO GENOVÉS, V.: Técnicas de tratamiento para delincuentes. Madrid: Centro de estudios Ramon Areces. 1993:240
- GARRIDO, E.; MASIP, J. (1998) *Evaluación de la credibilidad del testimonio: Una revisión de los fundamentos teóricos, orígenes, evolución y estado actual del Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA)*. Trabajo presentado en V Congreso de Evaluación Psicológica. Benalmádena (Málaga), 30 de Abril– 3 Mayo de 1998.
- GARRIDO, V.: A Técnicas de tratamiento para delincuentes»,Ed. Centro de estudios Ramón Areces, S.A., Madrid (1993). 441pp
- GARRIDO, V.; REDONDO, S.; GIL, A., Y TORRES, G. (1993): Violadores y agresores sexuales. Estudio de una muestra de encarcelados, Informe no publicado, Centre d'Estudis Jurídics i Formacio Especialitzada, Barcelona.
- GARRIDO, VICENTE: Psicología del Homicida. En: Enrique Echeburua: Personalidades Violentas. Madrid: Piramide. 1994:87

- GIL F, GURPEGUI M, HERNANDEZ C. 1996. Exploración y evaluación básica del daño psíquico. En «La valoración médica del daño corporal», C, Hernández, Ed. Masson, S.A., p g.: 263-296.
- GINSBERG GL.: Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico. Entrevista psiquiátrica. En: Tratado de Psiquiatría. Tomo 1. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Editorial Salvat. Barcelona, 1989, pp 360-364.
- GISBERT CALABUIG, J.A.: «Medicina legal y toxicológica», Barcelona: Masson. 2001:505
- GISBERT CALABUIG, J.A.: «Medicina legal y toxicológica», Salvat, Madrid, 1991
- GÓMEZ DE LIAÑO E Diccionario Jurídico. A-Z (Salamanca), 1979.
- GOMEZ GRILLO, E.: Introducción a la Criminología. Ed. Universidad. Caracas, 1966.
- GOPPINGER H. Criminología. Ed. Reus (Madrid), 1975.
- GRACIA GARRIDO, P.J.: «Valoración del daño corporal las secuelas psiquiátricas», Ed. Mapfre, Madrid (1996). 5:59-73pp.
- GRADILLAS REGODON V., La entrevista en Psiquiatría. Ed. Universidad de Malaga. España 1977. Pag 58.
- GRAHAM, JR.: MMPI.: Guía práctica, Ed. El Manual Moderno, S.A, México (1987). 297pp.
- GROTH AN, BURGESS W, HOLMSTROM LL.: Rape: power, anger, and sexuality. Am J Psychiatry. 1977 Nov;134(11):1239-43.
- GROTH, A. N., A. W. BURGESS Y L. L. HOLSTROM, Rape: power, anger and sexuality, *American Journal of Psychiatry*, núm. 134, 1948.
- GROTH, A. NICHOLAS, WITH H. JEAN BIRNBAUM: Men Who Rape: The Psychology of the Offender. New York: Plenum Press. 1979
- GUNTHER KAISER; Estudio de Psicología Criminal. Editorial Espasa Calpe S.A. Madrid España 1983.
- GUTIERREZ FERREYRA, Carlos; Psiquiatría Forense - Editores y Distribuidores Lima Peru - 1987.
- HAMILTON, J.R.: «Violence and victims: The contribution of victimology to forensic psychiatry», en «Lancet», 17, 1987, p gs. 147 y ss.
- HARE D. R.; La Psicopatía; Teoría e investigación, Ed. Herder. Barcelona 1984.
- HENNETH, S.; BUTCHER, J.N.; SEELEN, J.; "The MMPI, MMPI2 y MMPI-A in Court". A practical guide for expert witnesses and attorneys. Ed. American Psychological Association. Washington 1993.
- HENTING H. VON.: El Delito. Espasa Calpe S.A. Madrid, 1972.
- HENTING, HANS VON. El Asesinato. Espasa-Calpe, Madrid, España, 1962, p.273.
- HERRERO VELASCO, L. ET AL.; Transtornos de ansiedad en medicina. Ed. Hoechst Iberica, S.A. Barcelona 1983.
- HIDALGO, J.H.; Psicología Forense-Conducta Delictiva y Psicocriminalística. Edic. Vera Duarte 1994 Lima Peru.
