

REVISTA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Revista Científica Arbitrada
(Área Temática: Psiquiatría Forense)

V Etapa
N° 17

GESTIÓN DE LAS LUCES



República Bolivariana de Venezuela
MINISTERIO PÚBLICO

Caracas, Enero/Junio 2015



LUISA ORTEGA DÍAZ
Fiscal General de la República

JOEL ESPINOZA DÁVILA
Vicefiscal General

MERCEDES PRIETO SERRA
Directora General de Apoyo Jurídico

JESÚS PEÑA ROLANDO
Director General de Actuación Procesal

YURIMA GIL TRÍAS
Directora General Contra la Delincuencia Organizada

RAQUEL DEL ROCÍO GÁSPERI ARELLANO
Directora General de Apoyo a la Investigación Penal

JOSÉ MIGUEL CARPIO
Director General Administrativo

SANTA PALELLA STRACUZZI
Directora de la Escuela Nacional de Fiscales

CONSEJO DIRECTIVO EDITORIAL

LUISA ORTEGA DÍAZ
JOEL ESPINOZA DÁVILA
SANTA PALELLA STRACUZZI

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

GIOCONDA GONZÁLEZ
MERCEDES PRIETO
MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ
RAQUEL DEL ROCÍO GÁSPERI

Revista del Ministerio Público N° 17

Depósito Legal pp.197602CS1464

Copyright: Ministerio Público

ISSN 1690-4435

Producción Editorial:

Impreso en la República Bolivariana de Venezuela

Caracas, 2015

Arbitraje: Los artículos publicados en la Revista del Ministerio Público son arbitrados mediante el Sistema Doble Ciego.

El Ministerio Público agradece a los autores de los trabajos publicados su colaboración, sin embargo, las opiniones y conclusiones expuestas no constituyen doctrina oficial de la Institución

CONTENIDO

EDITORIAL	5
PRESENTACIÓN	9
RECONOCIMIENTO ESPECIAL.....	13
RELACIÓN ENTRE EL CICLO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE.....	15
Santos Lovera, Argenia Mercedes Henríquez González, Arirramy Álvarez Ramos, Rosanna Aurora Castillo López, Violeta Mendoza Perdigón, Mairín Lisbeth Maurera Villarreal, Edgar Nicolás	
ESTUDIO PERICIAL SOBRE LA DOSIS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS EN LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA LEY ORGÁNICA DE DROGAS VENEZOLANA	41
Adrián Velásquez, Oscar León de Jesús	
CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES EMBARAZADAS: UNA APROXIMACIÓN A SU COMPRENSIÓN Y ABORDAJE	64
Civira, Mirna Hernández, Angelina Paredes, Francisco	
AUTOPSIAS BIOPSIOSOCIALES: HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN POSTMORTEM EN LA REALIZACIÓN DE EXPERTICIAS FORENSES EN LA UNIDAD TÉCNICA ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO, VENEZUELA.....	103
Pérez Delgado, Wilfredo Parra, Indira Lucía Muñoz Valero, Ciro Perdomo Espinoza, Arnaldo	

ASPECTOS JURÍDICOS PENALES DE LA
ENFERMEDAD MENTAL SUFICIENTE
EN EL DERECHO PENAL VENEZOLANO
ESTUDIO COMPARATIVO 131

Ortega, Ana Olivier
Farías, Indira
Ivkovic, José Ernesto
Rojas, Juan Carlos
Izarra, Mario Hernán
Rojas Coronado, Nina
Campos, Richard

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SNM) 165

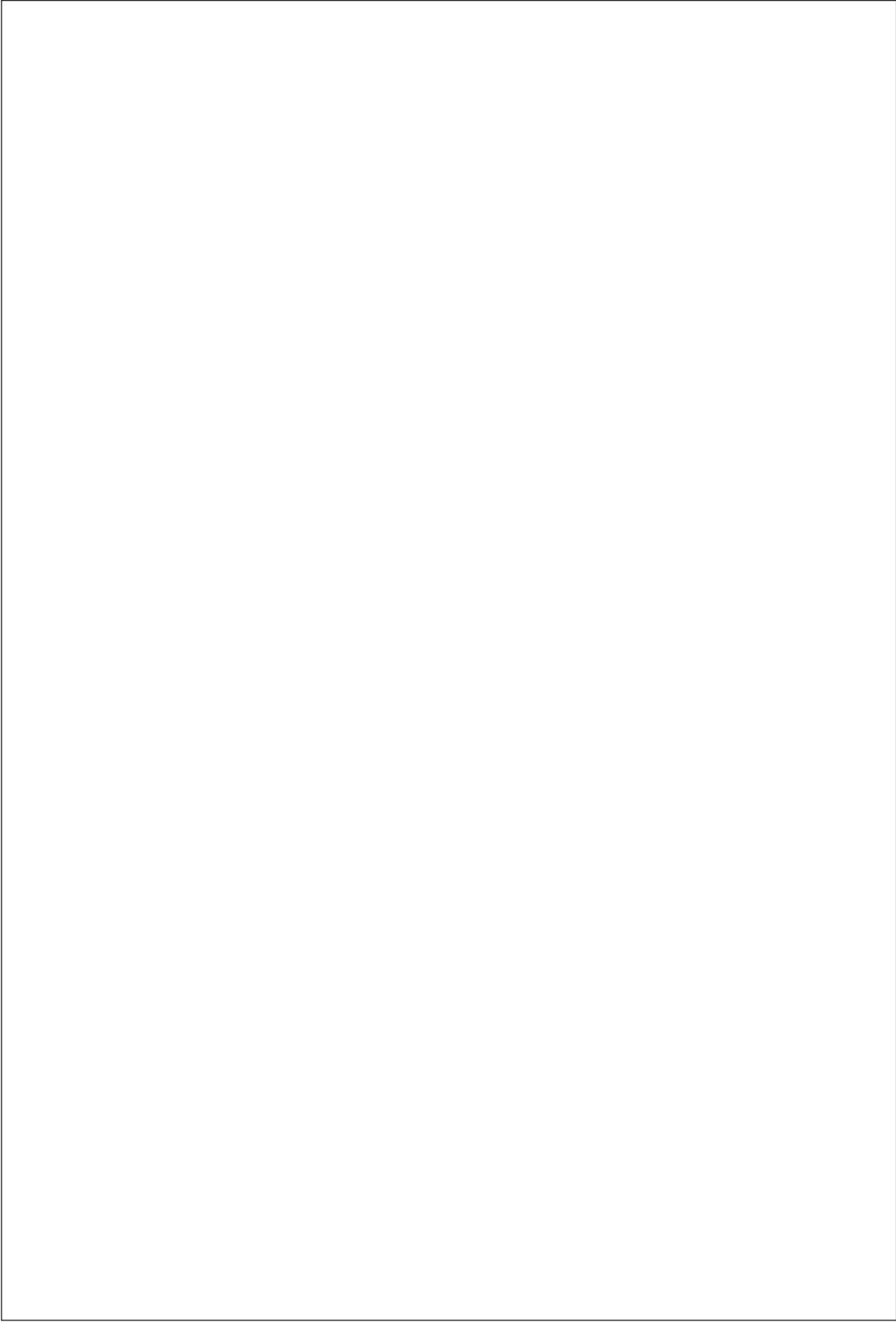
Gandica, Lexis
Pelay, Elizabeth
García, Cárolin
Ávila, Francy
Iriarte, George
Sánchez, Blanca
Rodríguez, Ivanna

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS SEXUALES Y DELITO.... 179

Gómez, Gabriela
Hernández, Isabel
Cortez, Sahir
Aguirre, Yulmarys
Cuevas, Yetzenia
Cuberos, Lenin

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN
DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA
DEL MINISTERIO PÚBLICO 199

EDITORIAL



Esta edición está dedicada a presentar la producción intelectual de un grupo de expertos participantes del primer Diplomado de Psiquiatría Forense, que consolidaron los aprendizajes alcanzados a través de la creación de artículos arbitrados, como requisito indispensable para la culminación de este programa. Las temáticas planteadas están todas relacionadas con este ámbito y a la vez con el perfil de desempeño que cada profesional ostenta. Temas como “El Trastorno de Personalidad”, “Consumo de Sustancias Ilegales”, “Drogas y Embarazo”, “Síndrome del Niño Maltratado”, son algunos de los tópicos desarrollados en la presente revista.

La Psiquiatría Forense es una de las ciencias que sirve a la Criminalística a través de métodos y procedimientos inherentes a su campo, con la finalidad de proporcionar un peritaje forense, necesario en la investigación de hechos presuntamente delictuosos. La Criminalística se vale de los hallazgos encontrados por los expertos en esta ciencia, para dar respuesta en los procedimientos de la administración de justicia.

La relevancia de esta ciencia radica, en el diagnóstico que arroja sobre la forma de ser de los individuos, así como las conductas con relación a hechos ocurridos y de acuerdo a las necesidades del derecho en todas sus vertientes.

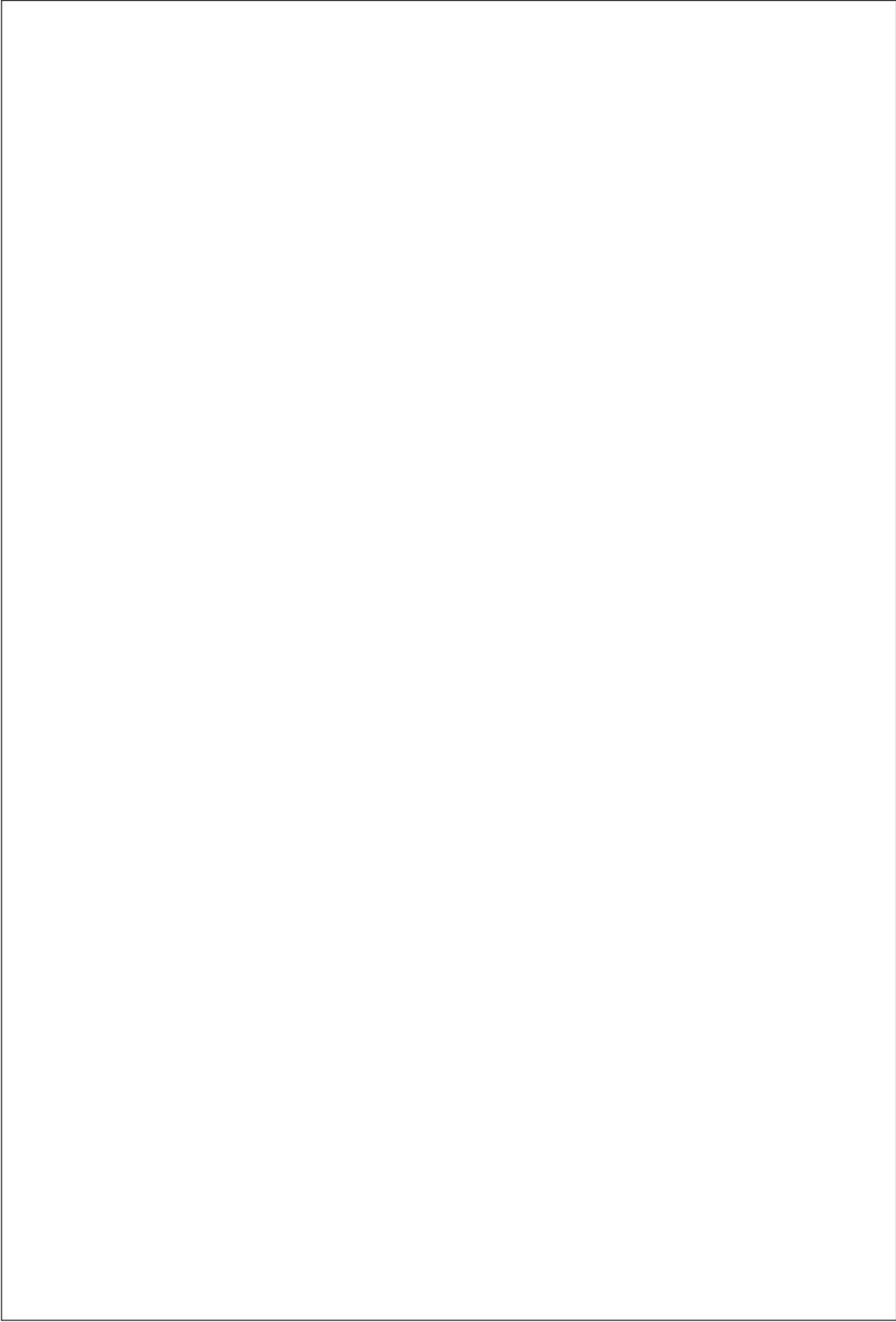
El Diplomado de Psiquiatría Forense, constituye uno de los espacios donde se favorece la preparación de especialistas vinculados con el área, que precisan obtener conocimientos de la Psiquiatría Forense, para entender y optimizar su desempeño dentro de los procesos en el ejercicio de la Criminalística.

Representa una gran satisfacción para el Ministerio Público y para la Escuela Nacional de Fiscales promover este tipo de programas y evidenciar el esfuerzo de los participantes a través del desarrollo de las investigaciones, que a su vez contribuyen con aportes teórico-prácticos en cada uno de los ámbitos abordados.

Finalmente, desde el Ministerio Público continuamos construyendo y transformando procesos y estructuras desde diversos frentes, en especial en la formación de nuestros expertos, a fin de generar respuesta frente a las necesidades del sistema penal y de la sociedad venezolana, en el marco de una Gestión Comprometida con la Excelencia.

Luisa Ortega Díaz
Fiscal General de la República

PRESENTACIÓN



En esta edición de la Revista Científica Arbitrada seguiremos presentando áreas del conocimiento definidas en la Línea de Investigación del Ministerio Público (LIN-SIJUS), con la incorporación de artículos en materia de Psiquiatría Forense, que están enmarcados dentro de la misión transformadora de la “Gestión de las Luces”.

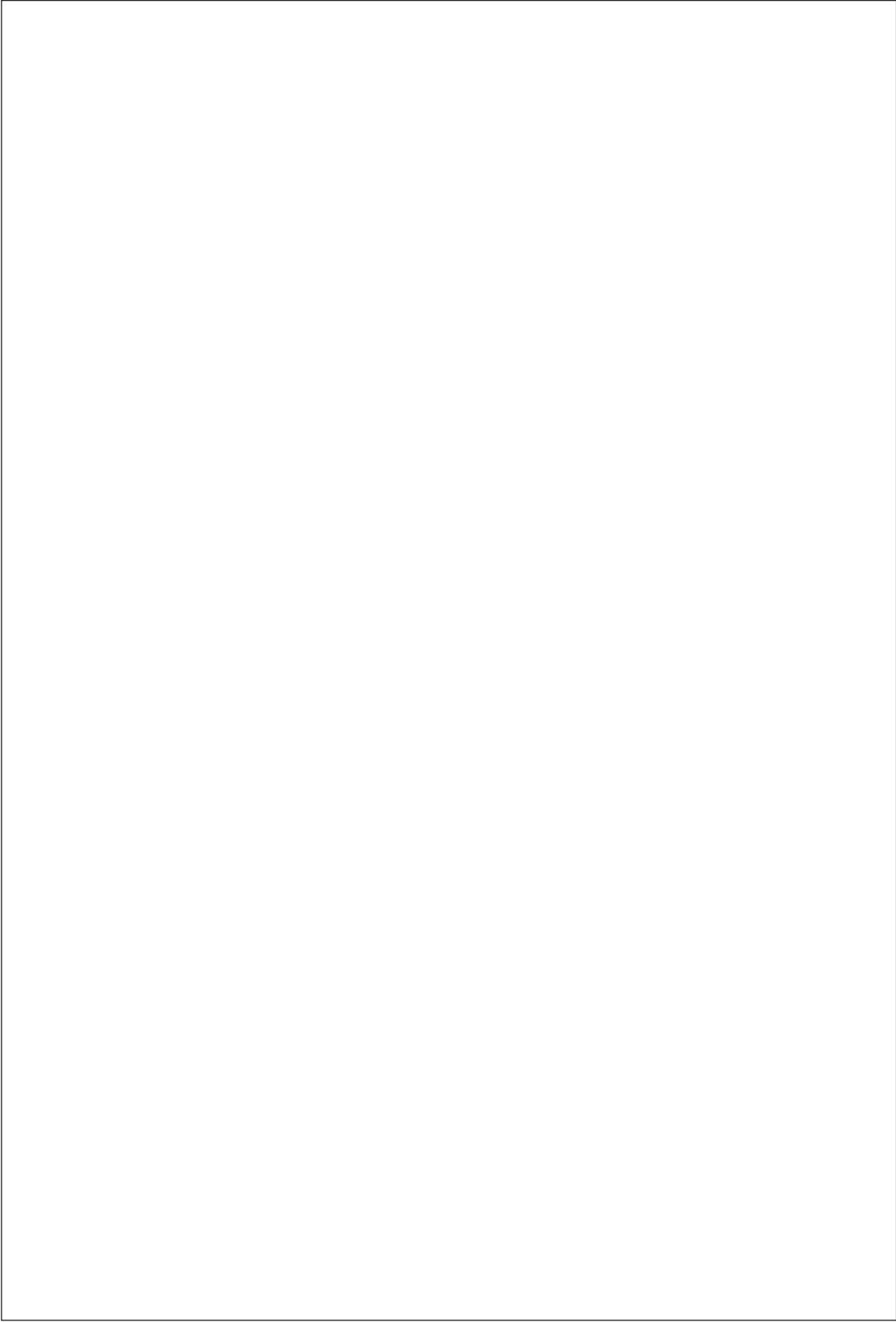
Para garantizar la validez y originalidad de las investigaciones publicadas en la Revista, los artículos son sometidos a un proceso de arbitraje realizado por reconocidos expertos en la materia.

En este tiraje se presentan distintos casos de estudios con el fin de ofrecer al lector referencia pertinente a cada temática.

Los autores participantes cuentan con una amplia trayectoria de investigación, evidenciando en esta publicación los conocimientos adquiridos en el campo laboral.

La Escuela Nacional de Fiscales del Ministerio Público, se siente honrada de ofrecer contenidos editoriales de alto nivel científico al desarrollo nacional, es así como pone en sus manos la Revista Arbitrada N° 17, con el firme compromiso de continuar dando difusión a la investigación de corte jurídico que realiza permanente el Ministerio Público.

Santa Palella Stracuzzi
Directora de la Escuela Nacional
de Fiscales del Ministerio Público



RECONOCIMIENTO ESPECIAL

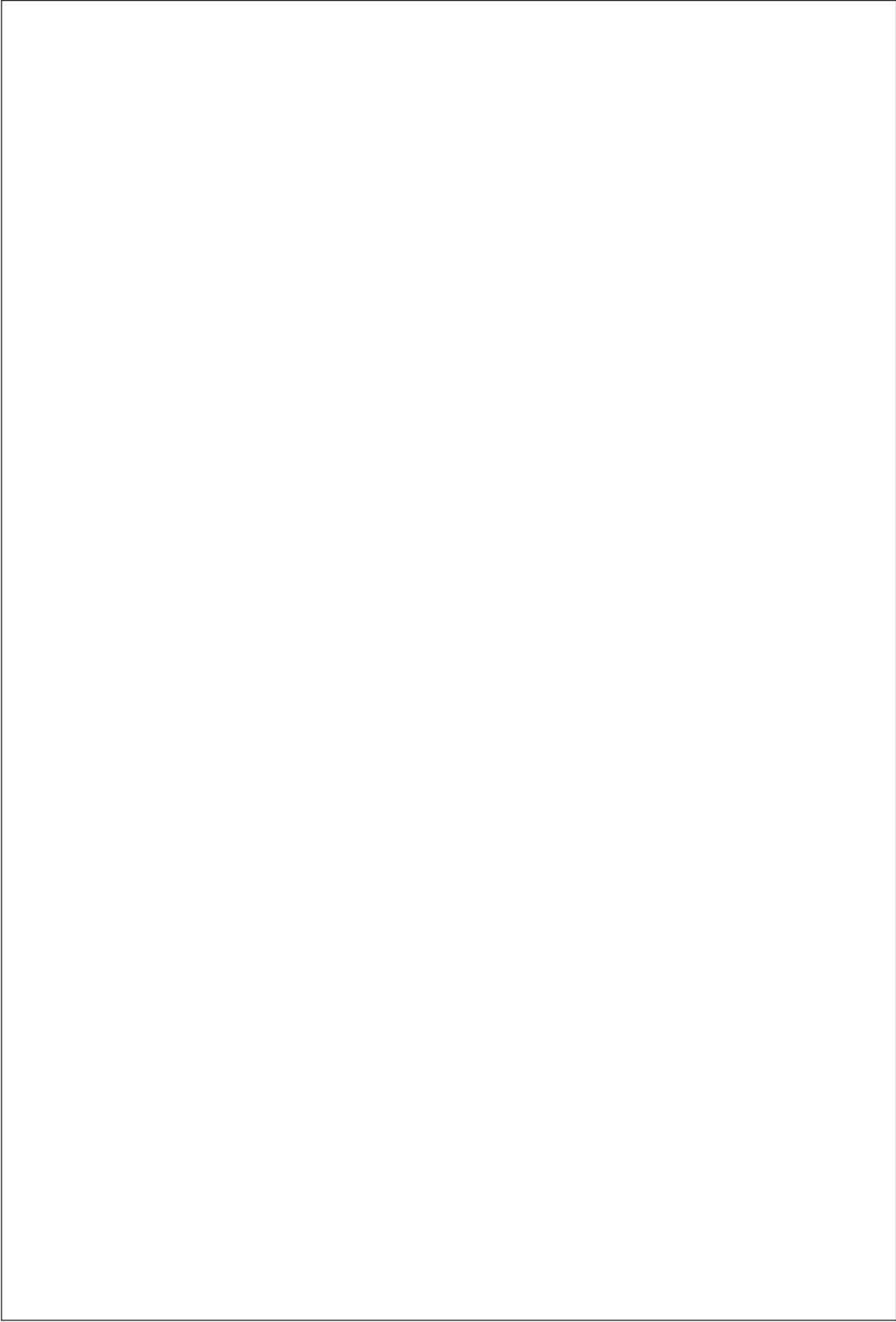
Adrián Velásquez, Oscar León de Jesús

Jefe de División (E) Unidad Psiquiátrica y Psicológica de
Atención Inmediata al Consumidor de Drogas (UPPAICD).
Ministerio Público

