

# Revista de la Escuela de Medicina Legal

órgano de expresión de la comunidad científica afín  
a la Medicina Legal y las Ciencias Forenses



Número 14

JUNIO DE 2010

4

## Técnica de criminalística en manchas de sangre: factor ambiental en las pruebas de orientación

*Criminalistic Technique in Bloodstains: Environmental Factor in Orientation Tests*  
P. Gil - F. Verdú - A. Castelló - M. C. Negre

15

## Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional

*Legislative Evolution of Gender Violence from the Point of View in the Medical-Legal Framework  
Within International and Nacional*  
Mercedes Martínez León - Henar Torres Martín - Camino Martínez León - Daniel Queipo  
Burón - Milagros de la Fuente Sanz

26

## Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida

*Psychopathological Risk Factors in the Suicide Attempt*  
Ángel F. García Martínez - Moisés Rodríguez García - María Elena Albarrán Juan - Andrés Santiago Sáez

35

## Entrevista con Entrevista con Eduardo Andreu Tena, director del Instituto Anatómico Forense de Madrid

*Interview with Eduardo Andreu Tena, director of the Forensic Anatomical Institute Madrid*  
Enrique Dorado Fernández

45

## Miscelánea: Obituario: Vicente Moya Pueyo - A nuestro querido director - Reseña bibliográfica - Valoración del Curso de Tanatopraxia y Sanidad Mortuoria - Jornadas y Congresos

*Obituary: Vicente Moya Pueyo - To our dear director - Bibliographic - Course Rating and Health thanatopraxy  
Mortuary - Bibliographic - Conferences*  
Andrés Santiago Sáez - MCarmen Moreno

## Comité científico

**Presidente** D. José María Ruiz de la Cuesta Cascajares Prof. Titular UCM (jubilado)

### Sección de Antropología Forense

**D. Miguel Botella López**

Prof. Titular Univ. Granada

**D. Francisco Etxebarria Gabilondo**

Prof. Titular Univ. País Vasco

**Dña. Concepción Magaña Loarte**

Entomóloga Forense Instituto Anatómico Forense Madrid

**Dña. Cristina de Mendonça**

Prof. Instituto Medicina Legal Coimbra (Portugal)

**D. José Luis Prieto Carrero**

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

**D. Pablo Arturo del Río Muñoz**

Facultativo Del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Madrid

**D. Gonzalo Trancho Gayo**

Prof. Titular UCM

**Prof. Douglas Ubelaker**

Curator of Physical Anthropology, National Museum of Natural History, National Museum of Man, Smithsonian Institution, Washington D.C.

### Sección de Atención Primaria

**Dña. María Elena Albarrán Juan**

Prof. Asociado UCM

**D. Atef Kanaan Kanaan**

Prof. Colaborador UCM

### Sección de Bioética

**D. Rogelio Altisent Trota**

Prof. Asociado Univ. Zaragoza Presidente de la Comisión Deontológica Médica Nacional

**D. Miguel Sánchez González**

Prof. Titular UCM

**D. Benjamin Herreros Ruiz-Valdepeñas**

Prof. Asociado Ciencias Salud UCM

### Sección de Biología Forense

**D. Ángel Carracedo Álvarez**

Catedrático Univ. Santiago de Compostela

**Dña. Eva Fernández Domínguez**

Investigadora UCM

**D. Félix Gómez Gallego**

Prof Titular Univ. Europea de Madrid

**Dña. Isabel López Abadía**

Prof. Titular Univ. País Vasco

**Dña. Ana María López Parra**

Prof. Ayudante UCM

**D. José Antonio Lorente Acosta**

Prof. Titular Univ. Granada

### Sección de Criminología y Criminalística

**D. José Luis Barrallo Ferreras**

Inspector del Cuerpo Nacional de Policía. Especialista en Criminología y Criminalística

**D. Jesús Fernández Sánchez**

Analista en Investigación Criminal, Información y Análisis Criminal (Dirección General de la Guardia Civil (SAI) Sec. de Inteligencia)

**Dña. María Teresa Ramos Almazán**

Prof. Titular UCM (jubilada)

### Sección de Derecho Sanitario

**D. Fernando Abellán**

Director de Derecho Sanitario Asesores

**Dña. Ana Berrocal Lanzarot**

Prof. Contratada Doctor UCM

**D. Miguel Fernández Sevilla Morales**

Prof. Asociado UCM

**D. Emilio Lizárraga Bonelli**

Letrado Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

**D. Javier Sánchez-Caro**

Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

### Sección de Especialidades Hospitalarias

**D. José Luis de Gregorio Jabato**

Prof. Colaborador UCM Director Médico Fremap

**D. Ángel Nieto Sánchez**

Prof. Asociado Ciencias Salud UCM

### Sección de Patología Forense

**D. Andrés Bedate Gutiérrez**

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

**D. Enrique Dorado Fernández**

Prof. Asociado Univ. Alcalá de Henares. Médico Forense Madrid

**Dña. Concepción Millana de Ynes**

Prof. Asociada UCM. Anatomopatóloga

### Sección de Odontostomatología

**D. Armando Caballín García**

Prof. Asociado Univ. Rey Juan Carlos de Madrid

**Dña. Stella Martín de las Heras**

Prof. Titular Univ. Granada

**D. José María Vega del Barrio**

Prof. Titular UCM

### Sección de Psiquiatría Forense

**D. Santiago Delgado Bueno**

Especialista en Medicina Legal y Forense

**D. Enrique Esbec Rodríguez**

Médico Forense Madrid. Psicólogo

**D. José Luis de Miguel Pedrero**

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

**Dña. Marisol Rodríguez Albarrán**

Prof. Asociada UCM. Médico Forense Madrid

### Sección de Medicina Legal y Legislación Sanitaria

**D. Eduardo Andreu Tena**

Director del Instituto Anatómico Forense de Madrid

**Profª. María Castellano Arroyo**

Catedrática Univ. Granada

**D. Jorge Cipriano Díaz Suárez**

Prof. Titular Univ. Oviedo

**Dña. Marina Gisbert Grifo**

Prof. Titular Univ. Valencia

**Dña. Begoña Martínez Jarreta**

Prof. Titular Univ. Zaragoza

**Dña. Mercedes Martínez León**

Prof. Contratada Doctor Univ. Valladolid

**Prof. Aurelio Luna Maldonado**

Catedrático Univ. Murcia

**D. Antonio Piga Rivero**

Prof. Titular Univ. Alcalá de Henares

**D. Daniel Queipo Burón**

Prof. Titular Univ. Valladolid

**D. Hugo Rodríguez Almada**

Prof. Adjunto Univ. Montevideo (Uruguay)

**D. Ignacio Miguel Santos Amaya**

Prof. Titular Univ. Málaga

**D. Fernando Verdú Pascual**

Prof. Titular Univ. Valencia

**Prof. José Delfín V illalaín Blanco**

Catedrático Univ. Valencia (jubilado)

### Sección de Toxicología

**D. Antonio Cardona Llorens**

Prof. Titular Univ. Miguel Hernández de Elche

**D. Juan de Dios Casas Sánchez**

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

**Prof. Manuel López-Rivadulla Lamas**

Catedrático Univ. Santiago de Compostela

**Dña. Dolores Marhuenda Amorós**

Prof. Titular Univ. Alicante

**D. Luís Segura Abad**

Médico Forense Madrid. Especialista en Toxicología

**Dña. María Victoria Uroz Martínez**

Prof. Ayudante UCM

### Sección de Valoración del Daño Corporal

**Dña. Pilar Alías Martín**

Prof. Ayudante UCM

**Dña. María Teresa Criado del Río**

Prof. Titular Univ. Zaragoza

**D. Claudio Hernández Cueto**

Prof. Titular Univ. Granada

# Editorial



José Antonio Sánchez

Queridos lectores. Me dirijo desde las páginas de la revista como director de la misma, así también como director de la Escuela de Medicina Legal, para anunciar el cambio de dirección, tanto de la Revista como de la Escuela. En este momento, no de despedida, pues continuaré colaborando tanto con la institución como con la revista, sino de cambio, quiero hacer memoria conjunta del transcurso de los últimos años dedicados a esta tarea.

Mi implicación en las actividades académicas de la Escuela de Medicina Legal, tienen su precedente en fecha 30 de septiembre de 1997, en que se me propuso, acepté y fui nombrado Jefe de Estudios. Esta tarea tuve que simultanearla con la de Secretario del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, que venía ejerciendo desde el año 1994. Tras tres años como Jefe de Estudios, volví a ocuparme en exclusiva de la Secretaría del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, que reclamaba toda mi atención y que pasé a dirigir en el año 2002. En esta situación en el año 2004, el profesor José María Ruiz de la Cuesta, querido compañero, excelente profesional y si cabe aun más, mejor persona, que venía ocupando la dirección de la Escuela desde el año 2003 por jubilación del anterior director el profesor Vicente Moya Pueyo, me propuso la dirección de la misma.

Hasta aquí los antecedentes de mi llegada a la dirección de la Escuela. Todo ese tiempo anterior dedicado a tareas de administración y gestión en el Departamento y también en la Escuela habían ido generándome una serie de ideas, acciones a seguir, que a mi modo de ver repercutirían positivamente en esta institución. Tales eran: la modernización en la docencia de los Especialistas MIR que forma la Escuela, la remodelación del Museo de Antropología Forense, Paleopatología y Criminalística Profesor Reverte Coma, y algo que me parecía muy importante: un órgano de expresión y difusión de la Escuela y de la ciencia médico-legal y Forense. Esta tarea, sin duda, le correspondía a una Revista.

He de señalar que de estas ideas que me animaban cuando accedí a la Dirección de la Escuela, han cristalizado en su totalidad. La remodelación del Museo es un objetivo alcanzado, la transformación de la docencia hacia un modelo acorde con nuestro tiempo es una meta que se renueva con cada curso, y la Revista de la Escuela de Medicina Legal, desde el año 2006 es una realidad. Durante todo este tiempo a cargo de la dirección de la Escuela se ha ido formando un núcleo de excelentes profesionales que se han implicado de forma paulatina en las actividades que se estaban llevando a cabo. De ellos el Dr. Andrés Santiago Sáez, desde un primer momento se hizo prácticamente cargo de la edición de la revista, ha sido el «alma mater», de la publicación. Por su parte el Dr. Bernardo Perea Pérez, ha ocupado los cargos de Secretario del Departamento y Secretario de la Escuela y su buen hacer tiene mucho que ver con los resultados de las transformaciones que he señalado anteriormente.

Por tanto, creo llegado el momento de que estos profesionales figuren al frente de la dirección de la Revista (el Dr. Santiago), y el Dr. Perea al frente de la dirección de la Escuela. Tengo plena fe de que sus aportaciones serán novedosas y redundarán para bien de la institución.

No me resta más que señalar que esta editorial no es un adiós, continuaré colaborando en la medida de mis fuerzas con la Revista y con la Escuela, y también seguiré con la dirección del Museo, tarea a la que tengo gran afecto, y en la que seguiré, en tanto que pueda seguir aportando ideas y experiencia, ya que comenzó con mis inicios en esta Universidad, de la mano de su fundador el Dr. Reverte Coma.



## Comité de redacción

### Director

Andrés Santiago Sáez  
Profesor asociado. Universidad Complutense de Madrid (España). Coordinador docente de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

### Subdirector

Bernardo Perea Pérez  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España). Director de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

### Jefe de Redacción

MCarmen Moreno Robles  
Periodista. Esp. en Antropología Forense

### Redacción

María José Anadón Baselga  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España). Directora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria

Eduardo Arroyo Pardo  
Profesor Contratado Doctor. Universidad Complutense de Madrid (España)

Fernando Bandrés Moya  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España)

César Borobia Fernández  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid. España

María Herrera Laguna  
Profesor Titular de Escuela Universitaria. Universidad Complutense de Madrid (España)

María Elena Labajo González  
Profesora contratada doctora. UCM

Javier Ladrón de Guevara y Guerrero  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España)

José Antonio Sánchez Sánchez  
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España) Director del Museo de Antropología Forense, Paleopatología y Criminalística Profesor Reverte Coma

### Traducción

Dr. Atef Kanaan Kanaan  
Profesor colaborador.  
Universidad Complutense de Madrid (España)

Dña. Evelyn Kanaan Robertson

### Diseño y maquetación

MCMR

### Dirección de la revista

**Escuela de Medicina Legal y Forense**  
Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria  
Facultad de Medicina  
Ciudad Universitaria  
28040 Madrid

### Correo electrónico

jsanchez@med.ucm.es

<http://www.ucm.es/centros/webs/d513>



# Técnica de criminalística en manchas de sangre: factor ambiental en las pruebas de orientación

*Criminalistic Technique in Bloodstains:  
Environmental Factor in Orientation Tests*

**Pascual Gil Pitarch  
Fernando Verdú Pascual  
Ana Castelló Ponce  
María del Carmen Negre Muñoz**

Unidad Docente de Medicina Legal. Universitat de València

## Resumen

Las pruebas de orientación sobre manchas permiten por una parte localizar muestras latentes y por otra orientar la investigación. En el caso de las manchas de sangre se ha comprobado en estudios anteriores, que algunos factores ambientales influyen en el resultado de las mismas. En el trabajo que sigue se han ampliado las variables en cuanto a las condiciones ambientales a las que se han expuesto las muestras (manchas de sangre), así como los tipos de soportes sobre los que éstas se han depositado. Todo ello con el fin de comprobar la utilidad de las pruebas de orientación. También se valora si el empleo de luces forenses puede mejorar la visibilidad de las manchas latentes.

## Palabras claves

Criminalística, manchas de sangre, investigación en la escena, pruebas de orientación, luces forenses.

## Summary

Orientation tests on stains allow location of latent samples as well as investigation orientation. In the case of bloodstains, earlier studies have shown that some environmental factors influence results. In this work, variables have been increased as far as environmental conditions to which bloodstain samples have been exposed and the type of materials on which they have been deposited, in order to test the usefulness of orientation tests. The use of forensic lights was also evaluated to determine if visibility of latent stains can be improved.

**Fecha de recepción del artículo**

Abril de 2010

**Fecha de aceptación del artículo**

Mayo de 2010



## Key words

Criminalistics, Bloodstains, On Scene Investigation, Orientation Tests, Forensic Lights.

### Introducción

La importancia de las manchas de sangre es conocida por todos, por la frecuencia en el lugar del hallazgo (1) y la gran cantidad de datos que pueden proporcionar: cómo han sucedido los hechos, cuál ha sido la cronología de los mismos, cuántas personas han intervenido, qué objetos se han utilizado, identificación del agresor o agresores, de las víctimas, cuál ha sido la causa de la muerte.

Las muestras biológicas criminales, entre las que destacan las manchas de sangre, tienen las siguientes peculiaridades (2), respecto a otro tipo de muestras como son las clínicas:

**Son escasas en concentración;** puesto que la cantidad de sangre no es la que solicita o desea el investigador, sino que ésta viene dada por las características del hecho investigado: número de víctimas, número de autores, tipo de agresión, manipulación posterior, etcétera

**Están mal conservadas:** las muestras recogidas para estudio criminal por norma han estado expuestas a circunstancias ambientales o a manipulaciones intencionadas que influyen en el estado de conservación. Estarán tanto peor conservadas, cuanto más expuestas al ambiente externo hayan estado o más manipulaciones hayan soportado.

**Degradadas:** En directa relación con la conservación y más en concreto con las posibles acciones directas sobre las muestras, se encuentra el hecho de que se deteriore el material biológico o lo que es lo mismo, que se degrade, de modo que sea mucho más difícil alcanzar los objetivos planteados en la investigación. En el mejor de los casos, la toma de la muestra se hará en un periodo que se puede contar en horas, en otros, se hablará de meses, incluso años. El tiempo constituye por sí solo un factor en contra de la investigación de las muestras biológicas.

**Contaminadas:** La exposición del material biológico al ambiente o a acciones externas determina que puedan contaminarse, es decir, incorporar material biológico o no biológico, que influya en los resultados.

Y siempre **irrepetibles:** lo que diferencia fundamentalmente las muestras biológicas judiciales del resto es que son irrepetibles e irreproducibles, excepto cuando se trata de muestras indubitadas procedentes de una víctima viva o del agresor, también vivo.

Así pues, los restos biológicos dejan de tener unas condiciones estables y de control cuando abandonan el organismo del que proceden. Las condiciones a las que se verán expuestos son peores y se consideran adversas, en especial debido a las condiciones medioambientales, temperatura y humedad, a la exposición a sustancias químicas o de microorganismos, hongos y bacterias, etc. que pueden degradar el indicio o bien pueden inhibir los análisis (3)

En el caso de las manchas de sangre, el estudio tradicional de este tipo de incluye los siguientes diagnósticos (4, 5): genérico -de orientación y de confirmación-, de especie, individual (grupos, ADN, sexo) y otros (antigüedad, lugar de procedencia, etcétera). El primero engloba tanto las pruebas denominadas de orientación como las de confirmación o certeza. Si bien actual-



mente en los laboratorios forenses se suele realizar un diagnóstico simultáneo genérico y específico, mediante el uso de los kits comerciales de detección de hemoglobina humana, no hay que olvidar que este tipo de indicio se debe buscar en todas las escenas criminales; que unas veces serán evidentes a simple vista y otras, por su baja concentración o por degradación, necesitarán de medios de búsqueda y de puesta en evidencia. El descubrimiento de una mancha en el lugar estudiado no implica que sea de sangre, por lo que resulta fundamental determinar cuál es su naturaleza (6) y, por tanto, realizar un estudio genérico sobre las mismas.

Este trabajo sigue la línea de investigación que iniciaron el profesor Verdú y la profesora Gisbert en 1995 (7), continuada con la tesis doctoral de la profesora Castelló (1) y con la publicación en 2003 del estudio de la fiabilidad de las pruebas de orientación sobre manchas contaminadas con distintos productos (6, 8) En realidad no se pretende valorar cómo influye la contaminación en muestras recientes, sino cómo afecta la degradación que se produce con el paso del tiempo y con la exposición a factores ambientales (8).

Así pues, se trata de comprobar la utilidad de las pruebas de orientación sobre manchas sometidas a distintas condiciones ambientales y en distintos soportes, en especial si se afecta la sensibilidad del luminol y si influye el soporte. También se valora si el empleo de luces puede mejorar la visibilidad de las manchas latentes.