- HIGUERAS, A.; LOPEZ, JM; JIMENEZ, R.: "Compendio de psicopatología". Ed. Círculo de estudios psicopatológicos, Granada (1986). 258pp
- HIRSCHMAN ALBERT The changing tolerance for income inequality in the course of economic development. The Quarterly Journal of Economics, vol 87, noviembre, p. 544-565
- HOLLIN, C.R.: Psychology and crime. London: Routledge. 1989.

- HOLLIN. C. R. (1989): *Psychology and Crime*, Routledge, London.
- HOLLIN. C. R.: *Psychology and Crime*, Routledge, London. 1989
- HOLMES R.M.: Profiling violent crimes. Newbury Park, CA: Sage. 1989: 104-110
- HOLMSTROM LL, BURGESS AW.: Assessing trauma in the rape victim. *Am J Nurs.* 1975 Aug;75(8):1288-91.
- HOLMSTROM LL, BURGESS AW.: Sexual behavior of assailants during reported rapes. *Arch Sex Behav.* 1980 Oct;9(5):427-39.
- HOTALING, G. Y SUGARMAN, D.: An analysis of assaulted wives. *Journal of Family Violence*, 5, 1986:1-13.
- HOTALING GT, SUGARMAN DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence Vic* 1986;1:101-124.
- HOTALING, G.T. Y SUGARMAN, D.B.: An analysis of riskmarkers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims* 1986; 1: 101-124
- HURTADO MUÑOZ, V.; Perfil psicológico de los Internos reclusos por la Comisión del delito de violación en la cárcel Publica de Sucre. Tesis de licenciatura de Psicología. Univ. del Valle. Sucre 2001.
- JIMENES DE ASUAL.: *Psicología Criminal*. Editorial de Palma Buenos Aires - Argentina 1982.
- JIMENEZ DE AUSUA, Luis: *Victimología en "Estudios de Derecho Penal y Criminología"*. Buenos Aires, 1961. Ed. Omeba.
- KAISER, G.: *Criminología*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1978.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.: "Psiquiatría clínica", Ed. Médica, Barcelona (1996). 405pp.
- KARL MACKAL, P.: "Teorías psicológicas de la agresión", Ed. Pirámide, Madrid (1983). 232pp.
- KARPMAN, B. *The Sexual Offender and His Offenses*. New York: Julian Press (1954)
- KAUFMAN-KANTOR, G. Y STRAUS, M.A. (1987). The "drunken bum" theory of wife beating. *Social Problems*, 34(3), 213-230.
- KELLY W. A. Suicide and psychiatric education. *Am. J. Psychiatry*, 130: 463, 1973.
- KERLINGER, Fred; *Investigación del Comportamiento*. Edit. Interamericana Mexico 1981.
- KESSLER M., MOLINARI A. Una aproximación microeconómica al Crimen en la Argentina. En línea: http://www.aaep.org.ar/espa/anales/pdf/kessler_molinari.pdf Asociación Argentina de Economía Política (AAEP), Anales XXXII Reunión anual, Tomo 4, Bahía Blanca, consultado el 14-9-03.
- KLEIN, L.R. (1978) "The Supply-Side". *American Economic Review* 68, marzo, 1-7.
- KNIGHT R, PRENTKY R.: The developmental antecedents and adult adaptations of rapist subtypes. *Criminal Justice & Behavior*, 14. 1987: 403-426
- KNIGHT RA, PRENTKY RA: Classifying sex offenders: the development and corroboration of taxonomic models, in *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and the Treatment of Offenders*. Edited by Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. New York, Plenum, 1990:23-52
- KNIGHT, BERNARD: *Medicina Forense de Simpson*, Editorial El Manual Moderno, México, 1994.

- KNIGHT, F. (1940) "What is Truth in Economics ?". *Journal of Political Economy*, reeditado en *On the History and Method of Economics. Selected Essays*. University of Chicago Press, 1956, 151-178.
- KOSS, M.P.; DINERO, T.E.: "Predeictors of sexual agression among national sample of male college students. *Human sexualagressions: Current perspectives*". *Annals of the New York Academy of Science* 1989; 528: 113-146
- KOSS, MP; Koss, P. And Woodruff, W.: "Deleterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization." *Archives of International Medicine* 1991; 151: 342-357
- KRAUSS STEPREN; En *de Psicología Médica*. Editorial El Ateneo S.A. 1981.
