

boletín galego de
medicina legal e forense



ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES
Número 8 · Diciembre 1998

SUMARIO

Editorial: *Las publicaciones en Medicina Legal y Forense*

Opinión: *Ideas para un modelo de Instituto de Medicina Legal en Orense*

Novedades Diarios Oficiales: *Referencias del BOE y del DOGA*

Comentarios diversos: *"O home do unto" y otras cuestiones*

Comunicaciones:

1. LA ENSEÑANZA PRELICENCIATURA DE LA MEDICINA LEGAL EN LA UNIVERSIDAD DE OPORTO. Pinto da Costa J; Carneiro de Sousa MJ; Magalhães T; Matos E.

2. AGRESIVIDAD. VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES. Pinto da Costa J; Carneiro de Sousa MJ; Magalhães T; Ribeiro, C; Leite P; Amado J; Matos E; Pinto da Costa D.

3. DATOS NECROPSICOS E INFORMACION HOSPITALARIA EN TRALUMATISMOS DE CRANEO. Magalhães T; Santos A; González JR; Carneiro de Sousa MJ; Pinto da Costa J.

4. EL NUEVO CODIGO PENAL PORTUGUES (LOS CRIMENES CONTRA LAS PERSONAS). Carneiro de Sousa MJ; Magalhães T; Pinto da Costa J; Grams AC; Pinto da Costa D; González JR.

5. LA ENTREVISTA A NIÑOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL. ALGUNAS SUGERENCIAS. Gomes da Silva A; Magalhães T; Carneiro de Sousa MJ; González JR; Pinto da Costa J.

Novedades Bibliográficas: *Referencias propias y de la Librería Carrera.*

El BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es una publicación de la ASOCIACION GALEGA DE MEDICOS FORENSES constituida en 1993 y cuya Junta Directiva está integrada por Dn Benito A.López-de Abajo Rodríguez como Presidente, Dña Beatriz Otero Abadín como Vicepresidenta, Dn José Luis Gómez Martínez como Tesorero , Dña Gloria Agudo Cuesta como Vocal de la provincia de Coruña, Dn Alberto Barreiro Fernández como Vocal de la provincia de Pontevedra, Dn Arsenio Díaz Rodríguez como Vocal por la provincia de Lugo y Dn Fernando Semulla Rech como Vocal por la provincia de Orense. La A.G.M.F. se halla registrada en el Registro Nacional de Asociaciones con el número: 118.666.

DEPOSITO LEGAL: OR-86/1995

ISSN 1136-078X

IMPRIME: Gráficas SUEVIA, Vigo (Pontevedra)

Título clave: Boletín galego de medicina legal e forense.

Título abreviado: Bol. galego med. leg. forense

El presente número del BOLETIN GALEGO DE MEDICINA LEGAL E FORENSE es el NUMERO 6 y reúne información anterior al día 31 de julio de 1998. COORDINADOR DEL EQUIPO DE REDACCION: Dn. Fernando Semulla Rech. EQUIPO DE REDACCION: Dn. José Ramón González G. Yebra, Dn Fernando Martínez López y Dn Fernando Semulla Rech.

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

LAS PUBLICACIONES EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE

Antes de empezar el tema que hemos elegido para comentar en esta editorial, unas breves palabras de agradecimiento para nuestros colegas del Instituto de Medicina Legal de Oporto. Su colaboración en este número, que constituye una aportación esencial, bien merece expresar desde esta tribuna la admiración que sentimos por su constante impulso a la investigación y el desarrollo de esta parcela de la Medicina. No solo debe servirnos para darnos sana envidia sino también para evidenciar lo útil del modelo de organización de la Medicina Forense en torno a los Institutos de Medicina Legal.

Otra cuestión previa que debemos comentar es el considerable retraso en la publicación de este número debido fundamentalmente a las disponibilidades de los integrantes del Equipo de Redacción. Desde aquí nuestras disculpas y nuestra intención de continuar con este proyecto.

Enlazando con esta última idea queremos comentar el significativo hecho de la que, podemos llamar 'avalancha' de publicaciones en Medicina Legal. Deseamos poner el acento particularmente en la gran cantidad de profesionales de la Medicina Legal y Forense y áreas relacionadas como la Valoración del Daño Corporal que dedican su tiempo a la edición de publicaciones. Entendemos que es antieconómica la edición de varias revistas que, en esencia, tratan de los

mismos temas e interesan al mismo grupo de profesionales.

Todo ello nos ha llevado a pensar que es oportuno proponer a la comunidad de profesionales en Medicina Legal y Forense de España que podría ser un buen momento para aunar todos los esfuerzos y encaminarlos hacia la edición de un texto de edición periódica, sólido, con rigor científico, con la máxima calidad posible, que reúna a todos los sectores de la profesión (Universidad, Administración de Justicia y Especialistas en Medicina Legal y Forense), económicamente asequible para todos, con inclusión de todas las áreas específicas de conocimiento y que nos permita la máxima difusión a través de la utilización de la segunda lengua más conocida del planeta. Podría recibir el nombre de ACTAS ESPAÑOLAS DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE y permitiría mediante suscripción y apoyo de la Administración tener la suficiente calidad como para introducir la publicación en la élite mundial de publicaciones en Medicina Legal.

Somos conscientes de que la propuesta que hacemos es ambiciosa y sobre todo puede encontrarse con obstáculos difíciles de franquear, pero entendemos también que es posible llegar a establecer el consenso necesario para sacar adelante un proyecto que en cualquier caso beneficia a todos tanto en el plano individual como colectivo.

Creemos que es hora ya de dejar de lado las eternas rencillas entre

unos y otros. Al fin y al cabo no creemos que en toda España existan más de 2500 profesionales de la Medicina Legal. No debería ser difícil establecer acuerdos o consensos que nos permitan a todos mejorar profesionalmente.

Nuestra propuesta se concretaría en reunir a los representantes de los Departamentos Universitarios de Medicina Legal, a los representantes de las Asociaciones de Médicos Forenses, a los representantes de los Especialistas en Medicina Legal y Forense y a los representantes de cuantas otras instituciones o asociaciones se consideraran necesarias (Psiquiatría Forense, Valoración del Daño Corporal, etc), a fin de elaborar un documento de consenso respecto al modelo de organización de esta publicación que sin duda debe tener como punto de encuentro de todos la materia relativa a la Medicina Legal y Forense.

En una fase posterior debería recabarse el apoyo económico de la Universidad y la Administración de

Justicia para empezar la edición.

Pensamos necesario adoptar una decisión al respecto ya que de lo contrario es posible que las buenas intenciones de muchos de los que estamos metidos en esta tarea no pasen nunca de ser buenas intenciones y mientras tanto persistan en revistas que cobran suscripción muchas informalidades sobre todo respecto a la periodicidad de las mismas, el cobro anticipado de cuotas, etc... que no hacen sino minar la clientela y ,lo que es peor, acabar con interesantes y buenos proyectos.

Otrecemos a toda la comunidad de profesionales de la Medicina Legal y Forense servir de tuzón para iniciar un proyecto como el que acabamos de proponer. Esperamos vuestras sugerencias, ideas o colaboraciones y trataremos de canalizarlas si fuera posible para una primera toma de contacto.

Fernando Serrulla Rect

IDEAS PARA UN MODELO DE INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL EN LA PROVINCIA DE ORENSE.

JOSE FIDEL GONZALEZ SAGRADO. Médico Forense.

Introducción:

Actualmente en la provincia de Orense existen siete plazas de Médico Forense: 3 en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Orense que atienden además un Hospital Psiquiátrico y un Centro Penitenciario, 1 en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Ribadavia y Carballiño, 1 en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Puebla de Trives y Barco de Valdeorras, 1 en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Bande, Celanova y Xinzo de Limia y 1 en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Verín.

La actividad relacionada con la Clínica Médico Forense se viene realizando en las dependencias habilitadas para tal fin en los diferentes Juzgados de la provincia, mientras que la práctica de las autopsias, desde la firma del Convenio de colaboración entre la Consellería de Sanidade, la Universidad y la Consellería de Xustiza, se hace de la siguiente forma:

-Partidos Judiciales de Orense, Carballiño, Ribadavia, Bande, Celanova y Xinzo de Limia: sala de autopsias del Hospital Cristal Piñor de Orense.

-Partidos Judiciales de Puebla de

Trives y O Barco de Valdeorras: sala de autopsias del Hospital Comarcal de Valdeorras.

-Partido Judicial de Verín: sala de autopsias del Hospital Fundación de Verín.

Solamente los Médicos Forenses destinados en la capital de la provincia cuentan con la ayuda de un Mozo de Autopsias dependiente de la Consellería de Xustiza, y realizan entre ellos un turno de guardias de periodicidad semanal, mientras que los destinados en los partidos rurales se encuentran permanentemente de guardia y no tienen asignado por parte de la Consellería de Xustiza Mozo de Autopsias.

El Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses (RD 296/1996, BOE del 1 de marzo) establece en su artículo 18 que los médicos forenses estarán destinados en un Instituto de Medicina Legal o en el Instituto de Toxicología.

Por otra parte el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal (RD 386/1996, BOE del 9 de marzo) establece en su artículo segundo lo siguiente:

1. En las capitales de provincia en las que tenga su sede un Tribunal Superior de Justicia, así como en aquellas en las que tengan su sede Salas del

Tribunal Superior de Justicia con jurisdicción en una o más provincias, se creará un Instituto de Medicina Legal...

3. En las restantes ciudades podrán existir Institutos de Medicina Legal con el ámbito que reglamentariamente se establezca...

Modelo de Instituto de Medicina Legal:

1. FUNCIONAMIENTO:

La creación de un IML en Orense supondría centralizar (distribuir) toda la actividad médico forense en la capital de la provincia.

Formarían parte del Instituto los siete Médicos Forenses que actualmente trabajan en la provincia, los cuales estarían adscritos en varios Juzgados, siendo válida la distribución existente en este momento, y uno de ellos desempeñaría a su vez el cargo de Director.

La actividad profesional del IML se realizaría a través de dos secciones fundamentales:

a) SECCION DE CLINICA MEDICO FORENSE: Sería la encargada del control de los lesionados judiciales. Esta función se llevaría a cabo por el Médico Forense adscrito a cada Juzgado, pasando consulta tantas veces como fuera preciso para tener cubiertas las necesidades de cada uno de ellos. Esta sección también se encargaría de cuantos informes solicitan los Juzgados relativos a la Valoración del Daño Corporal o Psiquiatría Forense.

b) SECCION DE PATOLOGIA FORENSE: Sería la encargada de la práctica de las autopsias judiciales de la provincia. Cada Médico Forense,

ayudado por un Mozo de Autopsias, se encargaría de realizar esta actividad en los cadáveres judiciales existentes durante su turno de guardia. Para el correcto funcionamiento de esta sección sería preciso contar con dos mozos de autopsia, los cuales se irían turnando de semana en semana en su ayuda a la práctica de autopsias.

Todos los Médicos Forenses integrantes del IML de Orense harían entre sí un turno de guardias. Cada turno tendría una duración semanal (de jueves a jueves) y los Médicos Forenses de guardia se encargarían exclusivamente de las urgencias existentes durante esa semana (levantamiento de cadáveres, autopsias, internamientos psiquiátricos, reconocimientos de detenidos,...), llevando a cabo la actividad de la Clínica Médico Forense de sus Juzgados que no se encuentren de guardia.

En cuanto a la organización del turno de guardias se pueden considerar varias posibilidades:

- Los Médicos Forenses destinados en los Juzgados de la capital se cubrirían entre ellos, haciendo una semana de guardia cada uno. Por otra parte en los Juzgados rurales quedarían dos Médicos Forenses de guardia: uno se encargaría de los casos que surgieran en los Partidos de Xinzo de Limia, Bando, Celanova, Carballiño y Ribadavia y el otro de los de Verín, El Barco de Valdeorras y Puebla de Trives, de tal forma que se libraría una de cada dos semanas.

- El sistema para los Médicos Forenses de los Juzgados de la capital sería el mismo que el anterior y, en cuanto a los Juzgados rurales, previa reunión con los interesados, se intentaría crear el turno de guardias que más conviniera a sus necesidades. Así

por exemplo, cabe a posibilidade de facer gardias entre Verín, Xinzo, Bande e Celanova ou entre Verín, Xinzo, Bande, Celanova, Carballiño e Ribadavia, etc...

-Dos Médicos Forenses de gardia para toda a provincia, de tal forma que se repartirían os casos existentes durante a semana de gardia. Esta última posibilidade é a máis complexa de levar á práctica debido á dificultade de repartir equitativamente os asuntos que se presenten, fundamentalmente en relación con o Juzgado de gardia de la capital.

2.MEDIOS MATERIALES:

La sede central del IML estaría ubicada en el edificio de los Juzgados de Orense, y, ya que allí se va a encontrar también la Clínica Médico Forense de la capital, contaría al menos con los siguientes espacios:

-Cuatro despachos, de los cuales uno estaría destinado al Director del IML y los otros tres se equiparían con lo necesario para la actividad de la clínica.

-Una sala de espera.

-Una biblioteca.

La sección de Clínica Médico Forense se localizaría en las dependencias existentes para esta actividad en los diferentes Juzgados de la provincia y estaría equipada con los medios necesarios para realizar correctamente esta actividad.

La sección de Patología Forense estaría ubicada en la sala de autopsias en la que actualmente se llevan a cabo este tipo de técnicas en la capital de la provincia, aunque, previo acuerdo con las Consellerías de Sanidade e Xustiza, sería conveniente mejorarla adecuadamente o trasladarla a un lugar más apropiado dentro del recinto

hospitalario y en el que se pueda contar con los siguientes elementos: depósito de cadáveres, sala de autopsias, despacho y vestidores y aseos. Cuando las circunstancias así lo aconsejen las autopsias judiciales se podrán realizar dentro de cada partido judicial en locales que cuenten con lo necesario para llevar a cabo este tipo de técnicas.

3.MEDIOS HUMANOS:

Este modelo de IML necesitaría inicialmente para su funcionamiento el siguiente personal:

-Siete Médicos Forenses (el mismo número que existe actualmente).

-Dos mozos de autopsias (ahora sólo hay uno).

-En el caso de que el volumen de trabajo lo aconsejara sería preciso que en el IML prestara servicios de carácter administrativo un auxiliar de la Administración de Justicia. Por otra parte, si fuera preciso, y tal y como se establece en el artículo 16.4 del Reglamento del Cuerpo de Médicos Forenses, el Director del IML quedaría liberado del trabajo que le correspondería realizar en su condición de Médico Forense.

4.CONCLUSION:

Un IML con las características anteriormente citadas supondría un avance importante para los Médicos Forenses en cuanto a la calidad a la hora de hacer su trabajo, ya que se contaría con unos medios adecuados y por otro lado se tendría la posibilidad de que todos fueran incluidos en un turno de guardias. Además el coste económico inicial no sería muy elevado y se podrían ir consiguiendo mejoras progresivamente.

novedades diarios oficiales

Hace más de un año que no editamos un número del BOLETIN y es difícil resumir las Disposiciones más importantes en relación con la Medicina Legal y Forense. No obstante, las que consideramos de mayor interés, son las siguientes:

1.ORDEN de 16 de septiembre de 1997 por la que se aprueba el Protocolo que han de utilizar los Médicos Forenses en el reconocimiento de detenidos. BOE del 26-9-1997.

2.REAL DECRETO 1389/97 que aprueba disposiciones mínimas destinadas a proteger la salud y seguridad de los trabajadores en las actividades mineras. BOE del 7-10-1997.

3.REAL DECRETO 1627/97 de 24 de octubre estableciendo las disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en las obras de construcción. BOE del 30-10-97.