## Material y método

### Obtención de la muestra

La sangre se obtuvo por venopunción y no se le añadió ningún conservante. Las manchas se formaron al depositar una gota de sangre sobre el soporte seleccionado.

Dado que es imposible simular en laboratorio todos los soportes sobre los cuales puede haber una mancha de sangre, pues las escenas delictivas son tan variables como diverso es el planeta y tras valorar todas las posibilidades, se seleccionaron los siguientes materiales, siguiendo un criterio lógico y de frecuencia de presentación en nuestro entorno inmediato:

- Dos superficies impermeables: acero y hierro (placas metálicas de 3 x 3 y 4 x 4 cm)
- Ocho soportes porosos: dos tipos de azulejos, uno más rugoso y otro con una superficie menos porosa; telas de distintos tipos: vaquera, de algodón, sintética blanca y sintética estampada, también tela de rizo (toalla) y, por último papel (pañuelos de celulosa).

### Reactivos:

- Fenolftaleína (PHENOLPHTHALEIN DISCHAPS™ Sirchie, Cat. No. DCB100)
- Leucomalaquita verde (Leuco-Malachite DISCHAPS™ Sirchie, Cat. No. DCB200)
- Luminol (Merck)
- Carbonato potásico (Panreac)
- Perborato de sodio (Panreac)
- Agua destilada

Para la preparación del reactivo Luminol se siguieron las instrucciones del



laboratorio y los métodos descritos en la bibliografía (9).

### Procedimiento para la preparación de la muestra:

Sobre los diferentes soportes se forman manchas de sangre sin diluir, dejando caer una gota con una pipeta Pasteur. En el caso de los soportes impermeables y de los azulejos, se depositó la gota sobre la superficie y se extendió con una espátula con el fin de obtener una fina película y evitar la escasa adherencia debida a la forma de la gota.

En los soportes porosos la sangre formó una mancha, con bordes más o menos difusos y extensión variable según el soporte. Se observó que la tela sintética estampada era poco absorbente, por lo cual la mancha formaba una costra inicial sobre la superficie.

Una vez seca la sangre, las muestras se han sometido a diferentes condiciones ambientales. Es necesario precisar que dependiendo de la naturaleza del soporte, se ha seleccionado las condiciones ambientales, en las que se ha mantenido la muestra. Así, la distribución resultó como sigue:

- 1. Sumergidas en agua.** Se han sumergido todos los soportes excepto los azulejos, puesto que simulan el suelo o revestimiento y, por tanto, no van a estar sumergidos en condiciones reales.
- 2. Enterrados.** Todos los soportes excepto los azulejos, por la misma razón.
- 3.** En el resto de condiciones (aire libre a cubierto, aire libre a descubierto y laboratorio) han estado todos los soportes.

Se depositaron también muestras control de cada tipo de soporte y condición ambiental.

### Procedimiento experimental

Los soportes se recogieron después de haber estado expuestos el tiempo predeterminado (5, 10, 15, 20, 25, 40, 50, 70, 80 y 125 días).

Los soportes húmedos se dejaban secar y se guardaban en sobres de papel para el transporte al laboratorio.

El periodo transcurrido desde la recuperación de los soportes y el estudio en el laboratorio no ha sido fijo, sino que ha variado en función de la disponibilidad de tiempo. En realidad, en los laboratorios de investigación, el tiempo que transcurre también varía en función de las condiciones, exigencias, necesidades, etcétera. no sólo del laboratorio sino también la trascendencia judicial.

### Pruebas de orientación:

Ya en el laboratorio, el método de estudio ha sido el habitual en el caso de manchas de sangre:

- 1º Observación directa, con luz blanca con distintos filtros y con luz ultravioleta.
- 2º Preparación de la muestra previa a la aplicación del reactivo.



Cuando sobre el soporte impermeable aparecía una mancha visible de sangre, se procedía al raspado de la costra en un tubo eppendorf que contenía suero fisiológico. Posteriormente se depositaban tres gotas de la dilución sobre un hisopo y se realizaba la prueba. Cuando la mancha no era visible, se procedía a la obtención de una «huella» mediante un hisopo hidratado con agua destilada con el cual se limpiaba el soporte; la prueba de orientación elegida se realizaba sobre un fragmento de dicho hisopo.

En el caso de los soportes permeables, éstos se cortaban en varios fragmentos, sobre los cuales se aplicaba el reactivo.

3º Exponer el hisopo o el fragmento al reactivo.

4º Leer el resultado.

## Resultados

Como era de esperar, las muestras peor conservadas son las que han estado sumergidas, enterradas y al aire libre descubierto, mientras que las que han permanecido al aire libre cubierto y en el laboratorio se han conservado mucho mejor; la mancha de sangre se ha mantenido visible a simple vista durante el periodo estudiado.

En las tablas 1 a 4, se exponen los resultados obtenidos en función del soporte.

Según el soporte utilizado, se puede decir que:

En el **acero** el luminol ofrece un resultado positivo hasta los 80 días independientemente del medio en el que se haya encontrado; para los cuatro meses, sólo se obtienen resultados positivos con el luminol, excepto en las muestras sumergidas.

La leucomalaquita es el reactivo que funciona peor con las muestras antiguas y no sirve para muestras que hayan permanecido en agua.

Las luces no ha demostrado ser eficaces en el examen de este soporte.

En el **hierro** y para muestras sumergidas, los reactivos de orientación utilizados no sirven si se trata de manchas recientes, incluso de diez días. Lo mismo se puede decir de las muestras al aire libre descubierto, expuestas a la lluvia y otros factores atmosféricos; en este caso, es el luminol el que mejores resultados da en muestras de hasta 25 días; no se obtienen resultados positivos a partir de esta fecha.

Las luces no son útiles a los 5 días si las muestras han estado sumergidas, y a los 25 días si han estado al aire libre descubierto. En los soportes que han estado al aire libre cubierto y en el laboratorio las manchas son visibles a simple vista a los 125 días y los resultados de las pruebas de orientación son positivos.

En el **azulejo no poroso**, la fenoltaleína es el reactivo que peor funciona en manchas antiguas y deterioradas, expuestas a las condiciones medioambientales. Con la leucomalaquita se obtienen resultados positivos con muestras deterioradas de hasta 80 días.





TABLA 1

### Soportes impermeables metálicos

Soporte	Ambiente	Reactivo	Tiempo en días									
			5	10	15	20	25	40	50	70	80	125
Acero	Agua	FEN	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LEU	∅									
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LEU	+	+	+	+	+	∅				
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hierro	Agua	FEN	+	∅								
		LEU	∅									
		LUM	+	∅								
	Aire libre descubierto	FEN	+	∅								
		LEU	+	∅								
		LUM	+	+	+	+	∅					
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	∅					
		LEU	+	+	∅							
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	∅	
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ *Reacción positiva*

∅ *Reacción negativa*

Las luces no han sido útiles para observar manchas latentes.

Los resultados son similares en el caso de los **azulejos porosos**, soporte más permeable, si bien sólo se obtienen resultados positivos con la fenolftaleína y la leucomalaquita con manchas deterioradas de hasta cincuenta días. El empleo de luces no mejora los resultados.

En las **telas**, los resultados son similares, con pequeñas variaciones. En todas ellas, existe un deterioro al estar sumergidas o enterradas. El deterioro es tanto del soporte como de la mancha que se depositó en él. El luminol es el reactivo que mejor funciona en las manchas antiguas y deterioradas; se obtienen resultados positivos hasta ciento veinte días, independientemente de las condiciones a las que se ha expuesto el soporte, salvo en el caso de



TABLA 2

**Azulejos**

Soporte	Ambiente	Reactivo	Tiempo en días										
			5	10	15	20	25	40	50	70	80	125	
Azulejos no porosos	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Azulejos porosos	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ *Reacción positiva*

∅ *Reacción negativa*

la tela sintética enterrada, en cuyo caso se obtienen positivos en manchas de hasta 70 días.

La luz ultravioleta mejora la visualización de la mancha de sangre en las telas cuando han estado sumergidas. Pero cuando han estado las muestras al aire libre descubierto, la utilización de las luces no ofrece resultados satisfactorios.

Como es lógico, el soporte que peor soporta condiciones ambientales es el **papel**, pues se deteriora al estar expuesto a la lluvia, entre otros. El papel se degradó por completo a los 50 días al estar sumergido en agua; se recuperaron muestras de hasta 40 días; tanto sumergidas como enterradas. En las muestras recuperadas se obtuvieron resultados positivos con el luminol, en muestras de 40 días de antigüedad en estas condiciones (sumersión en agua-enterradas). Los reactivos con peores resultados fueron la fenoltaleína y la leucomalaquita. Las luces no mejoran los resultados cuando la mancha es latente.

No existen diferencias en ninguno de los soportes entre las muestras que han estado al aire libre cubierto y las que han permanecido en un ambiente cerrado (laboratorio) para los tiempos estudiados.

### Discusión

Como era de esperar, independientemente del soporte, las manchas de sangre más deterioradas (las muestras enterradas, sumergidas o expuestas a las inclemencias atmosféricas) dan resultados negativos en periodos más cortos. No existen diferencias importantes en función del tipo de soporte, por



TABLA 3

**Telas (1)**

Soporte	Ambiente	Reactivo	Tiempo en días									
			5	10	15	20	25	40	50	70	80	125
Tela sintética estamp.	Agua	FEN	+	+	+	+	+	∅				
		LEU	+	+	+	+	+	+	∅			
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	∅					
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	∅					
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	∅	
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	∅	
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tela vaquera	Agua	FEN	+	+	+	+	+	∅				
		LEU	+	+	+	+	+	+	∅			
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	∅	
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ Reacción positiva

∅ Reacción negativa

lo cual, el resultado depende más de la degradación de la mancha por las condiciones a las que ha estado expuesta que por el soporte en sí; excepto en el caso del hierro y papel para muestras sumergidas.

No existen diferencias entre las muestras que han estado al aire libre cubierto y las que han permanecido en un ambiente cerrado (laboratorio) para los tiempos estudiados. Así, se puede decir, que el deterioro que sufren las manchas de sangre que, aun estando expuestas a condiciones ambientales como el aire, cambios de temperatura y presión atmosférica, están protegidas de la lluvia y granizo-nieve, no es tan marcado en un periodo de ciento veinticinco días para afectar las pruebas de orientación. En las manchas que han estado sometidas a las inclemencias del tiempo, las luces no se han mostrados útiles para ver las manchas de sangre.



TABLA 3

Telas (2)

Soporte	Ambiente	Reactivo	Tiempo en días									
			5	10	15	20	25	40	50	70	80	125
Tela de rizo	Agua	FEN	+	+	+	+	+	∅				
		LEU	+	+	+	+	+	+	∅			
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	+	+	∅			
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tela de algodón	Agua	FEN	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	∅
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	∅		
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ Reacción positiva

∅ Reacción negativa

En este estudio, tal como ocurrió en trabajos anteriores (3), la fenoltaleína ha dado muy malos resultados en muestras enterradas y expuestas; lo mismo ocurre cuando la condición ambiental es la sumersión en agua. En nuestro trabajo, la leucomalaquita, dada su baja sensibilidad, ha dado todavía peores resultados en la mismas condiciones (enterradas y al aire libre descubierto), excepto cuando las manchas se encontraban sobre toalla y tela sintética. La leucomalaquita no es útil en muestras recientes sumergidas.

Las muestras que han estado sumergidas han sido las que se han deteriorado con mayor rapidez, sobre todo el papel. No se han observados grandes diferencias en los reactivos utilizados cuando las manchas se encontraban en los diferentes tipos de telas. En cuanto a las diferencias en los soportes impermeables (acero y hierro), eran las esperadas, las pruebas de orienta-



TABLA 4

		Papel											
Soporte	Ambiente	Reactivo	Tiempo en días										
			5	10	15	20	25	40	50	70	80	125	
Papel	Agua	FEN	+	+	+	+	∅						
		LEU	+	+	∅								
		LUM	+	+	+	+	+	+					
	Aire libre descubierto	FEN	+	+	+	+	∅						
		LEU	+	+	+	+	+	∅					
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Aire libre cubierto	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Enterradas	FEN	+	+	+	+	∅						
		LEU	+	+	+	+	+	∅					
		LUM	+	+	+	+	+	+					
	Laboratorio	FEN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LEU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		LUM	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ Reacción positiva

∅ Reacción negativa

ción se negativizan mucho antes en el hierro. El empleo de luces no ha sido eficaz cuando las manchas no eran visibles. De este modo, cuando se recuperen vestigios que han permanecido sumergidos, sean soportes permeables o impermeables se recomienda la aplicación de luminol como técnica de orientación.

En las muestras enterradas el luminol es eficaz en todos los soportes hasta los cuatro meses excepto en las muestras sobre hierro. En las manchas sobre tejidos los resultados han sido similares para los distintos reactivos, con la salvedad de la fenoftaleína, que se ha sido más útil cuando la mancha se encontraba en tela vaquera y del luminol en manchas sobre tela sintética.

## Conclusiones

1. En muestras antiguas y degradadas, bien por estar expuestas a las inclemencias del tiempo, bien por estar enterradas o sumergidas, el reactivo de elección es el luminol, aunque pierde eficacia cuando las manchas se encuentran en soportes de hierro y telas sintéticas que han estado enterradas.
2. La aplicación de luces en muestras deterioradas y antiguas no mejora la visibilidad de las manchas latentes.

## Bibliografía

1. CASTELLÓ A, Revisión crítica del diagnóstico de orientación en el estudio de las manchas de sangre: falsos negativos en la prueba de Adler. Una aplicación de la Química Legal. Tesis doctoral, Universitat de València. E.G. 1997
2. LORENTE J.A., LORENTE M, El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica. Granada. Editorial Comares; 1995.



3. CANO JA, ARCE B, Genética forense: crimen e identidad. En [http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED\\_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERR ECTORADOS/INVESTIGACION/INSTITUTO%20UNIVERSITARIO%20DE%20SE GURIDAD/PUBLICACIONES/CUADERNILLO%20OCTUBRE2006%202.DOC](http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERR ECTORADOS/INVESTIGACION/INSTITUTO%20UNIVERSITARIO%20DE%20SE GURIDAD/PUBLICACIONES/CUADERNILLO%20OCTUBRE2006%202.DOC) (último acceso 4 de mayo de 2010)
4. VILLANUEVA E, Los indicios en Medicina Legal. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología 5ª Ed. Barcelona: Salvat; 1998. p. 1103-27
5. CASTELLÓ A, Vestigios biológicos. Manchas de sangre. En Verdú FA (dir) Del indicio a la evidencia. Técnicas de criminalística. Comares. Granada. 2006
6. NEGRE MC, CASTELLÓ A, GIL P, VERDÚ FA ¿Manchas de sangre?: seguridad en pruebas de orientación. Cuad. med. forense n.34 Sevilla out. 2003
7. VERDÚ F, GISBERT M, Investigation of bloodstains: False negative results of the Benzidine Test. Forensic Science International 1995;71:85-66.
8. CASTELLÓ A, NEGRE MC, VERDÚ FA, influencia del ambiente en el estudio criminalístico de muestras biológicas: el caso de las manchas de sangre. Revista Brasileira de Medicina Legal 2004; vol II, nº1 (revista electrónica).
9. ECKERT, W. G., JAMES, S. H. Interpretation of bloodstain evidence at crime scenes. New York: Elsevier; 1989

**Correspondencia:**

Pascual Gil Pitarch  
U.D. Medicina Legal  
Facultat de Medicina i Odontologia  
Universitat de Valencia EG  
Av/ Blasco Ibañez, 15  
46010- Valencia  
Pascual.Gil@uv.es



# Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional

*Legislative Evolution of Gender Violence from the Point of View in the Medical-Legal Framework Within International and National*

**Mercedes Martínez León**

Profesora Contratado Doctor de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid

**Henar Torres Martín**

Licenciada en Derecho y Doctora por la Universidad de Valladolid

**Camino Martínez León**

Licenciada en Derecho y Doctora por la Universidad de Valladolid

**Daniel Queipo Burón**

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid

**Milagros de la Fuente Sanz**

Profesora del Área de Fisioterapia. Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid

## Resumen

El objetivo fundamental de este trabajo es realizar un estudio de los cambios legislativos que ha ido experimentando la violencia de género en la jurisdicción penal según nuestro ordenamiento jurídico español desde el punto de vista médico-legal tanto a nivel internacional como nacional. Del análisis de la evolución legislativa con relación a la violencia de género, podemos concluir que, en cuanto a la legislación hasta el momento se han conseguido avances importantes, se ha considerado a la violencia sobre la mujer como un delito autónomo, con un tratamiento especial. También la orden de protección, pero no parece la solución al problema, puesto que muchas mujeres que tenían orden de protección han muerto a manos de sus parejas o exparejas. Para que esta orden sea eficaz es necesario complementarla con otros medios, que en definitiva será la vigilancia.

La creación de órganos jurisdiccionales específicos para tratar

**Fecha de recepción del artículo**

Abril de 2010

**Fecha de aceptación del artículo**

Mayo de 2010



la violencia de género también es un logro, puesto que debido al aumento notable de esta lacra hace necesario especializar a los jueces. Los juzgados de violencia sobre la mujer y los equipos de valoración forense creados por la LO 1/2004 han supuesto un paso más en esta lucha contra la violencia de género.

Las posibles soluciones vendrían de la mano de una reforma de la normativa actual, con un endurecimiento mayor de las penas, dar mayor efectividad a la orden de protección para tener la seguridad de que no van a repetirse nuevos episodios de violencia.

### Palabras clave

Violencia, género, mujeres, evolución, legislación.

### Abstract

The primary goal of this work is to carry out a study of legislative changes that it has gone experiencing the violence of gender in the Criminal jurisdiction according to our Spanish Legislation from the point of view practitioner-legal so much to International as National level. Of the analysis of the legislative evolution in connection with the violence of gender, can conclude that when it comes to the legislation up to now significant advances have been achieved, has been considered to the violence on the woman as a freelance criminal offence, with a special processing. Additionally the order of protection, but it does not seem the solution to the problem, given that many women that had order of protection have murdered by its couples or excouples. So that this order is efficient is necessary to complement her with other means that all in all will be the vigilance.