- KRUG ETIENNE, DAHLBERG LINDA, MERCY JAMES, ZWI ANTHONY Y LOZANO RAFAEL. *El Maltrato de las personas mayores* En *Informe mundial sobre violencia y salud*. O.P.S., O.M.S. 2003
- LACAN, J.: *La familia* - Ed argonauta -1978
- LANDROVE DIAZ, G.; *Las Consecuencias Jurídicas del Delito*. Casa Editorial BOSCH -1984.
- LANGELUDDEKE ALBREGHT; *Psiquiatría Forense*. Edit. Espasa Calpe Madrid España 1972.
- LARRAURI, E. (comp) *Mujeres y Derecho Penal*. Madrid: Siglo XXI de España editores, SA, 1994.
- LITMAN RE. 500 Psychological Autopsies. *J Forensic Sc* 1989; 34(3): 638-46.
- LITMAN, R. CURPHEY, T.: *Investigation of equivocal suicides*, ed. Delmar Publishing Co, Los Ángeles, 1963.
- LITMAN, R. E. Sigmund Freud on suicide. In *Essays in Self-Destruction*. E. S. Shneidman, editor, p. 324. Science House, New York, 1957.
- LITMAN, R. E. When patients commit suicide. *Am. J. Psychother.*, 19: 570, 1965.
- LITMAN, R. E., CURPHEY, T. J., SHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, N. L., AND TABACHNICK, N. D. *Investigations of equivocal suicides*. *J. A. M. A.*, 184. 924, 1963.
- LITMAN, R.E. ET AL. *Investigation of equivocal suicides*. *JAMA*, Vol 184, 1963, p.924-929.
- LLORENTE M. V. Y RIVAS ANGELA, *La caída del crimen en Bogota: una década de políticas de seguridad ciudadana*. Bogota: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), Facultad de Economía de la Universidad de Los Andes. División Social del Departamento de Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo.
- LLORENTE M.V., R. ESCOBEDO, C. ECHANDÍA Y M. RUBIO (2001) *Violencia Homicida en Bogotá y Estructuras Criminales*. Bogota: Análisis Político 44 (Septiembre-Diciembre), IEPRI-Universidad Nacional.
- LLORENTE, M.V., NUÑEZ, J. Y RUBIO M.: *Efectos de los Controles al Consumo de Alcohol y al Porte de Armas de Fuego en la Violencia Homicida*. Bogota: Investigación «Caracterización de la Violencia Homicida en Bogota». Bogota: Paz Publica-CEDE-UNIANDES y Alcaldía de Bogota. Documento de Trabajo No. 6. Mimeo. 2000

- LOPEZ IBOR J.J., RUIZ OGARAC., BARCIAD.; Psiquiatría. Tomo II, ed. Toray Barcelona 1982, Pag 755-756.
- LÓPEZ, F.: Abuso sexual a menores: lo que recuerdan de mayores. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- LORENTE ACOSTA, M. Lorente Acosta JA.: "Agresión a la mujer" Maltrato, violación y acoso. Granada: Editorial Comares, 1998.
- MACKINON RA. Principios generales de la entrevista. En: Psiquiatría clínica aplicada. Mackinnon R.A., Michles R. (eds.). Ed. Interamericana. México, 1981, pp 3-59.
- MALAMUTH, N. M.; HEIM, M., Y FESHBACH, S. (1980): «The sexual responsiveness of college students to rape depictions: inhibitory and disinhibitory effects, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 399-408.
- MANUAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA: Tomo II, Ed. 1997, Madrid, 1997. 2567pp.
- MANZANERO, A.L. (1997) Evaluando el testimonio de menores testigos y víctimas de abuso sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 6, 13-35.
- MANZANERO, A.L. Y DIGES, M. «Análisis de la credibilidad de recuerdos percibidos e imaginados»; Apuntes de Psicología 1994, 41-42, pgs. 81-92.
- MAPELLI, B.; TERRADILLOS, J.: Las consecuencias jurídicas del delito, Ed. Civitas, Madrid (1993). 225pp.
- MARCO DEL PONT, Luis: "Manual de Criminología", México 1986. ED. Porrúa.
- MARCO RIBE, J.; MARTÖ, J.L.; PONS, R.: Psiquiatría forense, Ed. Salvat, Barcelona (1990). 542pp.