4.REAL DECRETO 1619/1997, de 24 de octubre, por el que se modifica el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. BOE de 30 de octubre de 1997.

5.RESOLUCION de 31 de octubre de 1997 de la Secretaría de Estado de Justicia por la que se convocan a concurso de traslado plazas vacantes de Forensías y Agrupaciones de Forensías para el Cuerpo de Médicos Forenses. BOE de 13 de noviembre de 1997. Corrección de errores en BOE de 22 de noviembre de 1997.

6.ORDEN de 20 de noviembre de 1997 de reestructuración y creación de Agrupaciones de Forensías.

7.REAL DECRETO 1841/1997 de 5 de diciembre por el que se establecen criterios de calidad en Medicina Nuclear. BOE de 19 de diciembre de 1997.

8.LEY 5/97 de 4 de diciembre, de Reforma de la Ley 6/85 de 1 de julio del Poder Judicial. BOE de 5 de diciembre de 1997.

9.RESOLUCION de 18 de diciembre de 1997 de la Secretaría de Estado de Justicia por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. BOE de 20 de enero de 1998.

10.RESOLUCION de 28 de enero de 1998 de Secretaría de Estado de Justicia que modifica la del 18 de diciembre de 1997. BOE del 4 de febrero de 1998.

11.RESOLUCION de 17 de marzo de 1998 de la Secretaría de Estado de Justicia que aprueba la relación provisional de aspirantes admitidos y excluidos a las pruebas selectivas al CNMF BOE de 14 de abril de 1998.

12.REAL DECRETO de 16 de febrero por el que se aprueba el Reglamento de Explosivos. BOE del 12 de marzo de 1998.

13. RESOLUCION de 16 de marzo de 1998, del Consejo Superior de Deportes, sobre lista de sustancias y de métodos farmacológicos prohibidos y de métodos no reglamentarios de dopaje en el deporte. BOE de 31 de marzo de 1998.

14. ORDEN de 18 de marzo de 1998 por la que se regula el fichero automatizado de identificación genética (ADN) de cadáveres/desaparecidos, en la Dirección General de la Guardia Civil. BOE de 31 de marzo de 1998.

15. REAL DECRETO 780/1998 de 30 de abril que modifica el RD 38/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de Servicios de Prevención. BOE 1 de mayo de 1998.

16. RESOLUCIÓN de 5 de mayo de 1998 de la Secretaría de Estado de Justicia por la que se modifica la de 18 de diciembre de 1997 rectificada por la de 28 de enero de 1998, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso en el CNMF. BOE de 23 de mayo de 1998.

17. DECRETO 134/1998 de 23 de abril, sobre Policía Sanitaria Mortuoria. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. DOGA de 11 de maio de 1998.

18. REAL DECRETO 862/1998, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento del Instituto Nacional de Toxicología. BOE de 5 de junio de 1998.

19. RESOLUCION de 20 de mayo de 1998, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se procedé a la

publicación del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Justicia, a través del Instituto Anatómico Forense de Madrid y la Comunidad de Madrid a través de la Agencia Antidroga dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el estudio e investigación de las causas y características de los fallecimientos producidos por reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (muerte RAPS), así como las implicaciones médico-legales de dicho consumo. BOE de 9 de junio de 1998

20. ORDEN de 2 de junio de 1998 por la que se establecen principios de actuación dirigidos a la seguridad del plasma para uso transfusional. BOE de 11 de junio de 1998.

21. ORDEN de 2 de junio de 1998 para la regulación de la nutrición enteral domiciliar en el Sistema Nacional de Salud. BOE de 11 de junio de 1998.

22. LEY ORGANICA 2/1998 de 15 de junio que modifica el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE de 16 de junio de 1998.

23. LEY ORGANICA 6/1998 de 13 de julio de reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

Crea los Juzgados de Lo Contencioso-Administrativo, modifica las competencias de la Sala C-A de la Audiencia Nacional, TSJ y Tribunal Supremo y amplía el ámbito de competencia del Orden Jurisdiccional Contencioso-Administrativo. BOE del 14 de julio de 1998.

comentarios diversos

EL HOMBRE LOBO EN GALICIA: "O HOME DO UNTO".

Para todos los lectores no gallegos es indispensable comenzar diciendo que el hombre del unto ha sido tradicionalmente la forma de meter miedo a los niños. Tendría su equivalente castellano en 'el hombre del saco' u otros monstruos susceptibles de modificar algunas conductas infantiles. También conviene aclarar que el 'unto' es un elemento culinario obtenido en la matanza del cerdo y que es la grasa epiloica del animal sacrificado que se cura por salazón y humo.

Una publicación relativamente reciente de la Diputación Provincial de Ourense aporta datos reales sobre la existencia do home do unto a través del detallado estudio de un proceso judicial que tuvo lugar en el Juzgado de Allariz y en la Audiencia de La Coruña a mediados del siglo XIX. El libro, entre otros textos manejó muchos datos transcritos del propio proceso judicial y el estudio que sobre el particular realizó Vicente Risco y que sirvió como discurso de entrada en la Real Academia Gallega del mencionado antropólogo y etnólogo.

Los estudios que se realizaron se centraron siempre en considerar el caso como un ejemplo más de licantrópia, hecho que entronca sin duda alguna con las más profundas raíces culturales gallegas (magia, superstición, mística) y con algunas derivaciones criminológicas que merecen ser destacadas.

Manuel Blanco Romasanta era un buhonero que iba de feria en feria ven-

diendo su mercancía y que además se encargaba de conducir expediciones de emigrantes en las proximidades del gran macizo central ourensano de la sierra de San Mamede. Los emigrantes nunca llegaban a su destino pues Manuel Blanco acababa con su vida de una forma un tanto peculiar.

En el juicio reconoció haber matado a trece personas. Fué condenado por el asesinato de nueve de ellas. Los cadáveres nunca fueron encontrados y la única prueba en su contra fue su propio testimonio en el que afirmaba que sufría transformaciones esporádicas que se manifestaban en unas ansias incontenibles de matar primero y devorar a las víctimas después. Todo ello con el suficiente tiempo para que el buhonero compusiera una trama más o menos bien ordenada, suficiente para no infundir sospechas ni de propios ni de extraños. Con ello y una vez en la sierra, surgía la transfiguración de Blanco: el hombre se desnudaba y comenzaba a revolcarse en la hierba de cualquier prado o entre las hojas caídas del los árboles, cambiaba totalmente su aspecto y, ante la ya aterrada víctima, sólo quedaba darle muerte con las manos y dientes, arrancarle las ropas y devorarla.

El 26 de diciembre de 1852 los seis facultativos que intervienen emiten su informe médico (forense). Este informe es duramente criticado por el autor del libro quien, incluso utilizando palabras textuales del abogado defensor, añade, permitió a los facultativos usurpar las funciones del ministerio

fiscal, por su falta de objetividad y por ser todo excepto un trabajo puramente técnico. Del informe se hacen algunas menciones interesantes, aunque no exentas de crítica. Para empezar se habla de facultativos forenses de la época, y en realidad en 1852 no existían médicos forenses. Las funciones propias eran desempeñadas por las Comisiones de Medicina y Cirugía Legal de las Reales Academias de Medicina. Hasta 1862 no se adscriben médicos forenses a los Juzgados de Instrucción. Sea como fuere, la corriente científica dominante era la Positivista y por tanto en el informe se mencionan sobre todo aspectos antropodescriptivos: Se trata de un hombre de 43 años, muy bajo puesto que media 5 pies menos una pulgada (lo que traducido a metros sería 1,37 m), su tez morena clara, ojos castaño claros, pelo y barba crecida negra y semicalva la parte superior de la cabeza.../ Su fisonomía no resultaba violenta ni repugnante, al no poseer rasgo característico alguno. Según los forenses su mirada era dulce y tímida, pudiendo volverse feroz y altiva o forzosamente serena. Su temperamento era bilioso y su desarrollo corporal se manifestaba de forma regular dentro de su limitada estatura.../ Entre los caracteres más destacables a los fines de este trabajo destacan un resalto no muy considerable de la porción escamosa del temporal, así como un ángulo facial de 82º de apertura por efecto del abultamiento de los senos frontales, bastante pronunciados. Su óvalo craneal medía 22 pulgadas (50,6 cm).../ y del arco dentario al alto de la frente iban 6 pulgadas (13,8 cm).

Algún otro facultativo (Dr. Phillips, especialista en electro-radiología y estudioso de la hipnosis) se interesó

por el caso, que llegó a tener difusión mundial. Este doctor calificó a Blanco Romasanta, aún sin explorarlo, de una monomanía con delirio lycantrópico.

Sea como fuere y al margen de las cuestiones antropológico-culturales, desde el punto de vista criminológico el caso no nos debe extrañar: criminales antropófagos han existido siempre y siguen actualmente existiendo. No tenemos nada más que recordar los recientes del Reino Unido ('el jardín de los horrores'), el de Bélgica en 1997 y en nuestro país el famoso caso del 'mendigo asesino'.

Todo ello nos pone de manifiesto que los criminales poco convencionales existen desde hace tiempo, pero por esto mismo también son el fundamento de un gran número de mitos que han enturbiado la imaginación de los niños y en algunos casos, la imaginación y la mente de algunos adultos.

Basado en el libro: "O home do unto. Blanco Romasanta, historia real de una leyenda". Domínguez J. Blanco L. Ed. Diputación Prov. de Ourense

LA INTERVENCION PERICIAL DEL MEDICO FORENSE EN EL PROCEDIMIENTO CIVIL SE EXTIENDE POR LA NUEVA LEY DE ASISTENCIA JURIDICA GRATUITA.

La LEY 1/1996, de 10 de enero, de asistencia jurídica gratuita obliga a los Médicos Forenses a intervenir pericialmente en los casos en que se haya concedido el Beneficio de Justicia Gratuita. De este modo el art.6.6 de la mencionada ley expresa textualmente:

Artículo 6.-El derecho a la asistencia jurídica gratuita comprende las siguientes prestaciones:

6.Asistencia pericial gratuita en el proceso a cargo del personal técnico adscrito a los órganos jurisdiccionales, o, en su defecto a cargo de funcionarios,

organismos o servicios técnicos dependientes de las Administraciones Públicas.

Excepcionalmente y cuando por inexistencia de técnicos en la materia de que se trate, no fuere posible la asistencia pericial de peritos dependientes de las Administraciones Públicas, ésta se llevará a cabo, si el Juez o Tribunal lo estima pertinente en resolución motivada, a cargo de peritos que, por insaculación, sean designados entre los técnicos privados que correspondan.

Boente



BAZAR MÉDICO-FARMACEÚTICO

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



Instrumental
INSTRUMENTAL
QUIRÚRGICO

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

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



Advertir siempre para
llevarla con respeto

40 Aniversario 1956-1996

Comunicaciones

LA ENSEÑANZA PRE-LICENCIATURA DE LA MEDICINA LEGAL EN LA UNIVERSIDAD DE OPORTO¹.

PINTO DA COSTA J., CARNEIRO DE SOUSA M.J., MAGALHAES T., MATOS E²

RESUMEN: Los autores comparan dos tipos diferentes de enseñanza práctica pre-licenciatura de la medicina legal, en las dos escuelas médicas de Oporto para los años lectivos de 1993 a 1996: la enseñanza clásica, horizontal (un aula semanal durante todo el año lectivo), en el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar y el actual método en sistema de residencia, por bloques (diariamente, durante dos semanas consecutivas), en la Facultad de Medicina de Oporto. La enseñanza teórica fue siempre la misma en ambas escuelas (con el mismo programa y el mismo agente de la disciplina). El mejor aprovechamiento de la enseñanza en la Facultad de Medicina llevó a que, en 1995, la asignatura en el Instituto de Ciencias Biomédicas pasara a ser también por bloques.

INTRODUCCION

La enseñanza de la Medicina Legal es, simultáneamente, útil e indispensable en la licenciatura en medicina. Útil, porque proporciona al médico información sobre materias de importancia en su práctica profesional, en cualquiera de las ramas en que esa actividad se pueda desarrollar enseñando, sobretodo, de que manera las diversas especialidades se podrán articular correctamente con la medicina legal, con vista a un mejor funcionamiento de la Justicia. Indispensable, porque a pesar de que en Portugal, la ley prevé que la medicina legal ha de ser practicada por especialistas en medicina legal, solo de aquí a 10-20 años se espera que existan especialistas en número suficiente para cubrir todo el territorio y así, hasta entonces, un gran número de actos médico-legales serán realizados por especialistas en otras áreas (habitualmente en medicina de familia).

La finalidad de cualquier enseñanza es mejorar la preparación de los discípulos y la medicina legal no huye de esta regla. El Instituto de Medicina Legal es el lugar privilegiado para la enseñanza práctica de la disciplina de medicina legal, ya que en él se realizan las pericias médico-legales necesarias para esa enseñanza (1).

El objetivo de este estudio es comparar la opinión de los alumnos sobre dos tipos diferentes de enseñanza de la disciplina de medicina legal, administrados a las dos escuelas médicas de la Universidad de Oporto: la forma clásica, horizontal, de un aula teórica y un aula práctica semanal, y el sistema de residencia, en dos bloques.

MATERIAL Y MÉTODO

El sistema de residencia consta

¹Trabajo presentado en el Congreso de la Academia Internacional de Medicina Legal, Dublín, 1997

² Instituto de Medicina Legal de Oporto, Facultad de Medicina e Instituto de Ciencias Biomédicas "Abel Salazar" de la Universidad de Oporto.

de dos bloques, con un total de 60 horas, distribuidos en 2 semanas, durante las cuales el alumno realiza autopsias médico-legales y exámenes de clínica médico-legal (en grupos de tres alumnos), con la supervisión del docente (30 horas para tanatología y 30 horas para clínica, distribuidas entre las 9 y las 12 horas y entre las 14 y las 17 horas, de lunes a viernes), discutiendo los casos y elaborando los correspondientes informes. Además de la vivencia práctica, los alumnos pueden disfrutar, a lo largo del año lectivo, de un aula teórica, durante las 22 semanas. Este sistema fue adoptado por la Facultad de Medicina (FMUP) y la carga horaria total es de 82 horas.

El sistema clásico, adoptado por el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), consistía en un aula teórica durante 25 semanas y un aula práctica semanal, de 2 horas, versando, alternadamente, clínica médico-legal, tanatología y laboratorio (biología ó toxicología forenses). Hemos de destacar que los alumnos de esta escuela no tenían este sistema de enseñanza en la disciplina de medicina legal aunque si lo tenían en otras disciplinas de años anteriores, por lo que ya tenían alguna experiencia. La carga horaria total fue de 72 horas.

A partir del mismo programa de enseñanza (Cuadro 1) se analizaron las respuestas ofrecidas por los alumnos, en los cuestionarios que les fueron distribuidos al final del año lectivo, después de la publicación de los resultados de su evaluación, tratando de evitar que se sintiesen coaccionados

en sus respuestas. Las encuestas fueron anónimas y se informaba que se destinaban, únicamente, a la investigación.

Las respuestas analizadas corresponden a una muestra de 278 alumnos para la FMUP (de un total de 294) y 201 para el ICBAS (de un total de 209), para los años lectivos de 1993/1994, 94/95 y 95/96.

En ambas muestras el sexo femenino fue mayoritario y la media de las edades se situó en los 24.8 años para FMUP e de 24.7 años para el ICBAS, no existiendo diferencias con significado estadístico para estas variables.

Para la comparación de las respuestas se utilizó el test del chi-cuadrado de independencia de Pearson con un tipo de error α igual a 5%.