Pérez Delgado, Wilfredo

Jefe de la Unidad Técnica Especializada para la Atención
Integral a Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes
(UTEAIMNNA) del Ministerio Público

*Por su dedicación y valiosa colaboración en la revisión
del material presentado en esta Revista.*



RELACIÓN ENTRE EL CICLO DE VIOLENCIA
CONTRA LA MUJER Y EL TRASTORNO
DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Santos Lovera, Argenia Mercedes

Directora de la Dirección de Secretaría General
del Ministerio Público

Henríquez González, Arirramy

Fiscal Provisorio de la Fiscalía Centésima Sexagésima (160°)
del Área Metropolitana de Caracas

Álvarez Ramos, Rosanna Aurora

Fiscal Provisorio de la Fiscalía Cuarta (04°)
del Estado Miranda

Castillo López, Violeta

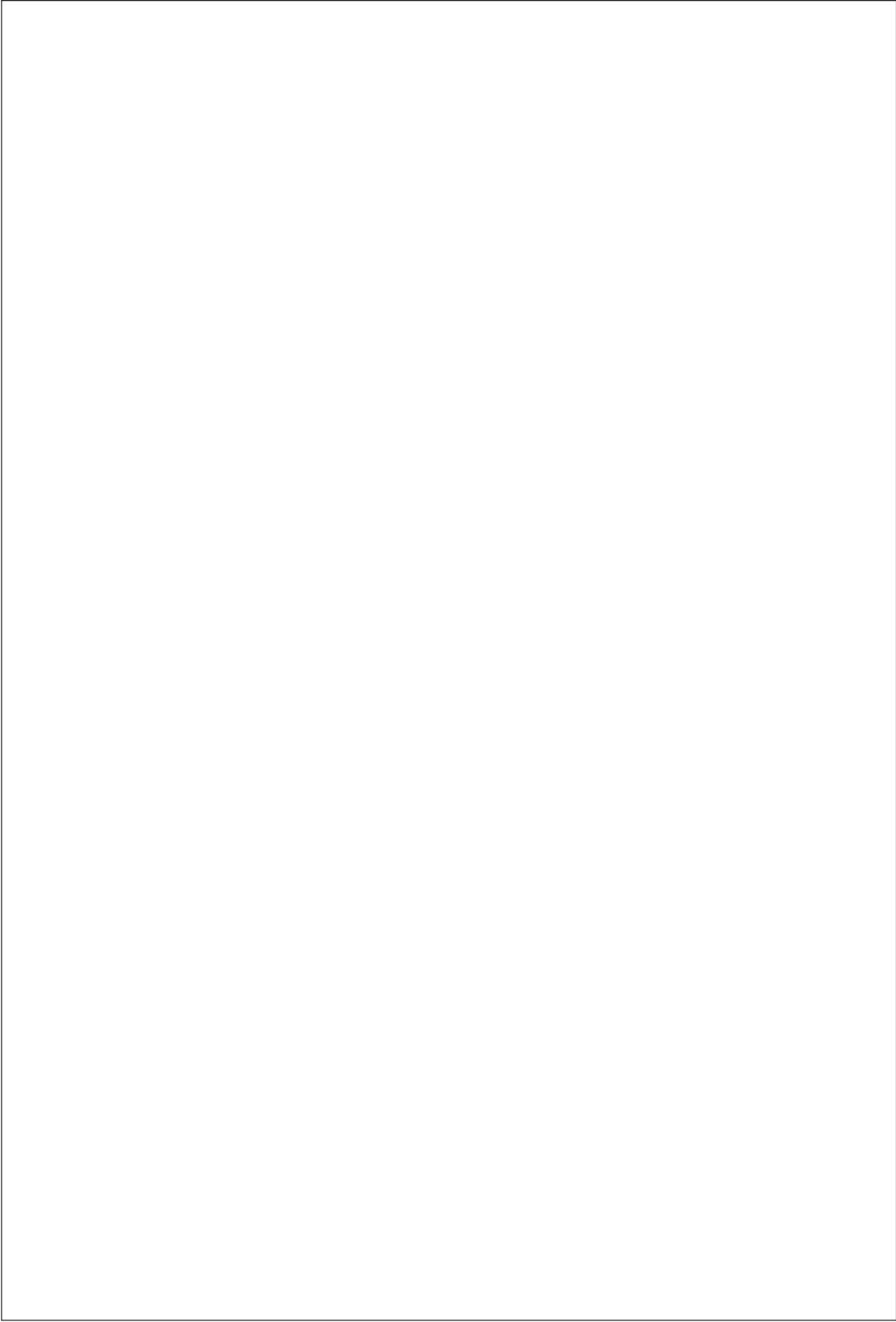
Fiscal Auxiliar Encargada de la Fiscalía Centésima
Trigésima (130°) del Área Metropolitana de Caracas

Mendoza Perdigón, Mairín Lisbeth

Fiscal Auxiliar de la Fiscalía Superior del Estado Vargas

Maurera Villarreal, Edgar Nicolás

Abogado Adjunto III Adscrito a la Dirección
para la Defensa de la Mujer



RESUMEN

La histórica lucha de las mujeres por equiparar sus derechos a los del sexo masculino ha generado roce entre géneros que a la vez causó una reacción machista en mantener la prominencia sobre la mujer por su condición de mujer y que en la mayoría de los casos se desarrolla en la misma ciertas patologías psicológicas que la hacen más vulnerable al agresor, el presente ensayo tiene como finalidad establecer el Trastorno de Personalidad Dependiente en las Mujeres Víctimas de Violencia de Género y por ello desarrolla lo relacionado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que permite la sapiencia de los diversos elementos patológicos que pudieran presentarse en la psiquis de un individuo, una de estas enfermedades psicológicas denominada trastorno de personalidad dependiente se caracteriza por diversos elementos propios que lo diferencian de otros trastornos, igualmente su vinculación y la presencia del mismo dentro del ciclo de violencia en el cual la mujer se encuentra inmersa en constantes agresiones por parte de un hombre y que en su complejidad se observa la presencia del trastorno de personalidad dependiente por cuanto la misma siente la necesidad de permanecer al lado del agresor, asimilando la situación como si ella fuera el agente generador de la violencia y aupando en la limitación emocional, de únicamente ser relativamente feliz con esa persona y finalmente indicar el correcto abordaje a las mujeres que afirman ser víctimas de violencia lo cual conllevaría a la adecuada forma de

tomar la denuncia, un trato consecuente con la situación general en la mujer que padece este trastorno y es objeto de violencia, una sensación garante de sus inquietudes y que permitirá que el ciclo de la violencia se cierre.

Descriptor: trastorno, personalidad, ciclo de violencia, víctimas, violencia de género.

ABSTRACT

The historical struggle of women who are trying to equalize their rights to men's, has generated a brush between genders; at the same time it has caused a male chauvinist reaction which tries to maintain the prominence of men above women over the female condition, which in many cases cause the latter to develop pathological conditions that increase their vulnerability towards the aggressor. The following essay tries to define the Dependent Personality Disorder in Women who are Victims of Gender Violence, and because of that it's based on the Statistical and Diagnostical Manual of Mental Disorders, which allows the sapience within the diverse pathological elements that could take part on an individual psyche, one of these psychological diseases known as Dependent Personality Disorder that is characterized by many elements itself, and its vinculation and presence within the violence cycle in which women are immersed, it is caused by the constant aggressions on behalf of men, in its complexity it gets to be observed when aggressed women feel the need to stay with the aggressor, taking in the situation as if they were the generating agent of violence and accepting the emotional limitation to only be, relatively, happy with that person and finally lay down the right way to confront the situation for women who state they were victims of violence which would make them know the right way to denounce, managing the situation in this way

causes the women who have the disease and are victims of violence to be in a situation that warrants her worries and allows the violence cycle to end.

Descriptors: disorder, personality, violence cycle, victims, gender violence.

INTRODUCCIÓN

El sexo femenino se ha distinguido a lo largo de la historia, por la continua batalla contra los valores patriarcales de una sociedad machista que menoscaba sus capacidades cognitivas y las reduce a un grupo de actividades que representan una limitación a su capacidad intelectual, política, académica y económica sujetando su campo de acción a actividades impropias que no satisfacen sus necesidades de superación personal, social, educativa, económica y cultural, generando en muchas ocasiones relaciones maritales en donde la mujer se ve como protagonista de la violencia doméstica.

Este tipo de relación en su gran mayoría se basa en una subordinación que vincula a la mujer a un trastorno psicológico denominado Trastorno de Personalidad por Dependencia, caracterizado en la versión actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), por la necesidad de aprobación por parte del agresor de las acciones a tomar, delegando en él las atribuciones para dirigir su vida, sus emociones, su participación en sociedad, tolerando un continuo e inalterado ciclo de violencia que se agrava conforme se repite y las sumerge en deplorables condiciones de vida, que menoscaban su participación en la toma de decisiones, y flagean sus derechos humanos, en contra de las disposiciones que establece el Estado Venezolano para brindar el apoyo, detener el ciclo de violencia, castigar al agresor y brindarle a la víctima

las herramientas suficientes para la superación de los obstáculos impuestos por la intimidación sufrida.

En este sentido y en cumplimiento de preceptos estipulados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, consagrados en la Convención de Belem Do Pará, (Convención Interamericana para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra la mujer publicada por la Organización de los Estados Americanos OEA, 1994), convenio ratificado por Venezuela, en el año de 1994, y mediante el cual se crea bajo la inspiración de:

...Que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

... Que la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

...Que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases.

...Que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida.

... Que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas...

Se determina que el Estado brinde suficientes medios para la protección del Derecho a la mujer a una vida libre de violencia con el perfeccionamiento de mecanismos idóneos y creados para ello, logrando un adecuado tratamiento a las víctimas para permitir la superación del hecho violento, profundizando en la parte psicológica y psiquiátrica tanto de la víctima como del victimario para establecer el diagnóstico que conlleve al tratamiento y en muchos casos a la curación de la víctima.

Relación entre el ciclo de violencia contra la mujer y el trastorno de personalidad dependiente

Se considera pertinente establecer conceptualmente los términos que componen la afectación médica, es por ello que se define trastorno a toda aquella alteración que sufre la salud de un individuo relacionado a un estado de enajenación mental¹, por cuanto dentro de la tipificación médica de los trastornos se ubican los trastornos psicológicos los cuales se refieren enteramente a toda aquella afectación que desarrolla un desequilibrio mental sobre una persona.

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría APA por siglas en inglés (2013), define los trastornos como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) (DSM-IV-TR)² se establece una clasificación completa de los trastornos y en la cual se desarrollan los Trastornos de la Personalidad.

Con respecto al señalamiento anterior se considera la presencia de un trastorno de personalidad a todo elemento rígido que se mantiene en el tiempo dentro de la psiquis consciente del ser humano que regula su comportamiento alejado de las conductas esperadas de la sociedad, encontrando su inicio en la mayoría de los casos clínicos diagnosticados desde la pubertad y se mantiene de forma concreta en el individuo causando sustracción, incomprensibilidad, así como daños a quien padece de dicho trastorno.

1 Una falta absoluta o relativa de facultades intelectuales, afectivas y volitivas, de carácter más o menos permanente, o un desorden o desequilibrio entre estas facultades. (Hamilton, 2008)

2 Es un manual que contiene una clasificación médica de los trastornos mentales y proporciona caracterización concisa de las categorías diagnósticas todo con el fin de estudiar e intercambiar información, así como tratar los distintos trastornos mentales que pudieran afectar a los individuos, la última revisión fue la DSM-IV.

Teorías del trastorno de personalidad

Existieron diversos autores que pretendieron establecer una conceptualización basada en los lineamientos de la época para identificar las características propias de una afectación mental, es por ello que en el caso del trastorno de personalidad a inicios del siglo XX Kraepelin (2008), consideró dicho trastorno como psicopatía³ creando entonces la denominación de personalidad psicopática diferenciándola de la psicosis; para el año 1923, Schneider estableció la afectación como una caracteropía resultante de una personalidad anormal que causa sufrimiento.

Por otra parte, García (1994) acotó la importancia que resultó la definición aportada por Schneider en la cual consideró la separación de la teoría moral en el estudio de los trastornos de personalidad, permitiendo un análisis netamente clínico y alejándose de las consideraciones éticas.

Millon (1998), permitió avanzar en el estudio patológico, médico y forense de los trastornos de la personalidad por cuanto indicó analizar el trastorno desde un punto de vista cognitivo, conductual y biológico mediante un estudio de aprendizaje social suficiente para determinar la presencia de un trastorno propio de la personalidad en los individuos que han sido estudiados.

Las actuales nosologías⁴ diagnósticas dentro del DSM-IV-TR, describen los trastornos de la personalidad indicándolas como una clasificación de categorías y las especifica como alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos y suelen ser persistentes en la adaptación de un

3 Considerada como un trastorno antisocial de la personalidad mediante el cual las personas que lo padecen se caracterizan por mantener un comportamiento antisocial, empático y con remordimientos reducidos, continuando con un carácter desinhibido y que genera en el individuo un sentimiento sustancial de creación de códigos de comportamiento precisos y que deben ser seguidos de forma inequívoca lo que a su vez genera intimidación ante la sociedad que le observa.

4 Es la rama de la medicina cuyo objeto se basa en la descripción, explicación, clasificación y diferenciación de la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes.

estilo de vida caracterizado por la relación propia y con otros individuos, todo resulta de una patología arraigada en la persona y son comportamientos que se alargan en el transcurrir del tiempo y se enclaustran en lo más íntimo de la psiquis.

Trastorno de personalidad dependiente

El trastorno de personalidad dependiente se define como “trastorno de la personalidad que genera una excesiva dependencia de otras personas en cuestiones fundamentales de la vida, manifestando así una actitud pasiva y confiando en otros las responsabilidades de que decidan por ellos” (Delgado, 2009).

Esta alteración establecida en el DSM-IV-TR en el renglón signado con la nomenclatura F60.7 y el cual se considera como la necesidad generalmente excesiva de que alguien más se ocupe de sí mismo, ocasiona entonces un comportamiento sublevado, muy cerca de la sumisión, generando la adhesión al individuo junto a temores auto fundados de separación; este trastorno se puede presentar a inicio de la adultez y se presta su presencia en diversos contextos.

Esta afectación produce una alteración psicológica que se manifiesta predominante en las mujeres y esto encuentra su razón en virtud de una profunda inseguridad, causando desconfianza en sí misma todo en detrimento de una escasa valoración individual asociado a las capacidades particulares de quien padece este trastorno.

Esta apática valoración personal se debe a un sentimiento íntimo de inutilidad, considerándose a sí mismo como incapaz de tomar decisiones o desarrollar la solución a una cuestión medianamente complicada, delegan esa obligación en un segundo individuo por la necesidad imperante de que les digan la forma en que tienen que hacer las cosas. Esta dependencia resulta tan influyente que llega al punto de pedir ayuda en cuanto a dónde deben trabajar, qué actividades pueden hacer, qué deporte practicar o hasta el punto de preguntar con quién se tiene que relacionar.

La relación de dependencia llega a generar en quien padece el mencionado trastorno, el pensamiento de que sin ese segundo individuo no pueden vivir, causándoles malestar su ausencia por considerar la falta de ese carácter imperante. Esta situación conlleva a manifestar una actitud amable, servicial y de plena consideración, sin importar la retribución de conducta para consigo mismo, permitiendo además soportar inmensas humillaciones y cualquier tipo de abuso, con el único fin de mantener esa situación y evitar verse en la necesidad de regir su propio estilo de vida con decisiones individuales, lo cual genera en el individuo que lo padece, inmenso temor.

En este orden de ideas, las características más comunes que se presentan en el trastorno de personalidad dependiente son:

- Excesiva dependencia de otras personas
- Autoimagen devaluada
- Incapacidad para asumir responsabilidades.
- Inseguridad e indecisión
- Resignación
- Sumisión

Estas características son las más comunes y se presentan en la mayoría de los pacientes diagnosticados con este trastorno, prevaleciendo la ineludible relación dependiente a la necesidad de delegar en un segundo la toma de las acciones decisivas de la vida del individuo, concretando una auto determinación de deficiencias propias que por lo general resultan ser de menor impacto a las que el individuo se imagina, igualmente conlleva a un sentimiento de inseguridad e indecisión por cuanto urge la penuria de permitir que otro tome la decisión que, sea o no correcta, será mejor que la tomada conscientemente por sí mismo y por último causando una sumisión al segundo individuo motivado a la presión que genera el temor de separación, le causa la necesidad de mantenerse servicial ante cualquier circunstancia para evitar la pérdida del vínculo.

Efectos

Este trastorno genera en el individuo que lo padece diversas patologías psíquicas⁵ que se agravan conforme el trastorno se desarrolla. Igualmente por su consecuente necesidad de mantener a alguien para que tome por ellos decisiones, genera en el segundo individuo una abrumada concurrencia de solicitudes que conducen a volverse vulnerables de abandono por las progresivas urgencias.

En este orden, causa en el individuo la negación a tomar decisiones sin antes haber sido consultadas a su consideración, debidamente, por el segundo individuo; lo que a la larga conlleva a la ineficiencia para regir su propia vida y ausentarse de los factores cognitivos que permiten a cada persona la toma de decisiones firmes; les cuesta tomar la iniciativa por lo tanto el fracaso financiero es imperante en toda relación donde prevalezca el trastorno de personalidad por dependencia.

La presencia predominante del trastorno de personalidad dependiente en el ciclo de violencia de género.

Considerando la violencia desde la conceptualización brindada por Corsi (1994), como todo acto, donde impera el uso del poder como medio de coerción mediante el empleo de la fuerza física o psicológica de un individuo sobre otro, en base a una relación supeditada; la violencia de género por otra parte y de acuerdo a Kilmartin (2007), se define como “todo tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género”, esta conceptualización se manifiesta de forma amplia, debido a que no individualiza la violencia de género única y exclusivamente a víctimas del sexo femenino, sin embargo, no es menos cierto que al paso de la historia las mujeres siempre han sido consideradas como el sexo débil y el término violencia de género se ha enfocado en su mayoría a la violencia que se ejerce en contra de una mujer.

⁵ Activa Ment Catalunya Associació, (2012) define la patología psíquica como aquella alteración cognitiva y afectiva del correcto desarrollo en superposición al grupo social al que pertenece el individuo que lo padece.

En consideración a lo anteriormente planteado, Corsi (2003) estableció la violencia de género como:

Todas aquellas formas mediante las cuales se intenta reproducir el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal, la violencia dirigida hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino, tendientes a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos⁶ de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos.

Las mujeres que son víctimas de violencia de género forman parte de un ciclo denominado ciclo de la violencia⁷, el ciclo de violencia de género se concibe como una secuencia constante, reiterada y repetitiva de maltrato de cualquier tipo de un hombre hacia una mujer por su condición de mujer y está dividida en fases, una primera fase de acumulación de tensión, una segunda fase de agresión y una tercera fase de reconciliación que se caracterizan de la siguiente manera:

1.- Fase de acumulación de la tensión: en esta etapa las situaciones generadoras de actos hostiles y agresivos hacia la mujer son consecuentes, genera conflictos de pareja por cuanto el agresor manifiesta su violencia en forma verbal o física, desempeñando cambios de ánimo sin razón alguna causando en la mujer desconocimiento, desconcierto e incomprensión ante la situación presentada motivado a que no discierne su participación dentro de un proceso de violencia. En esta etapa la mujer víctima suele tranquilizar a su pareja asumiendo la culpabilidad de la situación con la plena confianza que así evitará conflictos.

6 Proviene del griego *stereós* y *tipos* lo cual se define como una percepción exagerada y somera sobre personas que comparten ciertos caracteres.

7 Se considera ciclo por cuanto es una acción repetitiva, la cual mantiene la constante vulneración de la mujer por actos consecutivos y que tienden a reiniciarse de acuerdo a las fases.

2.- Fase de agresión: en esta fase del ciclo se presenta el predominio de la visible forma de la agresión mediante palabras, acciones físicas o agresiones sexuales, en esta etapa se presenta la inquietud de la víctima por cuanto siente inseguridad, miedo y temor fundado por el pensamiento de que puede sufrir una nueva agresión que le causaría mayor daño, en ese momento la mujer víctima generalmente concibe consultar a alguna amiga sobre la decisión de denunciar a su agresor.