- MASIP, J; GARRIDO, E. (2000) La evaluación de la credibilidad del testimonio en contextos judiciales a partir de indicadores conductuales. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2000, 93-131
- MAYER-GROSS W. SLATER E Y ROTH M. Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós (Buenos Aires). 1958. Vol I y II
- MENDELSON, BENJAMIN: La victimología y las tendencias de la sociedad contemporánea. Rev. Iltanud al día. San Jose, Costa Rica, año 4, Abril 19981, Nº 10, Pag.55 –67.
- MERANI A.; Diccionario de Psicología. Granica - Argentina 1970.
- MIOOTTO, N.G. (1995) Psicología del testimonio. Enfoque pericial del psicólogo forense. Trabajo presentado en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Santiago de Chile.
- MIRA Y LOPEZ; Manual de Psicología Jurídica; Editorial Terms Ltda. Bogota -Colombia 1980.
- MIRA, J.J.: «Estudio sobre la exactitud y credibilidad de los testigos y su testimonios». *Anuario de Psicología Jurídica* 1991. 173-190pp.
- MONTAGU, ASHLEY: El hombre observado. Edit. Monte Avila. Caracas. 1970. Pag. 71.
- MUÑOZ CONDE FRANCISCO; Teoría Del Delito. Editorial Temis Bogota - Colombia 1984.
- MUÑOZ CONDE F y HEREDIA MARTÍNEZ F. La imputabilidad en la perspectiva de la actual legislación Rev. Española de Medicina Legal, Año XII, NE44-45, 1985.

- MUÑOZ CONDE F. La imputabilidad desde el punto de vista médico, psiquiátrico y jundicopenal. Curso Nacional de Psiquiatría y Criminología, UNED, Mérida, 1988.
- MUÑOZ CONDE, F.: Teoría general del delito, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia (1991).
- MUÑOZ CONDE, F.; GARCIAARÁN, M.: "Derecho penal", Ed. Tirant lo Blanch, Valencia (1993). 549pp.
- MUÑOZ LOAYZA M., Personalidad Oculta. Centro Juana Azurduy. Sucre. Bolivia. 2000.
- MURPHY, G. R.; WETZEL, R. D. Suicide risk by birth cohort in the United States 1949 to 1974. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 519-23.
- NEUMAN E.: Victimología, Bs. As. Argentina: Ed. Universidad. 1984
- NEUMAN, ELIAS: "El preso victima del sistema Penal". Cuaderno Instituto Vasco de Criminología. Enero 1988. Pag. 93 –112.
- NEUMAN, ELIAS: "Victimología", El rol de la victima en los delitos convencionales y no convencionales. 2ª ed. Buenos Aires, 1994. Ed. Universidad.
- NUÑEZ DE ARCO J., La Victima. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. UMRPSFXCH. 2004.
- NUÑEZ DE ARCO J., CARVAJAL H.: Violencia Intrafamiliar: un enfoque sistémico. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. UMRPSFXCH. 2004
- NUÑEZ DE ARCO J.: El Informe pericial en Psiquiatría Forense. Ed. Mava. UMSA La Paz. 2001.
- NUÑEZ DE ARCO J.: La autopsia. Sucre: Ed. GTZ, Cooperación técnica alemana. 2005.
- NUÑEZ DE ARCO J.; en Bejarano G., Nuñez de Arco, J., (2002) Psicología y Psiquiatría Forense. Diplomado en Gestión, Ciencias Forenses y Policiales. Modulo V. La Paz: Ed. Univ. Mayor de San Andrés.
- NUÑEZ DE ARCO, J.: El Informe pericial en Psiquiatría Forense. La Paz: Ed. Mava. UMSA. 2001
- NÚÑEZ DE ARCO, JORGE Y COLS.: "El Dibujo como expresión de la agresividad", Rev. Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. Madrid 1986. Pag. 37-44.
- NUÑEZ DE ARCO, JORGE: Neuropsicobiología. Apuntes de clase. Dpto. de Psicobiología. Univ. de Sevilla. 1985-1986.
- NÚÑEZ, K.L., FIRESTONE, P., WEXLER, A.F., JENSEN, T.L., Y BRADFORD, J.M. (2007). Incarceration and recidivism among sexual offenders. Law and Human Behavior, 31, 305-318.