The creation of jurisdictional bodies specific to discuss the violence of gender also is an achievement; given that because of the remarkable rise of this seals make it necessary to specialize to the judges. Courts of violence on the woman and the teams of forensic assessment created by the IT 1/2004 have supposed a step more in this fight against the violence of gender. Possible solutions would come thanks to a reform of the current regulations, with a great tightening of penalties, to give great effectiveness to the order of protection to have the security of that they are not going to repeat new violence episodes.

### Keywords

Violence, gender, women, evolution, legislation.

## Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal

Para llegar a una demarcación de la violencia de género y entender el tratamiento que en la actualidad se le da es preciso realizar un análisis de la evolución legislativa tanto en el plano internacional como en el nacional.

### Marco normativo internacional

Las políticas criminales de los distintos Estados han nacido y han sido elaboradas a la sombra de la normativa internacional puesto que ha sido ésta la





que ha establecido las directrices sobre las que se han basado los legisladores de las distintas naciones. Ya se hacía referencia a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como el primer organismo que reparó en la gravedad de este hecho al reconocer que es el crimen encubierto más frecuente en el mundo. En 1979 la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres o la aprobación por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1993 (1) de la «Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer» donde definió en su artículo 1 la violencia sobre la mujer, aparecen como el motor de arranque de las disposiciones jurídicas del resto de países. Mencionar la Resolución sobre la Eliminación de la violencia doméstica (2) o la resolución relativa a la erradicación de los delitos de honor cometidos por mujeres (3). Pero muy importantes son también la Declaración de Beijing y la Convención de Bélem do Pará, así como la normativa europea existente al respecto y que será objeto de una especial atención.

**La Declaración de Beijing** fue adoptada en el seno de la ONU en la cuarta Conferencia mundial sobre la mujer (del 4 al 15 de septiembre de 1995), aunque sus antecedentes deben buscarse en las tres conferencias anteriores. Fue en la cuarta conferencia donde se trasladó el centro de atención de la mujer al concepto de género, pues éste iba a ser su epicentro, y revaluándose las relaciones hombres-mujeres dentro de la estructura social. Con este cambio de perspectiva se reafirma que los derechos de la mujer son derechos humanos y que la igualdad de géneros es una cuestión de interés universal, igualmente que es necesario realizar un análisis del funcionamiento de la sociedad y de su estructura de desigualdad básica puesto que desigualdad estructural es latente.

En esta cuarta conferencia se adoptaron la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (anexos a la resolución de la Asamblea General de la ONU 50/42) (4), declarando como se ha apuntado anteriormente que los derechos de la mujer son derechos humanos y garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las niñas y de las mujeres como plan integral, inalienable e indivisible de todos los derechos humanos. En la Plataforma de Acción se adoptó una declaración de objetivos, se delinearon cuáles eran las características básicas del contexto mundial y se identificó un conjunto de cuestiones de especial preocupación, entre las que se encontraba la violencia sobre la mujer, se identificaron una serie de objetivos (entre otros destacar: mujer y pobreza, la educación y la capacitación de la mujer, la mujer y la salud, la violencia contra la mujer) sobre los que se diseñaron una serie de medidas.

En cuanto al objetivo de violencia contra la mujer, se reconoce que este problema impide el normal desarrollo de aquélla, la paz, la igualdad y que la existencia del mismo es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres que han conducido a la dominación de aquel sobre ésta, a la discriminación de la misma y a que se hayan interpuesto obstáculos para que se impida su libre desarrollo, por eso entre las medidas que se han incluido están la de prevenir, investigar y castigar los actos de violencia contra la mujer, introducir sanciones en la legislaciones nacionales, adoptar o aplicar leyes que sean pertinentes y revisarlas de manera periódica para que las mismas sean eficaces contra la violencia de género, ratificar instrumentos internacionales relacionados con la violencia, aplicar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y promover la integración activa visible de la perspectiva basada en el género en todas las políticas y programas en materia de violencia contra la mujer.

La Declaración de Beijing, por tanto, constituyó un hito relevante en la lucha contra la violencia de género desde el punto de vista internacional, declara-



ción que por otro lado se ha evaluado en dos ocasiones: una al transcurrir cinco años desde su adopción y otra al transcurrir diez. De estas dos revisiones se han sacado conclusiones y es que aún existen países que no han adoptado medidas en relación a la violencia de la mujer por considerarla una cuestión de ámbito privado y por otro que no se ha logrado conocer por qué existe violencia en el hogar y cómo impedirla.

**En la Convención de Belém do Pará**, se estableció el diseño de las políticas contra violencia doméstica pero en el ámbito de América del Sur.

En esta convención se aprobó un texto que ha sido ratificado por treinta y dos estados sudamericanos y en el que se determina el concepto de violencia contra la mujer así como los derechos de la mujer considerados protegidos. Por otro lado también se incluyen una serie de deberes que los estados adheridos al mismo deben cumplir como son la adecuación de su normativa al texto de la Convención.

### Unión Europea

Podemos decir que desde el ámbito de la Unión Europea se ha querido abordar este problema llevando a cabo una estrategia paneuropea, es decir, que se siga en todos los países miembros. Esta iniciativa se remonta ya a la época de la Comunidad Europea en la que se adoptaron diversas Resoluciones que abordaban el tema de las agresiones a la mujer, las violaciones de las libertades y de sus derechos fundamentales o la resolución que aprueba una campaña de tolerancia cero ante la violencia de las mujeres (Resoluciones A-44/86, Resolución A-0349/94 y Resolución A4-0250/97 respectivamente). Todas estas actuaciones demuestran esa iniciativa de la Unión de conseguir la igualdad de hombres y mujeres y que está integrado en un Programa de Acción Comunitario para la Igualdad de Oportunidades entre las Mujeres y Hombres (2006-2010). Otros programas de suma importancia es el Daphne I (5) y II orientados específicamente a la violencia de género, incluye medidas para combatir la violencia sobre niños, adolescentes y mujeres. Por otro lado también desde la Unión Europea se han realizado estudios, ejecutado programas de apoyo a las víctimas de violencia pero no existe un instrumento de carácter normativo para que exista una armonización legislativa en los países miembros sobre la violencia de género.

El Consejo Económico y Social Europeo parece que está trabajando en la dirección de intentar unificar una normativa en materia de política criminal en esta materia, y es a través del «*Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la violencia contra las mujeres*» aprobado en marzo de 2006 (6) donde insiste en la elaboración de una estrategia común a toda la Unión Europea porque entiende el Consejo que la violencia de género es un problema social vinculado a las discriminaciones que sufren las mujeres en una sociedad dominada por hombres. Destaca igualmente la importancia de la prevención, la cooperación con las Instituciones, apoyo a las mujeres inmigrantes, mayor implicación de los profesionales sanitarios, policiales, jurídicos, pedagógico, controlar las órdenes de alejamiento y la posibilitar la integración de la mujer víctima de violencia de género en el mercado laboral. Dentro de estas recomendaciones se incide en la protección de los menores que al final son también las víctimas de la violencia.

Podemos decir que a pesar de todas estas recomendaciones del Parlamento europeo y del Consejo Económico y Social Europeo, no se ha venido materializando en una normativa jurídico-penal armonizada.



## Consejo de Europa

Este órgano también ha adoptado numerosas Resoluciones en materia de violencia en el seno familiar. Destacan por ejemplo, la Resolución 85, de 26 de marzo de 1985 que incide en la necesidad de proteger a las víctimas de violencia y de establecer sanciones para esas conductas o la Resolución 2 sobre medidas sociales respecto a la violencia en el seno de la familia. Otra más reciente es una Recomendación, Rec. (2002) 5, del Comité de Ministros a los Estados miembros referida a la protección de las mujeres contra la violencia. En esta recomendación se señala que la violencia es una forma para cercenar los derechos humanos consecuencia de las diferencias entre hombres y mujeres tanto en la familia como en la sociedad. Se insta a los Estados para que revisen su legislación. (7)

## Marco normativo nacional

En cuanto al marco normativo español podemos decir que ha evolucionado notablemente desde diversos ámbitos, a saber, penal, administrativo, laboral y procesal.

### Normativa Penal

En los Códigos Penales españoles hasta la entrada en vigor del actual de 1995, se han recogido figuras delictivas en las que paradójicamente por un lado la mujer era extraordinariamente protegida no sólo legalmente sino también moral y socialmente y por otro se la sancionaba de manera excesiva. (8)

Haciendo un pequeño repaso por los códigos penales del siglo XIX encontramos circunstancias agravantes en conductas despectivas hacia la mujer, así el **Código Penal de 1822 incluía la circunstancia agravante de «desprecio al sexo femenino», el Código Penal de 1848 sólo habla de «desprecio de sexo» que se mantendrá hasta la reforma del Código Penal de 1983** (a pesar de que era contrario a lo establecido en la Constitución Española en materia de igualdad).

Si nos paramos a pensar en otras figuras delictivas, como por ejemplo el delito de violación, hasta la reforma de 1989 se entendía que sólo podía existir respecto del coito heterosexual vaginal violento. De ahí la eterna discusión acerca de si la prostituta o la propia esposa podía ser víctima de violación.

**Hasta 1962 existía en el código penal español un precepto, el artículo 428 que recogía lo siguiente:**

*«Se castigaba con la pena de destierro al marido que sorprendiendo en adulterio a su mujer, matare en el acto a los adúlteros o a alguno de ellos, o les causare cualquiera de las lesiones graves. Si les produjere lesiones de otra clase quedará exento de pena».*

Sin embargo nunca hubo un precepto similar para la mujer que (9) sorprendía al marido en análogas circunstancias. Es más, **en la regulación del entonces delito de adulterio —vigente incluso hasta las primeras reformas de la transición democrática realizadas en 1979—** el adulterio de la mujer casada era castigado siempre con una pena que podía llegar a los seis años de cárcel, pero el del marido, que tomaba otra denominación, amancebamiento, sólo se castigaba cuando tuviere a la manceba en la casa conyugal, o notoriamente fuera de ella.

Así el **delito de uxoricidio** (este delito consistía en matar a la mujer adúltera sorprendida in fraganti por su esposo. Esta figura tenía su base en que el



honor del marido y su reputación se veía gravemente dañado por ese acto de la esposa), **no desapareció del código penal hasta la reforma de 23 de diciembre de 1961**. Con todo aquello, no hacía más que reproducirse una mentalidad social y moralmente extendida que valoraba muy negativamente el ejercicio de la sexualidad por parte de la mujer, cuando la ejercía fuera de los casos jurídica y socialmente admitidos, y consideraba de manera completamente diferente cuando esas mismas relaciones cuando eran practicadas por el hombre.

Pero la reforma del **Derecho penal español en materia de malos tratos y la violencia física en el ámbito familiar comenzó a partir de una reforma habida en 1989 en el Código Penal** inmediatamente anterior al de 1995, que introdujo en el Título dedicado al delito de lesiones una previsión específica para castigarlos de manera expresa y autónoma.

A partir de ese momento, las modificaciones legales se han ido sucediendo hasta el punto de que ha sido uno de los ámbitos del Derecho Penal que más reformas ha tenido en los últimos años, incluso tras las aprobación del actual código penal, que en principio mantuvo el régimen punitivo introducido en la reforma de 1989.

En las **reformas introducidas en la legislación penal a partir de 1989, intentando eliminar los toques machistas del mismo y adecuándolo a la Constitución Española**, se pretende atajar el problema utilizando otras técnicas, es decir, anticipando la intervención del Derecho penal en los inicios de la violencia, incluso antes de que ésta llegue a manifestarse en agresiones físicas, creando tipos penales de nuevo cuño de difícil interpretación y aún mas difícil aplicación práctica, que a veces se superponen e incluso producen un incremento del rigor punitivo que va más allá de la idea de proporcionalidad del castigo en relación con el hecho aislado.

**El Código Penal actual, aprobado mediante Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, entró en vigor el 25 de mayo de 1996.**

En un primer momento, **la protección de la mujer frente al maltrato** se procuró a través del **artículo 153 del Código Penal** (en adelante CP). Así sólo se castigaba el maltrato que fuese habitual y que fuese inferido sobre el cónyuge del sujeto activo (fuese este hombre o mujer) o persona unida a él por análoga relación de afectividad a la conyugal, así como sobre un concreto grupo de personas (hijos, pupilos, ascendientes o incapaces con los que conviviere o sometidos a su patria potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de cualquiera de ellos). Si bien este grupo se amplió en las posteriores reformas. **El artículo 153 del CP se modificó por la reforma que llevó a cabo la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, entró en vigor el mismo día de su publicación en el Boletín oficial del Estado, el 10 de junio de 1999**, y a través de la misma se modificó el artículo 153 del CP que extendió la protección penal a quien, con anterioridad a los hechos, hubiere sido cónyuge del sujeto activo o persona unida a él por análoga relación de afectividad a la conyugal, aunque no conservare tal condición al tiempo de cometerse el maltrato e igualmente se da una nueva tipificación del concepto de habitualidad. Por otro lado, se incluye como pena accesoria en delitos y faltas relacionados con la violencia en el ámbito familiar la figura doctrinal del «alejamiento de la víctima y de sus familiares». Esta norma penal fue creada con el fin de proteger a las personas físicamente más débiles frente a las agresiones de los miembros más fuertes de la familia; en definitiva de proteger la dignidad de la persona dentro de la familia y concretamente el derecho a no se cometido a trato inhumano y degradante.

**La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en**



**Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de Extranjeros**, hasta el momento fue el mayor paso dado en la regulación penal de esta materia.

En primer lugar desdobra la regulación de este delito de lesiones en dos preceptos:

1. Artículo 153 del CP. Dejó de exigir la habitualidad en el maltrato y pasó a considerar la existencia de este delito con la primera agresión que se produjese, así como las faltas de amenazas leves con armas e instrumentos peligrosos que con esta reforma se transforma en delito.

2. Artículo 173.2 del CP, en el cual se tipificó por primera vez como delito la violencia doméstica cometida con habitualidad.

En ambos casos (en el de maltrato no habitual del Art. 153 y en el del habitual del Art. 173.2) **se amplía el círculo de posibles víctimas y se establece la pena de privación del derecho a la tenencia y porte de armas**. Igualmente se abre la posibilidad al juzgador para que pueda acordar la inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento.

Con esta reforma de la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre se introducen varias agravantes:

1. que la conducta se perpetre en presencia de menores.
2. utilizando armas.
3. tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima.
4. se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 del Código Penal (privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir a ellos; en la prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima, o a aquellos familiares o personas que determine el juez).
5. quebrantando una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

Otras reformas fueron **la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal, o la Ley 27/2003, de 31 de julio reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia de Doméstica**.

La **orden de protección** constituye un nuevo instrumento legal diseñado para proteger a la víctima de la violencia doméstica y/o de género frente a todo tipo de agresiones. Para ello, la orden de protección concentra en una única e inmediata resolución judicial (un auto) la adopción de medidas de naturaleza penal y civil, y activa al mismo tiempo los mecanismos de protección social establecidos a favor de la víctima por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

De esta manera, la orden de protección se configura como un sistema de coordinación de los órganos judiciales y administrativos que deben conocer de las diferentes facetas de protección. El procedimiento establecido para la



adopción de una orden de protección es particularmente simple y rápido, dirigido a proporcionar protección inmediata a la víctima.

Por otro lado señalar que la Ley 27/2003 permite la presentación de la solicitud de la orden de protección, además de ante el Juzgado de Instrucción, ante la Fiscalía, ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ante las oficinas de atención a las víctimas, ante los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones Públicas. Incluso en el protocolo de Implantación de la misma se hace referencia a los servicios de orientación jurídica de los Colegios de Abogados. (10)

Mención especial requiere este análisis jurídico al derecho adjetivo o procesal y derivado sobre todo de las reformas a las que se ha aludido es el Procedimiento para el **Enjuiciamiento Rápido de determinados delitos**. Este procedimiento se regula, como novedad, dentro del Título III, Libro IV de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (en adelante LECR) y fue introducido por Ley 38/2002, de 24 de octubre, que también modificó de forma amplia el procedimiento para el enjuiciamiento de las faltas y el procedimiento abreviado. Tal regulación fue objeto de una ulterior modificación por Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, con ocasión de la modificación del Código Penal. Este procedimiento pretende que a partir de una necesaria y previa actuación policial y la confección del oportuno atestado, determinados delitos sean instruidos de forma rápida y sencilla dentro del servicio de guardia a través de las llamadas Diligencias Urgentes.

Sin embargo de todo lo expuesto, y como antes quedó apuntado, hasta entonces el sujeto activo del delito podía serlo tanto el hombre como la mujer, por lo que con independencia de que fuesen cometidos por uno u otra, se enjuiciaban por las mismas disposiciones del Código Penal, y se castigaban de igual forma.

Haremos referencia brevemente al **Observatorio de Violencia Doméstica que se constituyó el 26 de septiembre de 2002** en virtud de convenio. Convenio en que se verán implicados Ministerio de Justicia, a través del Consejo General del Poder Judicial y del Tribunal Supremo, y al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto de la Mujer.

En cuanto a la actividad de este observatorio, consistirá en hacer un seguimiento de las Sentencias por malos tratos, elaborando propuestas de actuación, incluidas sugerencias legislativas en materia de violencia doméstica y propondrá cursos de especialización al personal al servicio de administración de justicia. La finalidad del observatorio es analizar la realidad social de este fenómeno tan frecuente y recabar información de Juzgados y Tribunales sobre las medidas adoptadas en materia de violencia.

Destacar también el **Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro Central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica**, como sistema de información relativo a penas y medidas de seguridad impuestas en sentencias por delito o falta y medidas cautelares y órdenes de protección acordadas en procedimientos penales en tramitación. La finalidad del registro es por tanto facilitar a los órganos jurisdiccionales del orden penal, al Ministerio Fiscal, a la Policía Judicial y a los órganos civiles que conozcan de procedimientos de familia, toda la información necesaria para la tramitación de las causas penales y civiles, además de para la adopción, modificación, ejecución y seguimiento de todas las medidas de protección de las víctimas de violencia doméstica.

Un paso más se dio en 2004 debido a que la realidad social era otra, en el 90% de los casos, las víctimas eran mujeres y que las 84 que fallecieron en



dicho año fueron víctimas de la violencia doméstica a manos de sus parejas o ex parejas. Esta situación hizo que el legislador se diera cuenta de la existencia de un problema específico que era y es el de «la violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión», violencia que vino a llamarse «de género», y fenómeno criminal éste que se estimó necesitado de un tratamiento separado al de otras formas de violencia doméstica, siéndole procurado por la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** ( en adelante LOPIVG).