3.- Fase de reconciliación: en esta etapa la cual se conoce como “fase de luna de miel”, los episodios violentos que sufrió la mujer suelen generar en el agresor la inmediata necesidad de buscar el perdón de su víctima, por cuanto se muestra amable y caritativo, cariñoso y generalmente concierne y admite la acción agresiva como única y que no volverá a repetirse, mayormente infiere la culpa a otros factores externos a la pareja que hicieron la ignición en el episodio violento, afirma fehacientemente que la ama y que no sabe cómo fue que sucedió esto, intensificando su responsabilidad indirecta en el hecho y alejándolo de toda atribución directa; minimiza el hecho acaecido como una pequeña pelea, la engaña manifestando que es una circunstancia propia de la vida en pareja y la víctima, ilusamente, cree que aceptando esto logrará el cambio que tanto ansía en su vida personal con respecto a la relación que mantiene con el agresor, suele confiar en sus palabras y mostrarse generosa ante cualquier excusa llevando a exculpándole y aceptando la tesis del agresor de la existencia externa de factores que conllevaron al episodio violento, les brindan la ayuda solicitada por su agresor de ayudarles a cambiar pero que todo se repite y se reinicia el ciclo en la fase de acumulación de tensión.

El ciclo de la violencia es progresivo por lo tanto la magnitud del daño causado en episodios de violencia constante aumentará conforme van suscitándose nuevos hechos violentos, por ello, existe la probabilidad del peligro inminente de la mujer quien al sufrir diversos actos violentos empieza a inhibirse y auto determinarse la inexistencia de alguna salida de esa situación;

por la continua sucesión de ciclos a lo largo de la vida en pareja del agresor es lo que explica las razones por la cual la víctima vuelve con él, inclusive una vez roto el ciclo y en este momento es cuando se denota la presencia de una relación de dependencia emocional, moral, económica, social e inclusive cultural.

Esta relación de dependencia que, en su mayoría, recae sobre la dependencia emocional, resulta importante en el momento de explicar las razones por la cual se mantiene la permanencia en convivencia con el agresor, afirma que se establece un nexo de apego emocional que se caracteriza por la ansiedad y por cuanto el sometimiento no es un fin, sino el medio por el cual la víctima preserva la relación siendo sumisa ante la pareja idealizada por el único temor a una ruptura sentimental.

En la dependencia emocional, la víctima superpone a su pareja sobre cualquier otra cosa con la finalidad de mantener las relaciones basadas en la subordinación; una vez que los episodios violentos son reiterados se crea en la mujer lo que se denomina como apego paradójico y por ende genera la posibilidad del agresor de manipularla a su conveniencia inclusive después del quiebre del ciclo de la violencia.

Esta imperante necesidad de mantener la relación sentimental con su agresor responde a las características del Trastorno de Personalidad por Dependencia, motivado a que la víctima considera de vital importancia conservar la relación de apego emocional existente con su agresor, por la existencia de una marcada necesidad de tener a su victimario cerca, por distintas razones que generan en la víctima un trastorno por dependencia debido a que la misma vive con miedo.

Existen diferentes vertientes en las cuales predomina la tendencia a que las mujeres que son víctimas de violencia no informen sobre su situación, esto encuentra su razón en diversos supuestos los cuales generalmente son el miedo que le genera pensar en la pérdida de su pareja por la relación sentimental y el vínculo emocional creado entre ellos y por cuanto el agresor se siente en capacidad de agredir de manera reiterada a

sapiencia de que su víctima no se desvinculará de él a pesar de los múltiples episodios violentos que él pueda protagonizar; otro supuesto está en la creencia de forma equivocada de sentimiento de culpa o vergüenza, razón por la cual la víctima considera que el hecho acaecido no fue lo suficientemente grave para generar la apertura de un proceso penal a su agresor y en caso de superar este sentimiento de culpa o vergüenza se encuentra con otro sentimiento que se refleja en el miedo que siente la mujer al manifestarse el temor de que su agresor sea absuelto de toda responsabilidad y que éste a la vez tome represalias en su contra.

La presencia del trastorno de personalidad por dependencia se encuentra inmiscuido en la relación por dependencia emocional, se vinculan por cuanto la víctima se rehúsa a denunciar al victimario por considerarlo su sostén de apoyo, su piedra angular de vida y quien resuelve sus problemas pero a costa de malos tratos, actos vejatorios e increpaciones a la estabilidad emocional de la misma.

Este trastorno psíquico asociado a la acción violenta del agresor genera un estrés postraumático que a la larga interviene en la psiquis de la mujer y reduce sus capacidades cognitivas causándole un obstáculo al momento de la toma de decisiones individuales sin previa consulta a su agresor; esta violencia genera a la par del padecimiento del trastorno, cambios en su personalidad que la vuelve lo suficientemente vulnerable como para sufrir nuevos episodios de violencia y conforme estos aumentan, disminuye su posibilidad cognitiva de desligarse del ciclo de violencia al cual pertenece.

La superposición de su victimario frente a cualquier otro objeto resulta indudable, a pesar de ser víctima de violencia, el agresor siempre mantendrá la superioridad en posición a su víctima, causando en ella desesperanza sin poder hallar la salida y afianza aún más la dependencia emocional coactiva y física que mantiene la mujer agredida.

Durante la agresión y correspondiente a la violencia sufrida, la mujer usualmente genera trastornos de ansiedad y depresivos

que llegan a considerarse graves, viven angustiadas pensando en cómo será su vida si la persona de la cual dependen se aleja, esto genera en ellas una distorsionada visión de la realidad que conlleva a generar confusión en sí misma, por cuanto se encuentran en la disyuntiva de seguir siendo víctimas de violencia pero con miedo de perder ese sostén emocional.

Abordaje a las mujeres víctimas de violencia de género que padecen el trastorno de personalidad dependiente.

Es importante como primer punto reconocer la presencia de una desviación de personalidad asociada a la dependencia que pudieran presentar con respecto al agresor, es por ello que en caso de no ser especialista en el área psicológica o psiquiátrica, es de vital importancia reconocer los síntomas que presentan las mujeres que padecen este trastorno con el fin de afrontarlas en forma adecuada, mediante la sensibilización de aceptar cuando se está frente a un ciclo de violencia, permitiendo de esa forma individualizar la participación de las mujeres y los hombres como víctimas y agresores; implica romper en la sociedad los convencionalismos sociales que responden a considerar las relaciones de pareja, como límites de la privacidad sin poder involucrarse en los casos de existencia de violencia contra la mujer.

En el año 1994, Venezuela acepta la Convención de Belem Do Pará y en fecha 16/01/1995, ratifica dicha convención, asumiendo así la responsabilidad como Estado, en ejercer las acciones necesarias con el fin de erradicar la Violencia contra la Mujer como condición indispensable, para lograr su correcto desarrollo a nivel social, cultural y económico; permitiéndole así su participación en todos los ámbitos que históricamente estaban reglados única y exclusivamente para individuos del sexo masculino, integrando a la mujer en la construcción de una sociedad justa, equitativa e igualitaria.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela específicamente en el artículo 2 del Título Primero relativo a los Principios Fundamentales estableció que Venezuela como Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, propugna

valores superiores en su ordenamiento jurídico y en su actuación en la vida, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general con considerada preponderancia en la preservación, protección y salvaguarda de los derechos humanos al igual que la ética y el pluralismo político. Igualmente confirma dentro de sus fines esenciales, la correcta defensa y desarrollo de la persona en respecto de su dignidad.

En Venezuela para la defensa integral de la mujer y su participación protagónica en la construcción de una nueva sociedad, se ha estipulado con arreglo a la Ley Orgánica sobre el Derecho a la Mujer a una Vida Libre de Violencia (2014), en las figuras del; Tribunal Supremo de Justicia, Ministerio Público, Ministerios con Competencia en Materia de Relaciones Interiores Justicia y Paz, de salud y demás entes involucrados, los organismos encargados de garantizar la correcta dimensión y características de la problemática que aqueja al género femenino, logrando la disposición de herramientas adecuadas para su efectivo tratamiento.

Es por ello que el funcionario público que recibe la denuncia debe identificar la presencia de la violencia de género, e incluso la existencia del trastorno de personalidad por dependencia, es recomendable realizar preguntas con un tono de voz moderada y entendible dirigidas a asociar la actitud violenta y la respuesta por parte de la víctima, para percibir a no, un comportamiento de subordinación y sumisión.

Simple preguntas como “¿De qué forma respondió usted ante la violencia verbal del agresor?” o “¿Considera que su respuesta a la agresión fue la adecuada?”, generaría en el funcionario receptor de denuncia el conocimiento de la presencia de un comportamiento sumiso, por cuanto la víctima que padece el trastorno, siempre considerará que no debe existir respuesta a la agresión, que eso empeora las circunstancias o, en caso de existir respuesta, fue un comportamiento errado, que no debió ejecutar. Luego, ahondar en la relación de dependencia, desde el punto de vista emocional, familiar, social y económico; pre-

guntarle a la víctima acerca de la existencia de hijos, de bienes, acerca de sus actividades económicas, siempre en función de obtener información de la mujer, no del victimario⁸, esto es para identificar la existencia o no del trastorno de personalidad por dependencia en ella.

Identificados los criterios en los cuales se establece que la víctima no tiene suficiente auto determinación en la toma de decisiones, es decir, la víctima manifestó que tienen hijos en común y que sus hijos no deben estar lejos de su padre, que no tienen bienes en común y que si se separa de él, ella no sabría dónde vivir; que no hace ninguna actividad económica y que es el agresor (en caso de violencia donde el agresor es la pareja, esposo, concubino) es quien provee el hogar, porque no le gusta que ella trabaje; o porque a ella le da miedo hacerlo.

De esta forma el funcionario relacionando la información obtenida directamente de la víctima puede mejorar la toma de la denuncia y las diligencias de investigación propicias para enfocar la determinación del tipo penal aplicable y atribuir la responsabilidad del presunto agresor en el hecho, así como un adecuado tratamiento psicológico y o psiquiátrico que, en caso de verificarse los síntomas para el trastorno, debe someterse al tratamiento para mejorar su estabilidad emocional, logrando superar los obstáculos que su agresor ha interpuesto en ella durante el tiempo que duró el ciclo de violencia.

En resumen, la mujer que padece el trastorno de personalidad por dependencia presenta el siguiente comportamiento:

- Evita estar sola, usualmente siente la necesidad de mantenerse acompañada y en su generalidad por el agresor.
- Evita asumir responsabilidades personales propias, las decisiones individuales no son tomadas por ellas.

⁸ Victimario es toda aquella persona que inflige a otra persona un daño en un momento determinado mediante una acción determinada.

- Resulta fácilmente lastimada por cualquier crítica, es por esto que se enfoca en enunciar su incapacidad en función de lo dicho por su agresor.
- Mantiene un enfoque activo en el miedo que genera quedarse sola.
- Usualmente tienden a tener problemas para expresar algún desacuerdo o disyuntiva que puedan tener con otras personas, de acuerdo a la relación con su agresor, presentan miedo de expresarle su negativa o consideración propia de algún hecho.
- Mantiene una actitud pasiva en las relaciones interpersonales, es por ello que la relación con su agresor generalmente se ve influida por el carácter imperante de subordinación y sumisión, aceptando cualquier acción dañina sin tener la capacidad emocional para romper este ciclo que generalmente se da en las relaciones de pareja.

CONCLUSIONES

En general, el agresor corresponde a la violencia en forma natural por considerar que la mujer no tienen derechos fundamentales como la libertad, el respeto y en casos extremos, el derecho a la vida, generando relaciones en la que prevalece la sumisión, la deshonra, el irrespeto y la vejación como elemento fundamental de la sociedad, y superpone a ello, a la mujer como objeto material.

La correcta instrucción de protección que debe prevalecer en todo Estado que luche por la reivindicación de la mujer en sociedad, es el quiebre de los convencionalismos que supeditan a la mujer a una ambiente de labores que históricamente han sido delegadas en ellas y la alejan de la opinión en las decisiones importantes que refleja la sociedad actual, para la obtención de la igualdad de género y su inclusión en bien de la sociedad.

En función a ello, el adecuado tratamiento que deba darse a las mujeres víctimas de violencia de género que padecen el trastorno de personalidad por dependencia debe ser identificado de forma tal que permita coadyuvar con la superación de este sociedad patriarcal, que permita a la mujer víctima acabar con el ciclo de violencia vivido y así su inmersión en la toma de decisiones importantes dentro de su entorno familiar.

En Venezuela existen diferentes organismos que permiten brindar a la mujer suficientes herramientas para la superación de hechos de violencia, la terapia psicológica, como elemento primario erradica el trastorno de personalidad por dependencia siempre que se realice el tiempo necesario para ello. Nunca es tarde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Activa Ment Catalunya Associació, (2012). **Tratamiento de los Trastornos Mentales. España.**

Asociación Estadounidense de Psiquiatría, (2013) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.** Barcelona: Masson (4ª ed.)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.908** (Extraordinario), de fecha 19 de febrero de 2009

Corsi, J. (2003). **La Violencia Hacia las Mujeres como Problema Social.** Fundación Mujeres.

Delgado, M. (2009). **La Personalidad Dependiente.** Mercabad en: www.mercabad.org/delgado/personalidad/1-98.html, consultado en fecha: 21/05/2015.

García, J. (1994). **Psiquiatría Criminal y Forense.** Centro de Estudios Ramón Areus. España.

Hamilton, E. (2008). **Medicina Legal.** Facultad de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales de la Universidad Católica de Chile. Chile.

Kilmartin, C. (2007). **Men's Violence Against Women: Theory, Research and Activism.** Routledge.

Kraepelin, E. (2008). **La Demencia Precoz.** Editorial Polemos. Argentina.

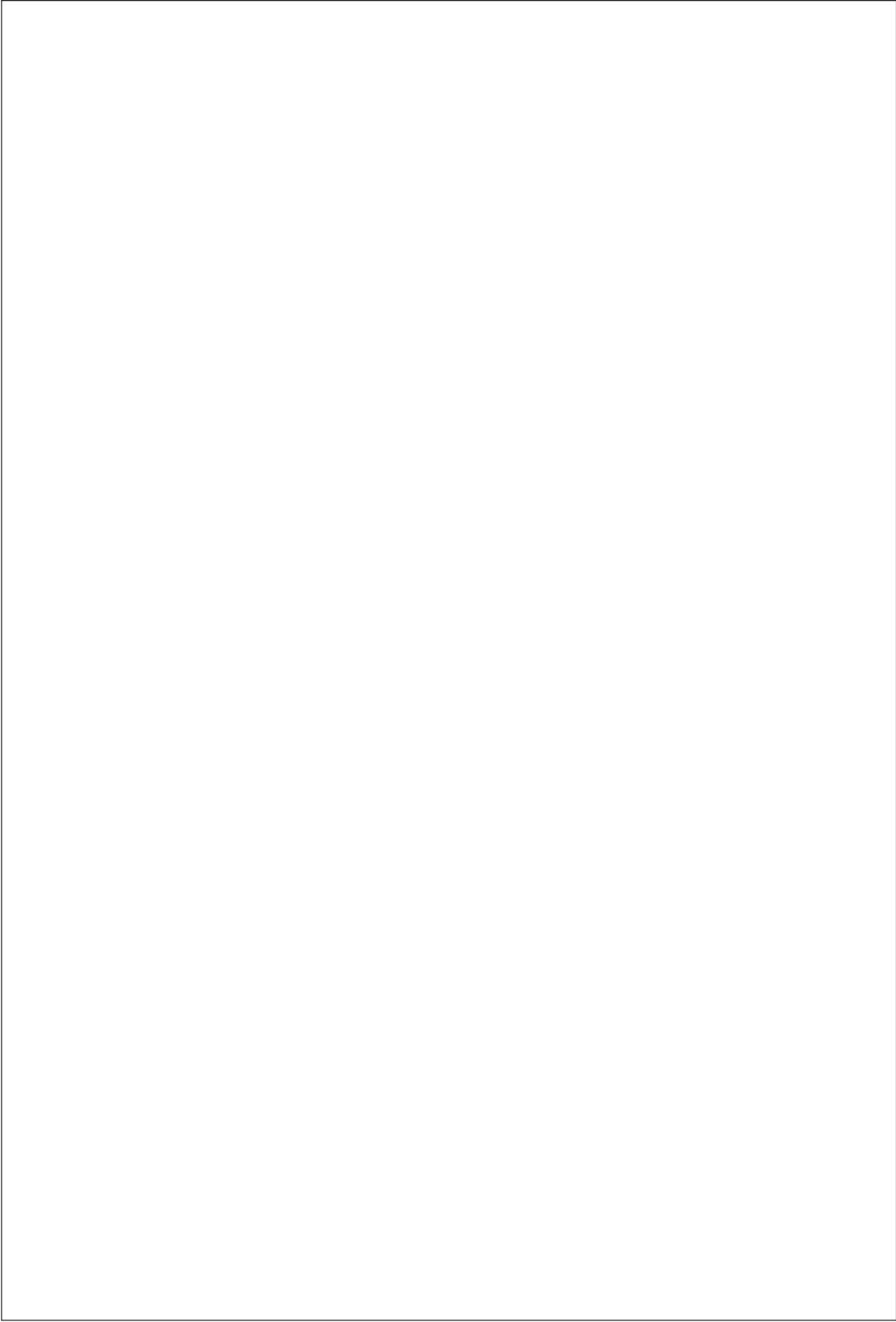
Ley Orgánica Sobre el Derecho a la Mujer a una Vida Libre de Violencia (2014). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.548** de fecha 25 de noviembre de 2014.

Millon, T. (1998). **Una Teoría de la Personalidad y su Patología.** 2da Edición. Estados Unidos.

Organización de Estados Americanos, (1994) **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.** Belém Do Pará, Brasil.

ESTUDIO PERICIAL SOBRE
LA DOSIS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
ILÍCITAS EN LOS PROCEDIMIENTOS
ESTABLECIDOS EN LA LEY ORGÁNICA
DE DROGAS VENEZOLANA

Adrián Velásquez, Oscar León de Jesús
Jefe de División (E) Unidad Psiquiátrica y
Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de
Drogas (UPPAICD). Ministerio Público



APORTE CIENTÍFICO ACADÉMICO

En esta investigación se determinó las dosis de consumo personal promedio estimadas para las cuatro principales drogas de abuso en Venezuela que son la Marihuana, Cocaína, Cocaína-Crack y Heroína. Así mismo, se estableció para pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y drogas de abuso sin prescripción del médico psiquiatra (clonazepam, fenobarbital, bromazepam, entre otras). Con el estudio de una muestra de 400 casos de experticias en drogas seleccionadas al azar y altamente específicas para discriminar esta dosis de consumo personal que es una de las bases necesarias en toda investigación de los Procedimientos por Consumo establecidos en la Ley Orgánica de Drogas (2010). Los resultados más relevantes se muestran en una Tabla Sinóptica resumen para facilitar su uso como una guía de consulta y referencia que de hecho ya está siendo utilizada en Venezuela con frecuencia por los fiscales en materia de drogas; pues por razones operativas se les facilitó aunque no estuviese publicada formalmente.

RESUMEN

En Venezuela, la Ley Orgánica de Drogas (LOD, 2010) establece en los procedimientos por consumo de sustancias ilegales que se hace necesario realizar una experticia para esclarecer el diagnóstico y qué cantidad de sustancia. Desde esta perspectiva surge la interrogante: ¿Cuál es la dosis de consumo personal promedio estimada para un usuario consumidor de droga? Pretendiendo dar respuesta a esta pregunta, el presente estudio documental, retrospectivo, descriptivo y analítico busca determinar cuál es la dosis promedio estimada para consumo personal de las drogas Marihuana, Cocaína, Heroína y Crack (derivado de cocaína) pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y otras drogas de abuso por parte de la persona consumidora que se evalúan en la Unidad. Los hallazgos indican que en la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) en esta muestra de los años 2013 y 2014. Hasta un 35% de usuarios de drogas ilegales se les determinó lo siguiente: una dosis personal de consumo estimado promedio que llamamos Mega-dosis (muy elevada sobre los valores señalados como posesión en el artículo 153. LOD, 2010). Se estableció que las Mega-dosis suelen llegar hasta Marihuana 30 gramos, Cocaína 8 gramos, Cocaína-Crack 8 gramos, Heroína 3,5 gramos y pastillas hasta 6 unidades. Se recomendó el uso de la tabla resumen de resultados como guía para el análisis de los casos de procedimientos por consumo.

Descriptor: droga, consumo, cocaína, metanfetaminas, ley.

ABSTRACT

In Venezuela, the Organic Law on Drugs (LOD, 2010), in the procedures for the use of illegal substances, determines that in order to clarify the quantity of substances people can use, it is necessary to realize an expertise. We ask: What is the personal dose estimate for a drugs consumer? This study is characterized for being special, documentary, retrospective, descriptive and analytical. It determines the estimated personal consumption of Marijuana, Cocaine, Heroin and Crack (cocaine derivative) pills (tablets) of ecstasy type, methamphetamines and other drugs used by people who are evaluated in this unit. It is established that in the distribution of substances (illegal drugs) by the years 2013 and 2014, a 35% of illegal drugs consumers had determine a personal dose which is called Mega-dose (very high on the values given a possession in Art.153. LOD, 2010) It was established that the Mega-doses usually reach 30 grams of Marijuana, 8 grams of Cocaine, 8 grams of crack cocaine, 3.5 grams of heroin and 6 units of pills. It was also recommended to use a summary result table as a guide for the analysis of procedures for consumption cases.

Descriptors: drug, consumption, cocaine, methamphetamine, law.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ilegales se constituye en un problema de índole mundial que viene siendo tratado a nivel internacional para fortalecer las convocatorias en materia contra las drogas.

En el Informe Mundial Sobre las Drogas, presentado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2014) se precisa que hasta un 7% de la población mundial entre 15 y 64 años ha consumido alguna sustancia ilegal al menos en una ocasión allí; se expresa como sigue:

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. (p.2).

La región latinoamericana siempre ha mostrado características muy particulares en relación al tema en materia de drogas. Es así, que la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) en su II Reunión Ministerial sobre el Problema Mundial de las Drogas en fecha 21 y 22 de mayo 2015 en la región señaló la necesidad de asumir una responsabilidad compartida como estados miembros.