RESULTADOS Y DISCUSION

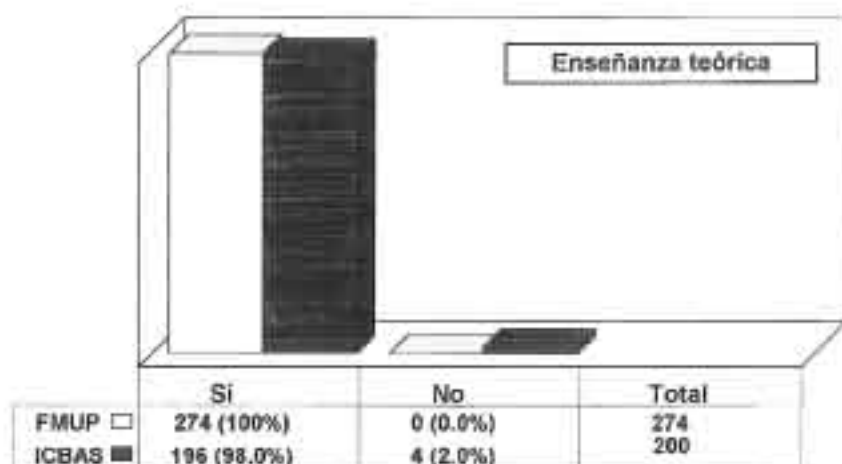
En los cuadros II a XII se presentan las respuestas obtenidas, referentes a las 11 preguntas formuladas a los alumnos.

Ambas escuelas consideraron importante el programa teórico de la disciplina, no existiendo para esta cuestión, diferencias significativas en las respuestas de una y otra: $\chi^2 = 3.41$, $p = 0.06$ (Cuadro II). La posibilidad de mostrar, durante las aulas teóricas, material iconográfico que de otro modo no llegaría a ser conocido por los alumnos, justifica la persistencia de este tipo de aulas (2).

Cuadro I - Programa de la asignatura de Medicina Legal

- Historia y objetivo de la medicina legal. Su desarrollo histórico. Su importancia social. Organización médico-legal del país. Educación médico-legal. Medicina Legal de la Comunidad Europea. El informe de los peritos.
- Ofensas corporales. Intención de matar. Traumatología forense. Clasificación de los traumatismos. Heridas por instrumentos contundentes, cortantes y perforantes. Heridas por armas blancas. Descuartizamiento. Inquisición. Tortura. Malos tratos en los niños. Simulación.
- Sexología forense. Delitos sexuales. Transtornos cualitativos y cuantitativos de la sexualidad. Crímenes contra la honestidad. Desfloramiento. Estupro. Atentados contra el pudor. Violación. Prostitución. Rapto.
- Obstetricia médico-legal. Embarazo. Fundamentos históricos. Métodos anticonceptivos. Aborto. Parto. Esterilización.
- Reproducción artificial. Medicina legal del matrimonio. Transexualismo. Infertilidad. Esterilidad.
- Infanticidio. Características del feto a término.
- Tanatología. Agonía. Concepto de muerte. Verificación del óbito. Data de muerte. Señales de muerte. Fenómenos cadavéricos. Autopsia Médico-legal. Inhumación. Exhumación. Cremación.
- Muerte violenta. Muerte aparente. Muerte súbita. Muerte cerebral. Muerte por inhibición.
- Asfixiología. Ahorcadura. Estrangulación manual y a lazo. Sofocación. Submersión. Confinación.
- Toxicología forense. Metabolismo de los tóxicos. Diagnóstico de la intoxicación. Grandes síndromes toxicológicos. Venenos. Doping. Droga. Investigación post-mortem de los tóxicos. Pruebas toxicológicas rápidas. Terapéutica toxicológica. Tóxicos volátiles. Metales pesados y Fósforo. Pesticidas. Disolventes. Intoxicaciones alimentarias. Intoxicaciones por hongos. Tabaco.
- Monóxido de carbono. Arsénico. Plomo. Mercurio. Cadmio. Maganeso. Cromo. Níquel. Berilio. Talio. Vanadio.
- Alcohol etílico. Alcohol y crimen. Alcohol y muerte súbita.
- Medicina legal criminalística. Importancia de la información y examen del lugar de los hechos, examen del vestuario. Manchas. Identificación médico-legal. Odontología forense. Dactiloscopia.
- Heridas por armas de fuego. Armas y proyectiles.
- Trauma térmico. Trauma eléctrico. Explosiones. Quemaduras por rayos X. Incendios. Barotraumatismos. Traumatismo sonoro.
- Medicina legal del trabajo. Accidente de trabajo, enfermedad profesional e enfermedades del trabajo. Absentismo. Medicina legal del deporte.
- Relación de la Medicina Legal y de la Bioética.
- Derecho médico. Derechos humanos. Transplante de órganos. Donación. Eutanasia. Pena de muerte. Secreto médico. Responsabilidad médica. Experimentación humana.
- Criminología. Victimología. Prisiones.
- Hematología forense. Manchas de sangre. Paternidad. Adopción. Aplicaciones médico-legales del DNA. Transfusiones sanguíneas.
- Problemas médico-legales del SIDA.
- Medicina legal de los accidentes de tráfico. Accidentes rodovianos. Grandes catástrofes.
- Diagnóstico diferencial entre suicidio, homicidio y accidente. Crímenes de guerra. Derecho Internacional Humanitario.
- Psiquiatría médico-legal. Reseña histórica. Perspectiva psiquiátrica de la delincuencia. Imputabilidad. Peligrosidad. Capacidad negocial. Incapacidad e inhabilitación. Capacidad de testar. Deficiencia mental. Psiquiatría forense en el Código Penal y en otra legislación.

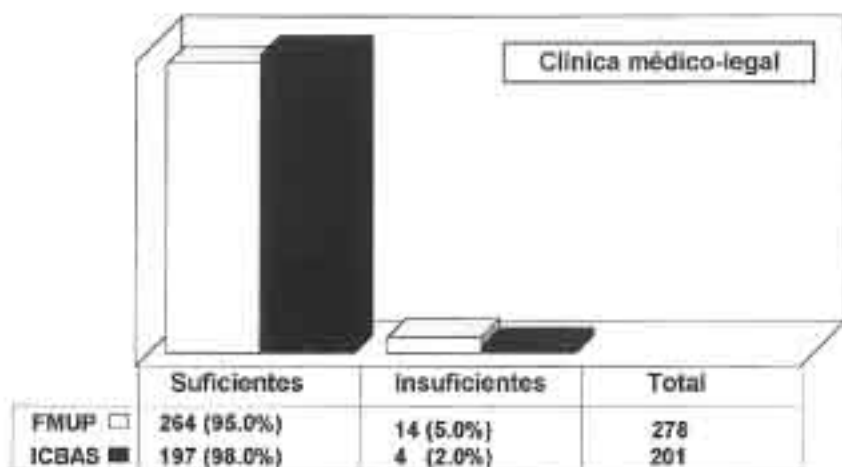
Cuadro II - Considera importante el programa de la asignatura?

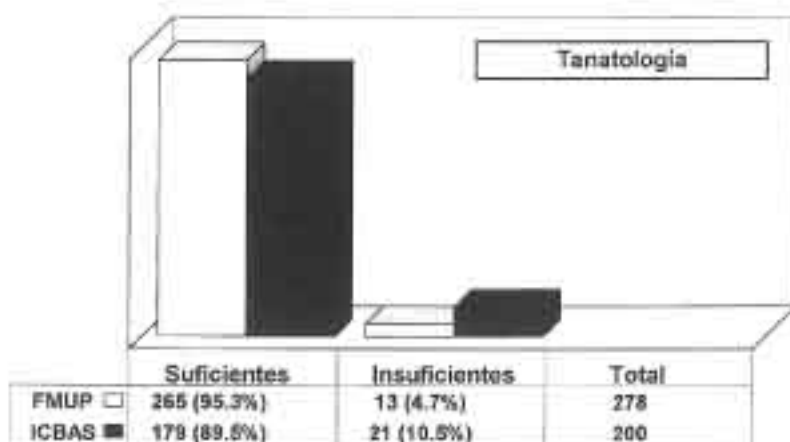


Los conocimientos adquiridos en las aulas prácticas de clínica médico-legal fueron considerados suficientes por ambas escuelas: $\chi^2=2.99$, $p=0.08$ (Cuadro III). No se verificó lo mismo en relación a la tanatología, siendo aquí

la diferencia significativa: $\chi^2= 5.97$, $p=0.01$, dado que 11% de los alumnos del ICBAS consideraron los conocimientos adquiridos insuficientes (Cuadro IV).

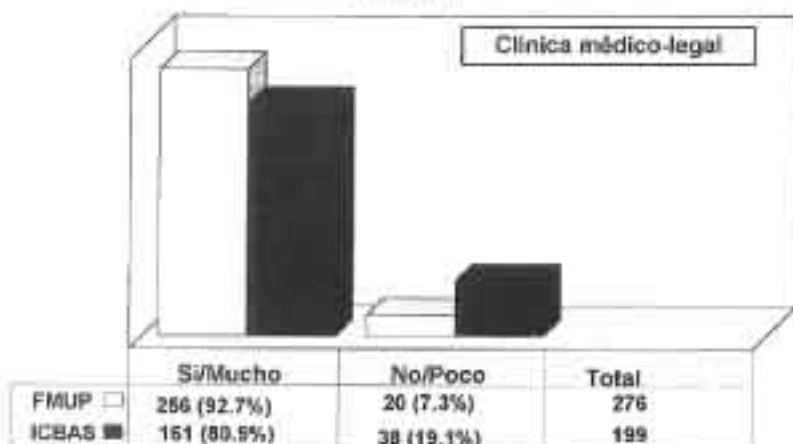
Cuadro III - Los conocimientos prácticos adquiridos en clínica médico-legal son:

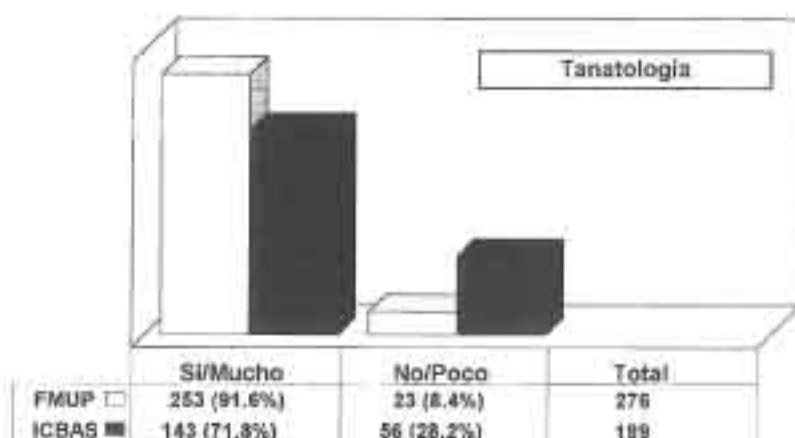


Cuadro IV - Los conocimientos prácticos adquiridos en tanatología son:

La enseñanza práctica de clínica médico-legal y de tanatología, fue considerada de mucho interés, en términos de aplicación futura, por el 87.6% y el 83.4% de los alumnos, respectivamente (Cuadros V y VI). A pesar de eso, se encontraron diferencias en las dos escuelas: para la clínica médico-legal, 19% de los alumnos del

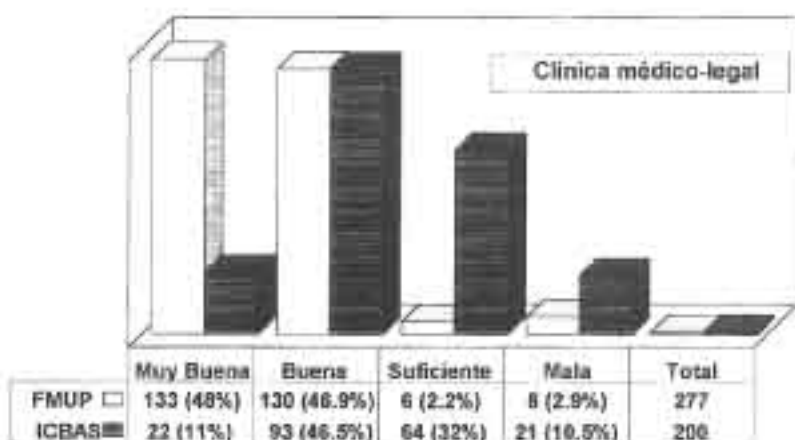
ICBAS consideraron que esta escolaridad irá a tener poco o ningún interés práctico: $\chi^2=15.14$ $p<0.001$ (Cuadro V); para la tanatología, 28% de los alumnos de la misma escuela, también le atribuyeron poco o ningún interés práctico: $\chi^2=32.72$, $p<0.001$ (Cuadro VI).

Cuadro V - Piensa que lo que aprendió en clínica médico-legal va a tener interés práctico?

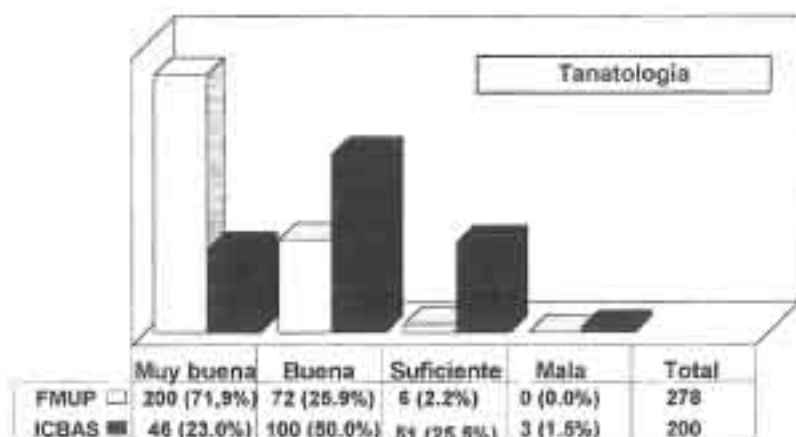
Cuadro VI - Piensa que lo que aprendió en tanatología va a tener interés práctico?

En relación con la enseñanza práctica, considerada buena o muy buena por la mayor parte de los alumnos (53% a 98%), existe una diferencia altamente significativa entre las dos escuelas, habiendo sido esta evaluada

como suficiente o mala, por 28% de los alumnos del ICBAS, en relación a la tanatología ($\chi^2=130.10$, $p<0.001$) y por 43%, en relación a la clínica médico-legal ($\chi^2=130.48$, $p<0.001$) (Cuadros VII y VIII).

Cuadro VII - Como encuentra la enseñanza práctica de clínica médico-legal?

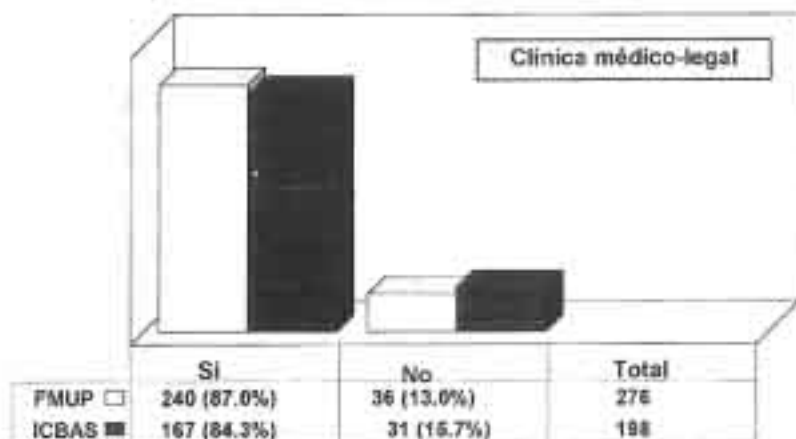
Cuadro VIII - Como encuentra la enseñanza práctica de tanatología?