Ya su exposición de motivos señala que la violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado si no que se manifiesta como la el símbolo de la más brutal desigualdad existente en nuestra sociedad. Dejando claro que los poderes públicos no pueden ser ajenos a la misma pues supone un ataque frontal a derechos fundamentales de la persona.

Por otro lado a las mujeres víctimas de violencia de género, también se les conceden una serie de tutelas tanto institucionales como judiciales.

#### **a) Tutela institucional de las víctimas frente a la violencia de género.**

La LO prevé que esta tutela institucional se lleve a efecto a través de la Delegación especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer (Real Decreto 237/2005, de 4 de marzo, BOE de 08/03/2005) el Observatorio estatal de Violencia sobre la Mujer (Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo), Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y la aprobación de planes de colaboración que se ha materializado en la elaboración de diversos protocolos (Art. 29 al 32 de la LOPIVG).

#### **b) Tutela judicial de la víctima de violencia de género**

Se presta a través de los medios siguientes:

— El tratamiento de estos delitos a través de procedimientos ágiles y sumarios como el establecido en la Ley 27/2003, de 31 de julio.

— La creación de los **Juzgados de Violencia sobre la Mujer** como órganos judiciales de naturaleza penal especializados en materia de violencia de género, al que se le atribuyen competencias civiles y penales.

— Se crea la figura del **Fiscal contra la Violencia de la Mujer**, que será nombrado por el Fiscal General del Estado y actuará en su delegación. Prevé la especialización de los Fiscales en materia de violencia de género a través de su integración en las secciones contra la violencia sobre la mujer que se creen en cada Fiscalía de los Tribunales Superiores de Justicia y de la Audiencias Provinciales, así como en la Fiscalía de la Audiencia Nacional.

Otro medio con el que se cuenta para poder determinar si estamos ante la posible existencia de agresión (11) o más técnicamente hablando, para determinar la situación objetiva de riesgo, se dictó la Instrucción 10/2007, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueba el Protocolo



para la Valoración Policial del nivel del riesgo de violencia contra la mujer en los supuestos de la LO 1/2004, de 28 de diciembre y su comunicación a los órganos judiciales y al Ministerio Fiscal, aprobado el 10 de julio de 2007. Lo destacado de esta instrucciones que introduce unos parámetros muy importantes en la confección del atestado y en la evaluación de la situación de riesgo valorada por la policía. Se trata de un programa informático que objetiva la valoración del riesgo por parte de la policía en dos fases:

1. Una tan pronto como se tome la declaración a la víctima en el momento de la denuncia (VPR).
2. Otra cuando las diligencias se vayan a dilatar en el tiempo, una vez finalizados le atestado o incluso antes de dictarse la orden de protección (VPER).

El formulario VPR consta de 36 cuestiones, 16 indicadores frecuentes de obligada cumplimentación y de 20 indicadores menos frecuentes.

El formulario VPER se integra por cuestiones más elaboradas y requiere de un estudio más cercano a las víctimas y su entorno. Se cumplimenta por personal de unidades especializadas en violencia de género y cuya repetición estará en función del riesgo.

El formulario es el que genera la decisión relativa a la valoración del riesgo consta de tres premisas:

- Fuente de información, proviene de la víctima, del autor, de los testigos y de los informes técnicos.
- Indicador de riesgo, que deberá ser interpretado en función de unas categorías.
- Magnitud que tiene cuatro niveles: no se da, bajo, medio y alto.

Una vez concluido el formulario, la aplicación informática ofrecerá la valoración del riesgo.

Lo cierto es que será el juez el que tenga la última palabra y tomará todos los datos que sean necesarios para constatar ese riesgo incluso teniendo en cuenta el curriculum del presunto agresor.

Se puede decir que si bien este programa es de gran ayuda, no está exento de problemas pues acumula mucha información que puede ser inservible de cara a la valoración del riesgo y además en el manejo del mismo exige una gran especialización de los medios personales.

Por lo expuesto si bien la orden de protección supuso una gran evolución en la lucha o más bien en la prevención de la violencia de género animando a la víctima a denunciar y que se adoptasen medidas de manera rápida, lo cierto es que el aumento de muertes violentas y otros sucesos también con este carácter ponen en entredicho la eficacia de la misma y reflejan una realidad social muy alejada de la que se preveía al tiempo de la adopción de la medida de alejamiento. La actuación rápida y ágil de la Administración de justicia ante un hecho de violencia de género no siempre ha conseguido el efecto de disuadir al agresor. La falta de medios personales y materiales para vigilar en todo momento el cumplimiento de las mismas no impide que el agresor se vea coaccionado por un sistema de vigilancia y transgrede la medida para conseguir agredir a la víctima. Parece que esa falta de medios revela que





muchas de las medidas que se adopten queden sin control y los agresores «campen a sus anchas».

## Conclusiones

1. En cuanto a la legislación hasta el momento se han conseguido avances importantes, se ha considerado a la violencia sobre la mujer como un delito autónomo, con un tratamiento especial. También la orden de protección, pero no parece la solución al problema, puesto que muchas mujeres que tenían orden de protección han muerto a manos de sus parejas o exparejas. Para que esta orden sea eficaz es necesario complementarla con otros medios, que en definitiva será la vigilancia.
2. La creación de órganos jurisdiccionales específicos para tratar la violencia de género también es un logro, puesto que debido al aumento notable de esta lacra hace necesario especializar a los jueces. Los juzgados de violencia sobre la mujer y los equipos de valoración forense creados por la LO 1/2004 han supuesto un paso más en esta lucha contra la violencia de género.
3. Las posibles soluciones vendrían de la mano de una reforma de la normativa actual, con un endurecimiento mayor de las penas, dar mayor efectividad a la orden de protección para tener la seguridad de que no van a repetirse nuevos episodios de violencia.

## Referencias bibliográficas

1. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de December de 1993.
2. A/RES/58/147, de 22 de diciembre de 2003.
3. A/RES/57/179, de 30 de enero de 2003.
4. A/RES/50/42, de 17 de enero de 1996
5. El Programa Daphne I se aplicó entre 2000 y 2003 y fue prorrogado en el Programa Daphne II.
6. DOC 110, de 9/05/2006.
7. VILLACAMPA, Carolina. Violencia de género y sistema de justicia penal. Páginas 53 a 55.
8. MORILLAS Cueva (coord.). Derecho penal y discriminación por razón de sexo. La violencia doméstica en la codificación penal de Cruz Blanca en «Estudios penales sobre violencia doméstica». Madrid, 2002, página 29.
9. MUÑOZ CONDE, Francisco «Derecho Penal. Parte especial». 16ª edición, revisada y puesta al día. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 2007. Páginas 184 a186.
10. CANO-MAILLO REY, Pedro Vicente. Los juicios rápidos. Orden de protección: análisis y balance. Consejo General del Poder Judicial. Madrid 2005. Páginas190-192.
11. Martínez García, Elena, «La protección Penal de las víctimas». Artículo incluido en «Violencia de Género y Sistema de justicia penal». Tirant lo Blanch. Valencia 2008. Páginas 333-334.

### Correspondencia

legal@med.uva.es  
mercheml@pat.uva.es  
Teléfono: +34983423065  
+34606107021  
Mercedes Martínez León  
Área de Medicina Legal y Forense  
Facultad de Medicina  
Avda. Ramón y Cajal 7  
47005 VALLADOLID



# Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida

## *Psychopathological Risk Factors in the Suicide Attempt*

**Ángel F. García Martínez**

Médico epidemiólogo. Departamento de Promoción, Prevención y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública. Madrid-Salud, España

**Moisés Rodríguez García**

Enfermero. Departamento de Promoción, Prevención y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública. Madrid-Salud y Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, España

**María Elena Albarrán Juan**

Médico Especialista en Medicina Legal y Forense y Profesora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España

**Andrés Santiago Sáez**

Médico Jefe de Servicio de Medicina Legal del Hospital Clínico San Carlos y Profesor Asociado del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España

## Resumen

**Objetivos:** La tentativa suicida y ciertas variables psicopatológicas constituyen un problema individual, familiar, social y de salud que está aumentando en los últimos años. En este estudio se describe la tentativa suicida y ciertos factores de riesgo psicopatológico asociados en pacientes ingresados en el Hospital de Referencia del Área 6 de Salud de la Comunidad de Madrid.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una muestra de 67 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría durante un año con motivo de intento suicida. Se definió «tentativa suicida» como la conducta amenazante del individuo, deliberada con propósitos de terminar con la vida pero que no conlleva a la muerte. Se realizó un análisis de clasificación con 134 controles para asignar los pacientes a grupos en función de las variables.

**Resultados:** El riesgo de intento suicida estuvo asociado a factores que generan conflicto psicológico o psicopatológico en el individuo: nivel de depresión moderado o severo, y niveles de ansiedad e impulsividad elevados. El árbol de clasificación permite identifi-

**Fecha de recepción:**

Marzo de 2010

**Fecha de aceptación:**

Mayo de 2010



car tres perfiles de riesgo de tentativa suicida: alto, medio y bajo.

**Conclusiones:** Los resultados confirman la relevancia del problema de la tentativa suicida en nuestro medio, y señalan diversos factores asociados, como el estado de ánimo negativo, el fuerte estado de ansiedad y la alta impulsividad, que deberían ser analizados con detalle en estudios analíticos para diseñar e implementar programas preventivos apropiados.

### Palabras clave

Intento de suicidio, suicidio, riesgo psicopatológico, hospitalización psiquiátrica.

### Summary

The suicide attempt and certain psychopathological variables constitute an individual, family, and social health problem which has been on the rise in the last few years. In this study, the suicide attempt and certain associated psychopathological risk factors are described in patients admitted to the reference hospital of Area 6 in the province of Madrid.

**Methods.** It is a descriptive study of a sample of 67 patients admitted to the Psychiatry Department for one year for attempted suicide. Suicide attempt was defined as the behaviour of an individual with deliberate threatening to end life, but not in order to lead to death. A classification analysis was made with 134 controls to assign patients to groups according to variables.

**Results.** Suicide attempt risk was associated with factors which generate psychological or psychopathological conflict in the individual: moderate or severe level of depression, and raised anxiety and impulsivity levels. Classification allows three suicide attempt risk levels to be identified: high, medium and low.

**Conclusions.** Results confirm the relevance of the suicide attempt problem in our population and point out several associated factors, such as a negative mood, a severe state of anxiety, and high impulsivity which should be analyzed in detail in analytic studies to design and implement appropriate preventive programs.

### Key Words

Suicide attempt, suicide, psychopathological risk, psychiatric hospitalization.

### Introducción

La tentativa suicida ha sido objeto de creciente atención y considerada problema social y de salud en los últimos años, aunque se trata de un fenómeno que ha estado siempre presente en la sociedad (1) (2). Desde el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide (3), considerado como el primero que aportaba datos fiables acerca de la tentativa suicida, numerosos estudios han abordado este fenómeno en diversos países desarrollados, donde la importancia social de la tentativa suicida ha ido en aumento (4) (5). De forma general, la tentativa suicida se da en edades comprendidas entre 15 y 24 años en relación con las complicaciones de la vida emocional de esa etapa, al fallar los meca-



nismos alternativos a los cuales ha de enfrentarse (6) (7).

El incremento del suicidio también es alarmante en la sociedad avanzada moderna. A través de datos de la OMS, podemos conocer que diariamente un millar de personas cuando menos en el mundo mueren por esta causa, que puede considerarse entre las 10 primeras causas de defunción más importantes y aparece como segunda o tercera causa entre personas de 15 a 44 años de edad. La OMS alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente, sobre todo en la población joven, y por ello plantea grave problema de Salud Pública (8).

Según datos obtenidos de la OMS en 2008, el 1,8% de las pérdidas de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo se pueden atribuir al suicidio. Un impacto en salud igual al causado por las guerras y los homicidios y casi el doble del ocasionado por la diabetes (9).

En España en 2010, el suicidio ocupa una de las principales causas de mortalidad general y es en el presente la primera causa de muerte no natural, por encima de los fallecimientos a causa de accidentes de tráfico (10). Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, se suicidan cada año algo más de tres mil personas y estos suicidios se mantienen en cifras similares de un año a otro, de 3.263 en 2007 y 3.421 en 2008 a 3.507 en 2009. Algunos especialistas elevan esta cifra hasta cuatro mil: señalan que en las estadísticas oficiales sólo se incluyen los suicidios en los que interviene la policía y subrayan, incluso, la voluntad suicida que parece hallarse detrás de determinados accidentes de tráfico.

Como desde un punto de vista epidemiológico se sabe que la tentativa de suicidio es el principal factor de riesgo de suicidio consumado (se estima que entre el 10-15 % de los individuos que realizan una tentativa terminarán consumando el suicidio) y además como ha quedado evidenciado en estudios retrospectivos previos el 14-60 % de las tentativas tienen antecedentes de una o más tentativas previas y 30-60 % de las personas que consuman el suicidio tienen antecedentes de tentativas previas (7) (11), es muy importante identificar factores de riesgo asociados a la tentativa suicida y elaborar planes de prevención adecuados.

Entre los factores psicopatológicos que se han descrito asociados a la tentativa suicida se encuentran la depresión mayor, los trastornos de personalidad (12), trastornos asociados al abuso de alcohol y/o drogas. Asimismo, diversos estudios han asociado la tentativa suicida con sentimientos o vivencias de desesperanza, inutilidad y abandono (13), conflicto emocional, culpa, indefensión, ansiedad, dependencia (14).

La tentativa suicida es un fenómeno que está presente de manera reiterada en cualquier sociedad humana y causa problemas de salud y consecuencias familiares y sociales, que se han descrito en diferentes estudios (15) (16). Por este motivo es importante diseñar intervenciones efectivas dirigidas a disminuir la incidencia y la prevalencia del intento suicida y sus consecuencias. No obstante, actualmente no hay datos específicos de la ciudad de Madrid. El objetivo de este estudio fue describir el fenómeno de la tentativa suicida experimentado por la población general del Área 6 de Salud de la Comunidad de Madrid y detectar los factores de riesgo psicopatológico con que puede estar relacionado.

## Métodología

El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro (Madrid) que atiende una población de 450.000 habitantes en una



zona urbana, semiurbana y rural. Se realizó un estudio descriptivo con los datos obtenidos durante el interrogatorio de la historia clínica mediante instrumentos de medida validados y contrastados anteriormente a nivel nacional e internacional: escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) (17), escala de Hamilton para la depresión (HDRS) (18), cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) (19), test de impulsividad de Plutchik (20). El universo del estudio eran los 67 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría durante un año (2004-2005) con motivo de intento suicida. Se eligieron 134 controles de la misma edad y sexo que los casos de intento suicida, ingresados en el hospital en las mismas fechas y por otros motivos clínicos o quirúrgicos. Las escalas de valoración se administraron por personal del equipo investigador previamente entrenado y que incluía un médico clínico del servicio, durante los meses comprendidos entre diciembre de 2004 y diciembre de 2005.

## VARIABLES DE ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todas las variables de este estudio fueron creadas a partir de la puntuación obtenida en las escalas de valoración HARS, HDRS, SPMSQ y test de Plutchik. De forma operativa, se escogen los puntos de corte establecidos en las diferentes escalas; obteniéndose niveles de ansiedad moderada/grave, leve y ausente; niveles de depresión grave, moderada y ausente; estado cognitivo normal, deterioro cognitivo leve, moderado y severo; nivel de impulsividad alto y medio/bajo/ausente.

Para poder identificar las características psicopatológicas asociadas al riesgo de sufrir una tentativa suicida se utilizó la técnica de árbol de clasificación (AC) que aporta un porcentaje de predicción interesante y elevado, un tratamiento simple de los datos y una significativa interpretación clínica (21).

El análisis estadístico de los datos incluyó un estudio descriptivo para cada variable mediante distribución de frecuencias y porcentajes y un estudio de comparación mediante el test de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ). Se construyó un algoritmo eligiendo sólo las mejores variables significativas en cada nodo. Todos los datos, se analizaron mediante los paquetes estadísticos SPSS v.15.0, que también incluye el algoritmo del AC entre sus aplicaciones informáticas.

## RESULTADOS

Entre diciembre de 2004 y diciembre de 2005 se ingresaron un total de 67 casos de tentativa suicida y 134 controles. La **tabla 1** muestra la distribución de los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos, clínicamente diagnosticados con anterioridad al intento suicida. Se advierte un reparto porcentual similar entre los casos con neurosis (16,4%) y con alteración de personalidad (13,4%),

Tabla 1		
Tentativa suicida según tipo de trastorno psiquiátrico		
	Casos	Porcentaje
Ninguno	33	49,3%
Psicosis	4	6,0%
Neurosis	11	16,4%
Depresión monopolar	4	6,0%
Alteración de personalidad	9	13,4%
Psicosis orgánica	1	1,5%
Drogodependencia	5	7,4%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>



Tabla 2

**Tentativa suicida según nivel de ansiedad**

	Casos	Porcentaje
Leve	7	10,4%
Media	20	29,9%
Fuerte	40	59,7%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Tabla 3

**Tentativa suicida según nivel de depresión**

	Casos	Porcentaje
Ausente	17	25,4%
Distimia (leve)	14	20,9%
Distimia (moderada)	21	31,3%
Distimia (intensa)	15	22,4%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Tabla 4

**Tentativa suicida según nivel de impulsividad**

	Casos	Porcentaje
Alto	45	67,1%
Medio y bajo	22	32,9%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Tabla 5

**Tentativa suicida según nivel cognitivo**

	Casos	Porcentaje
Normal	64	95,5%
Deterioro intelectual leve	3	4,5%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

seguidos a parecida distancia por drogodependencia (7,4%), psicosis y depresión monopolar (con idénticos porcentajes, 6%) y en último término aparece un 1,5% de casos con psicosis orgánica.

La **tabla 2** muestra la distribución del nivel de ansiedad, la mayor parte de los intentos suicidas ingresados presentaban un fuerte nivel (casi el 60%), seguidos de los casos de nivel medio (alrededor del 30%) y de leve ansiedad (10,4%).