Veamos algunas cifras que muestren la situación del consumo de drogas de manera específica en la región latinoamericana.

Para ello se tomaran varias citas referidas en el informe “El Problema de las Drogas en las Américas. “El 24% del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas” Organización de Estados Americanos (OEA, 2013).

Se evidencia que la marihuana es una de las sustancias ilegales de mayor consumo en la región llegando a niveles promedio muy superiores a cifras de otros continentes a nivel mundial.

Al revisar sobre el consumo de cocaína se encuentran las siguientes cifras: “El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial”. (OEA, 2013).

Despierta mucho interés la prevalencia del consumo de drogas en las Américas, cuando los reportes se hacen entre estudiantes de secundaria ya que éste indicador muestra el impacto de la penetración del consumo de sustancias entre la población más vulnerable como lo son nuestros adolescentes. En cuanto al Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011 de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA-CICAD, 2012) se observa que:

Los países con la prevalencia más baja de consumo de marihuana en el último año, entre estudiantes secundarios, son Perú (1,9%), Honduras (1%), República Dominicana (1%), República Bolivariana de Venezuela (0,9%) y Haití (0,7%). Las tasas más altas de uso de marihuana el último año entre estudiantes secundarios se observan en Canadá (24%) y los Estados Unidos (23%). Informe del Uso de Drogas.

También al revisar la prevalencia del uso de la pasta base de cocaína (PBC) se encuentra que: “Las mayores tasas de consumo de PBC se encuentran en los países de Sudamérica. Se reporta prevalencia de vida de 1% o más en Ecuador, Uruguay, Colombia, Perú, Argentina, Bolivia y Chile; mientras que en

Paraguay, Nicaragua, Venezuela, Guatemala y Honduras la prevalencia de vida permanece por debajo del 1%". (OEA-CI-CAD, 2012)

Diferentes estudios a nivel internacional y las respectivas leyes de cada país donde se hace referencia a las dosis de consumo personal según el tipo de sustancia son de interés para la presente investigación. Como se muestra en la publicación de Mayan, (2007) titulada La Importancia de la Cantidad y Composición en los Delitos relativos a Drogas Tóxicas. En Venezuela no se encontró publicaciones sobre este punto en particular.

Es menester señalar que la actual Ley Orgánica de Drogas (LOD, 2010), en su artículo 153 sobre posesión ilícita señala un límite a partir del cual se considera el delito de posesión. Para cocaína es de 2 gramos, para marihuana es de 20 gramos, heroína 1 gramo y dosis equivalentes para otras drogas ilícitas. Hay que refrendar el artículo 141 de ésta Ley en relación a éste procedimiento por consumo de sustancias ilegales donde se nombran sus características:

“Se designará uno o dos expertos o expertas forenses, para que practiquen dichos exámenes y si se comprobare que es una persona consumidora, será sometido o sometida al tratamiento obligatorio que recomienden los o las especialistas y al programa de reinserción social, el cual será base del informe que presentará el o la fiscal del Ministerio Público ante el juez o jueza de control, quien decidirá sobre la medida de seguridad aplicable.” Artículo 141. LOD, (2010).

En concordancia con estos artículos de la ley se crea por Resolución 1569 del Ministerio Público (2012), la Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas (UPPAICD), donde se realizan las experticias para descartar un diagnóstico de consumo de sustancias. En la UPPAICD se efectúa este estudio pericial, se establecen las características de la población objeto de estudio y se definen los criterios para una muestra significativa de informes periciales. De esta manera, se obtienen las experticias donde se extraen los datos

para ser estudiados y finalmente son objeto de análisis para aproximarnos a conocer las probables dosis de consumo personal de nuestra población.

Justificación

Entre los objetivos de la UPPAICD establecidos por el Ministerio Público (2012) en Resolución 1569, se encuentra “Coadyuvar en las investigaciones realizadas por los fiscales del Ministerio Público en materia contra las drogas”.

Así, cuando se emprende una investigación por parte del Fiscal del Ministerio Público, en los casos donde se debe discriminar si la cantidad incautada corresponde o no a una dosis para su consumo personal, se debe determinar si el ciudadano retenido es un consumidor de sustancias ilegales o no, inclusive señalar con claridad en la experticia si el ciudadano no presenta ningún diagnóstico psiquiátrico de consumo de drogas, se presentan dudas ya que el artículo 153 LOD, (2010) solo tipifica el delito de posesión y señala unas dosis máximas para ello. Esta duda razonable sobre si se trata o no, de un paciente consumidor de sustancias ilegales y de sí la cantidad incautada está o no relacionada a su dosis de consumo personal son objeto de la solicitud de experticia psicológica y/o psiquiátrica realizada a la UPPAICD.

Destaca el hecho que el presente es un estudio pericial, ya que los datos de la muestra son obtenidos de los informes de experticias de la UPPAICD. De esta forma, los resultados están directamente vinculados a las investigaciones que se realizan en los procedimientos por consumo de sustancias. (Artículo 141-LOD, 2010).

Estas evaluaciones se sustentan en el artículo 131 de la LOD, (2010) donde se señala que el juez o jueza apreciará racionalmente y en forma científica lo que represente una presunta dosis de consumo personal y lo hará visto el informe que presente el experto o experta. De allí surge la duda razonable sobre lo que verdaderamente representa una dosis para consumo personal, que en principio los diferentes actores

del sistema operador de justicia deben prejuzgar, como lo son: los funcionarios policiales que retienen al ciudadano, los fiscales que reciben en flagrancia el procedimiento, los fiscales que actúan en fase de investigación o juicio, el ciudadano defensor público, el experto o experta que practica la evaluación e inclusive el juez o jueza que valora la presunta dosis personal para su consumo.

En todo momento del procedimiento por consumo de sustancias ilegales hay que discernir sobre la cuestión de si se tratare o no de la dosis de consumo personal. Es por ello, que se hace relevante y necesario realizar una investigación pericial con base en las experticias practicadas en esta materia, con el propósito de esclarecer cuáles son las dosis promedio de consumo personal que la población de usuarios consumidores de sustancias mantiene como parte de su patrón. (Artículo 131-LOD, 2010)

Planteamiento del problema

En los procedimientos por consumo de sustancias existen dos cuestiones de primer orden que se deben discriminar: La primera de ellas con relación a identificar cuál usuario retenido se corresponde con un paciente con diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de sustancia según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2003) en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). La segunda cuestión, no menos importante, es establecer si el usuario retenido mantiene un patrón identificable de consumo de drogas y cuál es la dosis personal para el consumo que se corresponde con ese patrón, de acuerdo a: grado de tolerancia, dependencia de la sustancia, características de la persona, naturaleza de la sustancia objeto de consumo, entre otras variables que se establecen en la experticia.

Está claro que, cada caso se debe analizar exhaustivamente hasta tanto no queden dudas respecto de la solicitud del procedimiento por consumo de sustancias y visto que la forma que establece la ley es, practicar una experticia para entre otras

variables determinar si la cantidad incautada se corresponde o no con una dosis personal para su consumo.

Siendo la dosis personal de consumo una cantidad, generalmente pequeña, de características muy variables entre un usuario u otro y aún, en el mismo usuario, puede variar esa cantidad de acuerdo a si combina o no la sustancia con alcohol u otras drogas ilegales y otras características, que hacen que la dosis de consumo personal sea un elemento que dificulta la investigación y el procesamiento de cada caso en esta materia. Esto puede estudiarse en Criterios de Selección para realizar la Solicitud de Evaluación. Ponencia (Adrián, 2014).

Es preciso en cada caso de un procedimiento por consumo de sustancias ilegales, establecer si la cantidad incautada se corresponde con la dosis de consumo personal, visto que este tema representa una dificultad importante de la investigación.

Según lo señala la ley, solo el juez o jueza puede valorar la presunta dosis de consumo personal y lo hará visto el informe del experto o experta (artículo 131 de la LOD, 2010). Una de las vías para establecer el patrón de uso de una sustancia y su posible dosis de consumo personal, por parte de un usuario consumidor de drogas es la realización de la experticia. Incluso, como se describió más arriba hasta para el experto resulta una dificultad determinar la dosis de consumo personal según las características de esta variable.

El presente estudio pericial pretende plantear las dificultades y ofrecer una posible solución que conlleven la implementación de un procedimiento por consumo de sustancias como lo establece la ley (LOD, 2010) en particular las dificultades y cuestiones que existen alrededor de la dosis de consumo personal para los operadores del sistema de justicia como por ejemplo defensores, fiscales del Ministerio Público, jueces o juezas e incluso para el propio experto.

Nos preguntamos: ¿Cuál es la dosis de consumo personal promedio estimada para un usuario consumidor de droga?

Marco jurídico

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 285 se consagran entre otras atribuciones al Ministerio Público ser garante en los procesos judiciales del respeto a los derechos y la titularidad de la acción penal.

Al revisar el Código Orgánico Procesal Penal COPP (2012) se encuentra expresamente señalado en su sección sexta, todo lo referente a las Experticias, donde se expresa que el Ministerio Público ordenará la práctica de experticias a los peritos, cuando se requiera el conocimiento especial en ciencia, arte u oficio. (Artículo 223).

Allí se precisan las características para ser perito, su condición de ser designados por juez, jueza o Ministerio Público, las causales de excusa o recusación y la traducción de sus experticias (Artículo-224). Sobre el dictamen Pericial se detallan las partes de estudio pericial, su motivo, su método, sus exploraciones, sus resultados y conclusiones. (Artículo-225). Además, el artículo 195 se refiere en particular al examen físico y mental. (COPP, 2012).

También nos encontramos el ordenamiento jurídico de la Ley Orgánica de Drogas, (2010) en el Título V, Del Consumo y el Procedimiento donde se detalla sobre la persona consumidora dependiente, compulsiva, experimental ocasional y circunstancial (Artículos 128 y 129). Sobre las Medidas de seguridad social, se detalla, los sujetos o sujetas de medidas de seguridad social, tratamiento de la persona consumidora, reinserción social y servicio comunitario, entre otras, (Artículos 130 al 140). El capítulo II trata sobre el procedimiento, donde se referencia el procedimiento por consumo, medidas complementarias, el procedimiento en niños, niñas o adolescentes consumidores o consumidoras entre otros. (Artículos 141 al 152).

Finalmente, la Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas, fue creada a los fines de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas para el Ministerio Público en Ley Orgánica de Drogas en sus artículos

131 y 141. Mediante el cual el Ministerio Público dispone en esta unidad de expertos en drogas que realizan de manera expedita las evaluaciones con la finalidad de presentarles las experticias en los casos de procedimientos por consumo de sustancias.

Son estas experticias las que constituyen la población, de allí se tomó la muestra al azar para realizar el estudio pericial que permitirá investigar este tema tan crítico.

Marco teórico conceptual

Resulta de interés para este estudio hacer referencia a algunos aspectos teóricos como fundamento de esta investigación. Hay que señalar que la misma está basada en un modelo médico-sanitario de comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad y que esto implica señalar algunos conceptos fundamentales como droga, persona consumidora y una referencia básica sobre la clasificación diagnóstica con base en la cual se realiza el dictamen pericial en materia de drogas.

La Organización Mundial de la Salud (1992), define a la droga como “cualquier sustancia que asimilada por el organismo viviente es capaz de influir en una o varias de sus funciones”.

Otra definición presentada por Becoña, (2002) es la siguiente:

Droga psicoactiva es toda sustancia de origen natural, químico o medicamentoso y que, por su composición, al ser introducida al organismo viviente, mediante cualquier vía de administración (oral, nasal, endovenosa, entre otras) genera alteraciones o trastornos en el sistema nervioso central, causando efectos nocivos en el organismo, afectando de esta manera su natural funcionamiento, siendo capaz de inducir la auto administración ante el consumo continuo y prolongado, estableciéndose alteraciones fisiológicas duraderas ya sea de tolerancia y/o abstinencia para finalmente cristalizar en un patrón de abuso/dependencia.

De tal forma, este factor que se expone a lo largo de toda esta investigación quedaría definido así: la droga es toda sustancia química elaborada o semi-elaborada ilegal, que por cualquier vía de administración es introducida en el organismo voluntariamente (ej: drogodependencia) por la persona consumidora o contra la voluntad del sujeto (con fines de un delito sexual u otros abusos) y por tener características psicotrópicas o de estupefacientes, afecta el funcionamiento mental durante la acción de su metabolito activo en el tejido nervioso central y pudiese ocasionar daño orgánico cerebral, debido a su potente acción química sobre las neuronas. Su uso frecuente es capaz de propiciar la dependencia de esa sustancia en el individuo y generar la enfermedad.

Para todo fin en este estudio se usará la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) publicado por la Organización Panamericana de la Salud (2003), en cuyo cuerpo descriptivo se especifica el término Trastorno Mental y del comportamiento debido al uso de sustancias para referirse a la adicción a drogas, farmacodependencia o drogodependencia. Al revisar la Ley, nos encontramos con el término persona consumidora que para todo fin parece útil referir acá:

Cualquier persona que consuma por vía oral, nasal intravenosa o cualesquiera otras, las sustancias controladas en esta Ley, sus sales, mezclas o especialidades farmacéuticas, con fines distintos a la terapia médica debidamente indicada por un facultativo, de conformidad con todas las disposiciones contenidas en esta Ley para el control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, con el objeto de experimentar sus efectos psíquicos o físicos, o para evitar la ansiedad producida por la falta de su consumo.(Artículo-3. N°20. LOD, 2010).

Marco metodológico

Es un estudio novedoso, por no existir antecedentes en el país de investigaciones similares, documental que se basa en la obtención de los datos contenidos en las partes del informe, retrospectivo pues se revisó una muestra de la población (informes de los años 2013 y 2014), descriptivo del fenómeno ya que pretende mostrar los datos recolectados para aproximarse al hecho que se quiere determinar y analítico, pues, los datos se tabulan y grafican para su posterior análisis. Con un método estadístico válido, confiable y científicamente correcto que permitirá obtener unas conclusiones.

El presente estudio pericial se constituye así, dado que su población objeto de estudio, son los sujetos que fueron evaluados y cuyo resultado se evidencia en Informes Técnicos de Evaluación (Informes periciales) practicados en la UPPAICD entre los años 2013 y 2014. Estas experticias son la fuente de datos para esta investigación y debido a su alto nivel de experticia forense es considerado un estudio pericial, que es la vía más expedita para esta investigación y conocer las dosis de consumo personal promedio de las principales drogas, objeto de consumo más frecuente en los procedimientos por consumo de sustancias establecido en la LOD, (2010).

Población: se seleccionaron los sujetos donde los Informes Técnicos de Evaluación en el período de 2013 y 2014 el dictamen pericial señalara diagnóstico de Dependencia debido al uso de alguna de las sustancias a estudiar entre ellas: marihuana, cocaína, crack, heroína y pastillas de forma individual de tal manera que hubiese diagnóstico de dependencia sólo a una sustancia en particular con la finalidad de tipificar las características del consumo de esa y la presentación clínica del uso de esa sustancia fuese lo más específico sin que se confundiese el comportamiento de consumo con otras sustancias en el usuario de drogas.

Muestra: se eligió una muestra de 400 experticias de esa población utilizando un método al azar, seleccionando los informes que se incluyeron en este estudio de 5 en 5 según su número de registro del expediente.

Objetivo general

Conocer cuál es la dosis promedio estimada para consumo personal de las drogas por parte de la persona consumidora de estas sustancias que son retenidas por organismos de seguridad y evaluados en la UPPAICD a solicitud fiscal del Área Metropolitana de Caracas, estado Vargas y estado Miranda.

Objetivos específicos

Determinar cuál es la dosis promedio estimada para consumo personal de las drogas Marihuana, Cocaína, Heroína y Crack (derivado de cocaína) por parte de las personas consumidoras de estas sustancias que son retenidas por organismos de seguridad y evaluadas en la UPPAICD a solicitud fiscal.

Establecer cuál es la dosis promedio estimada para consumo personal en pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y drogas de abuso sin prescripción del médico psiquiatra (clonazepam, fenobarbital, bromazepam, entre otras) en el marco del objetivo general.

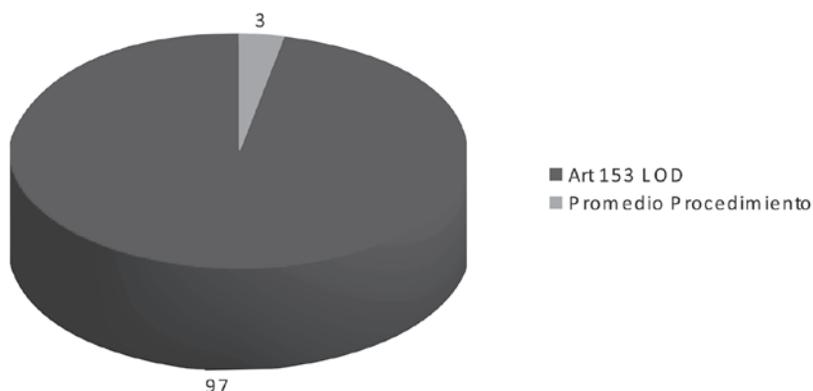
Tabulación, gráfico y análisis de los resultados

Tabla N° 1. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para Dosis de Consumo Personal de Marihuana.

Sustancia: Marihuana	Artículo 153 Ley Orgánica de Drogas	Promedio de Consumo	Cantidad por Procedimiento
Cantidad en gramos	20	10-20	20-30
Porcentaje	97%	5%	3%

Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Gráfico N°1. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para dosis de consumo personal de marihuana.



Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Análisis: Se encuentra que la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) promedio estimado para dosis de consumo personal de marihuana en esta muestra de los años 2013 y 2014, la mayoría de usuarios que la consumen lo hacen con pequeñas cantidades que se corresponden con dosis menores a las señaladas en el artículo 153 que tipifica el delito de posesión en la Ley. Resulta ser un 97% de usuarios que usan dosis promedio para su consumo personal de marihuana menores a 20 gramos. Sin embargo, en una segunda columna de la tabla se muestra un promedio de dosis para consumo personal de marihuana en un rango de 10 a 20 gramos que todavía está dentro de lo señalado en el art 153. LOD (2010). Esta diferenciación se determinó para mostrar que pocos usuarios usan dosis superiores a 10 gramos (5%).

Destaca, como un resultado significativo que el 3% de los consumidores de marihuana usan dosis superiores a las señaladas en el artículo 153 (20 gramos) y en un rango de 20 a 30 gramos. Lo que constituye en lenguaje terapéutico una megadosis.

Otro aspecto de interés, que se evidencia en el resultado es respecto a considerar el tipo de marihuana, en ningún caso en la actualidad es similar a la que se distribuyó hace 60 años, ya que las concentraciones de THC9 varían siendo anteriormente muy bajas (cercasas al 3%), mientras que en la Marihuana actual su concentración de THC9 más frecuente está alrededor del 9 a 12 %. Esto traduce la cuestión que las cantidades actuales de dosis para consumo personal suelen ser cantidades en gramos muy pequeñas porque las mismas contienen altas concentraciones del metabolito activo THC9. Lo anteriormente citado se corresponde con el resultado que se muestra en el gráfico N°1.

Tabla N° 2. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para dosis de consumo personal de cocaína inhalada y tipo crack.

Sustancia: Cocaína	Artículo153 Ley Orgánica de Drogas	Promedio de Consumo	Cantidad por Procedimiento
Cantidad en gramos (inhalada)	2	2,001 a 6	<8
Porcentaje	78%	17%	5%
Cantidad en gramos (tipo Crack)	2	2-6	8
Porcentaje	65%	24%	11%

Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Análisis: Se encuentra que la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) promedio estimado para dosis de consumo personal de cocaína en la muestra de los años 2013 y 2014, la mayoría de usuarios que la consumen lo hacen con pequeñas cantidades que se corresponden con dosis menores a las señaladas en el artículo 153 que tipifica el delito de posesión en la LOD (2010). Resulta ser un 78% de usuarios de cocaína y el 65% (tipo Crack) usan dosis promedio para su consumo personal de cocaína menores a 2 gramos, generalmente son jóvenes menores de 30 años según el perfil del usuario de la UPPAICD presentado por Adrián, (2013).

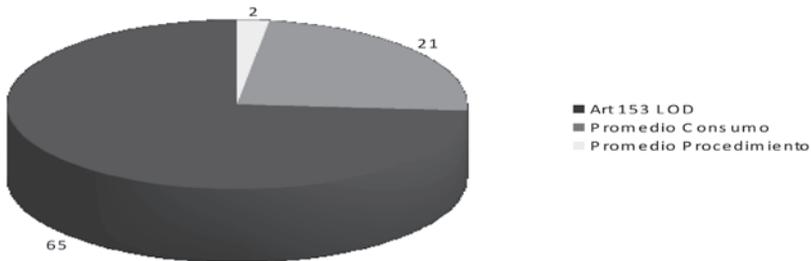
Sin embargo, en una segunda columna de la tabla se muestra un promedio de dosis para consumo personal de cocaína en un rango de 2,001 a 6 gramos que supera la cantidad señalada en el artículo 153 de la LOD (2010). Esta diferenciación se determinó para mostrar que un grupo de usuarios usan dosis superiores entre 2,001 a 6 gramos (17% para Cocaína y 24% tipo Crack). Destaca como un resultado significativo que el 5% de los consumidores de Cocaína y 11% tipo Crack usan dosis muy superiores a las señaladas en el artículo 153 (2 gramos) y en un rango de hasta 8 gramos. Lo que puede llamarse en lenguaje terapéutico una megadosis. El resultado es que un 22% de usuarios de Cocaína y 35% del tipo crack consumen megadosis muy superiores a 2 gramos y hasta 8 gramos por noche de consumo como se muestra en la Tabla N°2. Generalmente usuarios en un rango de edad entre los 40 y 55 años en los cuales se ha mantenido el consumo por períodos prolongados de más de 20 años en dosis altas lo que facilita el desarrollo de la tolerancia y por lo cual el organismo se adaptó a metabolizar esas megadosis. Siendo igualmente relevante considerar el tipo de cocaína que se está distribuyendo en la actualidad, puesto que en ningún caso es similar a la que se distribuyó hace 30 años, ya que aquella contenía concentraciones y grado de pureza de cocaína y excipientes para su mezcla muy diferentes. Mientras que la cocaína actual pudiese estar generando efectos físicos como taquicardia entre otros relacionados con las sustancias que se usan para su corte.