- PATRÓ HERNÁNDEZ, R.; CORBALÁN BERNÁ, F. Y LIMIÑANA GRAS, R.: Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Rev. Anales de psicología*. 2007, vol. 23, nº 1 (junio), 118-124
- PINDYCK, R.S Y RUBINFELD, D.L.: Modelos Econométricos. Labor. 1980
- POCH J. "Entrevista psicológica e historia clínica." En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vallejo J, Bulbena A, González A, Grau A, Poch J, Serralonga J. 2.a edición. Ed. Salvat. Barcelona, 1985, pp 79-93.

- PODNIIEKS E.; Natural survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4: 5-58.
- Policía Nacional. "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS POLICIALES CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O DOMESTICA". MSPS- VAGGF- OPS/OMS. Gob. Holanda. La Paz. 1998. P 9- 40.
- POMAREDA DE ROSENAUER, C., ALFRED STIPPEL, J.: El nuevo código de procedimiento penal. De la teoría a la práctica. Ed. GTZ. 2001: 391.
- PRENTKY, R.; COHEN, M., Y SEGORN, T. (1985): Development of a rational taxonomy for the classification of rapists, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 13, 39-70.
- PRIETO CASTRO, LEONARDO: Cuestiones de derecho procesal, citado en Silva Silva JA. Derecho Procesal Penal, ed. Oxford. México. 1995: 546
- PRINS, H. (1986): *Dangerous Behaviour, the Law and Mental Disorder*, Tavistock, London.
- QUERUBIN, PABLO: Crecimiento Departamental y Violencia Criminal en Colombia. Bogota: Documentos CEDE 2003-12. Abril 2003.
- RASKIN, D.: "Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales», Ed. Desclee de Brouwer, S.A., Bilbao (1994). 320pp.
- REDONDO ILLESCAS, S.; MERITXELL PÉREZ Y MARIAN MARTÍNEZ: El riesgo de reincidencia en Agresores Sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. Papeles del Psicólogo, Septiembre , número 3 VOL-28 , 2007
- ROBBINS, L. (1932) *An essay on the Nature and Significance of Economic Science*, MacMillan, Londres. 3ª edición : 1935.
- RODRÍGUEZ JOUVENCEL, M., "Manual del perito médico. Fundamentos jurídico-prácticos". Bosch, Barcelona, 1991
- ROMERO COLOMA, AURELIA: "La víctima frente al sistema jurídico penal: análisis y valoración". Barcelona 1994. Ed. Jurídicas Serlipost.
- ROSEMBAUM A, O'LEARLY K. Marital violence: characteristics of abusive couples. *J Consult Clin Psychol* 49. 1981:63-71
- RUBIN J, RUBIN C. Cuando las familias se pelean:cómo resolver conflictos. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.
- RUBINSON EP, ASNIS GM. Utilización de entrevistas estructuradas para el diagnóstico. En:Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos. Wetzler S (ed) Ed. Ancora. Barcelona 1991, pp 41-63.
- SANCHA, V.; CLEMENTE, M.; MIGUEL, J.J.: *A Delincuencia. Teoría e investigación*», Ed. Alpe, Madrid (1987). 419pp.
- SANCHEZ F., ESPINOZA S., RIVAS A.: ¿Garrote o Zanahoria? Factores asociados a la disminución de la violencia homicida y el crimen en Bogotá. Bogota: Documento CEDE 2003-27, (Edición Electrónica) Facultad de Economía, Universidad de los Andes. 2003
- SANDLER J., DARE CH. Y HOLDER A., (1973) *El paciente y el analista*. ED. Paidos. Bs. As.

- SARMIENTO SANTANDER, F., (2006) Construcción de la Paz en Escenarios Urbanos con altos índices de Violencia: Procesos de paz con bandas y pandillas juveniles en Colombia Colombia: Documento síntesis de la ponencia preparada para el seminario "Construcción de Paz en culturas con Violencia" CINEP
- SCHNEIDER K. "Las personalidades psicopáticas." Ed. Morata (Madrid), 1974.
- SERRANO MAILLO, A. (2004) Introducción a la Criminología, Madrid: Ed. Dykinson p. 266.
- SEVA DÍAZ A. La entrevista clínica psiquiátrica: la historia clínica. En: . Psiquiatría clínica Seva A (ed). Ed. Expsa. Barcelona, 1979.
- SHAPLAND, J.: Victims in criminal justice system. Hampshire, 1985.
- SHNEIDMAN, E. S. Deaths oJMan. Quadrangle Books. New York, 1973x.