En relación con el nivel de depresión (**tabla 3**) existe un relativo predominio de intentos suicidas con moderado nivel depresivo (31,3%), seguido a similar distancia por los casos con nivel severo o intenso (22,4%) y con distimia o nivel leve (20,9%). Los casos de tentativa suicida donde la depresión estaba ausente representaron un 25,4%.

Son apreciablemente mayores los casos de intento suicida que presentan un

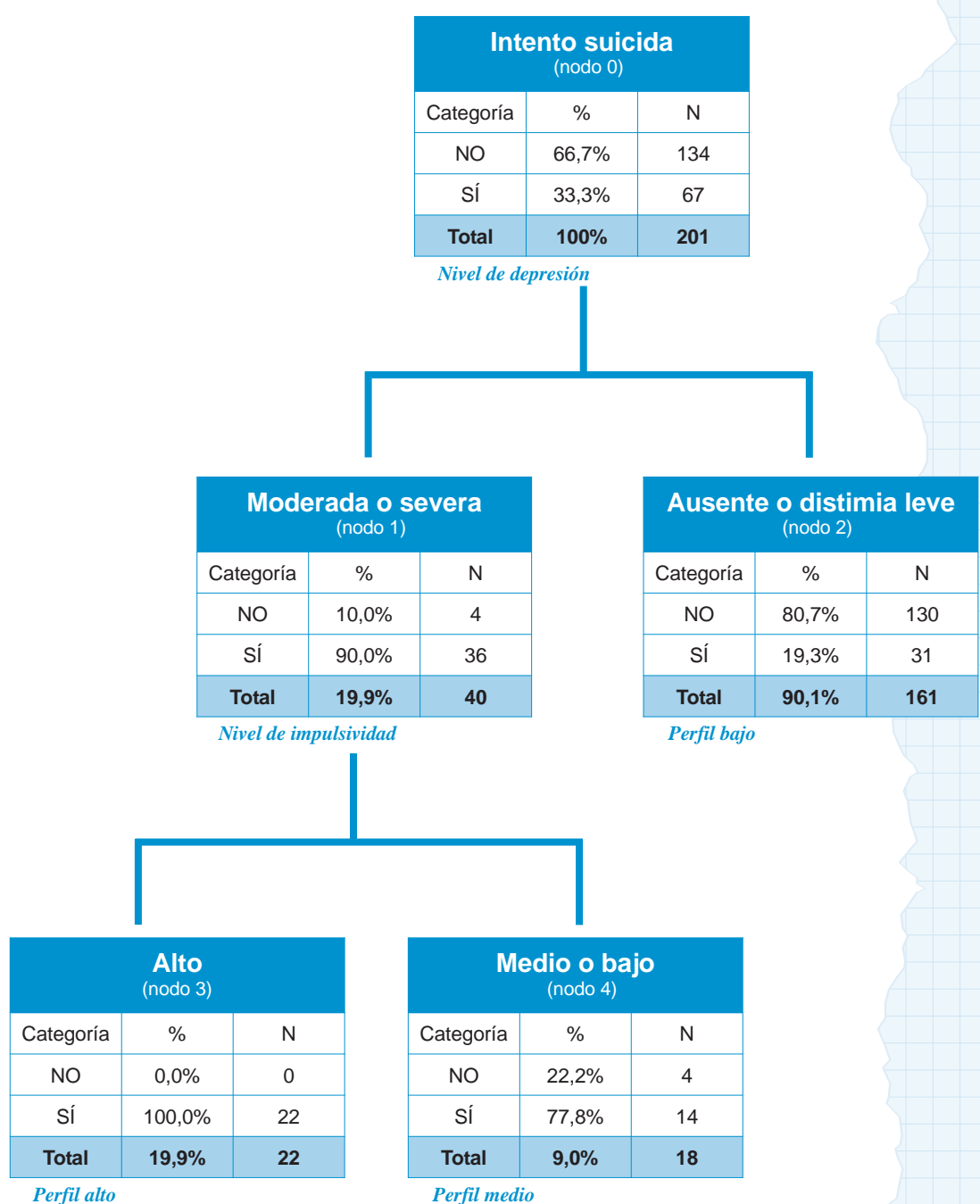


alto nivel de impulsividad (aproximadamente el 67%) que aquellos que tenían una impulsividad media o baja (alrededor del 33%), según se puede apreciar en la **tabla 4**.

En la **tabla 5** se puede apreciar el gran predominio de los casos de tentativa suicida con un nivel cognitivo normal (95,5%) frente a los escasos que presentaron deterioro intelectual leve (4,5%).

A partir de los resultados alcanzados con la técnica de AC (**figura 1**), dos son las variables (nivel de depresión y nivel de impulsividad) que permiten identificar o clasificar el perfil de riesgo de efectuar un intento suicida en alto, medio y bajo.

Figura 1  
**Árbol de clasificación de la tentativa suicida**





## Discusión y conclusiones

Se cita que la incidencia de suicidio e intentos suicidas es mayor entre los enfermos mentales que en la población general. No obstante otros autores señalan que la presencia de un trastorno mental es una condición necesaria pero no suficiente para la aparición de una conducta suicida (22).

En cuanto a las categorías diagnósticas, nuestros datos son congruentes con los de diversos autores (23) (24), con un predominio de trastornos neuróticos y de personalidad. Otros autores encuentran mayor dominancia de los trastornos afectivos y psicóticos (5) (25).

En el presente trabajo la depresión, tal y como está bien establecido<sup>26,27</sup>, se confirma que la puntuación obtenida en la HDRS, influye claramente en la conducta suicida.

Hay autores que refieren valores altos de neuroticismo y bajos de extroversión (28). Otros, señalan un aumento del neuroticismo y psicoticismo en pacientes con tentativas de suicidio (29). Nuestros datos se muestran de acuerdo con un fuerte estado de ansiedad, confirmado por la puntuación conseguida en la escala HARS, que influye de modo notable en la tentativa suicida.

La impulsividad elevada ha resultado ser un factor importante, muy influyente en el intento suicida. Existe controversia en la literatura sobre la impulsividad puesto que algunos estudios la relacionan más con los comportamientos agresivos que con la conducta autoagresiva (30).

En relación con los antecedentes y diagnósticos psiquiátricos constituyen grupos de alto riesgo los deprimidos de cualquier naturaleza, los pacientes con trastornos neuróticos y alteraciones de personalidad, los esquizofrénicos y los alcohólicos (5). Los pacientes con retraso mental discreto, por tener menor capacidad de adaptación para el estrés, presentan también riesgo de asumir una conducta suicida, si bien nuestros resultados difieren de esta última observación.

La tipología del comisor de intento suicida presenta tres perfiles de riesgo: alto (persona con depresión moderada o severa y muy impulsiva) medio (persona con depresión moderada o severa y poco impulsiva) y bajo (persona sin depresión o con distimia leve).

Los resultados confirman la relevancia del problema de la tentativa suicida en nuestro medio, y señalan diversos factores asociados, como el estado de ánimo negativo, el fuerte estado de ansiedad y la alta impulsividad, que deberían ser analizados con detalle en estudios analíticos para diseñar e implementar programas preventivos apropiados.

## Bibliografía

1. OMS. Le suicide et les tentatives de suicide. Cuaderno de Salud Pública, nº 58. Ginebra. 1975.
2. OMS. El suicidio y los intentos de suicidio. Cuaderno de Salud Pública, nº 58. Ginebra. 1976.
3. BILLE-BRAHE U, KERKHOF A, DE LEO D, SCHMIDTKE A, CREPET P, LONNQVIST J. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. Acta Psychiatr. Scan. 1997; 95: 81-86.





4. DZÚROVA D, VEVERA J, MOTLOVÁ L, DRAGOMIRECKÁ E. Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy (Czech Republic, 1996-2000). *Int. J. Public Health*. 2008; 53 (3): 139-149.
5. ACOSTA FJ. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna. 2004.
6. BELLA ME, FERNÁNDEZ AR, ACEVEDO G, WILLINGTON JM Análisis sociodemográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infantojuvenil. *Vertex*. 2008; 19 (78): 10-16.
7. DIEKSTRA RF. *The epidemiology of suicide and Health Psychology*. University of Leiden. The Netherlands. 2000.
8. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud; cap. 7, 2001
9. GONZÁLEZ SÁBADO R. Suicidio y tentativa de suicidio: un acercamiento a su génesis psicosocial. 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/suicidio-tent/suicidio-tent.shtml>
10. INE. Informe EUROSTAT,2010.
11. SARRÓ MARTÍN B, DE LA CRUZ COMA C. Evaluación del riesgo de suicidio. *Rev. Psiquiatr*. 1997. Vol. 11 nº 1211.
12. KIM YK, LEE HJ, YOON DK, CHOI SH, LEE MS. Low serum cholesterol is correlated to suicidality in a Korean sample. *Acta Psychiatr. Scand*. 2002; 105(2): 141-148.
13. GONZÁLEZ SEIJO J, RAMOS Y. Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes J, González J, Sáiz P, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson. 1997 a; 5-12.
14. PHILLIPS MR, YANG G, ZHANG Y, WANG L, Ji H, ZHOU M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002; 360 (9347): 1728-1736
15. ZAKIULLAH N, SALEEM S, SAQID S, SANI N, SHAHPURWALA M, SHAMIM A, YOUSUF A, KHAN MM, NAYANI P. Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 2008; 29 (1): 32-37.
16. KINYANDA E, HJELMELAND H, MUSISI S. Deliberate self-harm as seen in Kampala, Uganda: a case-control study. *Soc. Psychiatry Epidemiol*. 2004; 39 (4): 318-325
17. HAMILTON M. A rating scale for anxiety disorders. *Br. J. Med. Psychology*. 1959; 32: 50-55
18. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1960; 23: 56-62
19. PFEIFFER E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc*. 1975; 22:433-444.
20. PLUTCHIK R, VAN PRAGG H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatr*. 1989; 13: 23-34.
21. RICHARD'S MM, SOLANAS A, LEDESMA RD, INTROZZI IM, LÓPEZ RAMÓN MF. Técnicas estadísticas de clasificación: un estudio comparativo y aplicado. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4 pp. 863-871.
22. KULLGREN G, RENBERG E, JACOBSSON L. An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1986; 174 (6): 328-331



23. HOLLEY HL, FICK G, LOVE EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 1998; 33: 543-551.
24. FRANCO MARTÍN MA, MONFORTE PORTO JA, FERNÁNDEZ ROJO C, DíEZ BOIZAS J. Intentos de suicidio en Zamora. Estudio retrospectivo de los años 1989-1994. *Psiquis.* 1997; 18: 208-217
25. LÓPEZ RODRÍGUEZ JL. Tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV (Oviedo), durante el trienio 2003-2005. Perfil clínico y psicosocial. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. 2007.
26. HINANTIKKA J, KONTULA O, SAARINEN P, TRANSKANEN A, KOSTELA D, VIINAMAKI H. Debt and suicidal behavior in the Finnish general population. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 98: 493-496.
27. KRUPINSKI M, FISCHER A, GROHMANN R, ENGEL R, HOLLWEG M, MOLLER HJ. Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998; 248: 141-147.
28. ROY A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1982 b; 39: 1089-1095.
29. NORDSTRÖM P, ASBERG M, ABERG-WISTEDT A, NORDIN C. Attemptes suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 345-350.
30. BARRATT E. Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & J. Steadman (Eds.). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University Chicago Press

#### Correspondencia

Instituto de Salud Pública  
Madrid Salud  
Ángel F. García Martín  
c/ Navas de Tolosa, 10  
28013 MADRID  
E-mail: [garciamaf@munimadrid.es](mailto:garciamaf@munimadrid.es)



### Entrevista con D. Eduardo Andreu Tena

Director del Instituto Anatómico Forense de Madrid

**«La Medicina Forense ha pasado de ser una actividad mayoritariamente accesoria y poco técnica, a una actividad exclusiva y obligada de actualización»**

Por Dr. Enrique Dorado Fernández. Médico forense de Alcalá de Henares y profesor asociado de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares

Eduardo, ¿desde cuándo eres director del Instituto Anatómico Forense de Madrid?

Tomé posesión en noviembre de 2006 como director del Instituto Anatómico Forense de la Comunidad de Madrid.

Y supongo que los problemas que has encontrado son innumerables...

El Instituto viene arrastrando problemas estructurales muy importantes desde hace años, fundamentalmente en la denominación de

Eduardo Andreu Tena  
cara a cara

**Fecha de recepción:**

Diciembre de 2009

**Fecha de aceptación:**

Enero de 2010



« La creación de los IML ha permitido dotar a los médicos forenses de herramientas más eficaces para su actividad, contando con servicios especializados. Permite también racionalizar los medios disponibles y la posibilidad de una mejor definición de las distintas ramas de la Medicina Forense. Facilita la creación de protocolos de actuación, establecer controles de calidad, etcétera, en definitiva mejorar en el aspecto científico y profesional »

las plazas de los funcionarios que trabajan en los distintos laboratorios, que no contemplan su actividad real. Actualmente los funcionarios que se incorporan tienen la denominación de auxiliares de laboratorio, con lo que conseguimos ahora que la denominación de sus plazas sí se adapte a su cometido, pero en otras ocasiones seguimos con personal que, al ser de refuerzo, es renovado cada mes, dificultando la organización y el estímulo de estos profesionales que vienen soportando años en esta situación. Por otra parte, la crisis económica afecta a la gestión del Instituto y dificulta en gran medida mejorar el material disponible, con lo que se requiere más tiempo y trabajo para su desarrollo. Tampoco, en relación a esta circunstancia, se va a producir en un futuro cercano el traslado al nuevo edificio de la Ciudad de la Justicia, lo que obligará a acometer algunas mejoras en el actual edificio, que se habían evitado ante la perspectiva de un futuro traslado.

#### A lo que se añade el cese de actividad en alguno de los Servicios...

Es otro de los problemas a los que me he tenido que enfrentar en estos últimos años, la renuncia de algunos de los profesionales responsables de departamento, cruciales para el Instituto, por no existir la posibilidad de trabajar en exclusiva en esa actividad, generando el desinterés para seguir realizando funciones que tradicionalmente hacían de forma desinteresada.

Existen también otras dificultades como el no disponer de guardias, que mejorarían el rendimiento y la organización del personal que aquí trabaja, al estar obligados a mantenerlo operativo durante todo el día, todos los días del año.

La solución pasaría por adoptar una RPT adecuada a las necesidades del Instituto, con el fin de racionalizar sus recursos y disponer de un servicio de guardia.

#### ¿Qué población atiende el IAF de Madrid y cuántos forenses realizan allí las autopsias?

El Instituto da cobertura a toda la población de la Comunidad de Madrid que creo se sitúa en torno a los 6 millones y medio. El año 2009 ingresaron 2126 cadáveres, además de las muestras remitidas desde otras comunidades autónomas para estudios de laboratorio, principalmente entomológicos y patológicos.

En relación a los forenses que realizan aquí las autopsias, son aproximadamente el 90 % de la plantilla de esta Comunidad, por tanto unos 130. El número no es siempre constante porque en determinados casos en que se requiere asistencia técnica, por su complejidad o incluso por tratarse de casos mediáticos, el Instituto está abierto a ellos y por tanto todos disponen de las instalaciones del mismo.

#### Y para llevar a cabo toda esta actividad, ¿con qué Servicios cuenta el Instituto?

En la actualidad contamos con servicios de Patología Forense, Entomología Forense, Radiología, Fotografía Forense, Trabajadores Sociales y Asistencia Psicológica. El Laboratorio de Toxicología, a pesar de no disponer de responsable actualmente por las circuns-



tancias anteriormente comentadas, se encuentra operativo y dotado de un nuevo cromatógrafo de masas.

### ¿Qué crees que ha supuesto para la Medicina Forense española la entrada en vigor de los Institutos de Medicina Legal?

Pienso que su creación ha supuesto una mejora en la práctica de la Medicina Forense. Ha permitido dotar a los médicos forenses de herramientas más eficaces para su actividad, contando con servicios especializados. Permite también racionalizar los medios disponibles y la posibilidad de una mejor definición de las distintas ramas de la Medicina Forense. También, aunque los médicos forenses no estemos acostumbrados a trabajar con una estructura jerárquica, facilita la creación de protocolos de actuación, establecer controles de calidad, etcétera, en definitiva mejorar en el aspecto científico y profesional.

### Y la siguiente pregunta es obvia, ¿cómo se explica la atípica situación de la Comunidad de Madrid, sin Instituto, sin concursos de traslado desde hace años, con ocupación de más del 50 % de las plazas por interinos al tiempo que titulares llevan años fuera sin poder concursar...?

Mi opinión es que el IAF y la Clínica eran unas instituciones tan consolidadas que en principio la Administración consideró que no requería su creación urgente, como así parecía suceder en otras comunidades con necesidades más apremiantes. Creo que, paradójicamente, el peso de ambas Instituciones ocasionó una demora en la creación y puesta en funcionamiento del IML de la Comunidad de Madrid. Progresivamente fueron surgiendo varias corrientes entre los médicos forenses de la Comunidad que propició el desacuerdo entre nosotros, generando fuerzas que luchaban en sentidos opuestos, transmitiendo posiblemente a la Administración ideas erróneas o contradictorias que hacían difícil el acuerdo. También puede deberse a que posiblemente no hemos sabido los responsables de unas y otras Instituciones transmitir a la Administración la necesidad urgente de su creación.

En definitiva, humildemente creo que han sido múltiples los factores que se han ido sumando a lo largo de los años y que han llevado a la falta de puesta en funcionamiento del IML de la Comunidad de Madrid, con el consiguiente deterioro y atraso profesional que esto conlleva.

Todo lo demás a lo que haces referencia viene añadido. No se ocupan plazas por titulares porque no hay concurso de traslado. No se cubren las plazas de nueva creación porque no se convocan plazas en las oposiciones. Los médicos forenses de Madrid estamos al final también afectados en un porcentaje altísimo porque la mayoría no podemos consolidar nuestras plazas. Esto, obviamente, repercute negativamente en el resto de médicos forenses que desean concursar por Madrid.