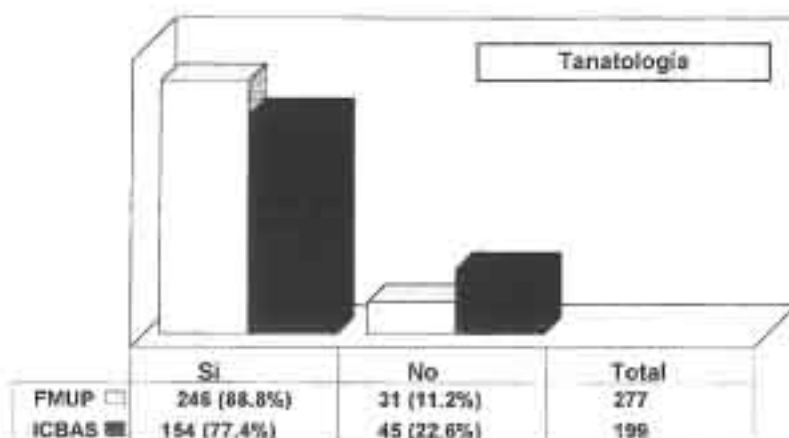


La mayor parte de los alumnos (77% a 89%) consideraron que el periodo de enseñanza práctica fue suficiente (Cuadros IX y X), no encontrándose diferencias significativas para las dos escuelas en lo que se refiere a la clínica médico legal ($X^2=0.65$,

$p=0.42$). Para la tanatología, 23% de los alumnos no consideraron el tiempo suficiente ($X^2=11.25$, $p=0.001$), verificándose que, de hecho, este tiempo para la FMUP fue de 30 horas, mientras que para el ICBAS fue de apenas 16 horas.

Cuadro IX - Piensa que el periodo de enseñanza práctica de clínica médico-legal fué suficiente?



Cuadro X - Piensa que el periodo de enseñanza práctica de tanatología fué suficiente

Las diferencias encontradas en las respuestas del ICBAS y de FMUP a las cuestiones anteriores, están, en parte, relacionadas con el tipo de enseñanza práctica suministrada en ese periodo.

Los alumnos integrados en el sistema de bloques, se mostrarán, en general, más satisfechos con el tipo de enseñanza práctica y 95 % a 97% de estos alumnos dieron preferencia a este sistema (Cuadros XI y XII).

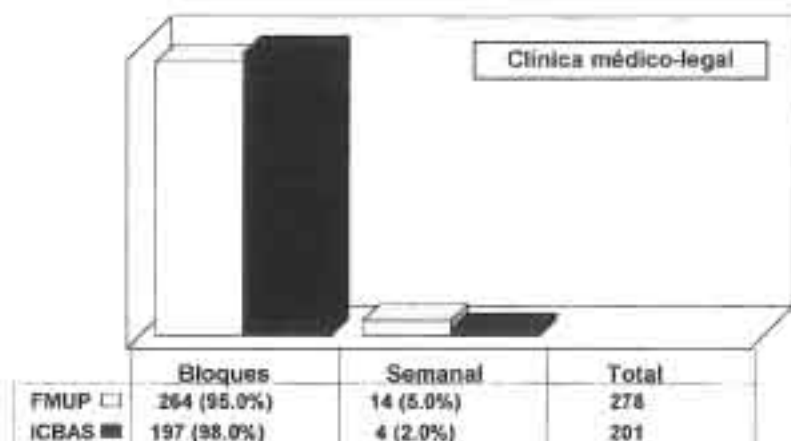
Los alumnos del ICBAS, que tuvieron aulas prácticas según el modelo clásico, se mostrarán, globalmente, menos satisfechos, dando, también, preferencia a la enseñanza por bloques (59% a 98%).

En esta preferencia por el sistema de bloques no se encontró

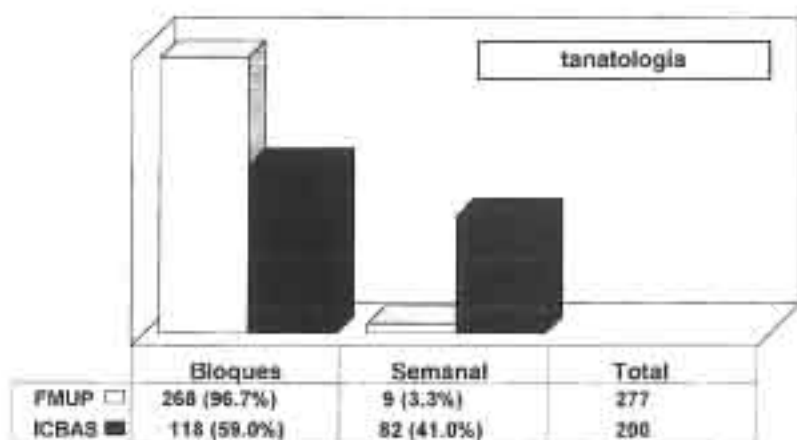
diferencia significativa entre las dos escuelas en el caso de la clínica médico legal ($\chi^2=2.99$, $p=0.08$), existiendo, sin embargo, una diferencia significativa en relación a la tanatología ($\chi^2=107.21$, $p<0.001$) (Cuadros XI y XII).

Tal resultado puede ser debido al hecho de que algunos alumnos (41%) mostraron su rechazo a tener que realizar autopsias durante el periodo de una semana, actividad en la que, no habiendo experiencia, puede, de entrada no seducir. De hecho, la cuestión de la experiencia puede ser importante, dado que los alumnos de la FMUP que tuvieron la oportunidad de realizar autopsias durante ese periodo, apenas el 3% manifestó preferencia por el sistema clásico.

Cuadro XI - Que tipo de enseñanza práctica de clínica médico-legal prefiere?



Cuadro XI - Que tipo de enseñanza práctica de tanatología prefiere?



Los alumnos con el sistema de bloques obtuvieron mejores clasificaciones que los alumnos con el sistema clásico. En una escala de 0 a 20, los

primeros obtuvieron una media de 16.3 y los segundos de 15.3 valores. La evaluación final fue hecha a partir de la siguiente fórmula:

$$CF = \frac{A + P + 2CAC + 2CAC + 2CRP + 3PAV1 + 3PAV2}{12}$$

CF= clasificación final; A= asiduidad, P=participación, CAC= capacidad para adquirir conocimientos; CRP= capacidad para resolver problemas; PAV= pruebas de evaluación voluntarias, en número de dos.

Esta evaluación podría llevarnos a concluir que los alumnos con una escolaridad tipo residencia resultasen mejor preparados que los del sistema clásico, lo que permite deducir que este nuevo tipo de enseñanza es más consuetudinario con la finalidad de la enseñanza de la disciplina de medicina legal, que es dar al alumno una mejor calidad en los conocimientos que consiguió integrar. Con todo, estos resultados tienen que ser analizados con alguna parsimonia, dado que las dos escuelas presentan características diferentes, tanto en lo que se refiere a los alumnos como a los docentes de las prácticas. Estos alumnos ingresaron en el curso de medicina de acuerdo con diferentes medias de selección y el curriculum escolar no fue igual para las dos escuelas. Los docentes de las prácticas fueron diferentes, aunque existe una uniformización en terminos pedagógicos, dado que el regente de la disciplina es el mismo. Los tests finales no fueron exactamente los mismos, a pesar de serlo el programa de la disciplina, y las personas que los corrigieron no fueron tampoco, las mismas. Estos hechos pueden explicar, en parte, algunas de las diferencias en las respuestas obtenidas y en la clasificación final, por lo que tendrá interés proceder a un nuevo estudio,

solo con el ICBAS, en relación a estos dos esquemas pedagógicos: el sistema clásico y el sistema de bloques, ahora adoptado por esta escuela, también para la disciplina de medicina legal.

COMENTARIO FINAL

En conjunto, la opinión de la mayoría de los alumnos de ambas escuelas médicas, sobre la importancia del programa teórico, la suficiencia de los conocimientos adquiridos y su interés futuro, la calidad de la enseñanza y la duración del mismo, fue muy favorable, perteneciendo las respuestas más desfavorables, mayoritariamente, a los alumnos del ICBAS, que tuvieron la frecuencia según el modelo clásico. Las respuestas de estos últimos alumnos pueden ser interpretadas como relacionadas con el tipo de enseñanza práctica que les fue administrada, ya que es esta la variable que mayor diferencia establece entre los dos grupos en estudio y dado que la preferencia por el sistema de residencia, por bloques, fue notoria por ambos grupos de alumnos.

La medicina legal adquirió en los últimos años, un ritmo y una capacidad de análisis de los problemas propuestos, que permiten el recuento de la actividad médica clínica

la actividad pericial, para asesorar a la Administración de Justicia (2). La eficacia de la enseñanza de la medicina legal depende de la calidad de las pericias médico-legales efectuadas. La importancia de la medicina legal para los estudiantes de medicina, a nivel de pre-licenciatura, se define, esencialmente, en el ámbito estricto de la medicina legal (autopsias médico-legales y exámenes de clínica médico-legal) áreas en las cuales podrán ser llamados a actuar en el transcurso de su vida profesional (3). Partiendo del principio de que la enseñanza de la disciplina de

medicina legal no debe ser únicamente teórica, es imprescindible que los alumnos practiquen las técnicas exigibles en tanatología y en la clínica médico-legal; así, el sistema de residencia permite una mayor integración del alumno en la materia y en la vivencia de un servicio de medicina legal. Este aspecto es de enorme importancia, por cuanto que va a permitir que el futuro médico perciba las posibilidades y las carencias reales y concretas de esta especialidad, circunstancia esta que una enseñanza clásica no permite.

REFERENCIAS

1. Pinto da Costa J: O ensino da Medicina Legal, Congreso Nacional de Educação Médica, 25-27 Novembro, Porto, Livro de Comunicações, 79-81, 1982.
2. Pinto da Costa J: Les Expertises Médico-Légales au Portugal. *Journal de Médecine Légale-Crit Médical*, 31(3):229-236, 1988.
3. Pinto da Costa J: A Educação Médico-Legal no Porto, *Revista de Investigação Criminal*, 2:5-15, 1983.

AGRESIVIDAD. VARIABLES BIO-PSICO-SOCIALES¹

PINTO DA COSTA J, CARNEIRO DE SOUSA MJ, MAGALHÃES T, RIBEIRO C, LEITE P, AMADO J, MATOS E, PINTO DA COSTA D²

RESUMEN: Los autores efectuaron un estudio caso-control para análisis del factor agresión versus variables biológicas (sexo, edad, índice de masa corporal, pulso radial, presión arterial y glucemia), psicológicas (depresión/ansiedad) y sociales (profesión, estado civil, escolaridad e índice de mentira). Fueron encontrados, en la población envuelta en casos de agresión ($n=27$), valores más altos de presión arterial después de la entrevista, en relación a la población patrón ($n=20$). Para las otras variables no se encontraron diferencias significativas con la población control. El índice de mentira se reveló más frecuente en esta última población.

INTRODUCCIÓN

La agresividad está relacionada con factores bio-sociales, tal como ha sido largamente demostrado (1-10). En este sentido los autores llevaron a cabo un estudio preliminar para analizar el factor agresión versus variables biológicas (sexo, edad, presión arterial y glucemia) y sociales (estado civil y profesión) (11). Sin embargo, dado que existen, además de las estudiadas, otras variables de este tipo y, también, variables psicológicas, que pueden estar implicadas en el fenómeno agresivo, se amplió el estudio, evaluándose el factor agresión versus variables biológicas (sexo, edad, índice de masa corporal, pulso radial, presión arterial y glucemia), psicológicas (depresión/ansiedad) y sociales (profesión, estado civil, escolaridad e índice de mentira).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio caso-control utilizándose para análisis estadístico los tests de chi cuadrado (χ^2) y "t" de Student.

Fueron seleccionados los individuos que acudieron al Servicio de Clínica Médico Legal del Instituto de Medicina Legal de Oporto, entre los meses de Marzo y Junio de 1990 y que tenían una edad igual o superior a 15 años en el momento de los hechos. La población estudiada incluyó aquellos que se vieron envueltos en agresiones ($n=27$). La población control comprendió las víctimas de accidentes de tráfico (acompañantes en vehículo y atropellados), que nunca se habían encontrado en situaciones de este tipo ($n=20$).

Se eliminaron todos los individuos con hipertensión arterial, diabetes o con historia familiar conocida de estas enfermedades, aquellos que estuviesen realizando cualquier tipo de tratamiento farmacológico que pudiese alterar esas variables y los portadores de patología psiquiátrica.

En cada persona fue inicialmente evaluado el peso, la altura, el pulso radial, la presión arterial y la glucemia. A continuación, dentro del examen

médico-legal, se llevaba a cabo una entrevista en la que la situación causante de estrés (agresión o accidente de tráfico) era revivida. Posteriormente, fue efectuada una entrevista dirigida por una psicóloga, para realización de tests (Eysenck Personality Inventory - EPI - y Escala de Ansiedad de Auto-Avaliação de Zung), realizándose, seguidamente, un nuevo control del pulso radial, presión arterial y glucemia.

RESULTADOS

El sexo femenino predominó en el grupo de las agresiones (66.6%) y el sexo masculino en los accidentes de tráfico (70%).

En relación a la edad, índice de masa corporal, pulso radial, estado civil, nivel de escolaridad y profesión, no se verificaron diferencias entre los grupos analizados.

Se encontró una diferencia significativa en los valores de presión arterial sistólica, medida posteriormente a la entrevista, revelándose estos superiores en los casos (media: 130.7 mmHg/media: 122.7 mmHg; $t=2.029$; $p<0.059$).

El valor de la glucemia, aún siendo más elevado en los casos y en la medición posterior a la entrevista, no presentó diferencias estadísticamente significativas (casos - media antes: 88.67 mg/l; media después: 92.26 mg/l; pobl. patrón - media antes: 85.85 mg/l; media después: 92.25 mg/l).

De los 47 individuos estudiados, 40% revelaron índice de mentira (test EPI > 5), siendo la diferencia entre los grupos en estudio estadísticamente significativa, con valor superior en el grupo control (media: 6). El índice de ansiedad (índice medio normal: 41%)

fue elevado en las dos poblaciones (casos: 77.7%; pobl. patrón: 70%).

Comparando los dos grupos en relación a las variables índice de masa corporal (> 25 vs. < 25), presión arterial (hipertensión: presión sistólica > 15 mmHg o presión diastólica > 95 mmHg vs. no hipertensos), glucemia (hiperglucemia: si > 120 mg/l vs. no hiperglicémicos), índice de ansiedad (< 41 vs. > 41) e índice de mentira (< 5 vs. > 5), a través del test de X^2 o, caso necesario, a través del test Fischer Exact, no se han encontrado en ninguna de las variables valores significativos.

COMENTARIOS

En relación al sexo, los valores encontrados son equiparables a los del estudio preliminar (11) y están de acuerdo con el hecho de que los individuos de sexo masculino sean los que con más frecuencia utilizan vehículos a motor, especialmente en el área profesional, siendo las mujeres las que más tiempo permanecen en el domicilio, estando este hecho de acuerdo con los motivos más usuales de las agresiones: discusiones por motivos "fútiles" entre vecinos.

La presión arterial medida después de la entrevista reveló valores superiores en los casos de agresión, tal como se había observado en el estudio preliminar. En ese estudio, la medición de la presión arterial fue efectuada una única vez y solo después de la entrevista, suscitando la cuestión del efecto de la entrevista en los valores de la presión arterial. En el presente trabajo se constató que no hay diferencia significativa entre los valores de la presión arterial medidos antes de la entrevista, entre los casos y el grupo control, hallándose

esta diferencia en los valores de presión arterial sistólica medida después de la entrevista.