Tabla N° 3. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para dosis de consumo personal de heroína y derivados.

Sustancia: Heroína y Derivados	Artículo 153 Ley Orgánica de Drogas	Promedio de Consumo	Cantidad por Procedimiento
Cantidad en gramos	1	1-3	3,5
Porcentaje	65%	21%	2%

Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Gráfico N° 2. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para dosis de consumo personal de heroína y derivados.



Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Análisis: Se encuentra que la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) promedio estimado para dosis de consumo personal de heroína en esta muestra de los años 2013 y 2014, la mayoría de usuarios que la consumen lo hacen con pequeñas cantidades que se corresponden con dosis menores a las señaladas en el artículo 153 que tipifica el delito de posesión en la LOD (2010). Resulta ser un 65% de usuarios que usan dosis promedio para su consumo personal de heroína menores a 1 gramo. Generalmente jóvenes menores de 25 años según Perfil del Usuario de la UPPAICD presentado como ponencia. (Adrián, 2013).

Sin embargo, en una segunda columna de la tabla se muestra un promedio de dosis para consumo personal de Heroína en un rango de 1-3 gramos que supera la cantidad señalada en el art 153 de la Ley. Esta diferenciación se determinó para mostrar que un grupo de usuarios consumen dosis superiores entre 1-3 gramos (21%).

Destaca como un resultado significativo que el 2% de los consumidores de Heroína usan dosis muy superiores a las señaladas en el artículo 153 (1 gr) y en un rango de hasta 3,5 gramos. Lo que puede llamarse en lenguaje terapéutico una megadosis. El resultado es que un 23% de usuarios de Heroína consumen

megadosis muy superiores a 1 gramos y hasta 3,5 gramos por noche de consumo como se muestra en el gráfico N° 3.

Generalmente usuarios en un rango de edad entre los 18 y 28 años en los cuales se ha mantenido el consumo de sustancias tipo Heroína por períodos prolongados de 5, 10 años o más en dosis altas lo que facilita el desarrollo de la tolerancia y por lo cual el organismo se adaptó a metabolizar esas megadosis. (Adrián, 2013)

Otro aspecto de interés es el tipo de heroína que se está distribuyendo, la Heroína actualmente, se está mezclando en forma de rocío sobre el tabaco de marihuana y de esta manera fumada no presenta dosis letal y la sintomatología de la abstinencia suele ser mucho menor que cuando es inyectada. Motivo por lo que el usuario final compra mayor cantidad de heroína.

Tabla N° 4. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilegales) promedio estimado para dosis de consumo personal de pastillas.

Sustancia: Pastillas (Éxtasis, MMDA, Psiquiátricas)	Artículo 153 Ley Orgánica de Drogas	Promedio de Consumo	Cantidad por Procedimiento
Cantidad en UDS	2 unidades	3-4 unidades	6 unidades

Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

Análisis: Un primer hallazgo es que este diagnóstico no fue sistemáticamente reportado en los informes, ya que desde el punto de vista clínico no se encontraban evidencias de que el abuso de pastillas fuese una dependencia de sustancias, por lo que solo era reflejado como un comportamiento adicional del sujeto consumidor de sustancias. Muchas veces el evaluado lo menciona como “empastillarse”, mas no se encontraron indicadores suficientes para concluir el diagnóstico. Sin embargo, la opción del investigador se sujetó a las descripciones hechas en la historia del consumo de drogas y la conducta más frecuente

reportada en cantidad de pastillas que usa la persona para drogarse. De allí, se obtuvo que la dosis más usada para empastillarse fuera entre dos a seis unidades de pastillas. Es decir, la mayoría de personas que se drogan con pastillas usan en promedio de entre dos a seis pastillas dependiendo de con qué sustancia la están ligando, de la circunstancia y otros factores.

Tabla 5. Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilícitas)

promedio estimado para Dosis de Consumo Personal

Sustancia	Art. 153 Ley Orgánica de Drogas	Promedio Usuarios	Promedio Usuarios
Marihuana (THC)	20gr (97%)	10-20gr (5%)	20-30gr (3%)
Cocaína	2gr (78%)	2-6gr (17%)	<8gr (5%)
Heroína y Derivados	1gr (77%)	1-3gr (21%)	<3,5gr (2%)
Crack	2gr (65%)	2-6gr (24%)	<8gr (11%)
Pastillas todo tipo	2 uds	3-4 uds	<6 uds

Fuente: Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas 2013-2014.

M
I
C
R
O
T
R
A
F
I
C
O



Límite Máximo para Solicitar la Evaluación

En esta tabla se muestra un compendio de los principales resultados obtenidos del estudio. En ella está contenida toda la información relevante de esta investigación y está organizada de tal manera que permite comparar lo que ocurre con el consumo de cada sustancia en particular. Permite visualizar no solo toda la información relevante en términos de resultados de la investigación, sino que es de mucha utilidad para el análisis de caso cuando hay que valorar la presunta dosis de consumo personal.

CONCLUSIONES

En el Informe Mundial Sobre las Drogas 2014 (UNODC, 2014) se precisa que hasta un 7% de la población mundial entre 15 y 64 años ha consumido alguna sustancia ilegal al menos en una ocasión. El 24% del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas. Y el consumo de cocaína en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de los consumidores a nivel mundial. (OEA, 2013).

Entre los objetivos de la UPPAICD se encuentra “Coadyuvar en las investigaciones realizadas por los fiscales del Ministerio Público en materia contra las drogas”.

En todo procedimiento por consumo de sustancias ilegales, se debe discernir sobre la cuestión de sí se tratare o no de la dosis de consumo personal. Es por ello que se hizo relevante y necesario realizar una investigación pericial con base en las experticias practicadas en esta materia, con el propósito de esclarecer cuáles son las dosis promedio de consumo personal que la población de usuarios consumidores de sustancias mantienen como parte de su patrón. (Artículo 131 de la LOD, 2010). Así en el presente estudio nos preguntamos: ¿Cuál es la dosis de consumo personal promedio estimada para un usuario consumidor de droga?

Basados en el marco jurídico constitucional que nos permite actuar en particular el artículo-285 donde se consagran las atribuciones del Ministerio Público. En el Código Orgánico

Procesal Penal se encuentra expresamente señalado todo lo referente a las Experticias. También nos encontramos el ordenamiento jurídico de la LOD (2010) sobre el consumo y el procedimiento, las medidas de seguridad y norma lo relativo a las experticias en el procedimiento por consumo.

Con la finalidad de desarrollar esta investigación se propuso una definición de droga actualizada oportuna y aplicable para la comprensión del tema en los procedimientos por consumo: La droga es toda sustancia química elaborada o semi-elaborada ilegal, que por cualquier vía de administración es introducida en el organismo voluntariamente (ej: drogodependencia) por la persona consumidora o contra la voluntad del sujeto (con fines de un delito sexual u otros abusos) y por tener características psicotrópicas y de estupefacientes afecta el funcionamiento mental durante la acción de su metabolito activo en el tejido nervioso central y pudiese ocasionar daño orgánico cerebral debido a su potente acción química.

Desde el punto de vista metodológico este estudio se caracteriza por ser especial, documental, retrospectivo, descriptivo y analítico.

El objetivo planteado fue: determinar cuál es la dosis promedio estimada para consumo personal de las drogas marihuana, cocaína, heroína y crack (derivado de cocaína) pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y drogas de abuso sin prescripción del médico psiquiatra (clonazepam, fenobarbital, bromazepam, entre otras) por parte de la persona consumidora de estas sustancias que son retenidas por organismos de seguridad y evaluados en la UPPAICD a solicitud fiscal.

De esta forma se llegó a las siguientes conclusiones: se encuentra que en la distribución de cantidad de sustancia (droga ilegal) promedio estimado para dosis de consumo personal en la muestra para los años 2013 y 2014.

1.- Resulta ser un 97% de usuarios que usan dosis promedio para su consumo personal de marihuana menores a 20 gramos. El 3% de los consumidores de marihuana usan dosis superiores a las señaladas en el artículo 153 (20 gr) y en un rango de 20 a 30 gramos. Lo que constituye según lenguaje terapéutico un megadosis.

2.- 78% de usuarios de Cocaína y un 65% (tipo Crack) usan dosis promedio para su consumo personal de cocaína menores a 2 gramos. El resultado es que un 22% de usuarios de Cocaína y 35% del tipo Crack consumen megadosis muy superiores a 2 gramos y hasta 8 gramos por noche de consumo como se muestra en la Tabla N° 2.

3.- Un 65% de usuarios usan dosis promedio para su consumo personal de Heroína menores a 1 gramo. Mientras que, 23% de usuarios de Heroína consumen megadosis muy superiores a 1 gramos y hasta 3,5 gramos por noche de consumo como se muestra en el gráfico N° 2.

4.- El diagnóstico de farmacodependencia de pastillas no fue sistemáticamente reportado en los informes ya que desde el punto de vista clínico no se encontraban evidencias de que el abuso de pastillas (comprimidos) del tipo éxtasis, meta-anfetaminas y drogas de abuso sin prescripción del médico psiquiatra (clonazepam, fenobarbital, bromazepam, entre otros), fuese una dependencia de sustancias para este grupo de usuarios por lo que solo era reflejado como un comportamiento adicional del sujeto consumidor de sustancias . De allí se obtuvo que la dosis más usada para “empastillarse” fuera entre dos a seis unidades de pastillas. Es decir, la mayoría de personas que se drogan con pastillas usan en promedio de entre dos a seis pastillas dependiendo con que tipo de sustancia la están ligando, de la circunstancia y otros factores.

Recomendaciones

Se propone la Tabla 5 Distribución de cantidades de sustancias (drogas ilícitas) promedio estimado para dosis de consumo personal, para uso referencial de los expertos que realizan los peritajes en materia de drogas, en los procedimientos por consumo de sustancias. Igualmente puede ser de mucha utilidad para los profesionales del derecho defensores, fiscales del Ministerio Público y jueces en general como guía al momento de estudiar los casos. En particular cuando deba valorarse la presunta dosis de consumo personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrián, O. (2013). **Perfil del Usuario de la Unidad Psiquiátrica y Psicológica de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas (UPPAICD)**. III Congreso Nacional de Tratamiento de las Adicciones, Fundaribas.
- Adrián, O. (2014). **Criterios de Selección para realizar la Solicitud de Evaluación. Ponencia**. VI Congreso Internacional en Materia de Drogas. Ministerio Público.
- Becoña, E. (2012). **Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias**. Universidad de Santiago de Compostela.
- Código Orgánico Procesal Penal (2012). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6078** de fecha 15 de junio de 2012.
- Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC, 2014). **Problema Mundial de las Drogas**. II Reunión Ministerial 2014.
- Constitución de la **República Bolivariana de Venezuela**. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°.-5.908** de fecha 15 de febrero de 2009.
- Ley Orgánica de Drogas (2010). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.510** de fecha 15 de septiembre de 2010.

Mayan, M. (2007). **La Importancia de la Cantidad y Composición en los Delitos relativos a Drogas Tóxicas**. Recuperado de: www.revistajuridicaonline.com
Derecho Penal

Ministerio Público (2012). **Resolución 1569 (26-11-2012). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 4062** de fecha 30 de noviembre de 2012.

Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2014). **Informe Mundial Sobre las Drogas 2014**.

Organización de Estados Americanos (2013). **El Problema de las Drogas en las Américas**.

Organización de Estados Americanos. (OEA-CICAD, 2012) **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011**.

Organización Mundial de la Salud (1992). **Sobre la definición de droga**. Recuperado de: www.who.int/substance_abuse/.../lexicon_alcohol_drugs_spanis.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). **Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)**. Washington, D.C.

CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES EMBARAZADAS: UNA APROXIMACIÓN A SU COMPRENSIÓN Y ABORDAJE

Civira, Mirna

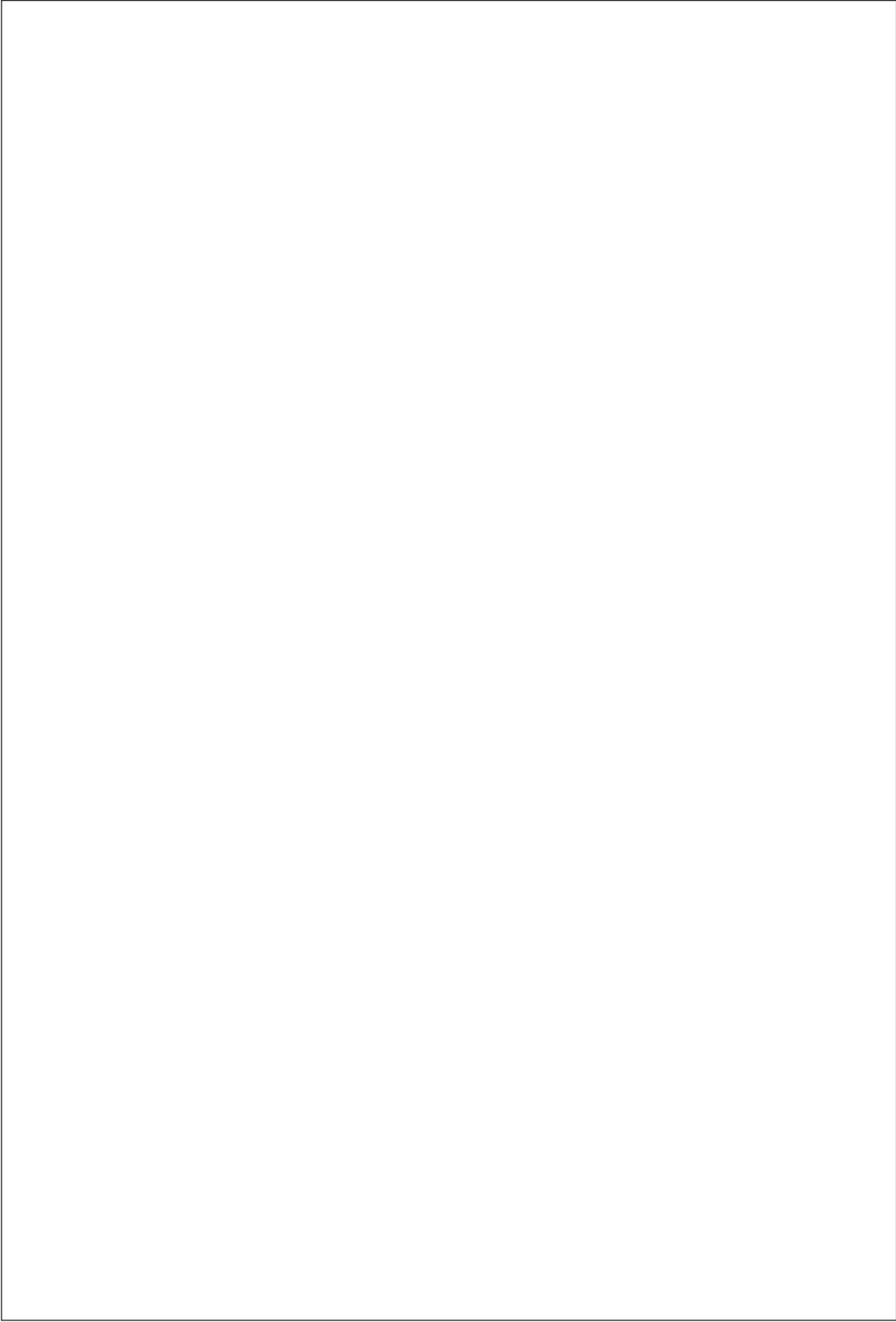
Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y Psicológica
de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Paredes, Francisco

Psiquiatra. Unidad Psiquiátrica y Psicológica
de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas

Hernández, Angelina

Psicóloga. Unidad Psiquiátrica y Psicológica
de Atención Inmediata al Consumidor de Drogas



RESUMEN

Hoy en día, se ha incrementado el número de mujeres que han ingresado al consumo de drogas legales e ilegales, y en este grupo de consumidoras una proporción tiene tendencia a la promiscuidad y a la prostitución, con altas tasas de problemas sexuales, ginecológicos, reproductivos y enfermedades de transmisión sexual, con el consecuente riesgo de embarazos en condiciones vulnerables. En Venezuela no existen programas de rehabilitación con perspectiva de género específicos para la población de mujeres embarazadas consumidoras. En este trabajo, se abordan las consecuencias que pudiera tener el consumo de sustancias en la mujer embarazada. Se ha detectado una alta incidencia de niños con trastornos de atención, trastornos orgánicos cerebrales congénitos, trastornos secundarios a enfermedades de la lactancia y en edad pre-escolar, en gran medida secundarios al consumo materno de sustancias durante el embarazo y después del nacimiento. Son múltiples los factores de alto riesgo presentes en la mujer embarazada consumidora de drogas, tanto en relación a la duración y término de la gestación, malformaciones estructurales del feto, bajo peso al nacer, madurez fetal y déficit del desarrollo posterior del niño. También, se ha encontrado aumento de la morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del recién nacido. Igualmente en este trabajo se realizan sugerencias para la posible intervención en esta población de alto riesgo. Se debe implementar la coexistencia coordinada de servicios de atención de embarazo de alto riesgo obstétrico, con centros de atención a la mujer consumidora de sustancias de abuso. Es imprescindible el abordaje de mujeres

embarazadas con consumo activo de drogas. Esta población requiere un programa especializado desde el punto de vista de género, que atienda su salud física y mental, pues mientras más severa es la dependencia se incrementa la comorbilidad psiquiátrica, problemas legales y mayor es la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento.

Descriptor: adicción, drogas, embarazo, género, abuso, comorbilidad psiquiátrica, riesgo obstétrico, maltrato, dependencia.

ABSTRACT

Today, it has increased the number of women who have entered the consumption of legal and illegal drugs. In this group of female consumers, a proportion tend to promiscuity and prostitution, with high rates of sexual, gynecological and reproductive problems, with the consequent risk of pregnancy in vulnerable conditions. In Venezuela there are no specific programs for pregnant women consuming population. In this paper the consequences it may have substance in pregnant women are addressed. It has detected high incidence of children with attention disorders, organic brain congenital disorders, secondary diseases and disorders of lactation preschool age, largely secondary to maternal substance use during pregnancy and after birth. There are multiple high risk factors present in the pregnant woman drug user, both in relation to the duration and termination of pregnancy, fetal structural malformations, low birth weight, fetal maturity and deficits subsequent child development. We have also found increased morbidity and mortality of both mother and newborn. Also in this paper it is suggested for possible intervention in this population at risk they are made. It must implement the coordinated coexistence of care services for high-risk obstetrics pregnancy care centers for women consuming substance. It is important to approach pregnant women in active substances consumption. This population requires specialized program from the point of view of gender that meets their physical and mental health, as

the more severe dependence as psychiatric comorbidity, legal problems and increases is difficult to achieve adherence.

Descriptors: addiction, drugs, pregnancy, gender, abuse, psychiatric comorbidity, obstetric risk, abuse, dependence.

INTRODUCCIÓN

El consumo y dependencia de sustancias es un complejo problema social con alta morbilidad materno-fetal. El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, permitió que la difusión del consumo de diversos tipos de drogas conlleve una incidencia creciente, donde también se ha incorporado la mujer y se ha transformado en un área de preocupación en aquellos casos de gestantes consumidoras de sustancias y aumento de recién nacidos afectados por las prácticas tóxicas de sus madres. Es difícil la evaluación del riesgo cuando la gestación es expuesta a las drogas, los resultados pueden estar sesgados por el consumo concomitante de otros tóxicos o por factores psicológicos y socio-sanitarios desfavorables.

El abuso de drogas, en general, comporta mayor riesgo de desenlace anómalo del embarazo, por un incremento de la probabilidad de malformaciones congénitas, debido a la probable teratogenicidad de algunas sustancias o de la morbilidad perinatal que afectan el crecimiento fetal o el normal desarrollo del embarazo. También existen posibles repercusiones a largo plazo en la capacidad de aprendizaje y comportamiento de los niños expuestos intraútero. Por lo tanto, todo embarazo en el que se detecte un hábito tóxico es considerado de mayor riesgo, y se deben tomar las medidas oportunas para lograr que las pacientes se alejen de estas prácticas, apoyadas por un equipo multidisciplinario, lo cual se recomienda se realice antes del inicio del embarazo, lo que implica la adopción de medidas profilácticas de información y concienciación de las mujeres en edad fértil y de apoyo durante

el embarazo y la lactancia para el abandono de la dependencia. Desde el año 2000, instituciones tales como la Fundación José Félix Ribas y la Misión Negra Hipólita, han realizado esfuerzos por incorporar tratamientos desde la perspectiva de género, como una alternativa para que la mujer trate sus conflictos emocionales y aquellos derivados de su situación de consumo en forma responsable y confiable.