### ¿Y se atisba algún avance al respecto?

Ahora, en el periodo que nos encontramos, no podemos olvidar que la crisis económica incidirá negativamente en la posibilidad de su creación. Aun así, no perdemos la esperanza de que en un futuro, más cercano que tardío, se ponga en funcionamiento. Actual-

« El médico forense debe defender con más vehemencia y criterio científico sus informes ante los Tribunales. La carga de trabajo ha aumentado, se ha producido una judicialización masiva en todos los ámbitos sociales y nuestra actividad no es ajena a este cambio. Finalmente, nuestra práctica se ha tecnificado tanto y los avances han sido tan importantes que obliga a que el médico forense se encuentre en la necesidad de estar constantemente actualizado »



« La forma de ingreso en el CNMF debería parecerse más a lo que el sistema MIR tiene establecido. Tendría que redefinirse el temario, trasnochado y caduco, establecerse un adecuado sistema de concurso-oposición y por último se debería dar prioridad, superado un examen teórico, a un periodo de prácticas tuteladas mucho más controlado que el actual y con un sistema semejante al de algunos países anglosajones, donde el opositor deba completar un periodo de formación bajo la supervisión de un tutor »

mente creo que existe una cierta unanimidad en la necesidad de creación del IML por los médicos forenses y que todas fuerzas van en la misma dirección. Desde mi situación, desde luego, no desperdicio ninguna oportunidad ni momento para insistir en ello en todas las instancias. Espero que, finalmente, la Administración vea la necesidad de su puesta en funcionamiento.

**Pertenece a una familia muy relacionada, ya en anteriores generaciones, con la Medicina Forense. Son básicos los cambios que ha experimentado esta especialidad...**

Creo que la Medicina Forense actual está mucho más tecnificada. En épocas anteriores, la Medicina Forense estaba caracterizada por dos factores fundamentales. En primer lugar el médico forense no se dedicaba en exclusiva a esta profesión, era una actividad accesoria en la mayoría de las ocasiones, pero se la consideraba de gran prestigio y así eran atraídos grandes profesionales de la medicina. En segundo lugar, se permitía compatibilizarla con otras actividades, lo que originaba que la mayoría de los médicos forenses tuvieran alguna especialidad. Por este motivo, sin menospreciar la capacidad profesional de los médicos forenses en la actualidad, antaño, médicos de grandísimo renombre constituían el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. Dicho esto, no podemos olvidar que la retribución de los mismos era escasísima, aunque también la carga de trabajo era mucho menor, había dos médicos forenses por Juzgado. Por otra parte, aunque esta circunstancia se sigue manteniendo en la actualidad, el informe médico forense era casi dogma de fe, infrecuente el informe no fuese admitido en su totalidad, sin intervención de la crítica.

**Lo que sin duda contrasta con la situación actual, en que cada vez son más y más variadas las pericias forenses solicitadas, cuyos informes luego se ponen en tela de juicio...**

Actualmente el médico forense debe defender con más vehemencia y criterio científico sus informes ante los Tribunales. Por otra parte la carga de trabajo ha aumentado, se ha producido una judicialización masiva en todos los ámbitos sociales y nuestra actividad no es ajena a este cambio. Finalmente, nuestra práctica se ha tecnificado tanto y los avances han sido tan importantes que obliga a que el médico forense se encuentre en la necesidad de estar constantemente actualizado. Hoy disponemos de herramientas muy potentes que ayudan en la resolución de problemas médico forenses, que han exigido una verdadera especialización dentro de la Medicina Forense.

En conclusión, se ha modificado la forma de ejercer y entender la Medicina Forense. Ha pasado de ser una actividad mayoritariamente accesoria y poco técnica, a una actividad exclusiva y necesariamente obligada de actualización.

**Sin embargo, y a pesar de todos los cambios que apuntas, la forma de ingreso en el CNMF, como tantas otras facetas de esta especialidad, permanece anclada, apenas ha evolucionado...**

En la actualidad y lo sé por propia experiencia, puesto que he formado parte de varios Tribunales de Oposición, carecemos de un verdadero cuerpo de opositores. En la mayoría de las ocasiones ya



no se lucha por una plaza entre varios opositores, sino que se va produciendo una especie de «selección natural» que resulta de ir eliminando a opositores, quedando al final casi el mismo número que plazas convocadas. Con esto quiero decir que el actual sistema de oposición está dejando de ser válido. No podemos olvidar que por múltiples circunstancias que a nadie se nos escapan (sueldo, carrera profesional, penosidad, etcétera) la oposición de médico forense está dejando de ser atractiva en contraposición con la actividad asistencial, dado que hoy tenemos gran demanda asistencial de médicos.

Aunque no soy de la idea de que desaparezca el sistema de oposición, como en alguna ocasión ya se insinuó, sí que creo que tal y como está establecido ya no es operativo. A mi modo de ver el acceso debería parecerse más a lo que el sistema MIR tiene establecido. Por concretar, creo que tendría que redefinirse el temario, trasnochado y caduco, establecerse un adecuado sistema de concurso-oposición y por último se debería dar prioridad, superado un examen teórico, a un periodo de prácticas tuteladas mucho más controlado que el actual y con un sistema semejante al de algunos países del ámbito anglosajón, donde el opositor deba completar un periodo de formación bajo la supervisión de un tutor. Con el actual sistema de IML podríamos contar con éstos, como centro de formación de los futuros médicos forenses y con un sistema de remuneración adecuado a su situación. Lo que considero del todo absurdo es el actual sistema de acceso, que obliga a distribuir las plazas entre las Comunidades Autónomas penalizando aquellas donde hay más inscritos en una misma convocatoria, lo que va en contra de la propia definición del sistema de oposición.

#### A lo que se suma la falta de armonización existente (y temo ya de difícil solución) entre las distintas Comunidades Autónomas...

Generando bastantes conflictos. Por un lado en el caso de las expertizaciones, donde no hay un criterio homogéneo en los planes de estudio ni en su desarrollo, lo que conlleva también una pérdida de recursos importante en temas de formación y capacitación. Y por otro lado creo que se restringe bastante la igualdad en cuanto al sistema de ingreso.

Sería necesario poner en funcionamiento el Consejo Asesor Médico Forense para homologar determinados procedimientos y solucionar problemas comunes que afectan al colectivo.

#### Continuando en la misma línea, la formación continuada hoy es prácticamente nula. ¿Cómo crees que debería plantearse?

Efectivamente en la actualidad no existe prácticamente formación continuada. Por tanto creo que, como manifesté anteriormente, ha desaparecido un pilar fundamental de nuestra profesión que es inherente a la profesión médica en general. Soy por tanto un convencido de su necesidad, no es de recibo que nuestra formación sea autodidacta, dependiendo del interés particular de cada uno. Creo que debería exigirse, y esta exigencia obligar a ofertar cursos de formación constantemente.

Entiendo que esta función deberían asumirla las comunidades autónomas, pero también que cada una pudiera ofertar sus cursos a

« Creo que los sistemas de expertización tienen validez dentro de la estructura de los IML, pero también creo que deben cumplir dos requisitos. El primero que exista una homologación para todo el territorio nacional de tal forma que la expertización de un IML sea válida para todos los demás. El segundo criterio deriva del anterior, de forma que esa expertización fuera admitida como criterio tasable en los procesos de traslado, y por tanto una vez homologada fueran aplicada para las plazas de especialista o plazas singularizadas. »



« Han sido múltiples los factores que se han ido sumando a lo largo de los años y que han llevado a la falta de puesta en funcionamiento del IML de la Comunidad de Madrid, con el consiguiente deterioro y atraso profesional que esto conlleva. No se ocupan plazas por titulares porque no hay concurso de traslado. No se cubren las plazas de nueva creación porque no se convocan plazas en las oposiciones. Los médicos forenses de Madrid resultamos también afectados en un porcentaje altísimo porque la mayoría no podemos consolidar nuestras plazas. Y ello repercute negativamente en el resto de médicos forenses que desean concursar por Madrid »

las demás. Este patrón, que actualmente es excepcional, debería ser la regla. Por otra parte, pienso que una formación en otros campos distintos del estrictamente médico forense permitiría llevar a cabo cursos de formación con otras instituciones del ámbito asistencial, también muy interesantes para nuestro cuerpo.

Te has referido al sistema de expertizaciones, imperante en muchos Institutos, ¿qué opinas sobre el mismo?

Creo que los sistemas de expertización tienen validez dentro de la estructura de los IML, pero también creo que deben cumplir dos requisitos. El primero que exista una homologación para todo el territorio nacional de tal forma que la expertización de un IML sea válida para todos los demás. Esta homologación la debería liderar el CEJ, creando programas de formación con requisitos mínimos e incluso algún sistema de financiación. No podemos pretender que IML donde se invierta en una determinada formación pierdan a las personas formadas una vez cumplido el proceso; creo que de esta manera se evitaría que estos IML se sintieran penalizados por ejercer esta formación. El segundo criterio deriva del anterior, de forma que esa expertización fuera admitida como criterio tasable en los procesos de traslado, y por tanto una vez homologada fueran aplicada para las plazas de especialista o plazas singularizadas.

El IAF colabora de forma muy directa con la Escuela de Medicina Legal, entre otros a través del convenio suscrito con la Universidad Complutense de Madrid...

Efectivamente, tenemos en la actualidad un convenio de colaboración suscrito entre la UCM y el IAF que creo que es muy ventajoso para ambas partes. Por medio del mismo nosotros disponemos de las instalaciones del actual Instituto Anatómico Forense y como contrapartida cedemos nuestras instalaciones y material para las prácticas de alumnos de la Facultad de Medicina. También en estos últimos años hemos desarrollado alguna colaboración en asistencia a becarios en los laboratorios del Centro.

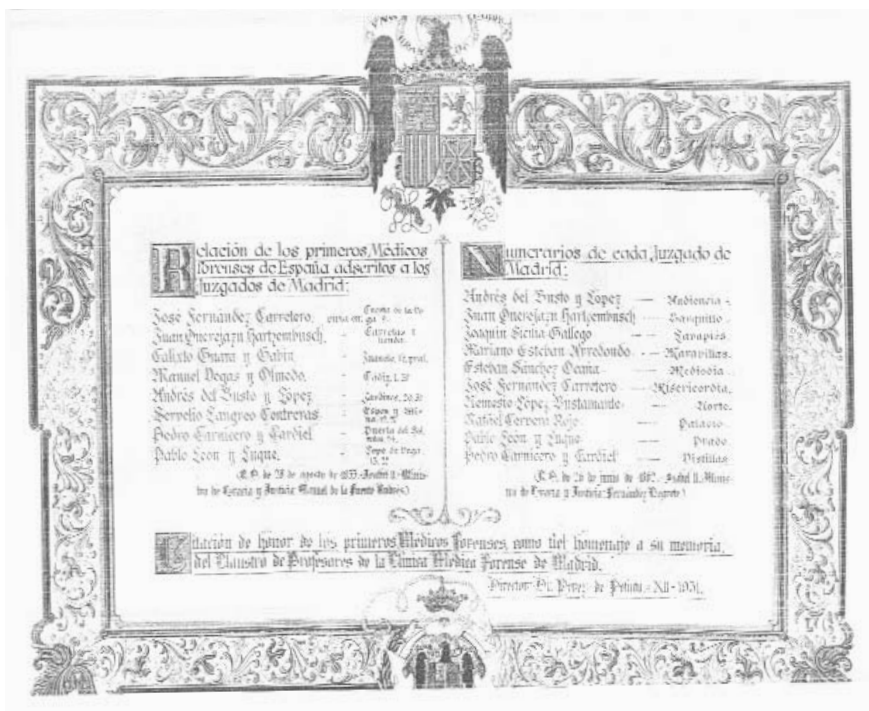
Además de este convenio con la UCM estamos desarrollando otros que creo serán muy ventajosos para el Instituto, entre ellos con la Universidad Autónoma de Madrid, la Agencia Antidroga, etcetera.

Llama la atención la escasa participación (salvo excepciones, claro) de los médicos forenses hacia sus propios problemas corporativos, ¿a qué lo atribuyes?

Una circunstancia que ha repercutido negativamente en este hecho es que un cuerpo nacional como el de los Médicos Forenses haya sido transferido. Esto ha ocasionado que los problemas, los intereses y las preocupaciones del colectivo se hayan atomizado en 17 formas distintas de verlos, y también que las soluciones se adapten a la estructura concreta de cada IML. A esto se suma que tradicionalmente la Administración no ha considerado al colectivo como un verdadero cuerpo de la Administración de Justicia, posiblemente debido a que somos un colectivo pequeño, con una actividad más cercana al ámbito sanitario y, porque no decirlo, con un gran sentido del deber.

Todo ello ha conducido a la desidia de los médicos forenses hacia los problemas corporativos que le son propios, con honrosas





Adscripción en 1862 de Joaquín Sicilia como médico forense al distrito de Lavapiés, Madrid

excepciones, y a interesarnos más por nuestro propio interés, una vez visto que estos problemas corporativos son de difícil solución. Por otro lado, tradicionalmente hemos sido un cuerpo con poca costumbre de trabajar en equipo, tendiendo a ser más individualistas, lo que dificulta la participación. Tengo la convicción, aunque no la certeza puesto que por desgracia en Madrid carecemos de esta experiencia, de que en los IML se trabaja más coordinadamente y con mayor participación de los forenses.

Has conocido la situación de la Medicina Forense en otros países, ¿destacarías alguno?

Sí que he tenido ocasión de trabajar con otros países, principalmente de Centroamérica, y he podido conocer la realidad de su trabajo en algunos de ellos (México, Honduras, Guatemala, etcétera). Creo sinceramente que el sistema español no es peor que otros. Es más, considero que la estructura y dependencia de los médicos forenses españoles nos otorga un plus de objetividad, autonomía e independencia que no se consigue en otros países. Por otro lado, hemos sido capaces de actuar en situaciones críticas con unos muy buenos resultados. Básicamente los otros sistemas de los que he tenido conocimiento trabajan bajo la jerarquía del Ministerio Fiscal, que en muchos casos actúa como instructor del caso, o bajo la dependencia de la policía. Por tanto el sistema español, a mi modo de ver, es perfectamente válido.

Y volviendo al inicio de la conversación, tu actividad profesional, ¿en qué año ingresaste en el CNMF y cuáles han sido tus destinos?

Ingresé en el año 1988 y mi primer destino, del que guardo un gratísimo recuerdo, fue en los Juzgados de Pola de Siero y Laviana, en Asturias. Estuve allí un año y medio destinado y a pesar de la falta de experiencia y los pocos medios con los que contaba fue una gratísima experiencia. Recuerdo con cariño la buena relación entre los médicos forenses de Asturias, con los que guardo toda-

« La estructura y dependencia de los médicos forenses españoles nos otorga un plus de objetividad, autonomía e independencia que no se consigue en otros países. Básicamente los otros sistemas de los que he tenido conocimiento trabajan bajo la jerarquía del Ministerio Fiscal, que en muchos casos actúa como instructor del caso, o bajo la dependencia de la policía. Por tanto el sistema español, a mi modo de ver, es perfectamente válido »



« En épocas anteriores, la Medicina Forense se caracterizaba porque el médico forense no se dedicaba en exclusiva a esta profesión, era una actividad accesoria en la mayoría de las ocasiones, pero se la consideraba de gran prestigio y así eran atraídos grandes profesionales de la medicina y porque se permitía compatibilizarla con otras actividades, lo que originaba que la mayoría de los médicos forenses tuvieran alguna especialidad. Por este motivo, sin menospreciar la capacidad profesional de los médicos forenses en la actualidad, antaño, médicos de grandísimo renombre constituían el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses »

vía amistad. El trabajo era enorme, incluso en mi última época llegué a llevar 7 juzgados cuando se publicó la nueva Ley de Planta y Demarcación. Posteriormente, por cuestiones familiares, me interesó concursar a Madrid y tomé posesión en Torrejón de Ardoz como forense único. También fueron tiempos de los que, a pesar de la guardia permanente durante dos años, guardo un buen recuerdo. Después de 13 años pude optar por una comisión en la Clínica de Plaza de Castilla y al cabo de los dos años me incorporé al IAF de Madrid, situación en la que estoy actualmente.

Te has especializado en Derecho Médico, con ponencias y publicaciones como *Seminarios de Medicina Legal en Atención Primaria, Cuadernos de Derecho Médico para Ginecólogos* o *El abordaje de dolor desde la perspectiva médico legal*. También has participado en cursos como *Introducción al Ejercicio de la Abogacía, la Ley del Menor, Responsabilidad Médica*, o el *Master El Ejercicio de la Abogacía...* ¿Cómo valoras el nivel de esta disciplina en España?

Comencé por el año 1993 a interesarme en estos temas por pura casualidad, a raíz de una charla que me solicitó una Magistrada amiga a la que no podía renunciar, y al final me pareció un tema apasionante. A partir de ese año y hasta la actualidad me he estado interesando por todas las cuestiones relacionadas con el Derecho Sanitario, asistiendo a congresos, cursos y estudiando legislación y jurisprudencia en relación principalmente a la responsabilidad médica. Al final me fueron surgiendo oportunidades de publicar y así lo he ido haciendo con cierta regularidad.

Entiendo que el sistema de formación del médico forense adolece de cierta desinformación en relación al Derecho Sanitario y eso al final contribuye a complicar las valoraciones que realizamos sobre temas de responsabilidad médica. Creo que dentro de nuestra formación es imprescindible conocer conceptos básicos de derecho, legislación e interpretación de los tribunales de estos casos. No podemos olvidar que nuestro trabajo se fundamenta en relacionar Medicina con Derecho y por tanto debemos conocer, aunque sea de forma básica, estos procedimientos, y lograr que integren la formación continuada de los médicos forenses.

Eres colaborador con diferentes revistas de la especialidad...

En la última etapa soy el secretario de redacción de la Revista Española de Medicina Legal y creo que se ha hecho un gran esfuerzo por parte de algunos compañeros para su edición. En estos momentos es ya un éxito que vayamos por el tercer número este año. También soy miembro del Comité Científico de la Revista de la Escuela de Medicina Legal y para mí fue un honor que me ofrecieran formar parte del mismo con tan distinguidos miembros.

Es verdaderamente sorprendente la vocación en tu familia hacia la Medicina Forense. Tu tatarabuelo, Joaquín Sicilia y Gallego, ya figura como médico forense por el distrito de Lavapies (Madrid) en un Real Decreto de 1882, y tu bisabuelo, Pedro Tena Avelle, fue coprofeesor de química forense...