Los resultados obtenidos permiten admitir la hipótesis de que los individuos envueltos en actos agresivos reaccionan de una forma más acentuada, desde el punto de vista emocional, en una situación de estrés, que la población padrón. La entrevista actuaría más como factor de estrés, al hacer revivir la experiencia (agresión), que como factor de perturbación específico (comunicación verbal), toda vez que no se han encontrado diferencias significativas entre los valores de presión arterial medidos antes y después de la entrevista, en los casos control.

En relación a la glucemia, en el estudio preliminar se encontró una diferencia estadísticamente significativa para las dos poblaciones, con un valor superior en el grupo de las agresiones.

En el presente trabajo, aunque se hayan encontrado valores más elevados en los casos y después de la entrevista, estas diferencias no son significativas, lo que podría estar relacionado con el hecho de que la selección de los individuos haya sido más rigurosa en relación a los parámetros antes mencionados y la muestra ser más pequeña que en el estudio preliminar.

Más de la mitad de la población padrón (61%) revelaron índices de mentira, mientras que solo 30% de los individuos envueltos en agresiones lo presentaron, lo que podrá estar relacionado con el hecho de que las víctimas de accidentes de tráfico (población padrón), tengan como objetivo el obtener una indemnización pecuniaria.

En relación a las otras variables estudiadas, no fueron encontradas diferencias significativas con la población control.

REFERENCIAS

1. Fong RL: Violence as a barrier to compliance for the hypertensive urban African American, *Journal of the National Medical Association*, 87(3):203-207, 1995.
2. Mann AH: Psychiatric morbidity and hostility in hypertension, *Psychol Med*, 7:653-659, 1977.
3. Wael-Manning HJ: The relationship between blood pressure and personality in a large unselected adult sample, *J Psychosom Research*, 30(3):361-368, 1986.
4. Schwartz GE, et al: Facial muscle patterning to affective imagery in depressed and non depressed subjects, *Science*, 192:489-491, 1976.
5. Cohen SL, Silverman AJ: Psychophysiological investigation of vascular response variability, *J Psychosom Research*, 3:195-210, 1979.
6. Elmajian F, et al: Excretion of epinephrine and norepinephrine in various emotional states, *Arch Neurol Psychiatry*, 77:609-629, 1977.
7. Fine BJ, Sweeney DR: personality traits, and situational factors, and catecholamine excretion, *J Exper Res Pers*, 3:15-27, 1968.
8. Lahad A, Heckbert SR, Patrick DL, Psaty BM: Hostility, aggression and the association with hypertension in post-menopausal women, *Journal of Human Hypertension*, 10 Suppl 3:S115-121, 1996.
9. Sommers-Flanagan J, Greenberg RP: Psychosocial variables and hypertension: a new look at an old controversy, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(1):15-24, 1989.
10. Brandão I, et al: Aspectos Psico-Sociais da Diabetes insulino-Dependente, *Arg Med*, 3(1):35-42, 1989.
11. Pinto da Costa J, Magalhães T, Ribeiro C, Amado J, Matos E, Pinto da Costa D: Agresividade, Variáveis Bio-Sociais (Estudo Preliminar), *Arquivos de Medicina* 12(2):109-111, 1998.

DATOS NECRÓPSICOS E INFORMACIÓN HOSPITALARIA EN TRAUMATISMOS DE CRÁNEO¹

MAGALHÃES T, SANTOS A, GONZÁLEZ JR, CARNEIRO DE SOUSA MJ, PINTO DA COSTA J²

RESUMEN: Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como la eficacia de la radiografía y tomografía axial computerizada en víctimas de traumatismos de cráneo ($n=223$), por comparación de los datos necrópsicos con la información hospitalaria relativa a estos medios complementarios de diagnóstico. La sensibilidad evaluada para estas técnicas fue baja, siendo de admitir que uno de los principales motivos, se relaciona con el poco rigor de la información que es enviada al Instituto de Medicina Legal.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia y gravedad de las lesiones craneoencefálicas les confieren gran importancia en la práctica médico-legal. Se estima que alrededor de una cuarta parte de las muertes violentas se deben a traumatismos que asientan sobre la cabeza (1). Las lesiones pueden afectar a partes blandas, al esqueleto craneano o a su contenido visceral. En algunos casos, la muerte podrá estar relacionada con la ausencia de diagnóstico de las lesiones, concretamente diagnóstico por imagen, con lo que ello pueda suponer desde el punto de vista de la actitud terapéutica adecuada.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre casos de muerte violenta con traumatismos de cráneo, con el objetivo de comparar los datos necrópsicos con la información hospitalaria relativa a los resultados de los medios auxiliares de diagnóstico habitualmente utilizados en estos traumatizados

(radiografía e tomografía axial computerizada de cráneo).

MATERIAL Y MÉTODOS

De los 491 casos de autopsia de traumatizados que han sido autopsiados en el Instituto de Medicina Legal de Oporto, en el año 1990, han sido seleccionados 223 por tratarse de los casos que provenían de instituciones hospitalarias, en los que además había información sobre los resultados de la radiografía de cráneo ($n=68$) y/o de la tomografía axial computerizada ($n=223$).

De estas víctimas, el 81.7% lo eran de sexo masculino, siendo la media de edad de 44.7 años, con la siguiente distribución por décadas: 5.3%, 16.1%, 16.5%, 8.9%, 7.1%, 13.0%, 12.5%, 13.9% y 6.7%, respectivamente de la primera a la novena décadas de la vida.

Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y

¹ Trabajo presentado en las I Jornadas Galego-Portuguesas de Medicina Legal, Coimbra, 1991.

² Instituto de Medicina Legal de Oporto, Facultad de Medicina e Instituto de Ciencias Biomédicas " Abel Salazar" de la Universidad de Oporto.

negativo, y la eficacia de la radiografía de cráneo en el diagnóstico de las fracturas, y de la tomografía axial computarizada de cráneo en el diagnóstico de las fracturas, lesiones meníngeas y encefálicas. En el caso de las fracturas de cráneo, se consideraron verdaderos positivos los casos en que las lesiones estaban correctamente diagnosticadas y aquellos en los que la información era vaga pero compatible con los hallazgos necrópsicos. Fueron estimados como falsos positivos, los casos en que se habían diagnosticado fracturas en lugares en los que éstas no existían, a pesar de estar presentes en otra localización.

En relación a las lesiones meníngeas, se estimaron como verdaderos positivos los casos en que por lo menos la lesión más grave estaba

correctamente diagnosticada, y como falsos negativos, los casos en que la lesión no fue diagnosticada, y aquellos en los que no se diagnosticó la lesión más grave.

En cuanto a las lesiones encefálicas, se siguieron los criterios usados en el caso de las fracturas.

RESULTADOS

Se verificó fractura de cráneo en el 65% de los casos, lesiones meníngeas en el 84,3% y lesiones encefálicas en el 97,3%.

Las contusiones encefálicas y las fracturas de la base de cráneo fueron las lesiones más frecuentes (Cuadro 1).

La sensibilidad evaluada para estos medios de diagnóstico fue baja, siendo superior al 85% el valor predictivo positivo (Cuadro 2).

CUADRO 1 - Lesiones cráneo-encefálicas observadas

LESIONES	%
Contusión encefálica	85,2
Fractura de base de cráneo	50,2
Hemorragia subaracnoides	39
Hematoma subdural	33,2
Hemorragia subdural	31,8
Contusión estructuras de la fosa posterior	26,4
Hemorragia intraventricular	17,1
Hematoma extradural	17
Fractura de la bóveda	15,2
Hematoma intraparenquimatoso	7,2

CUADRO 2 - Especificidad, sensibilidad, valores predictivos y eficacia de Rx y TAC en el diagnóstico de lesiones cráneo-encefálicas

%	Rx (n=68)		TAC (n=223)	
	Cráneo	Cráneo	Meníngeas	Encefalo
Especificidad	63,6	87,4	64,9	33,3
Sensibilidad	65,0	8,9	44,1	57,2
Valor predictivo positivo	90,0	86,7	86,3	96,9
Valor predictivo negativo	26,0	36,5	18,8	2,1
Eficacia	64,7	39,9	46,6	56,5

En el caso de la radiografía, la sensibilidad fue del 75% en el diagnóstico de las fracturas de la bóveda y del 35% en el diagnóstico de las fracturas de la base.

En relación con la TAC, la falta de

sensibilidad fue más notoria en el diagnóstico de las fracturas de la base y en las contusiones de las estructuras de la fosa posterior, siendo de destacar que el 39.2% de los hematomas subdurales no fueron diagnosticados (Cuadro 3).

CUADRO 3 - Sensibilidad de la TAC en relación con el tipo de lesiones cráneo-encefálicas

TAC	Sensibilidad (%)
Hematoma subdural	60,3
Contusión encefálica	58,5
Hematoma intraparenquimatoso	56,3
Hemorragia subdural	32,4
Hemorragia intraventricular	27,1
Hematoma extradural	21,1
Hemorragia subaracnoides	20,7
Fractura de la bóveda del cráneo	14,7
Fractura de la base del cráneo	5,0
Contusión de estructuras de la fosa posterior	3,4

DISCUSIÓN

Resulta evidente en este trabajo, que la radiografía y la tomografía axial computerizada de cráneo presentan una eficacia muy inferior a la habitualmente atribuida, a pesar de la gran incidencia de las lesiones en estudio que se dieron en la muestra seleccionada.

En relación a la radiografía, se verificó que la sensibilidad en el diagnóstico de las fracturas de la base de cráneo es baja, lo que está de acuerdo con trabajos anteriores (2-4). La radiografía, no es un predictor fiable de lesiones intracraneanas y está indicada, únicamente, para la confirmación o exclusión de un ahondamiento óseo o de una herida penetrante y cuando hay sospecha de lesión no accidental (2).

La tomografía axial computerizada es considerada entre todos los exámenes subsidiarios, el de mayor utilidad en el estudio de los traumatizados de cráneo (4-7). Llegó a ser admitido que,

con su uso, los problemas médico-legales que surgían debido a las limitaciones diagnósticas de la radiografía, dejarían de existir (6).

Se verificó, por el presente estudio, que la tomografía tiene menos valor que la radiografía, para el diagnóstico de las fracturas, tal y como ya fue señalado (4,7). En cuanto a las lesiones meníngeas, se constató que el 39.2% de los hematomas subdurales agudos no fueron diagnosticados (situación grave, cuya mortalidad es del 70 al 90% (8), la cual, depende en gran parte del "timing" de la intervención quirúrgica, pudiendo ser reducida hasta el 30% caso de que se realice su drenaje en las primeras cuatro horas (9). El diagnóstico de las lesiones meníngeas está dificultado por el posible desarrollo y agravamiento tardíos, siendo en este caso decisiva la realización de tomografías seriadas (10). Solo en un caso fue realizada una segunda tomografía, llegan-

do a diagnosticarse en ésta, hemorragia subaracnoidea, por lo que no fué efectuada cirugía de drenaje; se trataba de un hematoma subdural agudo.

En relación con las lesiones encefálicas, las contusiones son las que mejor se han diagnosticado, si bien en la mayor parte de los casos se trataba de contusiones extensas (algunos autores consideran de difícil diagnóstico, pequeñas contusiones hemorrágicas corticales superficiales (7). Se verificó también, que las lesiones de la fosa posterior sólo raramente son diagnosticadas, lo que está de acuerdo con los trabajos publicados (4,7). Estas dificultades de diagnóstico se justifican, según estos mismos autores, por los artefactos de las estructuras óseas de alta densidad de la zona (7) y por las anomalías de imagen provocadas por el movimiento de los enfermos agitados (4). De destacar que, algunas contusiones y hematomas intracerebrales, pueden no haber sido diagnosticadas en la TAC por haberse manifestado tardíamente, por lo que también para estos casos está indicada la realización de tomografías seriadas (11,12).

Apesar de los resultados, la TAC continúa siendo la modalidad de elección en casos de emergencia, permitiendo una rápida y fácil evaluación de la mayor parte de las lesiones de la cabeza (2,13). La resonancia magnética es más útil en los pacientes en los que se encuentra una discrepancia entre los síntomas clínicos y los hallaz-

gos de la TAC, siendo también, la modalidad de elección en los casos crónicos y subagudos, dado que su mejor resolución permite una óptima valoración de las lesiones difusas (hemorrágicas o no) de la sustancia blanca y la ausencia de artefactos permite una buena valoración del tronco cerebral, fosa posterior y superficie cortical (13,14).

CONCLUSIONES

1. La autopsia, es la forma por excelencia de confirmación de los diagnósticos clínicos y de los hallazgos que proporcionan los medios complementarios de diagnóstico.
2. Es necesario para efectuar correctamente esa evaluación, que haya una información clínica exacta.
3. En el presente estudio, la sensibilidad de los medios complementarios de diagnóstico analizados fué baja, aunque con un valor predictivo positivo superior al 85%.
4. Este hecho puede ser debido a las limitaciones ya conocidas de estos medios de diagnóstico (antes expuestas) y a la falta de rigor en la elaboración de la información enviada al Instituto de Medicina Legal.
5. Los errores diagnósticos y la falta de rigor en la información clínica, pueden originar problemas médico-legales, incluso de responsabilidad médica.
6. Es necesaria la realización de otros estudios que permitan claramente definir la razón de tales resultados.

REFERENCIAS

1. Castellano Arroyo M: Consecuencia de los traumatismos según regiones, in: Medicina Legal y Toxicología, Gisbert Calabuig JA, 4ª ed. Salvat, Barcelona, 361-362, 1991.
2. Lloyd A, et al.: Value of skull radiography for intracranial injury in children with blunt head injury. *Lancet*, 349(9055):821-824, 1997.

3. Masters SJ: Evaluation of head trauma: efficacy of skull films, *AJR*, 135:639-47, 1990.
4. Vaz R: Traumatismos cráneo-encefálicos, AEFMUP - Litomédica, Porto: 1990.
5. Livingston DH, et al.: The use of CT scanning to triage patients requiring admission following minimal head injury, *J Trauma*, (4):483-8, 1991.
6. Weinstein MA, et al.: Computed tomography versus skull radiography, *AJR*, 13:27-34, 1978.
7. Yokota H, et al.: Significance of magnetic resonance imaging in acute head injury, *J Trauma*, 31(3):351-7, 1991.
8. Massaro F, et al.: One hundred and twenty-seven cases of acute subdural haematoma operated on. Correlation between CT scan findings and outcome, *Acta Neurochirurgica*, 138(2):185-191, 1996.
9. Wilberger JE, et al: Acute Subdural Hematoma: morbidity and mortality related to operative intervention, *J Trauma*, 30(8):753-6, 1990.
10. Deitch D, Kirschner HS: Subdural hematoma after normal CT, *Neurology*, 39(7):965-7, 1989.
11. Macpherson P, Jennet B, Anderson E: CT scanning and surgical treatment of 1551 head injured patients admitted to a regional neurosurgical unit, *Clin Radiol*, 42(2):85-7, 1990.
12. Okeda T: Clinical aspects of traumatic intracerebral hematomas. Pathogenesis of delayed traumatic intracerebral hematomas, *Nippon Ika Daigaku Zasshi*, 56(6):545-68, 1989.
13. Murray JG, Gear AD, Evans SJ: Imaging of acute head injury. Seminars in ultrasound, CT and MR, 17(3):185-205, 1996.
14. Larsen JC, Krakens J: Radiologic examination of patients with head injuries. Late sequelae of minor head injuries, a radiological challenge, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 116(29):2464-1466, 1996.