En Venezuela no existen programas de rehabilitación específicos para la población de mujeres embarazadas consumidoras, tal como lo evidencia la encuesta semiestructurada validada por expertos en la materia y aplicada para este trabajo a especialistas en el área de Ginecología y Obstetricia, entre las siguientes instituciones de salud: Dr. Marcos Peñaloza, y en Psiquiatría, Dr. Simón Pineda. De la encuesta semiestructurada se concluye que esta población acude a los servicios en las primeras etapas de gestación, en caso de presentarse alguna complicación obstétrica o cuando la gestante se encuentra en el último trimestre, sin haber recibido el control adecuado que garantice un embarazo en condiciones de estabilidad, tanto para la madre como para el recién nacido, con la dificultad adicional de que abandonan los servicios de obstetricia sin realizar el adecuado seguimiento que requiere por su condición de consumidora.

Mujer y Drogas

Conscientes de la gravedad del consumo de drogas en el país, el Estado, a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, ha creado el Sistema Nacional de Atención y Tratamiento de las Adicciones, mediante decreto No. 8.225, publicado en Gaceta Oficial 39.676 de fecha 18 de mayo de 2011, el cual pretende cubrir las necesidades de tratamiento a todas aquellas personas que presentan problemas de consumo de drogas lícitas e ilícitas, pues se ve con preocupación el incremento del consumo de sustancias, así como de las adicciones comportamentales y su inicio a edades más tempranas, la presencia del consumo de múltiples drogas en una sola persona (policonsumo), el empleo de sustancias cada vez más dañinas y destructivas, una baja percepción de riesgos y daños, a lo que habría que agregar los problemas asociados al consumo, tales como la violencia, el incremento de accidentes, desintegración familiar, deserción escolar y laboral, lo cual repercute en todos los aspectos de la vida.

El ente que rige el Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones es la Fundación José Félix Ribas, actualmente adscrito al Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia Seguimiento de La Gestión de Gobierno. Según se describe en este Plan Nacional, y de acuerdo a estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud (2014), se indica lo siguiente:

Según Informe mundial sobre las drogas emanado de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en el año 2012 se informa que entre el 3,5% y 5,7% de la población mundial ha consumido alguna droga, si se extrapolan estas cifras al contexto venezolano, se estima que cerca de 1.400.000 personas están en consumo y si se agrega el impacto que produce en el entorno familiar, entonces existen, aproximadamente, siete millones de personas afectadas directamente, cifras que serán sinceradas una vez culmine el estudio de población general sobre esta materia, que realiza la Oficina Nacional Antidrogas (ONA).

Lugones Madruga, M, Echevarría (2005), plantean que la expectativa mundial de por vida para sufrir en algún momento un problema de salud relacionado con el abuso o dependencia de sustancias que afectan el comportamiento, llega alrededor del 10% de la población mundial actual, lo que significa unos 600 millones de habitantes.

Los mismos autores refieren que si además de esto se suma la totalidad de personas que sufrirán las consecuencias de un consumo irresponsable de estas sustancias sin ser adictos, la cifra alcanzaría mil millones, pero si se suma también los que sufrirán consecuencias funestas, fundamentalmente los convivientes y familiares, sería afectada la tercera parte de la población general del planeta.

Cuando una mujer consume algún tipo de sustancia legal o ilegal durante su embarazo, se produce un daño al ser humano antes de su nacimiento por ser sometido a la violencia dentro del útero materno, generando consecuencias para el desarrollo armónico desde el punto de vista emocional y físico. Se espera que la madre brinde protección al hijo desde el mismo momento que se produce la gestación, para la sociedad en general es difícil concebir, que la mujer consumidora no pueda detener su consumo aún a sabiendas que esta condición pudiera generar algún daño a este hijo en útero. Esto lleva a plantear algunas consideraciones sobre la adicción a drogas, lo que permite comprender la dificultad que representa para una persona adicta lograr la abstinencia a la droga de la cual depende, sin la asistencia a espacios de tratamiento específico para la mujer y sin la intervención de personal profesional especializado.

También es conocido que un gran número de mujeres suspende su consumo de manera espontánea durante el embarazo, pareciera que esta es una etapa en la que existen mecanismos biológicos y psicológicos protectores, que aún en estas circunstancias permite a la mujer centrarse en su embarazo y dejar de lado el consumo, pero no ocurre esto en todos los casos. Además, la mayoría de quienes lo suspenden vuelven a retomarlo posterior al nacimiento del bebé.

De acuerdo a lo anterior, adquiere importancia el abordaje que es necesario realizar en el caso de la mujer consumidora, y en particular durante el embarazo, lo que permitiría darle la protección necesaria, con el objeto de que logre la abstinencia, que pueda mantener ésta y que a su vez mejore su calidad de vida y que además se minimice el daño que pudiera sufrir el recién nacido y proteger al futuro adulto.

La rehabilitación del consumo de drogas en un sentido amplio implica que puedan abordarse todas las áreas en las cuales se desempeña el individuo: personal, familiar, laboral, legal y social, en términos de que se mejore su autoestima, condiciones médicas, de salud física y mental; se establezcan las relaciones familiares e interpersonales, se incorpore al ámbito educativo y formativo, así como se cambien las perspectivas laborales y se tenga una resolución definitiva de su problemática legal, si las hubiere, como consecuencia del tránsito por el mundo del consumo.

Todo ello requiere un programa específico y especializado para el abordaje desde el punto de vista de la salud física y mental. Cuando se habla de programa específico se hace referencia a que se realice un abordaje desde el punto de vista de género, pues es bien sabido que la solicitud de ayuda que realizan las mujeres aquejadas del consumo de sustancias se ve reducido en comparación con la demanda de ayuda por parte de los varones, la cual está influida por factores personales, sociales, familiares, que aún hoy ofrecen escasos espacios de atención para la mujer; es decir, las mujeres tienen menor disponibilidad de ayuda que los varones, la problemática es minimizada por la propia familia y en muchos casos no brindan el apoyo durante el tiempo que la mujer consumidora requiere, más cuando esta mujer tiene hijos a quienes cuidar, y la familia no se responsabiliza de los mismos durante el tratamiento.

Si bien es cierto que muchas mujeres consultan en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que pudiera interferir con el buen resultado del tratamiento, también se encuentra con la limitante mencionada anteriormente, cuando no se cuenta con espacios específicos de acuerdo al género, a lo que hay

que sumar la estigmatización de la mujer consumidora, más cuando ésta es madre o va a serlo. Esta carencia de centros donde se realice un abordaje de género y donde se tome en cuenta la incorporación de la mujer-madre y posteriormente al hijo, es una realidad en el país. Además al no existir centros de atención especializados en la mujer embarazada adicta, no es posible la formación profesional que generaría la experiencia en estos centros.

En relación al tratamiento de mujeres consumidoras que necesitan rehabilitación, se plantea:

Las mujeres con hijos/as menores, y/o que requieren de cuidado permanente, difícilmente encuentran espacios terapéuticos donde poder internarse con ellos/as, en caso de ser necesario. Los programas de tratamiento para consumidores/as problemáticos con compromiso biopsicosocial severo son de larga estadía, lo que significa que el cuidado de los/as hijos/as debe estar en manos de terceros, muchas veces, por un largo período de tiempo. Es poco habitual que la mujer reciba un apoyo explícito de su red social más cercana, que posibilite el cuidado de los/as hijos/as por un período mayor de seis meses (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Área Técnica en Tratamiento y rehabilitación, 2004, pág.39).

No se puede perder de vista, que el tiempo que la madre consumidora permanece en tratamiento, si éste es en centro protegido bajo modalidad de Comunidad Terapéutica, se produce una desvinculación de la relación madre-hijo, por lo que es importante que se realice también un trabajo psicoterapéutico dirigido a restablecer tal vínculo, por una parte, la relación que se ha perdido en el período de abandono provocado por la ausencia de la madre durante sus episodios de consumo, y por la otra, el tiempo que ha estado desvinculada como producto del tratamiento. Por ello, se hace necesario la implementación de modalidades de tratamiento donde también se incorpore al

niño con el objeto de que mantenga un contacto permanente madre-hijo y para evitar la ruptura del contacto afectivo.

Los programas de rehabilitación que se ofrecen en el área de la cesación del consumo de sustancias están mayormente diseñados y estructurados para varones, lo que hace aún más difícil el ingreso y la permanencia de la mujer dentro de los centros de tratamiento. Sumado a ello está la baja motivación y la alta deserción cuando acuden a los referidos centros en búsqueda de ayuda.

En este mismo orden de ideas, con respecto al comportamiento de la mujer ante la posibilidad de tratamiento, Ocanto (2004), refiere:

El mecanismo de negación en la mujer es más fuerte, debido a las fuertes creencias culturales de que la mujer “no consume ni drogas ni alcohol”, porque se asocia a prostitución, por eso los sentimientos de vergüenza y el estigma acentúan este mecanismo de defensa (pág.74).

Tal como lo plantea González (2008) con relación a la repercusión de la familia adicta en el desarrollo del niño, destaca la influencia nociva de la madre adicta sobre la seguridad personal del hijo, así como del incremento del riesgo para desarrollar una adicción.

En el año 2000, el Estado Venezolano a través de la Fundación José Félix Ribas, comenzó a incorporar la perspectiva de género al tratamiento de la mujer consumidora, tomando en consideración las observaciones realizadas en el Centro Especializado de Prevención y Atención Integral “Dra. Rosa Del Olmo”, en relación al escaso número de mujeres que solicitan ayuda, a la poca participación en el trabajo desde el punto de vista psicoterapéutico y al corto tiempo que permanecían en el proceso de tratamiento, al tener que compartir tales espacios con el sexo masculino y la inhibición que esto genera. Haciendo

referencia a la carencia de programas específicos para el tratamiento de la mujer consumidora, tal como sucede en el año 2000, se plantea:

La cotidianidad misma de nuestro trabajo nos motivó a iniciar una exploración sobre el asunto mujer y drogas, desde la perspectiva de género, por cuanto en el país no existe ningún programa de rehabilitación con este enfoque, ni estudios serios en relación con el tema (Villasmil, 2004, pág.88).

También refiere Villasmil (2004) sobre el concepto que tienen los consumidores masculinos en relación a la mujer consumidora, en lo que se refiere al rechazo y la discriminación de esta no por consumidora, sino sólo por su condición de mujer. Por otra parte, este mismo autor se refiere a la percepción histórica de la subordinación de la mujer, la sociedad patriarcal y la consideración de la mujer como ser inferior. Aun cuando esta visión ha ido cambiando, no así la incorporación de la mujer consumidora a los centros de rehabilitación, pues llegan a tratamiento un menor número de mujeres que no son representativas de la cantidad de mujeres dependientes a sustancias, pues aun cuando hay un mayor número de consumidores varones, también se ha incrementado el número de mujeres consumidoras.

Según Melinkoff (2004), las explicaciones a este incremento de mujeres consumidoras se han encontrado en las crisis socioeconómicas, que ha impulsado la búsqueda de trabajos fuera del hogar, muchas veces subempleo, baja remuneración, una mal entendida búsqueda de igualdad con respecto al hombre, frustraciones derivadas del papel desempeñado en la familia, sobre todo cuando estas expectativas y exigencias la colocan en una posición de desvalorización al no poder cumplir con lo que se espera de ella como mujer. Todo ello son generadores de estados de tensión, angustia y depresión, que la mujer intenta manejar a través del consumo de alguna sustancia, a lo que habría que agregar la escasa capacidad emocional para tolerar las huellas dejadas, en algunos casos, por una experiencia de abuso y maltrato infantil, y en otros, la presencia de alguna

patología preexistente. A todo lo anterior se suma la pérdida de normas, valores familiares y sociales.

Comparando la situación de la mujer consumidora con respecto al hombre consumidor, esta misma autora plantea que ahora, cuando una mujer llega a la adicción de sustancia, la experiencia muestra que su estado es más grave que la de los varones. Esto, quizás, porque la mujer es más vulnerable en términos biológicos; o tal vez, porque la mujer consumidora de drogas sufre a la hora de pedir ayuda, debido a fuertes sentimientos de vergüenza, de culpa (sobre todo si la mujer es madre), disminución de la autoestima, lo cual genera desesperanza, aislamiento social, sentimientos de impotencia, miedo a la estigmatización social; y en otro orden de ideas, falta de servicios especializados para tratar a la mujer (Melinkoff, 2004, pág.113).

Estas barreras son las que hay que enfrentar para brindar la atención que merece esta población. Al no tomar en cuenta las particularidades del ser mujer, en el tratamiento no se atienden las necesidades de la misma.

En la actualidad en el país se han dado algunos pasos en este sentido, aun cuando no es en forma generalizada, aún prevalece el tratamiento mixto; es decir, centros donde son atendidos hombres y mujeres en las diferentes modalidades de tratamiento (ambulatorio, hospital día y comunidad terapéutica) sin hacer la diferenciación de género en los diversos grupos de rehabilitación. La Fundación José Félix Ribas ha incorporado grupos terapéuticos dirigidos a la atención de mujeres, que son coordinados por terapeutas femeninas. La Fundación Misión Negra Hipólita y la Fundación de Protección del Niño, Niña y Adolescente, ésta última adscrita al gobierno del Distrito Capital aperturó una Comunidad Terapéutica de nombre "Argelia Laya" ubicada en Caracas, exclusivamente para adolescentes femeninas, como una búsqueda a la mayor permanencia de esta población en el proceso de tratamiento.

El objetivo del abordaje bajo la perspectiva de género, genera la posibilidad de darle a la mujer espacios que le ofrezcan

una vinculación y que le permitan abordar la problemática que impulsó el consumo de sustancias cuando se inició y que la mantiene en el mismo; es decir, un adecuado diagnóstico sobre su situación individual y particular. Esto a través de la expresión de sentimientos en forma libre, que le brinde confianza, seguridad y respeto de su condición como persona, que esta mujer sienta que es escuchada y no juzgada. Es necesario que se ofrezcan planes de intervención terapéutica diferenciados en todos los centros de tratamiento y no en forma parcial como ha sucedido hasta el presente.

Si bien los pasos para dar una asistencia diferenciada a la mujer han venido creciendo en el país, una preocupación que se incrementa es la atención a la mujer embarazada, pues como se dijo al inicio, esta población presenta aún más resistencia a ser tratada, pues un gran número de ellas tiene temor a asumir ante la familia y la sociedad que aún durante el embarazo continúa consumo de alguna sustancia, a lo que se agrega el miedo a que el recién nacido sea entregado bajo custodia a sus familiares y un gran número de ellas no realizan el respectivo control de embarazo, lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

Pascale (2009), refiere que el período de gestación es un momento oportuno para la búsqueda y adherencia a un tratamiento por parte de las embarazadas, estudios sobre sus sentimientos, emociones e interrogantes, así como sobre el apego madre-hijo han reportado en lo afectivo, sentimientos de gratificación al percibir los movimientos fetales, de compromiso para adherirse al tratamiento por la salud fetal y para cambiar su estilo de vida; aunque tales sentimientos se ven muchas veces acompañados por aspectos ambivalentes, tales como “culpa”, “preocupación” e “incertidumbre”, emociones que se incrementan en los casos donde el embarazo no es deseado, en caso de conductas sexuales de riesgo (prostitución) o bien por situaciones de violencia o maltrato con su pareja o terceros, y cuando existen antecedentes de separación de otros hijos en circunstancias similares.

Con respecto al tratamiento más adecuado para la mujer consumidora embarazada, mientras más prolongada sea

permanencia en el centro de tratamiento, bien sea en internación o en modalidad ambulatoria, mayor es el tiempo de la abstinencia posterior a la culminación del tratamiento. Esta permanencia se asoció con mayor tiempo en abstinencia, obtención de trabajo, disminución en los problemas psiquiátricos y legales, así como un incremento en las actitudes positivas frente a la crianza de sus hijos.

En este orden de ideas, Pascale (2009) también reporta que cuando la intervención se realiza bajo la perspectiva de género, un estudio en mujeres en período de postparto, evidenció una motivación más alta en pacientes incluidas en régimen de hospital de día, que toma en cuenta el cuidado de sus hijos, cuando se compara con programas intensivos donde no tenían el contacto cotidiano con los hijos. Asimismo el pronóstico es más favorable en aquellos programas que incluían estrategias de valoración y cuidado pre y postnatal, disponibilidad de servicios de salud mental, tales como apoyo psicoterapéutico, evaluación y seguimiento psiquiátrico.

Mientras más severa es la dependencia a una o más sustancias, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y problemas legales, mayor es la dificultad para lograr la adherencia al tratamiento, así como la permanencia en el mismo, en cuyo caso se requiere la presencia de atención especializada y un equipo multidisciplinario.

Consecuencias del uso y abuso de drogas durante el embarazo.

El embarazo trae un aumento de la susceptibilidad a muchos agentes químicos por tener la mujer, un estado metabólico especial. Así pues, las madres con adicción a las drogas con frecuencia tienen antecedentes de atención tanto prenatal como postnatal deficiente y tienden a estar en una situación social desfavorable. Estas condiciones pueden dar lugar a resultados adversos del embarazo y las mujeres que se inyectan drogas se encuentran también en riesgo de contraer infecciones como la Hepatitis C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con la posibilidad de transmisión al recién nacido.

El vínculo y el grado de respuesta entre la madre y el recién nacido también se ven comprometidos por la depresión postparto y la violencia doméstica, que complican aún más la relación. Las madres posteriormente tienden a mostrarse reticentes a asistir a servicios sanitarios para recibir educación, tratamiento médico o apoyo social. Además en algunas poblaciones se ha registrado el aumento de la incidencia de maltrato o negligencia del niño y de muertes infantiles. (Ruoti, 2009, pág. 34).

Estos mismos autores señalan que son múltiples los factores que convierten el embarazo de la mujer consumidora de drogas en un embarazo de alto riesgo, por un lado el consumo simultáneo de varias sustancias, asociación frecuente de alcoholismo, tabaquismo y sustancias tóxicas ilícitas; una población de nivel socioeconómico y cultural bajo, con condiciones de vida muy precarias, por otra parte, una vigilancia prenatal escasa o inexistente y finalmente una mayor morbilidad materna y peores resultados perinatales.

En Venezuela, aun cuando la embarazada se encuentre en condiciones de salud satisfactorias, pero presenta un factor de riesgo epidemiológico y/o social como lo es el tabaquismo, consumo de alcohol y/o alguna otra droga, es considerado como un criterio de inclusión para el embarazo de alto riesgo y por lo tanto se debe iniciar el protocolo de atención en los servicios de embarazo de alto riesgo en los centros materno infantiles del país. Así lo indica el manual de atención prenatal y obstétrica de emergencia publicado en el año 2014 por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Es imprescindible tener en cuenta las tres etapas básicas del desarrollo fetal, ya que según el período de exposición del agente químico se pueden encontrar las posibles secuelas. Además, se conoce que los agentes teratogénicos dependen de los factores genéticos para expresarse. Para Ruoti (2009), las etapas del desarrollo fetal son las siguientes:

Fertilización e implantación (desde el momento de la concepción hasta el 17° día de gestación). Aquí

la sustancia actuaría en la división celular con la consecuente interrupción de la gestación.

Embrionario (desde el día 18° hasta el 55° día) Este es el período que ocurren los efectos teratogénicos debido que es el momento de formación de los órganos y de los tejidos.

Fetal (desde el día 56° hasta el nacimiento) Se pueden expresar algunos efectos teratogénicos pero fundamentalmente se encuentra la restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones morfológicas y fisiológicas menores. (p. 35)

Por otra parte, los lactantes de madres con un problema de consumo de drogas, especialmente de las que consumen opiáceos, pueden presentar un síndrome de abstinencia neonatal que requiera tratamiento, están expuestos a un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y, posteriormente, a una disminución del logro de las metas del desarrollo, ya sea por un efecto directo del consumo de drogas o como resultado de los factores ambientales y del estilo de vida asociados con su uso.

La información sobre prevalencia del consumo de drogas en mujeres durante el embarazo es limitada, tanto a nivel nacional como internacional. Para el caso de drogas socialmente aceptadas como el alcohol, son causas de la falta de información o sub-registro el desconocimiento sobre los riesgos que implica beber alcohol durante la gestación, minimización del consumo, sentimientos de culpa, ausencia de controles obstétricos, entre otros. En el caso de las drogas ilegales se le agrega a las causas mencionadas, la falta de pesquisa por parte del personal de salud y el miedo por parte de las mujeres a perder la tenencia de sus hijos.

En general, los efectos adversos del abuso de drogas durante el embarazo parecen claros, pese a algunas limitaciones, tales como la dificultad de aislar los efectos específicos de cada droga, dado el frecuente uso conjunto; la dificultad de la información recabada a las propias interesadas, debido a la tendencia al ocultamiento de información de consumo y el solapamiento

del comportamiento del abuso de drogas con otros problemas socio sanitarios, de modo que también es difícil aislar el efecto específico de cada factor.

Según D'Apremont (2003), algunas características del embarazo en mujeres adictas son las siguientes:

- Conocimiento tardío del embarazo, lo que retrasa la atención obstétrica.
- Mayor frecuencia de infecciones: Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Enfermedades de transmisión sexual.
- Nutrición deficiente y el peculiar estilo de vida que provocan mayor frecuencia de anemias, partos prematuros y neonatos de bajo peso.

La mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño dependerán de la o las drogas consumidas, vía utilizada, dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el cual ocurre la exposición.

La existencia de otros factores de riesgo obstétrico (embarazo en adolescente, gestante añosa, malnutrición materna, anemia, enfermedades infecciosas transmisibles, ausencia de controles obstétricos, exposición a contaminantes ambientales) algunos de estos desde el punto de vista epidemiológico asociados con mayor frecuencia al consumo de drogas, dificultan aún más el diagnóstico etiológico e incrementan el riesgo de complicaciones.