Es verdad que soy la 5ª generación de médicos forenses en mi familia y que esa tradición comenzó con mi tatarabuelo. Por tanto desde hace más de 250 años nuestra familia ha tenido una relación ininterrumpida con la Medicina Forense y de una u otra forma



Imposición de la Cruz de San Raimundo de Peñafort a Eduardo Andreu Fernández, por el doctor Guillermo Tena

yo he conocido desde niño esa actividad. Por ese motivo no me resultaba ajena esta práctica y desde que acabé mis estudios de Medicina tenía claro cuál iba a ser mi futuro en esta parcela.

Tu abuelo, José Tena Sicilia, intervino como forense en el famoso incendio del teatro Novedades de Madrid.

A partir de mi abuelo, que trabajaba en las dependencias del actual Tribunal Supremo, tuve conciencia de su profesión y recuerdo casos particularmente llamativos como este caso del incendio del Teatro Novedades, donde refería como la muleta de una víctima atravesada en una de las salidas había ocasionado más víctimas que el propio incendio. Fue médico forense desde enero de 1929, y en noviembre de 1940 fue nombrado profesor auxiliar de la Escuela de Medicina Legal. Cesó en noviembre de 1958 por jubilación, y recibió la Cruz de San Raimundo de Peñafort.

Mi abuelo inculcó esta profesión a su hijo José Luis, médico de profesión y especialista en Pediatría, aprobando las oposiciones al Cuerpo Nacional de Médico Forense por oposición en 1952 y accediendo a la Categoría Especial en 1957. Su actividad la desarrolló principalmente en el Servicio de Información Toxicológica y en la Escuela de Medicina Legal.

Otro tío tuyo, Guillermo Tena, farmacéutico y médico, ha destacado de forma sobresaliente en el campo de la Toxicología

Dedicó sus esfuerzos al entonces Instituto de Toxicología, siendo su director desde 1972 hasta su jubilación en 1988, creando el Servicio de

« La escasa participación de los médicos forenses hacia sus propios problemas corporativos es consecuencia, entre otras cosas, de que el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses haya sido trasferido. Esto ha ocasionado que los problemas, los intereses y las preocupaciones del colectivo se hayan atomizado en 17 formas distintas de verlos, y también que las soluciones se adapten a la estructura concreta de cada IML »



« El sistema de formación del médico forense adolece de cierta desinformación en relación al Derecho Sanitario y eso contribuye a complicar las valoraciones que realizamos sobre temas de responsabilidad médica. Dentro de nuestra formación es imprescindible conocer conceptos básicos de derecho, legislación e interpretación de los tribunales. No podemos olvidar que nuestro trabajo se fundamenta en relacionar Medicina con Derecho y por tanto debemos conocer, aunque sea de forma básica, estos procedimientos, y lograr que integren la formación continuada de los médicos forenses »

Información Toxicológica en los años 60 con la misma estructura que lo conocemos hoy. En 1987 llegó a ser académico numerario de la Real Academia de Farmacia, siendo distinguido con la Cruz de 1ª, Cruz de Honor y Gran Cruz de San Raimundo de Peñafort, entre otras. Además de ser reconocido internacionalmente en múltiples foros y Universidades y ocupar la presidencia de honor de la «Association Européenne des Centres de Lutte contre les poisons» (Asociación Europea de Lucha contra la Intoxicaciones) y de la Asociación Latinoamericana de Centros de Información y Asistencia Toxicológica.

Su dedicación principal fue el campo de la Toxicología, inaugurando la sede del anterior Instituto nacional de Toxicología y dándole una proyección que hoy perdura. También cuenta con un gran número de publicaciones en este campo. Además, coincidió en la Escuela de Medicina Legal con Pérez de Petinto y Bonifacio Piga, apellidado este último que pervive hoy en la Medicina Legal a través de Antonio Piga, de quien me honro ser su amigo. Como anécdota te comento que fue mi tío quien me preparó las oposiciones de médico forense y al que todos los sábados iba a «cantarle» los temas. Por eso, entre otras cosas, le guardo un gran cariño y gratitud.

#### Tu padre, Eduardo Andreu Fernández, también ha sido médico forense y profesor en la Escuela de Medicina Legal

Efectivamente, mi padre ingresó en el Cuerpo en el año 1954. También se da la circunstancia que estuvo en la Escuela de Medicina Legal, en el Servicio de Estadística, Publicaciones y Servicio Exterior desde 1952. Ejerció como médico forense en Sevilla, Málaga y posteriormente en la Sección de Toxicología hasta la llegada de las incompatibilidades que le obligó a pedir la excedencia en 1986, al igual que a otros médicos forenses de gran prestigio. Creo que esa circunstancia fue un punto de inflexión hasta lo que en ese momento había sido la Medicina Forense en España. Recibió la Cruz de San Raimundo de Peñafort.

Quiero aprovechar para, desde aquí, si me lo permites, manifestar mi profundo cariño a estos familiares que me inculcaron el amor por la medicina y especialmente a mi padre, que me enseñó desde niño que las principales virtudes de un hombre son la honradez y la humildad. A todos ellos gracias.

*Licenciado en Medicina y Cirugía (1985). Médico forense titular por oposición, adscrito al Ministerio de Justicia (1988). Reconocimiento de suficiencia investigadora (1996). Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesor asociado del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales de la facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares. Médico colaborador de docencia práctica del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, UCM. Director del Instituto Anatómico Forense de la Comunidad de Madrid desde 2006. Profesor del Máster de Ejercicio de la Abogacía de la Universidad Carlos III de Madrid. Ponente en numerosos cursos y congresos. Es autor de diversas publicaciones de su especialidad.*



## Obituario Vicente Moya Pueyo

A pesar de la guerra y la posguerra, siempre hablaba de su infancia con la mirada feliz. Manchego; nació en Olivares de Júcar (Cuenca) en 1933. Sus padres eran maestros, profesión que siguió su única hermana María Teresa, mientras que su numerosísima familia, por parte de padre, se dedicaba a la agricultura en Belmontejo, el pueblo de al lado. Ayudaba a su padre y a su abuelo con las faenas del campo, regadío y secano, y en esa etapa de su vida decidió que quería ser médico.

Y lo consiguió. Algunos años más tarde volvió a Las Majadas (Cuenca) como médico de pueblo. Obtuvo el permiso de conducir motos y se compró una para poder llegar a Cuenca porque el trayecto no era fácil y en no pocas ocasiones quedaban aislados por la nieve.

Obtuvo otros destinos; entre ellos Chiclana y Llanes. Pero siguió formándose. Medicina Legal, Medicina del Trabajo, Especialista en Psiquiatría y en Estomatología y Diplomado en Óptica. Disfrutó de su estancia en la Universidad de Lille donde se formó con el profesor Simonin. Aunque aprendió latín y francés, desde pequeño hasta dominarlos, en la lengua inglesa se introdujo de mayor pero con mucho empeño.

Superó varias oposiciones: Médico Interno del Hospital Gregorio Marañón, Médico de Asistencia Pública Domiciliaria, Médico Forense, Médico General, Médico Psiquiatra de la Seguridad Social, Profesor de Formación Profesional, de Educación Física, etc.

Se inició en la enseñanza de la Medicina Legal en la Universidad Complutense junto al Dr. Ricardo Royo Villanova, a quien consideró su maestro. Ganó la Cátedra de Medicina Legal en la Universidad de Salamanca y poco después en la Universidad Complutense de Madrid siendo también Director de la Escuela de Medicina Legal, Jefe del Servicio de Toxicología y Medicina Legal del Hospital Clínico de San Carlos, Médico Forense de Categoría Especial en Madrid, Profesor de Psiquiatría Forense de la Clínica Médico Forense de Madrid, Decano de la Facultad de Medicina...

Todos los que desde esa época se dedican a la Medicina Legal y Forense en España, le conocen o han sido colegas o alumnos.



Para la licenciatura de Medicina estaba reservada la primera hora de la mañana, a las 8:00, y después al Decanato a solucionar problemas, despachar con los profesores y alumnos y todo tipo de visitas, emprender nuevos proyectos y, si era necesario, hacer un encierro de protesta con otros decanos.

Encontraba tiempo para seguir investigando, publicando, participando en congresos y reuniones, para las clases de los especialistas, de los jueces, de los doctorandos y siempre lleno de energía.

Desde que terminó su etapa universitaria se dedicaba al ejercicio privado, principalmente a la pericia médica, participaba en las actividades de la Real Academia Nacional de Medicina y presidía la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid. Este dinamismo le mantenía muy ocupado aunque siempre encontraba un hueco para charlar con sus amigos y compañeros.

En ocasiones se encontraba con médicos ex alumnos que trabajaban en los sitios más inesperados; balnearios, centros comerciales, aeropuertos, etc. Siempre que he sido testigo, le dedicaban palabras cariñosas y de admiración, recordaban alguna anécdota y se despedían ambos con una sensación muy agradable. Esa sensación de encontrarse con un profesor (o un alumno), del que guardamos buen recuerdo y de cuyas enseñanzas hemos sacado provecho (o de cuya satisfacción nos alegramos), era para él muy placentera. Esos instantes, que duran hasta que iniciamos otra actividad u otra conversación, se pueden incluir entre los que en el balance de la felicidad están en la columna de «entradas».

*Con trabajos sin acabar  
y con proyectos pendientes  
nos ha dejado al cumplir  
setenta y siete.  
Y sin cuenta darse,  
sin estar enfermo,  
la enfermedad se lo llevó  
sin tiempo para el lamento.  
Ahora que su vida ha terminado  
y continúan los recuerdos,  
en los de cada uno de nosotros,  
seguro que encontrará un hueco.*



## A nuestro querido director

Por Andrés Santiago Sáez

Hablar de José Antonio Sánchez Sánchez me resulta no solo interesante sino también emotivo. Aceptamos con cierto recelo su decisión de descanso parcial, transfiriendo la responsabilidad de la Dirección de la Escuela de Medicina Legal y de la propia Revista de la Escuela, pero imaginamos que será para mejorar su calidad de vida (se librará de muchas decisiones y batallas).

El Dr. Sánchez nació en Alcalá la Real, (Jaen) en 1950, donde pasó su infancia y adolescencia. Con su llegada a Madrid compagino su actividad laboral en correos con los estudios de Medicina en la Universidad Complutense. Se licenció en 1980, obteniendo el grado de Doctor en 1985 con sobresaliente Cum Laude, al lado del Profesor Reverte Coma. Con Reverte comenzó a profundizar en Antropología Forense, llegando a alcanzar en la actualidad un nivel de conocimiento con poca competencia a nivel mundial, ya que es una autoridad en este campo de las Ciencias Forenses. Posteriormente obtuvo la Especialización en Medicina legal y Forense. Durante el periodo 1980 a 1987 además compatibilizó su actividad profesional como médico en la Dirección General de Correos y Telecomunicaciones en el área de Medicina, Seguridad e Higiene en el Trabajo.

En cuanto a su actividad docente, ha pasado por todas las categorías inferiores y en 1991 obtiene la plaza como profesor Titular del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (es decir funcionario de pro). Imparte Cursos de Formación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en los Títulos Propios en la propia Universidad Complutense y fuera de ella, en Ayuntamientos, y centros formativos en el extranjero.

Ha sido invitado a múltiples Conferencias nacionales e internacionales. Como investigador tiene infinidad de comunicaciones a congresos, más de 100 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, múltiples capítulos de libros, la dirección de 40 tesis doctorales y 15 proyectos de investigación de primera línea, entre los que destacan:

- Estudio de los restos óseos de Santo Domingo de Silos, realizado durante los días 19 a 21 de Enero de 2001.
- Estudio de los restos óseos del Conde de Orgaz, situados en la capilla de Nuestra Señora de la Concepción de la iglesia de Santo Tomé de Toledo, durante el año 2001.
- Miembro del Equipo de Investigación del «Convenio Específico de Investigación» de la Universidad Complutense de Madrid y la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Febrero de 2001.

Con este afán investigador dedico un año de su vida al Departamento de Patología Forense de la Universidad de Edimburgo desarrollando nuevos conocimientos sobre aminoácidos en hueso.

Pertenece a las siguientes Sociedades Científicas:

- Sociedad internacional de Paleopatología (Paleopathology Association).
- Asociación Española de Paleopatología (Miembro fundador).
- Sociedad Española de Medicina Legal y Forense.
- Forensic Anthropology Society Europe.
- Asociación Española de Antropología y Odontología Forense (Miembro fundador y Presidente)



Ha sido:

- Miembro del Comité organizador del VI European Meeting of Paleopathology Association, celebrado en Madrid en 1986.
- Presidente de Mesa en el III Congreso Nacional de Paleopatología celebrado en Barcelona del 18 al 20 de Septiembre de 1995.
- Miembro del Comité Científico en el III Congreso Nacional de Paleopatología celebrado en Barcelona el 18-20 de septiembre de 1995.
- Participante en la Mesa Redonda sobre «Aplicação de novas tecnologias em Medicina Legal». Sao-Paulo, Brasil, 1996.
- Secretario del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria desde el 13 de septiembre de 1994 hasta 26 de junio de 2002.
- Director del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria desde el 27 de junio de 2002 hasta el 11 de noviembre de 2004. Como Director de Departamento miembro nato de la Junta de Facultad de Medicina en el mismo periodo.
- Jefe de Estudios de la Escuela de Medicina Legal de Madrid con fecha 30 de Septiembre de 1997 hasta 2000.
- Miembro del Comité Científico en el IV Congreso Nacional de Paleopatología celebrado en San Fernando (Cádiz) durante los días 2,3,4 y 5 de octubre de 1997.
- Miembro de Honor de la Sociedad Peruana de Medicina Legal
- Copresidente en el Comité Organizador de las Primeras Jornadas Iberoamericanas de Ciencias Forenses, celebradas en Madrid el 20, 21 y 22 de junio de 2001.
- Miembro de la Comisión Deontológica y Ética Médica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, según acuerdo del Pleno en sesión celebrada el 16 de noviembre de 2000.
- Miembro Titular de la Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología Médica e Iberoamericana de Ciencias Forenses. Fecha 8 de junio de 2001.
- Miembro del Comité Científico del Boletín Galego de Medicina Legal e Forense. Desde 23 de junio de 2003.
- Miembro de la International Academy of Legal Medicine
- Miembro de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina durante el año 2003
- Miembro de la Comisión Científica del Colegio de Médicos de Madrid desde mayo de 2004
- Director de la Escuela de Medicina Legal de Madrid desde 12 de noviembre de 2004 hasta la actualidad.
- Concesión de la cruz distinguida de segunda clase de la orden de San Raimundo de Peñafort, con fecha 9 de enero de 2004.
- Miembro del Comité Científico del VIII Congreso Nacional de Paleopatología celebrado en Cáceres del 16 al 19 de noviembre de 2005.
- Director de la «Revista de la Escuela de Medicina Legal» desde su fundación en enero de 2006 hasta la actualidad.
- Concesión de la Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco, publicado en el BOD nº 4 de fecha 5 de enero de 2007.

Desde estas líneas te deseamos lo mejor en tu nueva etapa y que disfrutes del tiempo libre que se supone te quedará.

Has conseguido lo más difícil en la actividad profesional y académica de una persona; «Formar un Equipo» sólido, dinámico, de alto nivel científico y comprometido con la docencia y la investigación.

Gracias maestro y ha seguir trabajando, pero a otro ritmo.



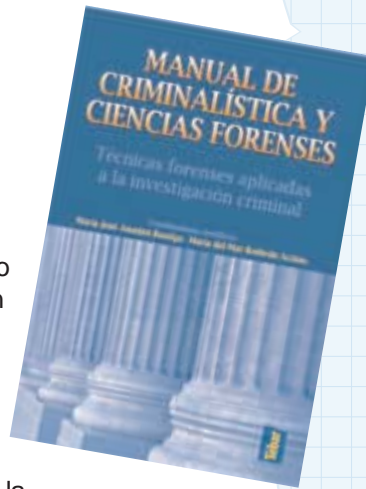
## Reseña bibliográfica

### Manual de criminalística y ciencias forenses Técnicas forenses aplicadas a la investigación criminal

Varios autores

El 23 de junio, y organizado por la Agrupación de Estudios Médico Legales, tendrá lugar en el ATENEO de Madrid, la presentación del libro «Manual de criminalística y ciencias forenses. Técnicas forenses aplicadas a la investigación criminal», obra de varios autores. Editado por la Editorial TÉBAR, éste Manual de Criminalística y Ciencias Forenses es una obra de gran utilidad dirigida tanto a profesionales de esta área, como a estudiantes en formación que se acercan con curiosidad a esta rama de la Medicina Legal. Su lectura les ofrecerá las claves para comprender un mundo tan interesante y diverso como es la investigación en el campo de la Criminalística.

Este volumen es el trabajo más completo y exhaustivo sobre esta área que se ha escrito en español, siendo el resultado de la nutrida experiencia investigadora y docente de un importante grupo de profesionales tanto de la Universidad Complutense de Madrid como de otras universidades. En este Manual de Criminalística y Ciencias forenses se presentan, de forma ilustrada y a color, rutinas científicas tan diversas como el estudio forense de fibras o el estudio pericial de suelos. Toda esta serie de tareas comparten el mismo objetivo: ayudar a la resolución de casos criminales y, a tal fin, en este manual se muestran desde las técnicas clásicas aún vigentes, hasta las más modernas, donde se incorporan las últimas tecnologías.



Manos a la obra. A la derecha, Extracción completa de cerebro y médula

## Valoración del Curso de Tanatopraxia y Sanidad Mortuoria

**Escuela de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina.  
Universidad Complutense de Madrid**

El pasado 29 de mayo finalizó el primer curso de «Capacitación en Tanatopraxia y Sanidad Mortuoria». La Escuela de Medicina Legal y Forense ha apostado por una línea estratégica de formación en aquellas áreas de conocimiento que suscitan más interés de cara a la puesta en marcha de proyectos profesionales personales. De esta forma los diferentes cursos propuestos son aplicables al día a día y el alumno puede mantener actualizados unos conocimientos necesarios para



destacar en el mundo laboral. La idea de abordar no solo las técnicas más efectivas de la Tanatopraxia actual, sino también aquellos aspectos relacionados con la Sanidad Mortuoria, desde la óptica normativa y reglamentaria y de la gestión, permite ampliar en el futuro el abanico temático con la propuesta de cursos todavía más específicos y técnicos. El horario elegido en jornadas intensivas de viernes y sábado, ha permitido a los asistentes compatibilizar sus tareas profesionales con las formativas, aunque es evidente que siempre existirán alternativas de programación que pudieran interesar a otros colectivos.