EL NUEVO CÓDIGO PENAL PORTUGUÉS (LOS CRIMENES CONTRA LAS PERSONAS)

CARNEIRO DE SOUSA M.J., MAGALHAES T., PINTO DA COSTA J., GRAMS AC.,
PINTO DA COSTA D., GONZALEZ JR.¹

RESUMEN: Los autores comparan el Código Penal Portugués de 1995 con el de 1982, en lo que respecta a algunos de los crímenes que pueden tener relevancia en la intervención médico-legal (los crímenes contra las personas).

INTRODUCCIÓN

El Código Penal que estuvo en vigor hasta 1982 (1), provenía del siglo pasado (1886) y contenía materia que se encontraba bastante desfasada de la realidad social de los tiempos actuales. Su actualización databa de los años sesenta, en los proyectos elaborados por Eduardo Correia, aunque sólo fué concretado con la entrada en vigor del Decreto Ley nº 400/82 (2) que aprobó aquel Código. Su carácter precursor se perdió con la demora de su publicación, surgiendo así desfasado de la realidad social, en especial, en lo que respecta a la criminalidad sexual. En 1995, a través del Decreto Ley 48/95 de 15 de Marzo (3), se llevó a cabo una revisión del Código Penal de 1982, que introdujo algunas alteraciones en las reacciones penales a varios crímenes con evidente repercusión médico-legal.

La valoración de los hechos en un proceso judicial criminal corresponde al juzgador o a la autori-

dad a quién cabe instruir el proceso, en su función de estimar el significado de las pruebas pre-existentes o de apreciar su valor. Por tanto, y además de los conocimientos jurídicos y de la experiencia común, carecen aquellas instancias de conocimientos técnicos o científicos. Sin embargo, como tales entidades ni siempre poseen todos estos conocimientos, que se muestran indispensables para la valoración de la prueba, permite la ley el recurso a medios auxiliares de valoración, en lo que respecta al esclarecimiento de los presupuestos de apreciación de la prueba; es este auxilio, pues, lo que constituye la pericia (4).

Los médicos legistas, en el desempeño de sus funciones de auxiliares de la justicia, sobre todo en el ámbito penal, tienen pues que conocer los tipos legales de crimen en los que son hipotéticamente subsumibles los factores sobre los cuales se pronuncian médico-legalmente a través del examen

¹ Trabajo presentado en el Congreso de la Academia Internacional de Medicina Legal, Dubái, 1987.

² Instituto de Medicina Legal de Oporto, Instituto de Ciencias Biomédicas "Abel Salazar" y Facultad de Medicina de la Universidad de Oporto, Universidad Portuguesa "Infante D. Henrique", Universidad Moderna-Oporto.

pericial, para así exponer de forma correcta, las conclusiones médico-legales en sus informes. Estas, deben tener en cuenta los supuestos del tipo legal de crimen aplicable a determinada conducta (5,6). Siendo la medicina legal un puente entre el derecho y la medicina, que debe ser cruzada en ambos sentidos (7), es obligatorio que el perito médico-legal tenga la sensibilidad suficiente para comprender los requisitos médico-legales necesarios a la fundamentada convicción del juzgador. En este sentido, se presentan las alteraciones legislativas que se realizaron en relación a los crímenes con mayor repercusión médico-legal.

METODOLOGÍA

Procedemos al análisis y comparación de los diversos tipos legales de crímenes que constan en el Código Penal de 1982 y de la revisión que ocurrió en 1995, que figuran en los cuatro primeros capítulos del *Título I*, del *Libro II* del Código Penal de 1982 referentes a *crímenes contra las personas*. Los capítulos analizados fueron los relativos a *crímenes contra la vida, contra la vida intrauterina, contra la integridad física y contra la libertad de las personas*. En lo que concierne al Código Penal de 1995, también se estudiaron los cinco primeros capítulos del *Título I* del *Libro II*, concretamente: *crímenes contra la vida, contra la vida intrauterina, contra la integridad física y contra la libertad personal y autodeterminación sexual*.

Los restantes capítulos de estos Títulos no fueron considerados en este análisis, dado que la apreciación de la respectiva factualidad típica

no implica la realización de examen médico-legal.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En los cuadros I a IV se comparan las denominaciones y las penas previstas para cada uno de los crímenes contra las personas, consignados en los Códigos de 1982 y de 1995.

La sensibilidad del Código Penal de 1982 se mantiene en el texto de la revisión de 1995. Ambos textos legales, perfilan la posibilidad de que las penas de prisión más leves sean sustituidas por penas de multa.

El primero, concedía la posibilidad de adquirir la libertad tras el cumplimiento de la mitad de la pena, para ciertos crímenes y en determinadas circunstancias, mientras que el actual, obliga a que el condenado, con pena de prisión superior a cinco años, cumpla las dos terceras partes de la pena, o sea, la sensibilidad más permisiva del primero no se mantiene en el segundo. La razón de esta situación, asienta en la presión de la opinión pública en cuanto al verbalizado aumento de la criminalidad en Portugal, aumento este, al que las instituciones judiciales se enfrentan con gran dificultad.

En los crímenes contra la vida (Cuadro 1) se constata que se mantiene la moldura penal prevista para el homicidio y que aumenta el máximo de la pena de prisión correspondiente al homicidio cualificado. En relación al homicidio privilegiado y al infanticidio, la punición es idéntica y en los restantes crímenes se verifica una ligera disminución del mínimo de la pena aplicable. La propaganda del suicidio pasa a ser punible.

El nuevo código penal portugués (los crímenes contra las personas). Carneiro de Sousa MJ, et al.

Cuadro I - Crímenes contra la vida

1982			1995		
Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)	Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)
Homicidio	131 ^a	8-16	Homicidio	131 ^a	8-16
Homicidio cualificado	132 ^a	12-20	Homicidio cualificado	132 ^a	12-25
Homicidio privilegiado	133 ^a	1-5	Homicidio privilegiado	133 ^a	1-5
Hom. a petición de la víctima	134 ^a	0,5-3	Hom. a petición de la víctima	134 ^a	Hasta 3 o multa
Instigación o ayuda al suicidio	135 ^a	0,5-8	Instigación o ayuda al suicidio	135 ^a	Hasta 3 o multa
Homicidio por negligencia	136 ^a	2-3	Homicidio por negligencia	137 ^a	Hasta 3 o multa
Intencional privilegiado	137 ^a	1-5	Intencional	138 ^a	1-5
Exposición o abandono	138 ^a	0,5-8	Exposición o abandono	138 ^a	1-8
			Propaganda del suicidio	139 ^a	Hasta 3 o multa

En lo que se refiere a los crímenes contra la vida intra-uterina (Cuadro II), los tipos penales para tales crímenes en el Código de 1982 y en su

versión revisada de 1995 son los mismos, verificándose, en la revisión, la abolición del tipo legal de crimen de aborto consentido.

Cuadro II- Crímenes contra la vida intra-uterina

1982			1995		
Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)	Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)
Aborto	139 ^a	2-8	Aborto	140 ^a	2-8
Aborto consentido	140 ^a	Hasta 3			
Aborto agravado (agravación)	141	2-8 +1/3	Aborto agravado (agravación)	141 ^a	2-8 +1/3

En relación a los crímenes contra la libertad de personal (Cuadro III), de los cuales apenas consideramos, por su relevancia médico-legal, el crimen de

intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos arbitrarios, se constata que, para el mismo comportamiento posible, no existe alteración del tipo penal.

Cuadro III - Crímenes contra la libertad personal

1982			1995		
Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)	Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)
Intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos arbitrarios	152 ^a	Hasta 3 o multa	Intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos arbitrarios	156 ^a	Hasta 3 o multa

Los crímenes más frecuentes en clínica médico-legal son los crímenes contra la integridad física (Cuadro IV). Verifiquemos aquí que, a excepción de los crímenes "intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos" y "participación en

ña, todos los restantes crímenes sufran una agravación en la respectiva punición. Son abolidos los crímenes de "envenenamiento" y de "uso de armas de fuego".

Cuadro IV- Crímenes contra la integridad física

1982			1995		
Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)	Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)
Ofensa corporal simple	142 ^a	Hasta 2	Ofensa contra a la integridad física simple	143 ^a	Hasta 3 o multa
Ofensa corporal grave	143 ^a	1-5	Ofensa contra a la integridad física grave	144 ^a	2-10
Ofensa corporal con dolo de peligro	144 ^a	0.5-3	Ofensa contra a la integridad física cualificada (agravación)	146 ^a	2-10 +1/3
Envenenamiento	146 ^a	2-6	Ofensa a la integridad física privilegiada	147 ^a	1-5
Ofensa corporal privilegiada	147 ^a	Hasta-2	Ofensa a la integridad física por negligencia	148 ^a	Hasta 2 o multa
Ofensa corporal por negligencia	148 ^a	Hasta 0.5	Intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos	150 ^a	Hasta 2 o multa
Intervenciones y tratamientos médico-quirúrgicos	150 ^a	Hasta 2	Participación en peleas	151 ^a	Hasta 2 o multa
Participación en peleas	151 ^a	Hasta 2	Uso de armas de fuego	152 ^a	Hasta 2
Uso de armas de fuego	152 ^a	Hasta 2	Malos tratos o sobrecarga de menores y de subordinados o entre cónyuges	153 ^a	Hasta 9
Malos tratos o sobrecarga de menores y de subordinados o entre cónyuges	153 ^a	Hasta 9		154 ^a	(agravación)
	154 ^a	(agravación)			

En relación a los crímenes sexuales (Cuadro V), la protección de los menores es más clara en el Código Penal actual, con el articulado destinado a crímenes contra la autodeterminación sexual, que no existía en la legislación anterior. Es de destacar, que la mayoría de edad criminal en Portugal es de dieciseis años y la civil es de dieciocho años. La preocupación social más reciente sobre esta problemática, está reflejada en el articulado del Código Penal en vigor. Así, todos los crímenes contra la libertad sexual, continúan siendo considerados crímenes semi-públicos, es decir, necesitan de queja (denuncia) por parte de la víctima o de su representante legal, a excepción del abuso sexual de persona internada (art. 166^º), tráfico de personas

(art. 169^º) y explotación sexual de menores (art. 170^º), que son considerados crímenes públicos. En la sección de los crímenes contra la autodeterminación sexual, sólo la explotación sexual del menor (art. 176^º), es considerado un crimen público. El Estado se reserva el derecho de actuar sólo en las situaciones consideradas más graves, atendiendo a que la salvaguarda de la vida privada e íntima de cada uno es fundamental, no perteneciendo al Estado el impulso del proceso penal para estas situaciones.

Es de destacar que el hombre es considerado, por primera vez, como posible víctima de violación, situación esta que en los Códigos Penales anteriores no existía.

Cuadro V - Crímenes sexuales

1982			1995		
Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)	Tipo de crimen	Artic.	Penas (años)
CRÍMENES CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL					
Violación (mujer)	201 ^º	2-8	Violación (hombre o mujer)	164 ^º	3-10
Violación de mujer (coerciente)	202 ^º	2-8	Coacción sexual	163 ^º	1-8
			Abuso sexual de persona incapaz de resistencia	165 ^º	2-10
			Abuso sexual de persona internada	166 ^º	0,5-8
Cópula mediante fraude	203 ^º	0,5-3	Fraude sexual	167 ^º	Hasta 2
Procreación artificial no consentida	214 ^º	1-5	Procreación artificial no consentida	168 ^º	1-8
Explotación sexual de menores	215 ^º	Hasta 2 o multa	Explotación sexual de menores	170 ^º	0,5-8
			Actos exhibicionistas	171 ^º	Hasta 1 o multa

CRÍMENES CONTRA LA AUTODETERMINACIÓN SEXUAL					
Estupro (>14<16 años de edad)	204 ^a	Hasta 2	Estupro (>14<16 años de edad)	174 ^a	Hasta 2 o multa
Atentado al pudor con violencia	205 ^a	Hasta 3			
Atentado al pudor en persona inconsciente	206 ^a	1-3			
Homosexualidad con menores	207 ^a	Hasta 3	Actos Homosexuales con menores (14 -16 años de edad)	175 ^a	Hasta 2 o multa
Copula o atentado al pudor relacionado con personas detenidas o equiparadas	209 ^a	0.5-3			
Exhibicionismo y ultraje al pudor	212 ^a	Hasta 1 o multa			
Ultraje al pudor de otro	213 ^a	Hasta 0.5 o multa			
			Abuso sexual de niños (<14 años de edad)	172 ^a	
			•Acto sexual de relevancia		1-8
			•cópula / coito anal		3-10
			•acto de carácter exhibicionista / acts obsceno/ ...		Hasta 3
			Abuso sexual de adolescentes y dependientes (14-16 años de edad)	173 ^a	1-8
			Explotación sexual de menores (14-16 años de edad)	176 ^a	0.5-10

CONCLUSIONES

Del análisis efectuado es posible concluir que:

1. Las penas previstas en el Código Penal revisado, para los crímenes contra la integridad física y para los crímenes sexuales, son claramente más elevadas, en cuanto a las penas para los restantes crímenes estudiados, apenas asume relevancia significativa el aumento del máximo de la pena para el homicidio agravado. Para los restantes crímenes se mantiene o se disminuyó la respectiva punición.
2. Se vuelve aún más abierto el régimen de sustitución de la prisión por multa, para los crímenes incluidos en la llamada "pequeña criminalidad".
3. La edad de la víctima es elemento diferenciado de los tipos legales de crimen, consonante al bien jurídico protegido sea la libertad sexual o la autodeterminación sexual. Para la misma conducta, las penas son considerablemente más acentuadas si la víctima fuese menor de 14 años.
4. Se mantiene la disponibilidad del ofendido, en cuanto a la decisión de proceder o no criminalmente, contra el responsable del delito, en la mayor parte de los crímenes contra la libertad sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto de 16 de Septiembre de 1986.
2. Decreto-Ley nº 400/92, de 23 de Septiembre.
3. Decreto-Ley nº 48/95 de 15 Marzo.
4. Leal Henriques M, Simas Santos M: Código Penal Comentado. Editora Rei dos Livros, Lisboa, 1995.
5. Pinto de Costa J: Responsabilidade Médica, Felício e Calves, Porto, 1989.
6. Carneiro de Sousa MJ: Morto Construído. Paradigma para uma Nova Concepção sobre a Formação Jurídica. Tesis Doctoral, Universidad de Oporto, 1996.
7. Roche L: Medicine Legal, Masson, Paris, 1989.

LA ENTREVISTA A NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL. ALGUNAS SUGERENCIAS.

GÓMES DA SILVA A, MAGALHAES T, CARNEIRO DE SOUSA MJ, GONZÁLEZ JR,
PINTO DA COSTA J¹

RESUMEN: El diagnóstico de abuso sexual en niños es un trabajo multidisciplinar, de equipo. Los autores abordan uno de los procedimientos importantes para este diagnóstico, la entrevista con el menor. Esta requiere experiencia y habilidad y, en ciertas ocasiones implica recurrir a métodos especiales que permitan obtener algún tipo de evidencias, no pudiéndose olvidar que esta entrevista no deberá contribuir para agravar los traumas psicológicos en el menor.

INTRODUCCIÓN

Los niños víctimas de abuso sexual constituyen una población de particular riesgo en lo que se refiere a su desarrollo psico-social pero, también, para la posibilidad de "contagio" trans-generacional que esta situación conlleva. Por eso, es importante identificar y diagnosticar estos casos para intervenir sobre ellos, lo más precozmente posible. Existen, a pesar de todo, aspectos particulares que imposibilitan el diagnóstico, apenas basado en el examen físico (vestigios de actividad sexual), como es la habitual actitud del niño, de ocultar lo sucedido; sobretodo en los casos en los que los abusos ocurren en el seno de la familia, los niños, bajo el efecto de amenazas, con complejos de culpabilidad y de vergüenza, raramente dan cuenta de este tipo de hechos y sólo en situaciones fortuitas, el caso acabará por ser descubierto. Por otra parte, los

límites entre la intimidad de las caricias como hacen que no siempre sean de fácil distinción este tipo de comportamientos, que solamente podrán ser identificados como abuso sexual si son analizados en el contexto de la vida diaria de la víctima; estos comportamientos pueden corresponder a manifestaciones sexuales claras e inequívocas, a manifestaciones sexuales consideradas de menor gravedad (como los tocamientos y la masturbación), o a manifestaciones sexuales incipientes (como observar al niño desnudarse o bañarse, por ejemplo). Por estos motivos, la entrevista médico-legal tiene un papel fundamental en el despiste de estos casos, sobretodo cuando no existen vestigios.