Con respecto a los efectos negativos para el niño provocados por el consumo de sustancias lícitas e ilícitas por parte de la madre, Lugones (2005), plantea que se pueden producir por:

- Alteraciones del curso de la gestación que inducirán partos prematuros.

- Alteraciones morfológicas y/o del crecimiento fetal generadas por las sustancias, como el menor peso que presentan los hijos de las fumadoras o el síndrome alcohólico fetal.
- Sufrimiento fetal intraparto y tras el nacimiento con riesgo aumentado de mortalidad perinatal.
- Transmisión de infecciones, riesgo que está presente tanto durante el embarazo como en el parto.
- Estilo de vida que conduce a la adicción, desde la falta de condiciones higiénicas adecuadas, pasando por la ausencia de cuidados perinatales, hasta la deficiente nutrición materna.

Para D'Apremont (2003), el período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico. El período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de malformaciones congénitas (efecto teratogénico). El concepto actual de agente teratógeno no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir alteraciones bioquímicas o funcionales.

Un órgano en desarrollo es más susceptible al daño estructural y/o funcional por una sustancia química. No existe una dosis segura a la cual la exposición no ocasione daño. Esto reafirma el concepto de que el consumo de sustancias durante el embarazo constituye un abuso.

El consumo de etanol durante el embarazo es la principal causa de retardo mental en el mundo occidental. Se calcula que 1 de cada 3000 nacidos vivos padece un conjunto de alteraciones causadas por el consumo materno de alcohol durante el embarazo y se denomina Síndrome Alcohólico- Fetal (SAF). (Ladero, 2003, pág.503).

Este autor también indica que el síndrome comprende alteraciones tales como retraso del crecimiento pre y post-natal,

alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC), facies característica y anomalías congénitas diversas.

Desde su primera definición del SAF, se describe a la cara de los niños afectados con características particulares durante la primera infancia, observándose hendiduras palpebrales cortas, labio superior fino (en ocasiones puede haber labio leporino con o sin paladar hendido) y surco naso labial aplanado, a veces inexistente. Dichas manifestaciones suelen no ser tan evidentes al momento del nacimiento y pueden desaparecer en la adolescencia, de modo que en un adulto no es posible distinguir a un nacido con SAF solamente por el aspecto facial.

El alcohol atraviesa la placenta alcanzando niveles en sangre fetal mucho más elevados que en la madre. Su metabolismo es menor en el feto, tanto el alcohol como su metabolito (acetaldehído) son tóxicos para los órganos fetales, induce muerte celular e inhibe la proliferación de células fetales, altera la placenta disminuyendo el pasaje de nutrientes (glucosa, vitamina B6 y aminoácidos) a través de la misma, contribuyendo a una malnutrición fetal.

Los sistemas endocrinos materno y fetal también se ven alterados, la hipoxia (de privación de oxígeno en un tejido) es responsable de malformaciones y trastornos neurológicos; no se conocen con exactitud los mecanismos por los cuales el alcohol la produce, posiblemente por vasoconstricción de vasos placentarios y umbilicales, reducción del flujo sanguíneo cerebral fetal y por la acción de radicales libres, cuya formación se ve favorecida por la ingesta crónica o bien por el consumo de otras drogas como el tabaco.

El consumo de tabaco durante el embarazo se ha asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, parto de pre término (con los riesgos neonatales vinculados a la prematurez), placenta previa, estados de hipercoagulabilidad con mayor riesgo de trombosis, desprendimiento prematuro de placenta (cuadro de elevada mortalidad materna y perinatal) y muerte fetal intrauterina. El recién nacido presenta una mayor prevalencia de bajo peso al nacer,

enfermedades respiratorias, Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), trastornos del comportamiento y del aprendizaje.

En grandes fumadoras existe una mayor incidencia de hijos con parto prematuro y bajo peso al nacer. El consumo de tabaco parece incrementar el riesgo de placenta previa, rotura precoz de la bolsa y hemorragia peripartal de cualquier etiología. Los niños de madres fumadoras tienen con frecuencia un deterioro de la función respiratoria que se manifiesta a lo largo de su vida.

Existe poca evidencia para la asociación entre fumar durante el embarazo y anomalías estructurales mayores. Sin embargo se ha informado deformidades faciales, enfermedades cardíacas, congénitas y gástricas.

En relación al consumo de cocaína, Ladero, (2003), refiere lo siguiente:

La cocaína atraviesa la placenta y produce efectos nocivos en el feto, especialmente lesiones cerebrales isquémicas que pueden ser causa de muerte intrauterina o de daño cerebral definitivo en la vida extrauterina. Es posible que este daño cerebral sea responsable de que muchos de estos niños padezcan hiperexcitabilidad, crezcan con trastornos de personalidad y de la organización de la respuesta a estímulos ambientales y retraso en el desarrollo cognitivo. (pág. 505)

Durante el primer trimestre del embarazo, se produce una mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína, como microcefalia, reducción de talla y perímetro craneano, alteraciones genitourinarias (anomalías uretrales, hidronefrosis), esqueléticas (acortamiento de miembros) y cardiovasculares (trasposición de grandes vasos, coartación de aorta).

Muchas de estas alteraciones se explicarían por la vasoconstricción fetal e hipoxia de órganos en desarrollo. Una limitante

para relacionar directamente la cocaína con dichas malformaciones ha sido el policonsumo, ya que hay drogas como el alcohol etílico que tienen una acción teratogénica conocida y bien definida, pudiendo determinar muchas de estas alteraciones.

Se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína (clorhidrato, pasta base y crack), poco frecuente, que pudiera aparecer en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertensión, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación.

De acuerdo a Lugones (2005), a los niños que nacen de madres adictas a la cocaína durante el embarazo, fueron denominados “bebés cracks”, y declarados como una generación perdida. Se decía que esa generación sufriría daños irreversibles, una menor inteligencia y habilidades sociales reducidas, luego se determinó que esto había sido una exageración, ya que la mayoría de los “bebés cracks”, parecía que se recuperaban bien; no obstante, los científicos han descubierto que se producen pequeños cambios, pero muy importantes para el futuro, en particular el relacionado con el comportamiento adecuado para el éxito en la escuela, como la habilidad de bloquear las distracciones y la concentración a largo plazo.

Con respecto al consumo de cannabis durante el embarazo, que algunas gestantes pueden justificar por su efecto antiemético, parece asociarse a una tasa más alta de prematuridad y de inmadurez fetal, o al menos de una menor edad gestacional en el momento del parto, así como de complicaciones obstétricas. Estas últimas podrían estar en relación con los efectos directos del Delta Tetrahidrocannabinol (THC) sobre el útero, en el que se han identificado receptores específicos para este cannabinoides.

El Tetrahidrocannabinol (THC) atraviesa la placenta en grado variable, por lo que cabe esperar algún efecto directo sobre el desarrollo fetal. No está demostrada una teratogenicidad (malformaciones) por consumo materno de marihuana. Otros posibles efectos de exposición intrauterina de marihuana son discutidos.

Si bien el policonsumo de marihuana y otras drogas como alcohol y tabaco es muy frecuente, existen reportes que relacionan el uso de marihuana durante la gestación con restricción del crecimiento uterino y recién nacidos con bajo peso al nacer. La marihuana disminuye la perfusión útero-placentaria y eso explica la reducción de aportes y nutrientes al feto y como consecuencia restricción del crecimiento. El uso de marihuana durante el embarazo se ha asociado con la aparición de trastornos neurocomportamentales en niños de madres consumidoras (trastornos del sueño, alteraciones visuales, déficit atencional, hiperactividad).

El consumo de anfetaminas en mujeres surgió a finales de la década del cincuenta cuando se emplearon como anorexígenos, limitándose su uso debido a su capacidad de producir dependencia y a la aparición de efectos no deseados.

Las drogas de síntesis de tipo anfetamínicos como la metanfetamina y metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) son consumidas con fines recreativos y se consumen en fiestas de música electrónica y lugares relacionados con la misma, habitualmente como pastillas por vía oral. El consumo de derivados anfetamínicos durante el embarazo se ha relacionado con mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina. Existe una repercusión negativa sobre el crecimiento fetal y un incremento de las malformaciones cardíacas y del paladar hendido.

Los datos acerca de las drogas de diseño y especialmente el éxtasis, son escasos pero apuntan hacia un mayor riesgo de malformaciones congénitas en niños nacidos de gestantes que ingirieron MDMA durante el embarazo.

Las mujeres embarazadas consumidoras de opiáceos pueden presentar una sobredosis o intoxicación aguda, cuadro que dependiendo del opioide, puede determinar coma y depresión respiratoria. Hay casos que se acompañan de arritmias y/o convulsiones. La sustancia atraviesa la placenta, pudiendo ocasionar intoxicación fetal.

El embarazo de pacientes consumidoras de heroína es de alto riesgo y puede verse interrumpido por un aborto espontáneo o un parto adelantado de un niño prematuro o con retraso del crecimiento. La muerte fetal intraútero, la preclampsia son más frecuentes en estas mujeres.

En el caso de las mujeres dependientes de opiáceos, al suspender el consumo presentan un síndrome de abstinencia caracterizado por nerviosismo y deseos de consumir, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, mialgias, calambres, piloerección, náuseas, vómitos y diarreas. El estrés ocasionado por la abstinencia materna tiene un efecto negativo en la salud fetal, habiéndose encontrado niveles elevados de adrenalina en líquido amniótico. Como consecuencia de esto, el feto puede manifestar fluctuaciones cíclicas de intoxicación y abstinencia. El recién nacido puede presentar el síndrome de abstinencia dado por irritabilidad, temblor, deshidratación, llanto continuo y diarrea, de aparición en las primeras 24 horas de nacimiento.

Los niños recién nacidos de madres consumidoras de heroína unen a su probable prematuridad y retraso del crecimiento dos riesgos específicos. El primero de ellos es la transmisión intraparto de la más que probable infección materna por Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es imprescindible conocer el estado de la gestante heroínómana respecto a estos virus para tomar las medidas preventivas adecuadas. En el caso de VIH se recomienda mantener un tratamiento antirretroviral adecuado durante el embarazo, mientras que el riesgo de transmisión de VHB se previene administrando al niño, en el momento del nacimiento, vacuna y gammaglobulina específica contra el virus. El parto por cesárea reduce significativamente el riesgo de adquirir ambas infecciones en el momento del parto.

Los solventes son hidrocarburos derivados del petróleo, y este grupo incluye varios grupos comerciales, de uso industrial y doméstico. El consumo habitual de solventes se concentra en una población que oscila entre 7 y 14 años, proveniente de un medio socioeconómico deficitario. Se caracterizan por su

alta volatilidad, propiedad que explica su forma de consumo, por vía inhalatoria, con rápido inicio de efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Se utilizan en recipientes semicerrados (bolsas de nylon, latas abiertas) y en caso de líquidos, empapando telas e inhalándolas. Son sustancias liposolubles de alta disponibilidad, dado su fácil acceso y bajo costo. Habitualmente se consume bajo forma de pegamentos, thinner.

El abuso de solventes en mujeres embarazadas puede producir el síndrome fetal por solventes, caracterizado por micrognatia (mandíbula muy pequeña), orejas de implantación baja, gran fontanela anterior.

La exposición laboral al tolueno durante la gestación produce la llamada embriopatía toluénica, caracterizada por microcefalia, micrognatia, labio leporino, retraso del desarrollo intelectual y físico y otras malformaciones leves (disminución de hendidura palpebral, dedos "en espátula" con uñas hipoplásicas). También se han asociado casos de acidosis tubular renal en los niños de madres consumidoras de tolueno.

En los casos de abuso de gasolina, se ha descrito un síndrome que incluye retraso mental, hipotonía, grandes pómulos y frente estrecha. El abuso de tolueno y algunos hidrocarburos halogenados durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo y prematuridad.

En relación a la cafeína, no hay evidencia alguna de que el consumo de cafeína durante el embarazo incremente el riesgo de malformaciones congénitas.

Las benzodiacepinas pertenecen al grupo de los psicofármacos, presentando entre sus propiedades efectos sedantes y ansiolíticos (popularmente llamados tranquilizantes). Son los psicofármacos de mayor prescripción a nivel mundial. Utilizados frecuentemente por mujeres con fines de abuso o por dependencia a punto de partida de un tratamiento o en ocasiones mezclándolos con alcohol, potenciando los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

Las benzodiacepinas atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en los órganos fetales. Como fármacos son considerados por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, categoría D. No deberían ser utilizados durante el embarazo: Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, Midazolam.

Las benzodiacepinas han demostrado potencial teratogénico en el ser humano, de ahí la recomendación de no ser utilizadas en el primer trimestre del embarazo. En este período se ha asociado con mayor riesgo de paladar hendido, asimetría cráneo facial e hipertelorismo ocular por algunos autores. Si la mujer consume benzodiacepinas en el último trimestre del embarazo, existe riesgo de depresión neonatal. El recién nacido puede presentar letargia, hipotonía, llanto monótono, dificultad para alimentarse, llamado “Síndrome del recién nacido flácido”, de duración variable (varios días), por la inmadurez de los sistemas metabólicos y la eliminación lenta de las benzodiacepinas. Por otra parte, el recién nacido puede presentar síndrome de abstinencia de severidad variable, caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertonía y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones, alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Su aparición puede tardar varios días después del nacimiento.

En función de los resultados de las encuestas aplicadas a dos especialistas en el área tanto de ginecología y obstetricia y psiquiatría, cuyos datos se mencionan al inicio de este trabajo, y quienes laboran en centros en los cuales se atienden mujeres embarazadas, se evidencia que durante el período enero-diciembre 2014, del total de pacientes atendidas, 8 de ellas, con edades comprendidas entre los 15 y 37 años, presentaron sintomatología relacionada al abuso de sustancias, confirmada por las propias pacientes durante el interrogatorio médico al llegar a la admisión de emergencia de la sala de partos, todas ellas tenían embarazos no controlados, con edad gestacional entre 11 y 34 semanas.

En todos los casos se encontró la presencia de desnutrición, caries dentales, desorientación temporo-espacial en forma variable, hablar lento (bradilalia), risa fácil inmotivada, agresivi-

dad, lenguaje escatológico. Los intentos para dejar el consumo fueron fallidos, corroborado posterior a los partos atendidos de estas pacientes. Se observó en dichas pacientes temblores, fiebre, náuseas, delirio, agresividad, intranquilidad e intento de fuga del centro hospitalario, síntomas correspondientes a un síndrome de abstinencia. Generalmente se trata de embarazos no deseados, producto de promiscuidad, coacción, pago por drogas, padres desconocidos, bajo nivel educativo y socioeconómico. La mayoría de ellas son consumidoras de alcohol y crack. De esta población las parejas de cuatro pacientes resultaron ser consumidores.

Una vez confirmado el problema de consumo, estas pacientes son referidas al servicio de psiquiatría y estudios sociales; sin embargo, no se realiza seguimiento por la dificultad de contactarlas posterior a su egreso del centro materno y por inasistencia de estas pacientes a las consultas sucesivas. Con relación a los recién nacidos producto de estos embarazos, se observan con bajo peso al nacer, irritabilidad, sepsis y alteración de los reflejos propios del recién nacido.

CONCLUSIONES

Así como las mujeres adictas son vistas cada vez más como una población que requiere una atención especializada, los niños nacidos de estas madres necesitan también una atención especial.

La relación entre los trastornos por el consumo de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro.

Las personas que sufren de una adicción y sus familias, son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley. Son con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación. Estas consecuencias son más visibles en los niveles bajos del poder adquisitivo.

En general, las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el ámbito social las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación.

La incidencia del consumo de drogas de cualquier tipo en la población de mujeres en edad fértil, es elevada. Los efectos a largo plazo dependen de muchos factores, sin embargo, los daños intrauterinos son determinantes.

Ante la menor sospecha de consumo de drogas se debe poder descartar mediante historia clínica y evaluaciones paraclínicas.

El consumo deliberado de drogas debería considerarse un abuso o maltrato infantil, por lo que se podría exhortar a la madre mediante medidas de protección a iniciar tratamiento de deshabitación o al inicio de abstinencia inmediata para proteger el embarazo y al recién nacido.

La actual incidencia de niños con problemas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos orgánicos cerebrales congénitos, trastornos secundarios a enfermedades de la lactancia y edad pre-escolar de carácter prevenible como infecciones respiratorias, asma, desnutrición y traumas, son en gran medida secundarios a consumo materno de sustancias durante el embarazo y después del nacimiento.

Es necesario implementar la coexistencia coordinada de servicios de atención de embarazo de alto riesgo obstétrico, con centros de atención a la mujer consumidora de sustancias de abuso, estos últimos adaptados a las necesidades psicosociales de las madres usuarias en términos de contención familiar, pareja consumidora o no, situaciones de violencia a la mujer o maltrato infantil, presencia de comorbilidad psiquiátrica, necesidades de atención de los recién nacidos y otros hijos previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, B., Manzanares, M. A., Manau, D., Chávez, M. A. (2012). **Hábitos tóxicos y reproducción**. Consultado el 19 de mayo de 2015 de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_reprod_04_habitos_toxicos_dra_acevedo.pdf
- Calvo, H. (2004). **Maternidad, Infancia y drogas**. Implicaciones Clínicas. Revista Adicciones. Vol. 16, Nro. 4. Páginas 295-314 Consultado el 19 de mayo de 2015 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1058827>
- D´Apremont, I. (2003). **Drogadicción en el embarazo y lactancia**. Medwave. 2003 Nov; 3(10):el956 Consultado el 19 de mayo de 2015. DOI: 10.5867/medwave.2003.10.1956
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. **Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación**. (2004). Mujeres y Tratamiento de Drogas. Orientaciones Técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Consultado el 19 de mayo de 2015. URL: https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=mujeres+y+tratamiento+de+drogas+orientaciones+t%C3%A9nicas+para+la+incorporaci%C3%B3n.
- González, R. (2008). **Las Adicciones a la luz de la ciencia y el símil**. Caracas: Fundación José Félix Ribas.
- Hernández, G. (2002). **Abuso de sustancias y alcohol**. En Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Págs. 594-611. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.

- Ladero, J.M. (2003). **Drogadicción y embarazo.** En Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Segunda Edición. Págs 503-508. Madrid: Panamericana
- López, V., (2011). **Adicción a las drogas, factores, prevención y salud.** En Tópicos en psicología de la salud. Primera Edición. Págs. 83-115. Caracas: Publicaciones Universidad Católica Andrés Bello.
- Lugones, M., Madruga, M. Echevarría, G. (2005). **Cocainomanía, adicción y embarazo: tres años después.** Revista Cubana de Medicina General Integral versión on-line. Vol 21. N 3-4 Consultado el 19 de mayo de 2015 de https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=Cocainoman%C3%ADa%2C+adicci%C3%B3n+y+embarazo:+tres+a%C3%B1os+despu%C3%A9s
- Melinkoff, S., (2004). ¿Por qué desde una perspectiva de género? En Mujer, drogas y género. **“Un problema sin atención”** Págs 105-115. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A.
- Ministerio del Poder Popular Para La Salud-MPPS. (2014). **Protocolos de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.** Primera edición: Marzo 2014. Disponible en: www.paho.org/.../protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf. Recuperado Mayo 19, 2015.
- Mosteiro, C., Rodríguez, M. (2005). **Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.** Madrid: Instituto de Adicciones. Consultado el 19 de mayo de 2015 en URL: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/MujeryAdiccion.pdf>.
- Ocanto, A. (2004). Tratamiento de la mujer farmacodependiente. En Mujer, drogas y género. **“Un problema sin atención”.** Págs. 65-75. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2014). Documentos oficiales **El Problema de Las Drogas en Las Américas: Capitulo 2: Drogas Y Salud Pública.** Consultado el 19 de mayo de 2015 en www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS.

Organización Mundial de la Salud (1992). **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)**. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Pascale, A. (2009), **Consumo de drogas durante el embarazo: Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia**. 90 páginas. Consultado el 19 de mayo de 2015 en www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,24723.

Romero, M., Cecilia, G. (s.f). **La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento**. Revista LiberAddictus. Páginas 13. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Ruoti, M.I. Y otros. (2009). **Uso y Abuso de Drogas durante el embarazo**: Artículo de Revisión. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Vol7. On-line versión ISSN 1812-9528. Consultado mayo 28 de 2015 de https://www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=Ruoti%2C+M.I.+Y+otros.+2009.++Uso+y+Abuso+de+Drogas+durante+el+embarazo

Ministerio del Poder Popular Para La Salud-MPPS. (2014). Protocolos de Atención. **Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia**. Primera edición: Marzo 2014. Consultado mayo 28 de 2015 de www.paho.org/.../protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pd.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). Sistema Nacional de Tratamiento de las Adicciones **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°39.676** de fecha 18 de mayo de 2011

Villasmil, J. (2004). La mujer consumidora de drogas desde una perspectiva de género: **“Una exploración inicial”**. En Mujer, drogas y género. “Un problema sin atención”. Págs. 85-100. Caracas: Gráficas Graü 2000, C.A. Consultado mayo 28 de 2015 de www.google.co.ve/?gws_rd=ssl#q=La+mujer+embarazada+con+problemas+de+adicciones:+consideraciones+de+g%C3%A9nero+%2C+investigaci%C3%B3n+y+tratamiento.