Entrega de Diplomas

Respecto a las prácticas con cadáveres, ha sido lo mejor valorado en las encuestas de calidad y satisfacción. Dentro de un curso de capacitación toma notoria importancia la posibilidad de aplicar aquellos conocimientos adquiridos durante el desarrollo de las clases teóricas (algo tediosas por su prolija información y extensión). La Dirección del curso ha procurado establecer un programa práctico, útil, amplio y que permitiera al alumno habituarse y adquirir experiencia real, con procedimientos y técnicas algunas de ellas innovadoras. Respecto a los cuatro módulos formativos teóricos, se han dividido en las siguientes áreas:

- **Módulo I:** Anatomía y Tanatología; con el estudio anatómico básico humano, la cavidad abdominal y torácica y el sistema cardiovascular. La práctica de la autopsia clínica o judicial, las cavidades anatómicas desde el punto de vista médico forense y la valoración de los fenómenos cadavéricos.
- **Módulo II:** Técnicas de Tanatopraxia; con el estudio de soluciones y diluciones, el material necesario e indispensable para las prácticas tanatopráxicas y su metodología, técnicas tanatoestéticas y las indicaciones y requisitos de los centros autorizados por la Consejería de Sanidad.
- **Módulo III:** Sanidad Mortuoria; con el repaso de la Legislación actual, aquellos aspectos referentes a la Responsabilidad Profesional, los procedimientos de identificación dental, lofoscópicos y de biología forense, la perspectiva de la conservación desde la Medicina Forense. Dentro de la gestión de centros públicos su propia relación con la empresa privada.
- **Módulo IV:** Protección medio ambiental y Prevención de Riesgos Laborales; centrándose en su legislación, la protección del trabajador, la estructura y necesidades de la Sala de Tanatopraxia, la valoración de la gestión de residuos biológicos, sanitarios y tóxicos y por último la configuración de los cementerios y tanatorios.

El Módulo de prácticas se ha desarrollado con la preparación de diluciones y soluciones, la técnica de conservación temporal y el embalsamamiento. Técnicas específicas como la extracción íntegra de médula, reparación, acondicionamiento y tanatoestética. Por último se realizó la entrega de diplomas y certificados de asistencia en la propia Escuela de Medicina Legal y Forense.



## Próxima convocatoria del curso **Capacitación en Tanatopraxia y Sanidad Mortuoria**

**Duración:** 100 horas

4 Módulos de 15 horas presenciales

2 Prácticas en Tanatorio: 10 horas

Campus virtual: 30 horas

**Requisitos:**

Licenciado en Medicina

Técnico de Anatomía Patológica

Personal de Empresas Funerarias, con al menos un año de vinculación laboral con la empresa

**Lugar:**

Facultad de Medicina. Escuela de Medicina Legal y Forense de Madrid. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**Horario:**

Viernes de 9.00 a 20.00 horas

Sábados de 9.00 a 14.00 horas

**Importe:** 2.750 euros

**Número de alumnos:** Máximo de 25 alumnos

**Dirección:**

Dr. Andrés Santiago Sáez

Dr. José Antonio Sánchez Sánchez

**Coordinación:**

D. Ricardo Salto Gómez

Dra. M<sup>a</sup> Elena Albarrán Juan

**Secretaría Científica:**

Juan Carlos Iglesias Rodríguez

**Secretaría Técnica:**

Para obtener información y realizar la preinscripción llamar a los siguientes teléfonos

**Carmen Fernández Meneses:** 91 330 32 54

**Concepción Braña Noval:** 91 394 14 67

**Organiza:**

Escuela de Medicina Legal y Forense de Madrid.

Universidad Complutense de Madrid

**Colaboran:**

Empresa Mixta de Servicios Funerarios (Madrid)

Pracasamor (Madrid)

Unidad de Sanidad Mortuoria (Hospital Clínico

San Carlos de Madrid)

Fundación Universidad - Empresa. UCM

**Temario:**

**Módulo I:** Anatomía y Tanatología

**Módulo II:** Técnicas de Tanatopraxia

**Módulo III:** Sanidad Mortuoria

**Módulo IV:** Protección Medio Ambiental y Prevención de Riesgos Laborales





## Jornadas y congresos



20 al 24 de septiembre de 2010

### 3<sup>er</sup> Congreso de la Asociación Internacional de Daño Corporal

Madrid (España)

En la reunión de la AIDC (Asociación Internacional de Daño Corporal) celebrada en Túnez en junio de 2008, la Junta Directiva de la Asociación, encargó a España la organización del 3er Congreso Internacional que lleva por título «Enfermedades y Secuelas de difícil diagnóstico y valoración». El objetivo principal de este Congreso, estructurado en mesas redondas y comunicaciones, es establecer criterios y protocolos de actuación que sirvan de referencia para la labor pericial, los cuales serán aprobados por votación en la última sesión del Congreso. Para ello es necesaria una alta participación de asociaciones, sociedades y profesionales interesados en estos temas de la valoración del daño corporal.

El encuentro tendrá lugar en el «Aula Ramón y Cajal» de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

#### Temario:

##### Cursos precongreso:

Biomecánica  
Exploración neurológica de la columna vertebral.

##### Mesas redondas:

Fibromialgia/Síndrome de fatiga crónica.  
La pericia médica en el mobbing.  
Taller sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.  
Síndrome cervical postraumático.  
Complicaciones de la poliartrosis en traumatismos de personas con de edad avanzada.  
Responsabilidad del perito  
Diferencias intercontinentales en los sistemas de baremo  
Secreto médico pericial/Protección de datos.  
Síndrome postcommocional.

##### Comunicaciones a mesas redondas y libres:

Se premiará la mejor comunicación al congreso.

#### Más información:

[www.aidc2010.org](http://www.aidc2010.org)  
[info@aidc2010.org](mailto:info@aidc2010.org)



5 - 10 de octubre de 2010

## The 20th International Symposium on the Forensic Sciences

Sydney (Australia)

Sydney acogerá entre los días 5 y 9 de septiembre de 2010 la XX edición del Simposio Internacional sobre Ciencias Forenses de la la Sociedad de Ciencias Forenses de Australia y Nueva (ANZFSS), que se celebrará en Sydney, 5 a 9 septiembre de 2010. La ciencia forense ha cambiado significativamente en la última década. El perfil público de la ciencia forense ha llegado a un máximo histórico, trayendo consigo nuevos retos asociados con un mayor escrutinio y las mayores expectativas de la comunidad. Los cambios en la práctica de la ciencia forense también han resultado de la reforma organizativa y de la elaboración y adopción de nuevas tecnologías. Así, el Comité Organizador quiere ofrecer un innovador programa científico y educativo, con una importante participación nacional e internacional, representativa de individuos conectados con la ciencia forense, medicina legal, aplicación de la ley, la seguridad, la judicatura, la formación y la educación, la investigación y el desarrollo, y el desarrollo de políticas. Los organizadores prevén que acudan a esta cita de Sydney más de 800 asistentes de todo el mundo.

### Temario:

Arqueología, Antropología y Odontología - Criminología biológica - Biometría - Química criminalística - Lucha contra el terrorismo y otros incidentes - El examen de documentos: Huellas dactilares. Detección e identificación - Fuego e investigación de explosiones - Drogas y laboratorios clandestinos - Patología y Medicina Clínica - Ciencia y Justicia - Toxicología y Farmacología - Entomología forense...

### Más información:

<http://www.congresos-medicos.com/congresos/the-20th-international-symposium-on-the-forensic-sciences>

ANZFSS 2010 Symposium Managers  
c/o arinex pty limited  
Postal GPO Box 128  
Sydney, NSW, 2001 Australia  
Ph: + 61 2 9265 0700  
Fax: + 61 2 9267 5443  
Email: anzfss2010@arinex.com.au

## Otras citas de interés

7- 14 DE JULIO DE 2010

**Europe Asia Medical and Legal Conference**  
Lago Como (Italia)

19 - 26 DE JULIO DE 2010

**East West Medical and Legal Conference**  
St. Petersburg (Rusia)

20 - 27 DE JULIO DE 2010

**East West Medical and Legal Conference**  
St. Petersburg (Rusia)  
+ [www.conferences21.com](http://www.conferences21.com)  
Conference director: Lorenzo Boccabella Barrister-at-Law  
PO Box 843 - New Farm - QLD 4005 - AUSTRALIA



Ph: (07) 3254 3331 - Fax: (07) 3254 3332  
e-mail: info@educationcpe.com

8 - 15 DE AGOSTO DE 2010

**Australasian Medical & Legal Conference**  
Perisher Blue (Australia)

14 - 21 DE SEPTIEMBRE DE 2010

**Pan Europe Asia Medical & Legal Conference**  
Taormina, Sicilia (Italia)  
+ www.conferences21.com  
PTY Ltd. Educación Continua Profesional  
ABN 58 008 642 779 - PO Box 843 - New Farm  
Queensland 4005, Australia  
Teléfono +617 3254 3331 - Fax +617 3254 3332  
Email info@conferences21.com

25 - 30 OCTUBRE DE 2010

**10th Indo Pacific Congress on Legal Medicine and Forensic Science**  
Nueva Delhi (India)  
+ <http://www.ialm.info/?lop=contenido&op=a5771bce93e200c36f7cd9dfd0e5deaa&id=eb163727917cbba1eea208541a643e74>  
pkchattopadhyay@amity.edu  
rksharma@gmail.com

3 - 11 DE SEPTIEMBRE DE 2010

**Negotiating & Mediating Health Care Disputes**  
Crucero por el norte de Europa y el Mediterráneo desde Amsterdam (Holanda)

2 - 9 DE OCTUBRE DE 2010

**Medical & Legal Issues at the End of Life Canada/New England Cruise**  
Boston (EE.UU.)  
+ <http://www.congresos-medicos.com/congresos/medical-legal-issues-at-the-end-of-life-canada-new-england-cruise-9472>

6 - 13 DE NOVIEMBRE DE 2010

**Medical Ethics & Legal Medicine**  
Crucero por el Caribe desde Port Canaveral, Orlando (Florida, EE.UU.)

26 DE MARZO - 2 DE ABRIL DE 2011

**Medical Ethics & Legal Medicine**  
Crucero por las Islas Hawai (EE.UU.)

25 JUNIO - 2 JULIO DE 2011

**Medical Ethics & Legal Medicine**  
Crucero por Alaska: ida y vuelta desde Seattle (EE.UU.)

25 DE SEPTIEMBRE - 2 DE OCTUBRE DE 2011

**Medical Ethics & Legal Medicine**  
Crucero por el Caribe occidental desde Ft Lauderdale, Florida (EE.UU.)  
+ Continuing Education, Inc.  
5700 4th St. N  
St Petersburg FL  
33703-2256  
1-800-422-0711

# NORMAS PARA LOS AUTORES DE COLABORACIONES

Basadas en las «normas uniformes para los originales enviados a las revistas biomédicas», redactadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

## REVISTA DE LA ESCUELA DE MEDICINA LEGAL

(REML) es una revista de educación continuada que persigue informar y formar a los profesionales de la Medicina Legal y Forense, sobre los aspectos más actuales de esta disciplina. Por ello publica artículos de revisión y actualización sobre los más variados aspectos de las distintas áreas de la Medicina Legal y Forense. La información y contenido de sus distintas secciones se fundamentará en estudios serios y objetivos y se apoyará siempre en el más completo rigor científico. Se publicará en texto escrito y en formato digital. Todas sus secciones se editarán en lengua castellana, pero existe la posibilidad, si el autor o autora del artículo así lo indica, de publicarlo en cualquier otro idioma en la versión digital; para ello el autor debe enviar el manuscrito traducido y responsabilizarse de dicha traducción.

Los trabajos deben ser inéditos y no estar en fase de publicación, o haberse publicado, en ninguna otra revista. Se redactarán siguiendo las instrucciones a los autores que se describen más abajo y se remitirán en papel y soporte digital (diskette, cd, o cualquier otro soporte) a:

**Dr. D. Andrés Santiago Sáez**

Escuela de Medicina Legal  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense  
28040 Madrid

Los manuscritos se acompañarán de una carta en la que se especificará que el trabajo no ha sido publicado, ni está en fase de publicación, en ninguna otra revista.

Los trabajos deben atenerse a las secciones de la revista, ajustarse en su confección a las normas dadas más abajo y redactarse en forma clara y concisa. Una vez aceptados, quedan como propiedad de los editores y no podrán ser reimprimos si autorización de los mismos. Asimismo, los editores se reservan el derecho de realizar los cambios necesarios para conseguir una mayor homogeneidad en lo referente a la corrección, expresión y claridad idiomática de los mismos. El sistema de evaluación del artículo es el doble ciego, es decir, el evaluador desconoce el nombre y procedencia del autor, y el autor recibe las críticas de forma anónima. Se corregirá por dos miembros del comité científico, comunicando las recomendaciones a la dirección de la revista y esta a los autores para su posterior modificación. La Redacción acusará recibo de los originales. En el plazo más breve posible comunicará a sus autores la aceptación o no del trabajo, la fecha aproximada de su publicación y la sugerencia de posibles modificaciones. La responsabilidad del contenido de los trabajos recaerá exclusivamente sobre los autores que los firman.

## Artículos originales

**Portada:** Contendrá el título del trabajo en letras mayúsculas, iniciales del nombre de cada autor seguidas del o de los apellidos; departamento, servicio y centro en el que se ha realizado.

**Nombre y dirección** del responsable de la correspondencia, indicando asimismo el e-mail.

**Texto:** El texto del trabajo debe iniciarse en hojas aparte y redactarse siguiendo la siguiente secuencia: introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones.

**Resumen:** Se iniciará su redacción en hoja aparte y su extensión no será superior a las 200 palabras. El resumen debe de constar de las siguientes partes: propósito de la investigación, precedentes básicos, hallazgos y conclusiones principales.

**Palabras clave:** de 5 a 10. Deben usarse los términos de la lista de términos médicos del Index Medicus. La lista puede obtenerse en la siguiente dirección

<http://www.nlm.nih.gov> Si no hay un término adecuado en una lista se utilizará un término actual.

**Iconografía:** Las tablas, figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas, fotografías, etc., deben numerarse con números ordinales, utilizando, tanto en el texto como en su título, la palabra completa «sin abreviaturas» (V.G.: tabla 1, figura 3). Se enviarán los originales y no fotocopia. Las tablas llevarán su título (a continuación del número correspondiente) en su parte superior. Las figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas y fotografías portarán su título a continuación del número correspondiente en su parte inferior. Cada uno de estos materiales iconográficos se remitirá en una hoja independiente, así como en formato digital (jpeg, tif).

La publicación en papel será en blanco y negro, admitiéndose en la publicación digital el color. El número de fotografías que se publicarán en la edición en papel de la revista queda a decisión de los editores, publicándose en su totalidad en la versión digital.

## Etica

Cuando se informe experimentos realizados en seres humanos hay que incidir si están de acuerdo con las normas éticas del comité responsable y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y Convenio de Oviedo de 2000. No deben identificarse nombre de los pacientes, iniciales y los números de la historia. Hay que garantizar el anonimato y en caso de duda obtener el Consentimiento Informado del paciente por escrito.

## Requisitos técnicos para el manuscrito

Letra: arial 12

Doble espacio

Seguir la secuencia: portada, resumen, palabras clave, texto, agradecimientos, referencias, cuadros (cada uno en página aparte), leyendas.

Ilustraciones: fotografías sin montar.

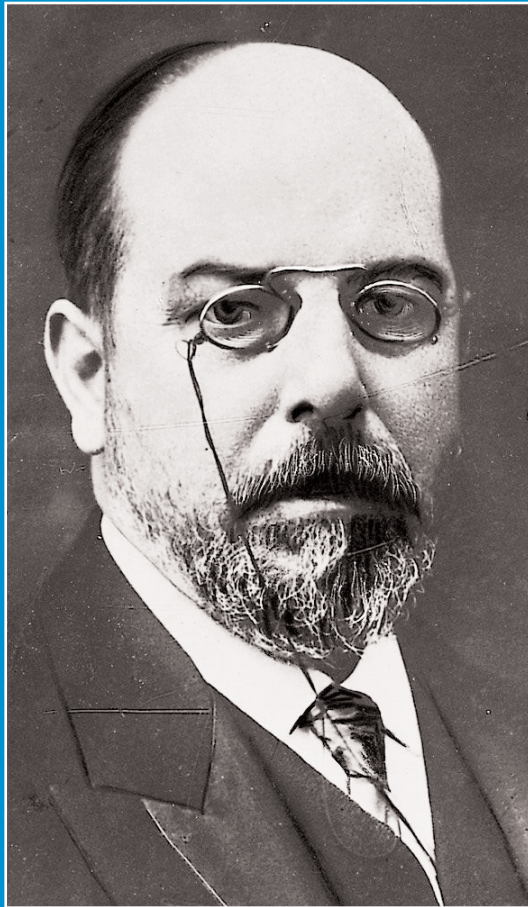
Máximo: 15 páginas

## Bibliografía

Las citas bibliográficas deben numerarse consecutivamente en el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Se identificarán las referencias en el texto, las tablas y los epígrafes mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan únicamente en las tablas o epígrafes de figuras deben numerarse según la secuencia establecida por la primera identificación en el texto de la tabla o figura concreta de que se trate.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que se indican a continuación, que se basa en los formatos empleados por la U.S. National Library of Medicine (NLM) en Index Medicus. Los títulos de las revistas deben abreviarse según el estilo utilizado en Index Medicus. Consúltese la List of Journals Indexed in Index Medicus que se publica anualmente como publicación separada de la biblioteca y en una lista incluida en el número de enero de Index Medicus. La relación puede obtenerse también a través de la web de la biblioteca en: <http://www.nlm.nih.gov>

En caso de duda para referencias utilizar las normas publicadas en: **Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación de revistas biomédicas.** Existen varias webs que incluyen actualmente este documento. Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de uniformidad» es preciso asegurarse de citar una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posterior.



**Tomás Maestre Pérez**  
fundador de la Escuela de Medicina Legal