LA ENTREVISTA

El éxito de la entrevista depende de la práctica y de la técnica de los entrevistadores, por lo que deberá

haber, por parte de éstos, una constante preocupación en el perfeccionamiento y adecuación de esta técnica.

El lugar donde se realice la entrevista, deberá estar amueblado de forma agradable y decorado con juguetes.

1. Técnicas de recogida de información

La recogida de información puede ser a través de entrevista, de la observación o de cuestionarios, inventarios o escalas auto-aplicadas de registro de conductas.

La observación es un método con algunas ventajas cuando hay dificultad de verbalización (como ocurre con los niños pequeños) y puede presentar diversos niveles: a) observación no sistematizada, ocasional o no controlada; b) observación sistematizada y controlada (Ej. "Colorado Self-Report Measure of Family Functioning" - CSRMFF); c) observación muy controlada (Ej. "Family Interaction Coding System" - FCIS). Para estas observaciones, además de las referidas, existe un elevado número de instrumentos como, por ejemplo: "Clicical Rating Scale" (CRS), "Child Well-Being Scales" (CWBS), "Childhood Level of Living Scale" (CLLS), "Home Observation for the Measurement of Environment" (HOME) y "Family Assessment Form" (FAF).

Los cuestionarios, inventarios y escalas tienen la ventaja, en relación a la entrevista y observación, de constituir una forma estandarizada de evaluación, permitiendo comparaciones normativas. Sin embargo, son difícilmente aplicables a los niños pequeños y adultos con bajo nivel cultural. Son

ejemplos el "Child Abuse Potential Inventory" (CAP) y la "Maternal Characteristics Scale" (MCS).

El registro de conductas consiste en la recogida sistematizada del momento, intensidad y frecuencia de aparición de una o más conductas y, en algunos casos, sus antecedentes y consecuencias. Este registro puede ser hecho por un miembro de la familia y, en relación a los otros métodos, proporciona información que de otra forma no era posible obtener.

En lo que se refiere a la evaluación médico-legal, la entrevista es la forma más utilizada. Tiene la ventaja de permitir recoger información de los diversos miembros de la familia y de compararla. Permite, también, captar otros tipos de comunicación, además de la verbal, como es el lenguaje no verbal que, cuando se pretende evaluar relaciones interpersonales, puede proporcionar información altamente significativa. La entrevista puede ser diagnóstica (tiene como objetivo recoger información diagnóstica, que deberá contribuir para un plan de intervención) o terapéutica (además de la recogida de información, se pretende, también, promover cambios de conducta).

2. Objetivos de la entrevista

La entrevista tiene como objetivos, contribuir para:

- a) esclarecer si se produjo o no una situación de abuso sexual;
- b) valorar, si es posible, el riesgo de repetición de estas situaciones;
- c) caracterizar el acontecimiento (gravedad, frecuencia, espaciamiento tem-

poral);

d) buscar factores de vulnerabilidad específicos del niño (relación con el abusador, capacidad de autocuidado y autoprotección, salud mental, estado cognitivo, inserción social);

e) caracterizar al cuidador;

f) caracterizar el contexto familiar.

3. La entrevista de los padres, familiares y otras personas

Lo ideal es que los técnicos (es decir, asistente social y médico) dispongan de la máxima información sobre el caso, por lo que la entrevista debe iniciarse con la recogida de información del adulto que acompaña al niño (su persona de confianza).

En la entrevista con el adulto, se le debe explicar el motivo de la misma, de una forma directa y profesional, sin revelar la fuente de notificación del caso. El objetivo es obtener información sobre algunos aspectos particulares del niño (por ejemplo, gustos personales, hábitos) y de la familia, datos que nos ayudarán para el abordaje del menor y facilitarán la empatía.

En los casos de abusos intra-familiares, puede ser importante recoger información de los miembros de la familia individualmente (núcleo familiar e familiares), de profesores y de profesionales de la salud, vecinos, conocidos o amigos. En la entrevista, en privado con estas personas, debe aceptarse, inicialmente, las explicaciones, evitando una actitud punitiva, juzgadora o amenazadora, y la actuación detectivesca (intentando probar la existencia del abuso); no se debe entrar en terrenos familiares no relacionados con la situación específica.

En estos casos intrafamiliares es

importante evaluar:

a) la estructura y composición familiar, determinando el momento en que se encuentra la familia en su ciclo vital (situación y dificultades más significativas de los diferentes miembros de la familia);

b) el contexto socio-económico-cultural;

c) las características y funcionamiento individual de los padres (historia de su niñez).

d) salud, bienestar físico, salud mental, nivel intelectual y funcionamiento psicológico);

e) las relaciones familiares (relación de los padres, padres-hijo, entre los hermanos y con la restante familia);

f) características de los abusos (hijos a los que afecta, frecuencia, intensidad, actuación de los diferentes miembros de la familia antes y después del abuso);

g) las relaciones sociales: de los padres y de los hijos;

h) las situaciones estresantes para la familia;

i) el contacto de la familia con los servicios sociales;

j) la consciencia del problema y motivación de la familia para el cambio.

En la entrevista no se deberá olvidar la situación de los hermanos del niño, dado que éstos van a ser siempre afectados por la revelación de la situación de abuso y la consecuente crisis familiar, pudiendo, en ciertos casos, ellos mismos formar parte del sistema de ocultación del abuso sexual, o mismo, ser también víctimas del mismo tipo de abuso.

4. La entrevista del niño

A continuación, escucharemos al niño, que deberá estar solo o acompañado por el adulto a quien contó por primera vez la situación de abuso (su persona de confianza).

La entrevista con el niño varía de acuerdo con su edad y estado de desarrollo; es fundamental la comunicación a nivel del verdadero desarrollo cognitivo, intelectual, psicosocial y psicosexual del niño, sugiriéndose la utilización de un lenguaje adaptada, utilizando los mismos vocablos que el niño, sobretodo para designar los genitales.

La entrevista debe estar bien planeada, debiéndose evitar los múltiples abordajes e interrupciones: los niños quedan confusos, pueden cambiar la historia, pueden mentir o negar la situación de abuso y se les puede causar daño a nivel psíquico. Así, desde el inicio de la entrevista, deberán estar presentes todas las personas que irán participar en el examen (varias generalmente, dado que se trata de una materia multidisciplinar). Sin embargo, en ciertos casos, puede no ser conveniente la presencia de determinada/s persona/s, aunque sea importante que ésta/s, de alguna forma, participen en la entrevista (como por ejemplo la madre, en el caso de no ser esta la persona de confianza). En estas situaciones, hay quien preconiza el uso de un vidrio con espejo, a través del cual esta persona podrá asistir sin que su presencia se haga notar. Otros autores consideran, también, que puede ser útil filmar la entrevista, dado que el material de video es cada vez más aceptado como una evidencia auxiliar en casos legales.

Con los pre-adolescentes, es importante que, después del inicio, les sea ofrecido un periodo de juego libre, para el desarrollo de una buena empatía con el entrevistador.

4.1. Fases de la entrevista

Dada la dificultad que a veces puede existir para crear un clima de empatía con el niño, puede ser necesaria más de una entrevista.

La entrevista puede dividirse en tres fases distintas:

a) Introducción: Esta fase de la entrevista ayuda y permite el establecimiento de empatía. Cada uno de los entrevistadores debe presentarse, explicando cual es su trabajo, conversando con el niño y pidiéndole que describa con sus palabras lo que crea que ellos hacen. Será útil abordar, en esta fase, algunos temas que se sepa que interesan a aquel niño en particular.

Es importante, durante la entrevista, que el niño comprenda que su problema es concreto, que puede hablar sobre el, que las personas creen en él, que tienen capacidad para escuchar sus experiencias, que la responsabilidad de lo ocurrido es nada más que del adulto y que va a ser ayudado. Tiene interés, además, explicarle claramente, como irá a transcurrir el examen, en el que el también participará y podrá dar sus sugerencias, motivándolo para colaborar sin que esto conlleve que le sean hechas falsas promesas.

b) Exploración de la situación de abuso: Debe pensarse en la repercusión que la conversación puede tener

sobre el niño y en la posibilidad de la familia de actuar contra él al conocer pormenores de la entrevista, por lo que se debe asegurar la confidencialidad de la entrevista y hacer que el niño no se sienta culpable o delator de los padres, debiendo hacerse lo máximo posible para tranquilizarlo. Hay que evitar insistir con preguntas repetidas sobre materia en la que el niño demuestre que no quiere dar información, no actuando con tono o actitud amenazadora y no pidiéndole que repita "su historia" en presencia de otras personas. Tampoco deben manifestarse sentimientos en contra de los padres ni conducir la entrevista como si se tratase de un interrogatorio, presionando al niño para que hable.

Algunos autores aconsejan la utilización de juguetes y/o el recurso a dibujos, sobre todo para niños pequeños. Los muñecos anatómicamente exactos (muñeco-padre y muñeca-madre) pueden ser útiles si son usados en un contexto global, con habilidad y sensibilidad, debiendo ser de los niños la iniciativa de jugar con ellos. Otros instrumentos de comunicación no verbal pueden, a veces, ser usados como el recurso al dibujo.

Durante la entrevista se podrán hacer cuatro tipos de preguntas:

- Abiertas: permiten que el niño relate su historia, no sugiriendo ninguna respuesta en particular (Ej.: *"que ocurrió cuando quedaste en casa de tu padre?"*).

- Cerradas: pueden ser contestadas únicamente con un sí o un no (Ej.: *"tu padre puso el dedo en tu pipi?"*); la respuesta a esta pregunta sugiere claramente la posibilidad de abuso

sexual.

- De opción: permiten una de dos respuestas (Ej.: *"tu padre puso el dedo en tu pipi, o en el medio de las piernas?"*).

- Hipotéticas: suponen una idea introducida por el entrevistador (Ej.: *"si él hubiese tocado en el pipi de una niña, crees que ella se lo contaría a su madre?"*).

Se aconseja variar con frecuencia entre los diferentes modos de plantear las preguntas; las indicaciones de abuso sexual dadas por el niño, deberán ser seguidas inmediatamente de preguntas neutras. Muchas veces el niño sólo nos da una única oportunidad.

c) Fin de la entrevista: Debe explicarse al niño lo que ocurrirá en el futuro teniendo en cuenta que puede no habernos contado todo.

4.2. Señales de alerta

Hay que estar atento a determinados síntomas o aspectos que podrán constituir señales de alerta o factores de riesgo de estas situaciones de abuso sexual dado que, muchas veces, no existe colaboración por parte del niño y de los adultos. Algunos indicadores de estas situaciones (que varían de acuerdo con la fase del desarrollo en que se encuentre el niño: preescolar, escolar o adolescente) pueden resumirse de la siguiente forma:

a) de comportamiento: faltas escolares o disminución del rendimiento escolar, comportamientos y conocimientos sexuales inadecuados para la edad, agitación/hiperactividad, vergüenza, falta de confianza en los adul-

tos, reticencia para regresar a casa, autodestrucción, delincuencia, abuso de alcohol, prostitución, accidentes frecuentes, entre otros.

b) psicológicos: como por ejemplo, comportamientos regresivos (ej. volver a chupar el dedo, a hablar como los más pequeños, a querer el chupete y la enuresis), comportamientos obsesivos, o extremadamente dóciles (pueden indicar disminución de la autoestima), o violentos, aislamiento en relación con sus amigos y familiares, miedos o fobias, gangueo, ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades en la concentración, confusión en el papel sexual e ideación o tentativas de suicidio.

c) físicos: anorexia, bulimia, infecciones, mareos, dolores musculares y abdominales, cefaleas, perturbaciones del sueño, automutilación (ej. onicofagia), son los más frecuentes.

También algunos **antecedentes familiares** pueden constituir factores de riesgo, como son: enfermedades psiquiátricas; trastornos psicológicos;

tóxicodependencia o alcoholismo de los padres; dificultades socioeconómicas de la familia (pobreza o múltiples ocupaciones de los padres que le impiden atender a sus hijos); mala relación entre los cónyuges o conductas marginales en uno o en otro; actitudes de los padres de cara al niño; agresividad verbal; debilidad alternando con extremismos de la educación; embarazos no deseados; insistencia en los aspectos negativos del niño y comparación con sus hermanos; malos tratos o baja auto estima en la infancia de los padres.

CONCLUSIÓN

La entrevista es una técnica de comunicación importante que en un proceso de abuso sexual, en menores, puede aportarnos elementos de gran valor cara a su esclarecimiento y diagnóstico, por lo que es importante que en ella se proceda mediante criterios rigurosamente preestablecidos y de forma que no se victimice, aún más, al niño.

BIBLIOGRAFÍA

- Arruabarrena M, Paul J: Maltrato a los Niños en la Familia. Evaluación y Tratamiento, Ediciones Práxis, Madrid 1997.
- Beate Besten: Abusos sexuales en los niños. Herder, Barcelona, 1997.
- El papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Documentos de Bienestar Social, Nº 11, Gobierno Vasco, Departamento de Trabajo y Seguridad Social, Vitoria-Gasteiz, 1988.
- Flores JC, Huertas AD, González CM: Niños maltratados. Díaz de Santos, Madrid, 1997.
- Rappley M, Spear KH: Initial Evaluation and Interview Techniques for Child Sexual Abuse. In: Primary Care. Clinics in Office Practice. Family Violence and Abusive Relationships, Elliot BA, Halverson KC, Hendricks-Matthews MK, WB Saunders Company, 20(2): 329-342, 1993.
- Roig AM, Ochobena JP: Maltrato y Abandono en la Infancia. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Salud 2000, Martínez Roca, Barcelona, 1993.
- Terreros IG: Los Profesionales de la Salud ante el Maltrato Infantil, 2ª ed., Editorial Comares, Granada, 1997.
- Távres Fumisa: Revelação. In: Abuso Sexual da Criança. Uma Abordagem Multidisciplinar, Editor Artes Médicas Sul Ltda, Brasil, 1991.

novidades bibliograficas

1- LIBROS:

1. ESCOPETA 12/70. ELEMENTOS DE RECONSTRUCCION MEDICOFORENSE. Autores: BAIGORRI SOLER MC, CARNICERO GIMENEZ DE AZCARATE MA, QUEREJETA CASARES LM, RAMIREZ ALAVA A.

Edita Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Gobierno Vasco. Septiembre 1997.

Los autores, integrantes del Instituto Anatómico Forense y Clínica Médico Forense de San Sebastián publican un interesante trabajo experimental con las escopetas de caza más usuales con el objeto de determinar elementos médico-forenses que permitan una correcta reconstrucción de los hechos: posición de la víctima y agresor, lugar del que procede el disparo, etc.,...

2. MANUAL PRACTICO DE RESPONSABILIDAD Y DEFENSA DE LA PROFESION MEDICA

(Aspectos jurídicos y médico forenses). García Blázquez y Molina Cobo. 2ª Ed. Julio 1997. Edit. DIJUSA. Precio: 5.557 pts.