- SHNEIDMAN, E. S. Perturbation and lethality as precursors of suicide in a gifted group. *Life-Threatening Behavior*, 1: 23,1971b.
- SHNEIDMAN, E. S. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. In *Aspects of Depression*, E. S. Shneidman and M. Ortega, editors. p. 225. Little, Brown, Boston, 1969.
- SHNEIDMAN, E. S. Suicide. In *Encyclopedia Britannica*, vol. 21x; p. 383. *Encyclopedia Britannica*, Chicago, 1973b.
- SHNEIDMAN, E. S., AND FARBEROW, N. L. Some Facts about Suicide. United States Government Printing Office, Washington, 1961.
- SHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, N. L., AND LITMAN, R. E. *The Psychology of Suicide*. Science House, New York, 1970.
- SHNEIDMAN, E. S.; Suicide, lethality and psychological autopsy. In E. S. Shneidman; Magno Ortega (Eds.): *Aspects of Depression*. Little Brown. Boston, 1969.
- SHNEIDMAN, E. S.; *The psychological autopsy*. En E. S. Shneidman (ed.): *Death of man*. Quadrangle Books; Penguin Books. New York. 1973: 42-56.
- SHNEIDMAN, E.S. ; 1981 *The psychological autopsy*", en *Death of man*, Penguin books, 1981, New York, 42-56
- SILVER A.W.; TAT and MMPI psychopathic deviate scale differences between delinquent and nondelinquent adolescents, *Journal of Consulting Psychology*, 27, 1963, pag 370.
- SORIA, M.A. Y HERNÁNDEZ, J.A. "El agresor sexual y la víctima; Barcelona, Marcombo Ed. Boixareu Universitaria, 1994.
- SOROKIN, P.: *Sociedad, cultura y personalidad*. Ed. Aguilar. Madrid, 1969.
- SUAY, C. (1992), «Ausencia de consentimiento e intimidación en el delito de violación», en *La Ley*, año XIII, n° 2964.
- SULLIVAN HARRY STACK, (1971) *La Entrevista Psiquiátrica*. Ed. Psique. Buenos Aires. Pag. 32 y 129
- SUTHERLAND, S., AND D. SCHERL: Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Psychoanalysis* 36. 1970:27-34.
- SWANSON, J.W., HOLZER, C.E., GANJU, V.K. Y JONO, R.T.: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 1990:761-780.
- TALBOT, J.A.; HALES, R.; YUDOFKY, S.: «Tratado de psiquiatría», Ed. Ancora, Barcelona (1989). 1318pp.

- TAYLOR, I.; WALTON, P.; YOUNG, J.: La nueva criminología. (2ª ed.) Amorrortu. Bs. As. 2001.
- TEKE, A.: "Medicina legal". Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile (1993). 281pp.
- TERROBA G, SALTIJERAL MT. La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Sal Púb Méx* 1983; 25: 285-93.
- URRA, J. y VAZQUEZ-MEZQUITA, B. (1993). Manual de Psicología Forense. Siglo XXI, Madrid.
- VALDES, M. Y DE FLORES, T.; Psicobiología del estrés. Ed. Martinez Roca, S.A. Madrid. 1985.
- VAN RILLAER, J.: «La agresividad humana», Ed. Herder, Barcelona (1978), 219pp.
- WALKER, L. E.: Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. Washington, DC: American Psychological Association. 1994
- WALKER, L. E.: Current perspectives on men who batter women-implications for intervention and treatment to stop violence against women. *Journal of Family Psychology*, 9, 1995:264-271.
- WEISMAN, A. D., AND KASTENBAUM, R. The Psychological Autopsy. Behavioral Publications, New York, 1968.
- WEISMAN, A. The realization of death, ed. Jason Aronson, New York, 1974
- WEISSMAN, A. D. ET AL. The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life. *Cannon Ment Health*. 4-59, 1968.
- WOLFANG, M.E. (1974). Victim-Precipitated Criminal Homicide, en *Victimology: A new Focus*. Ed. Drapkin y Viano, Lexington Books, D.C. Heath and Company. Lexington, Massachusetts-Toronto-London.
- YUDOFKY SC; 1985, Conditions not attributable to a mental disorder, in *comprehensive Texty Book os Psychiatry*. Ed. By Kaplan HI, Sadock BJ.; edit. Williams and Wilkins, pag. 1862-1865.

NOTAS