3. MANUAL JURIDICO DE LA PROFESION MEDICA.

Palomar Olmeda y otros. Octubre 1997. Marco general de la Sanidad. Las titulaciones Médicas. Ordenamiento jurídico de la medicina privada. El médico al servicio de las administraciones públicas (general, autonómica, local). Régimen jurídico Básico del personal estatutario y laboral. La responsabilidad de los médicos

- empleados públicos-. Precio (aprox): 10.000 pts. Edit. DIJUSA.

4. COMENTARIOS A LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Iglesias Cabero (coordinador). Edit. DIJUSA. Julio 1997. Precio 5.962 pts.

5. ASPECTOS JURIDICO PENALES DE LA REPRODUCCION ASISTIDA Y LA MANIPULACION GENETICA HUMANA.

Benítez Ortuzar. Septiembre 1997. Precio 7.150 pts. Edit. DIJUSA.

6. EL DELITO ECOLOGICO: MANUAL OPERATIVO.

Blanco Lozano. Junio 1997. Edit.: DIJUSA. Precio 2.000 pts.

7. ANALISIS MEDICO-LEGAL DE LA IMPUTABILIDAD EN EL CODIGO PENAL DE 1995

(un análisis médico legal del art. 20.1 y 20.2). García Blázquez. Junio 1997. Edit.: DIJUSA. Precio: 3.077 pts.

8. LA VALORACION LEGAL DEL DAÑO CORPORAL.

Análisis jurídico del sistema incluido en la Ley 30/ 95. Medina Crespo. 1997. Edit: DIJUSA. Precio: 9.000 pts.

9. CODIGO DEONTOLOGICO DEL CONSEJO DE COLEGIOS DE MEDICOS DE CATALUÑA.

Aprobado en asamblea general en junio de 1997 y editado en enero de 1998.

2 - REVISTAS

A. MEDICINA FORENSE ARGENTINA:

EL BOLETIN GALEGO tras conocer la actividad de nuestros colegas argentinos envió el último número a la ASOCIACION DE MEDICOS FORENSES DE LA REPUBLICA ARGENTINA que editán un interesante Boletín. De este modo nos han enviado los números 38, 39 y 40 de su publicación y que desde estas páginas ponemos a disposición de todos los asociados a la AGMF. EL BOLETIN DE LA ASOCIACION DE MEDICOS FORENSES DE LA REPUBLICA ARGENTINA es la publicación oficial de esta entidad y tiene su dirección en AYACUCHO 3421 - 2000 ROSARIO. ARGENTINA.

Por mención expresa en la carta que acompañó a su envío se invita a todos los lectores a participar con los trabajos que les sean remitidos.

A continuación exponemos los

títulos de los trabajos publicados en los números que nos han enviado:

-EL MENOR MALTRATADO. VICTIMA SOCIAL. M. Fernandez.

- ASPECTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA EL NIÑO. J.P. Vanrell. S. Scaglia de Paulette.

- PERICIAS ODONTOLÓGICAS. M. Da Silva.

- LA HEMODIALISIS ¿UNA OBLIGACION DE RESULTADO?. O F. Sanchez.

- ASPECTOS PERICIALES DE LA BALISTICA ACTUAL. M. A. Manzo Sal.

- LA MEDICINA LEGAL EN EL TERCER MILENIO. V.A. José Frigieri.

- ASPECTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA EL NIÑO. J. P. Vanrell,

- LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. O. Félix.

NOVEDADES EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE

ALONSO GARCIA

REGIMEN JURIDICO DE LA PROTECCION SOCIAL DEL MINUSVALIDO.

Año: 97, Rústica, 402 Págs. Precio 4.000 Pts

ASO ESCARIO + CD-ROM

VALORACION DE LAS LESIONES CAUSADAS A PERSONAS ACCID. CIRCULACION.

Año: 98, Tela, 321 Págs. Precio 11.900 Pts

COBO PLANA

MANUAL DE ASISTENCIA INTEGRAL A MUJERES VICTIMAS AGRESION SEXUAL.

Año: 98, Tela, 139 Págs. Precio 4.900 Pts

FERNANDEZ HIERRO

SISTEMA DE RESPONSABILIDAD MEDICA

Año: 97, Tela, 583 Págs. Precio 7.000 Pts

MEDINA CRESPO

VALORACION DE LOS DAÑOS CORPORALES, EL SISTEMA DE LEY 30/95

Año: 98, Rústica, 327 Págs. Precio 5.200 Pts

MEJICA

PROTESIS REGIMEN JURIDICO Y CRITERIOS JURISPRUDENCIALES

Año: 97, Rústica, 302 Págs. Precio 3.500 Pts

VALORACION DEL DAÑO CORPORAL LESIONES EN EL MIEMBRO INFERIOR

Año: 98, Rústica, 268 Págs. Precio 2.900 Pts

AMERICAN C. LEGAL

LEGAL MEDICINE - 4ª Edición

Año: 98, Tela, 768 Págs. Precio 28.117 Pts

ANDERSON

FORENSIC SCIENCES IN CLINICAL MEDICINE: A CASE STUDY APPROACH

Año: 98, Tela, Precio 40.754 Pts



ASO ESCARIO + CD-ROM
EL INTERVALO POSTMORTAL

Año: 98, Rústica, 90 Págs. Precio 11.900



PEREZ PINEDA
MANUAL DE VALORACION Y BAREMACION DEL DAÑO CORPORAL

Año: 98, Tela, 788 Págs. Precio 5.800 Pts

LEWIS
LEWIS' DICTIONARY OF TOXICOLOGY
Año: 97, Tela, 1120 Págs. Precio 15.000 Pts

LIGHFOOT
MICROBIOLOGICAL ANALYSIS OF FOOD & WATER
GUIDELINES QUALITY
Año: 98, Tela, 284 Págs. Precio 32.850 Pts

MASON
PATHOLOGY OF TRAUMA - 3ª Edición
Año: 98, Tela, 624 Págs. Precio 44.485 Pts

NIEHAUS
INVESTIGATIVE FORENSIC HYPNOSIS
Año: 98, Tela, 190 Págs. Precio 12.500 Pts

POLLANEN
FORENSIC DIATOMOLOGY & DROWING
Año: 98, Tela, 160 Págs. Precio 26.550 Pts

ROBERTS
DERMAL ABSORPTION & TOXICITY ASSES.
Año: 98, Tela, 792 Págs. Precio 39.150 Pts

ROBERTS
ALKALIDS: BIOCHEMISTRY, ECOLOGY & MEDICAL APPLICATIONS
Año: 98, Tela, 459 Págs. Precio 24.012 Pts

SHAW
PRINCIPLES OF ENVIRONM. TOXICOLOGY
Año: 98, Tela, 216 Págs. Precio 4.291 Pts

VICCELLIO
EMERGENCY TOXICOLOGY - 2ª Edición
Año: 98, Tela, Precio 15.211 Pts

WALLACE
MOLECULAR BIOLOGY OF THE TOXIC RESPONSE
Año: 98, Tela, 420 Págs. Precio 22.946 Pts

WESLER - 3ª Edición
INFORMATION RESOURCES TOXICOLOGY
Año: 98, Tela, 700 Págs. Precio 27.000 Pts

WESLER
ENCYCLOPEDIA OF TOXICOLOGY, 3 Vols.
Año: 98, Tela, 1500 Págs. Precio 86.100 Pts

ZELIKOFF
IMMUNOTOXICOLOGY OF ENVIRONMENTAL AND OCCUPATIONAL METALS
Año: 98, Tela, 374 Págs. Precio 14.336 Pts

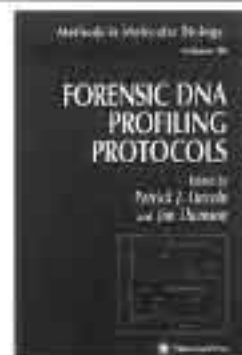
TOXICOLOGIC ASSESSMENT OF THE ARMY'S ZINC CADMIUM SULFIDE TEST
Año: 97, Rústica, 380 Págs. Precio 11.484 Pts



MARZULLI
DERMATOTOXICOLOGY METHODS. THE LABORATORY WORKER'S VADEMECUM.
Año: 98, Rústica, 400 Págs. Precio 17.205 Pts



PLAA
TOXICOLOGY OF THE LIVER: TARGET ORGAN TOXICOLOGY SERIES - 2ª Edición
Año: 98, Tela, 491 Págs. Precio 25.830 Pts



THOMSON
FORENSIC DNA PROFILING PROTOCOLS
Año: 98, Rústica, 309 Págs. Precio 17.220 Pts

FELDMAN

OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL NEUROTOXICOLOGY

Año: 98, Tela, Precio 20.951 Pts

FEYER

OCCUPATIONAL INJURY: RISK PREVENTION AND INTERVENTION

Año: 98, Rústica, 298 Págs. Precio 5.740 Pts

FOULKES

BIOLOGICAL MEMBRANES IN TOXICOLOGY

Año: 98, Tela, 400 Págs. Precio 17.220 Pts

FORBES

GENETICS AND ECOTOXICOLOGY

Año: 98, Tela, 256 Págs. Precio 18.655 Pts

GAD

STATISTICS & EXPERIMENTAL DESIGN FOR TOXICOLOGISTS - 3ª Edición

Año: 98, Tela, 500 Págs. Precio 14.500 Pts

GREENBERG

OCCUPATIONAL INDUSTRIAL AND ENVIRONMENTAL TOXICOLOGY

Año: 97, Tela, 618 Págs. Precio 18.368 Pts

HARBISON

HAMILTON AND HARDY'S INDUSTRIAL TOXICOLOGY - 5ª Edición

Año: 98, Tela, 673 Págs. Precio 18.655 Pts

HEFTMANN CD-ROM

CHROMATOGRAPHY OF ILICIT DRUGS

Año: 98, CD-ROM. Precio 46.980 Pts

HODGSON

DICTIONARY OF TOXICOLOGY - 2ª Edición

Año: 98, Tela, 544 Págs. Precio 21.525 Pts

KIMBER

T LYMPHOCYTE SUBPOPULATIONS IN IMMUNOTOXICOLOGY

Año: 98, Tela, 302 Págs. Precio 20.090 Pts

KITCHIN

CARCINOGENICITY

Año: 98, Tela, 738 Págs. Precio 33.930 Pts

KORACH

REPRODUCT. & DEVELOPM. TOXICOLOGY

Año: 98, Tela, 728 Págs. Precio 33.930 Pts

KRSTULOVIC

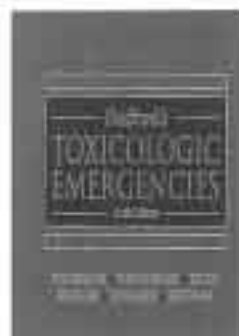
CAPILLARY ELECTROPHORESIS IN THE LIFE SCIENCES

Año: 97, Tela, 293 Págs. Precio 31.500 Pts

**DEDDES**

MEDICAL DEVICE ACCIDENTS: WITH ILLUSTRATIVE CASES

Año: 98, Tela, 245 Págs. Precio 15.184 Pts

**GOLDFRANK**

GOLDFRANK'S TOXICOLOGIC EMERGENCIES - 6ª Edición

Año: 98, Tela, 1952 Págs. Precio 37.410 Pts

**JAMES**

SCIENTIFIC AND LEGAL APPLICATIONS OF BLOODSTAIN PATTERN INTERPRETATION

Año: 99, Tela, 271 Págs. Precio 14.092 Pts

ARTINGSTALL
PRACTICAL ASPECTS ON MUNCHAUSEN BY
PROXY & MUNCHAUSEN
Año: 98. Tela, 370 Págs. Precio 14.500 Pts

BALLANTYNE
GENERAL AND APPLIED TOXICOLOGY
Año: 95, Rústica, 1385 Págs. Precio 15.785 Pts

BALLANTYNE
GENERAL AND APPLIED TOXICOLOGY
2 Volumes Set
Año: 93, Tela, 1504 Págs. Precio 55.865 Pts

BATES
PAEDIATRIC TOXICOLOGY HANDBOOK OF POISONING IN CHILDREN
Año: 97, Tela, 352 Págs. Precio 18.933 Pts

BEVEL
BLOODSTAIN PATTERN ANALYSIS. WITH INTRODUCTION TO CRIME SCENE RECON
Año: 97, Tela, 380 Págs. Precio 11.000 Pts

BLAIN
MEDICAL NEUROTOXICOLOGY: OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL CAUSES
Año: 99, Tela, 640 Págs. Precio 25.830 Pts

BROGDON
FORENSIC RADIOLOGY
Año: 96, Tela, 475 Págs. Precio 20.228 Pts

CLAYTON CD-ROM Versión 2.0
PATTY'S INDUSTRIAL HYGIENE AND TOXICOLOGY
Año: 98, CD-ROM. Precio 615.615 Pts

CLAYTON CD-ROM Versión 2.0
PATTY'S INDUSTRIAL HYGIENE AND TOXICOLOGY - UPDATE
Año: 98, Update CD-ROM. Precio 98.039 Pts

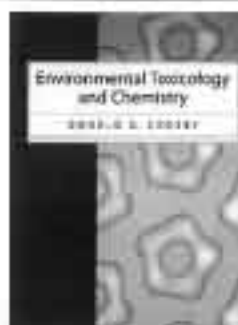
COSTA
OCCUPATIONAL NEUROTOXICOLOGY
Año: 98, Tela, 260 Págs. Precio 20.800 Pts

ECOBICHON
OCCUPATIONAL HAZARDS OF PESTICIDE EXPOSURE
Año: 98, Tela, 320 Págs. Precio 18.641 Pts

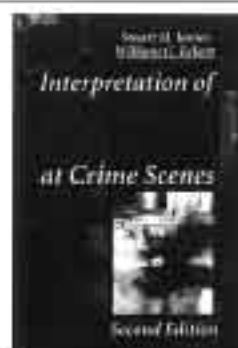
ECOBICHON
OCCUPATIONAL HAZARDS OF PESTICIDE EXPOSURE
Año: 96, Tela, 320 Págs. Precio 7.161 Pts



GLEMENT
CRANIOFACIAL IDENTIFICATION IN FORENSIC MEDICINE
Año: 98, Rústica, 306 Págs. Precio 35.875



CROSBY
ENVIRONMENTAL TOXICOLOGY AND CHEMISTRY
Año: 98, Tela, 329 Págs. Precio 14.207 Pts



ECKERT
INTERPRETATION OF BLOODSTAIN EVIDENCE AT CRIME SCENES - 2ª Edición
Año: 98, Tela, 321 Págs. Precio 16.120 Pts

Estos precios incluyen IVA y están sujetos a cambios por parte de las editoriales y el mercado de divisas.

CARACTERES GENERALES DEL BOLETIN

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

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

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

4. Se realiza por un Equipo de Redacción, integrado actualmente por: Dr. Fernando Martínez López, Dr. José Ramón González G. Yebra, y Dr. Fernando Serrulla Rach, Médico Forense de Verín.

INFORMACION PARA LOS AUTORES Y COLABORADORES:

Se ruega a los autores y colaboradores que atiendan las siguientes indicaciones relativas a las diferentes secciones:

1. OPINION:

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

No se editarán textos anónimos.

2. CARTAS AL EQUIPO DE REDACCION:

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

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

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

3. COMUNICACIONES:

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

a) Texto mecanografiado a dos espacios y con una extensión máxima de 10 folios por una sola cara. De momento no podrán incluirse fotografías en color, sin embargo éstas pueden enviarse si son claras y contrastadas de modo que su fotocopia permita observar mínimamente lo que se pretende. Las fotografías, tablas y gráficos vendrán numeradas, con pie explicativo y referencias en el texto. Los textos deberán enviarse en diskette y en formato compatible con WP6.0 para Windows.

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

-TÍTULO DEL TRABAJO.

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

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

-BIBLIOGRAFIA: Para cada epígrafe

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

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

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