AUTOPSIAS BIOPSIOSOCIALES: HERRAMIENTA
DE INVESTIGACIÓN POSTMORTEM EN LA REALI-
ZACIÓN DE EXPERTICIAS FORENSES EN LA UNI-
DAD TÉCNICA ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE VÍCTIMAS MUJERES, NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO,
VENEZUELA

Pérez Delgado, Wilfredo

Jefe de la Unidad Técnica Especializada para la
Atención Integral a la Víctima, Mujeres, Niñas, Niños y
Adolescentes del Ministerio Público

Parra, Indira Lucía

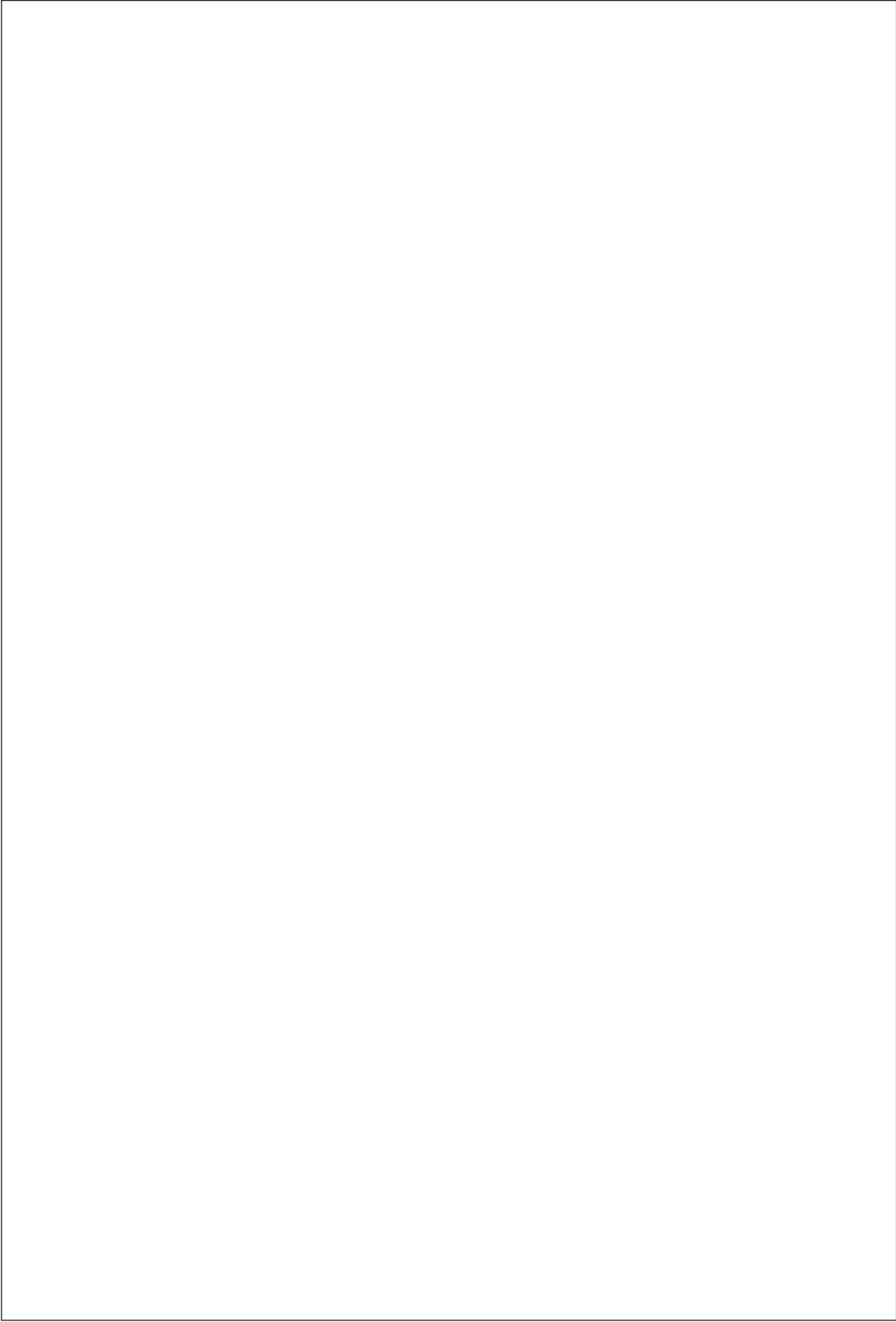
Psiquiatra Forense de la Unidad Técnica Especializada
para la Atención Integral a la Víctima, Mujeres,
Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público

Muñoz Valero, Ciro

Psicólogo Forense de la Unidad Técnica Especializada
para la Atención Integral a la Víctima, Mujeres,
Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público

Perdomo Espinoza, Arnaldo

Trabajador Social Forense de la Unidad Técnica
Especializada para la Atención Integral a la
Víctima, Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes
del Ministerio Público



RESUMEN

La autopsia psicológica es una herramienta de investigación forense postmortem, retrospectiva e indirecta, utilizada fundamentalmente para orientar a los operadores de justicia en casos de muerte dudosa y en victimología. Es una técnica científica que, luego de la muerte, nos permite describir cómo era la víctima en vida, haciendo énfasis en sus rasgos de personalidad, nivel de estrés, enfermedades mentales y las referencias de expresión de ideación o intención suicida. En Venezuela, el Ministerio Público a través de la Unidad de Atención Integral a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes ha utilizado esta técnica en el marco de la legislación vigente, para contribuir al esclarecimiento de muertes dudosas (suicidio, homicidio y accidente), así como también con fines de análisis comportamental criminalístico y de perfilación criminal. Se propone un modelo de autopsia biopsicosocial que integra los aportes de las diferentes disciplinas científicas (psiquiatría, psicología y trabajo social) para lograr una comprensión global de los fenómenos estudiados. Finalmente se presentan casos que ejemplifican la experiencia de aplicación de la autopsia biopsicosocial en la Unidad.

Descriptores: investigación forense postmortem, autopsia psicológica, suicidio, victimología, autopsia biopsicosocial.

ABSTRACT

The psychological autopsy is a postmortem, indirect and retrospective forensic investigation tool, primarily used to guide to the administration of justice in cases of suspicious death and victimology. It is a scientific technique that, emphasizing their personality traits, stress level, mental illness and references expression of suicidal ideation or intent, allows us, after people death, to describe how the victim was when it was alive. In Venezuela, the Attorney General through the Unit for Integral Care of Victims: Women, Children and Adolescents has used this technique under current legislation, to contribute to the clarification of questionable deaths (accidents, homicide and suicide), as well as behavioral criminalistics purposes and offender profiling analysis. Autopsy biopsychosocial model that integrates the contributions of different scientific disciplines (psychiatry, psychology and social work) to achieve a comprehensive understanding of the phenomena studied is proposed. Finally cases that exemplify the experience of application of the biopsychosocial autopsy Unit are presented.

Descriptors: forensic postmortem investigation, psychological autopsy, suicide, victimology, biopsychosocial autopsy.

INTRODUCCIÓN

La técnica de autopsia psicológica es una herramienta de investigación que en la actualidad posee un amplio espectro de aplicación que va desde el campo forense, criminalístico y criminológico, hasta el derecho penal y civil. En el campo forense se utiliza fundamentalmente para orientar a los operadores de justicia en casos de muerte dudosa y en victimología. Se trata de un procedimiento científico que, luego de la muerte, nos permite describir cómo era la víctima en vida, mediante una reconstrucción retrospectiva de su personalidad, de su historia de vida, haciendo énfasis en su estilo de vida, rasgos de personalidad, nivel de estrés, enfermedades mentales padecidas, y las referencias de expresión de ideación o intención suicida. Se otorga especial atención a las circunstancias previas ocurridas los días antes de la muerte. La información se obtiene de fuentes documentales y de las entrevistas con familiares, amigos, compañeros de estudio o de trabajo. En nuestro país esta técnica ha sido utilizada en el marco de la legislación venezolana, por el equipo de expertos forenses del Ministerio Público (médicos psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales) para contribuir al esclarecimiento de muertes dudosas (suicidio, homicidio y accidente), así como también con fines de análisis comportamental criminalístico y de perfilación criminal. Este artículo recoge los aportes y la experiencia de aplicación de la autopsia psicológica en la Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público de Venezuela. Se exponen ejemplos de casos que describen el uso de la técnica, su objetivo, metodología y los aportes de la misma en la investigación forense postmortem.

Aspectos teóricos

Antecedentes históricos

La primera referencia de la autopsia psicológica como técnica pericial se recoge de un estudio realizado en el año 1947 en la Habana, Cuba a un teniente de nombre Jack Lester Mee, héroe de la Segunda Guerra Mundial, quien fue víctima de homicidio presuntamente a manos de su amante. A solicitud de la defensa de la dama, se solicitó un estudio psicológico para probar que el occiso era “anormal y peligroso”. En ese entonces se efectuó el estudio de cartas, diario íntimo y un libro de poemas escrito por la víctima; también revisaron su historia médica en el Hospital Militar, pudiendo establecer que padecía de un trastorno de personalidad en el área sexual.

Posteriormente, a finales de los años 50 en Los Ángeles California, el médico forense Theodore Curphey, investigando muertes por drogas y sintiéndose frustrado por los hallazgos obtenidos, solicitó la colaboración de un grupo de expertos en el estudio de la conducta, entre quienes se encontraban Farberow, Shneidman y Litman. Fue este grupo de investigadores, quienes finalmente crearon una guía para dar respuesta a la necesidad de definir la etiología médico-legal de muertes dudosas, donde no se disponía de elementos suficientes para afirmar su causa, y acuñaron por vez primera el nombre de “autopsia psicológica” para este procedimiento.

En 1979, en la Ciudad de México, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, propuso un método de autopsia psicológica para el estudio del suicidio, el cual consistió en entrevistas semiestructuradas, que serían sometidas a revisión con posterioridad, ya que según sus propios creadores dejaba margen a la interpretación subjetiva. Durante los años 1982 y 1984, la Sociedad Estadounidense de Medicina (AMA) y la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) aplicaron un método similar utilizando entrevistas semi estructuradas en médicos que se habían suicidado.

En la década de los 90, Chile y Honduras también utilizaron protocolos de autopsia psicológica y desarrollaron investigacio-

nes en torno a ella. En 1997, en el II Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica realizado en La Habana, Cuba, la psiquiatra Teresita García Pérez presentó el Método de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) como una metodología sistematizada y probada desde el punto de vista científico y práctico. Este mismo año, fue introducido su uso en Argentina desde el área de la Psicología Jurídica.

En 1999 se utilizó por vez primera el Modelo de Autopsia Psicológica (MAPI) en Costa Rica. En el 2001 en Colombia, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá aplicó el MAPI al estudio de muertes por suicidio y en el 2003 se amplió su aplicación a muertes por homicidio.

En Venezuela, en el año 2002, los psiquiatras y psicólogos forenses del Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (CICPC), utilizaron por vez primera el modelo, realizando la autopsia psicológica a una joven estudiante, quien fue hallada sin vida en un paraje solitario del estado Miranda, siendo imputado por el caso su médico psiquiatra. El estudio se realizó con el objetivo de determinar el estado mental de la estudiante antes de su muerte. Se efectuó una revisión documental de los escritos dejados por la víctima (diario, redes sociales y cartas), expedientes médicos, legales y educativos, y se realizaron entrevistas a familiares y personas cercanas. Los resultados indicaron que la joven padecía de un trastorno de personalidad, condición mental que no comprometía su capacidad de juicio, raciocinio y la capacidad de actuar libremente, y no de esquizofrenia (donde si están comprometidas las capacidades mencionadas) como pretendió alegar la defensa del victimario, para favorecer un atenuante de la pena.

A finales del 2010 y principios del 2011, la Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público en Venezuela, aplicó el modelo de autopsia psicológica como un procedimiento de investigación en el caso de muertes dudosas y con fines de análisis comportamental criminalístico y de perfilación criminal que se efectúan como parte de la investigación de un homicidio o femicidio, para establecer características de la víctima que

podieron constituirse en factores de riesgo, facilitadores o precipitantes de la conducta homicida o femicida. Más adelante presentaremos dos ejemplos de autopsia psicológica desarrolladas para estos fines.

Conceptualización, supuestos y objetivos

La autopsia psicológica es un método de investigación retrospectiva e indirecta de las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo un individuo, teniendo como objetivo principal acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte. Nace para dar respuesta a la necesidad de definir la etiología médico-legal de muertes dudosas, donde no se disponía de elementos suficientes para afirmar su causa. No es más que un proceso de recolección de datos que nos permite explorar y describir el estado psicológico previo a la muerte de una persona.

La autopsia psicológica es entendida como un proceso de recolección de datos que permite reconstruir el perfil psicológico de una persona y su estado mental antes del deceso por causa dudosa (suicidio, homicidio, muerte accidental o natural). Es la exploración psicobiográfica de las conductas y de la vida anímica de la persona, encaminada a esclarecer las causas de su muerte. Se realiza mediante investigaciones de tipo retrospectivas, indirectas y postmortem (Pérez, 2012).

Se basa en el supuesto de que la vida psíquica de todo ser humano deja huellas de una u otra forma, por ejemplo, a través de documentos, el lugar donde vivió, la relación que tuvo con otras personas, y una vez fallecida la persona, un especialista debe ser capaz de verificar estas huellas subjetivas dejadas en su compilación y decodificarlas con las características psíquicas de la persona, sus conflictos y su dinámica interior.

Mediante esta técnica se buscan estas huellas psicológicas que el psiquismo y la conducta de una persona ha dejado en vida, pudiendo describir y comprender el perfil probable de su personalidad, detectar factores de riesgo suicida o descartarlos, evaluar el estado mental al momento de la muerte, establecer

áreas de conflicto y de crisis, establecer el modelo vincular, estudiar su entorno social e historia familiar y de muertes familiares (García, 2007).

La autopsia psicológica persigue fundamentalmente los siguientes objetivos:

- Conocer y determinar el modo de la muerte (homicidio, suicidio, accidente, muerte natural). No la causa, ni la manera.
- Conocer el comportamiento de las víctimas antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte.
- Explicar las condiciones psicológicas de las personas que han fallecido.
- Ayudar en la recuperación emocional de los sobrevivientes.

Pautas sugeridas para la realización de una autopsia psicológica

Como ya hemos señalado, la autopsia psicológica es un método de investigación, por lo tanto es un proceso sistemático de recolección de datos, que se desarrolla por etapas las cuales pueden variar dependiendo de las características del evento en estudio. Como toda investigación requiere básicamente de las siguientes etapas: planificación, ejecución y elaboración del informe final. Puede realizarse individualmente o en equipo (psicólogo, psiquiatra, trabajador social), y posteriormente contrastar los datos de la escena con las evidencias y la información obtenida de los entrevistados.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia forenses de Colombia (2010), refiere que para la realización de la autopsia psicológica el perito psiquiatra, psicólogo o trabajador social debe contar con la carpeta o expediente del caso que incluya

fijación descriptiva, fotográfica y topográfica del lugar donde sucedieron los hechos; entrevistas realizadas a testigos presenciales, allegados y familiares del fallecido u otros informantes; informe de actividades investigativas realizadas; protocolo de necropsia; historias clínicas, estudios realizados por las diferentes áreas de criminalística.

Esta etapa de revisión documental, también contempla la revisión minuciosa de la historia clínica (médica, psiquiátrica, psicológica) de la víctima, diario personal, cartas, redes sociales (correos, facebook, twitter, instagram), expediente educativo, expediente laboral, record telefónico, documentos escritos, fílmicos o de audio y pertenencias del fallecido (música, afiches, colecciones). Se debe tener especial cuidado de no obviar detalles tales como notas a pie de página, si los documentos son originales, copias o han sido alterados, correlacionar fechas de los documentos.

En la etapa de planificación se seleccionan las personas a entrevistar. Es recomendable citar al menos a cuatro (04) personas, en casos excepcionales se pueden seleccionar tres, disponiendo de otras fuentes alternas de información. Los criterios deseables de los entrevistados incluyen:

- Porvenir de ambientes relacionados con el (la) fallecido (a), a nivel familiar, social, laboral, educativo o terapéutico (padres, hijos, hermanos, parejas, abuelos, amigos, enemigos, médicos, psicólogos, psiquiatras, docentes, compañeros de estudio o trabajo, vecinos).
- Tener un conocimiento cercano de la persona fallecida.
- No estar implicados en el caso como indiciados o sospechosos de posible homicidio.

Idealmente se exige que hayan transcurrido entre uno (1) y seis (6) meses después de la muerte, pues el recuerdo se conserva mejor en este periodo, sin que los fenómenos propios de las primeras etapas del duelo y las distorsiones retrospectivas

normales causen interferencia en la información aportada. Se recomienda citar telefónicamente a las personas a entrevistar, preferiblemente debe hacerlo el propio entrevistador, con el fin de que aclare el objetivo de la entrevista e inicie el establecimiento del rapport con la persona (establecer una comunicación efectiva en el marco de una relación empática). Adicionalmente en todos los casos se debe formalizar la citación por escrito.

En la etapa de ejecución, se realizan las entrevistas siguiendo un modelo de entrevista semiestructurada, teniendo en cuenta que la información que se toma es sobre la persona fallecida a través de un tercero. Es importante recordar que no estamos haciendo un peritaje a los entrevistados, por lo tanto, las preguntas deben estar relacionadas con la víctima.

El Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) propuesto por la Dra. García (2007) y las pautas sugeridas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (2010), coinciden en que es importante incluir los en las entrevistas siguientes aspectos:

Datos sociodemográficos.

- Pertenencia a grupos religiosos, gremiales o similares.
- Historia personal y antecedentes, cubriendo las diferentes etapas y áreas de exploración con énfasis en el manejo del estrés, control de los impulsos, actividades delictivas y redes de apoyo.
- Tratamientos psicológicos o psiquiátricos recibidos.
- Consumo de sustancias y conducta mostrado bajo el efecto de las mismas.
- Historia familiar, con patrones relacionales, antecedentes de suicidio, manejo de situaciones de estrés y resolución de conflictos, creencias, ideologías, entre otros.

Comportamiento del fallecido en los días previos a la muerte y eventos que rodearon los hechos, comentarios, gestos y actos suicidas previos, selección de método, cambio de hábitos, planes a corto, mediano y largo plazo, precauciones o previsiones inusuales, declaraciones de amenazas o temor de agresión de otros, preocupaciones por problemas laborales, familiares, generadores de estrés que puedan actuar como precipitantes o detonantes.

No existen test específicos que apoyen una investigación forense mediante la técnica de autopsia psicológica. Se cuenta con protocolos para la recolección de la información, tales como el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) de García (2007), que contempla los elementos ya señalado, además, se recomienda la aplicación de entrevistas semiestructuradas por ser menos cerradas y limitar menos la toma de datos en el marco de una investigación forense.

Una vez recolectada toda la información documental y realizadas las entrevistas, viene la etapa de elaboración del informe pericial o dictamen de la autopsia psicológica. El modelo a seguir es el mismo utilizado para una persona viva. Se debe utilizar una terminología comprensible para el solicitante de la valoración. En el análisis, conclusión, e interpretaciones se deben tomar en cuenta la información de los documentos allegados por la autoridad y la información de las entrevistas.

El análisis y la conclusión en la autopsia psicológica se rinden en términos de posibilidad o de probabilidad, dependiendo de la calidad y cantidad de información disponible. De ninguna manera se expresarán en términos de certeza, sino que el análisis y la conclusión podrán fluctuar entre lo simplemente posible (cuando un fenómeno o hecho pudo haber o no haber ocurrido) y lo probable (cuando se suman argumentos a favor de la hipótesis confirniéndole mayor solidez). Es importante que quede clara esta advertencia en el informe pericial.

El análisis de la información recabada debe contemplar los siguientes aspectos, los cuales deben ofrecer una información clara y útil a los operadores de justicia:

- Personalidad básica: contempla una descripción de los rasgos sobresalientes de la personalidad del fallecido, patrones de afrontamiento, adaptación global, desarrollo del área psicológica y de relación, historia de pérdidas significativas, antecedentes médicos y psicopatológicos.
- Psicopatología (si la hubiere): A partir de signos y síntomas reportados, que puedan sustentar un diagnóstico positivo o negativo probable de enfermedad mental y de trastornos de personalidad de acuerdo con las clasificaciones internacionales vigentes, indicando si se correlaciona con lesiones autoinfligidas o exposición a actividades de riesgo de accidente o de muerte por homicidio.
- Funcionamiento mental para la época y el día de la ocurrencia de los hechos: debe hacerse un diagnóstico situacional general al momento de la muerte en el área psíquica y de relación de la persona fallecida. Se registra si se evidencia algún tipo de escenificación o de irregularidad de la escena y de su concordancia o discordancia con los diagnósticos. Igualmente se establece la correspondencia entre los hallazgos de escena y los antecedentes. Se debe aclarar si existe una correlación entre las circunstancias en que se dio la muerte, la personalidad y la psicopatología, en el contexto de la información disponible del caso.

Finalmente, la conclusión del informe pericial de la autopsia psicológica debe expresarse en términos de probabilidad o posibilidad, se debe dar un diagnóstico positivo o negativo para enfermedad mental y de rasgos de personalidad, de acuerdo con las clasificaciones internacionales vigentes. Debe quedar claro y expresado en términos de probabilidad o posibilidad, si la manera de muerte corresponde a la accidental, homicida, suicida o no determinada. También la conclusión debe dar respuesta a los interrogantes específicos sobre alguna condición especial de la víctima al momento de la muerte.

Aportes de la Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a Víctimas Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público de Venezuela

La autopsia biopsicosocial

La autopsia psicológica es una técnica de investigación empleada para determinar la manera de muerte en casos dudosos, sin embargo en la práctica de dicho proceso también es posible aplicarla en aquellos casos que ya teniendo el acusado o la acusada o implicado(a) en la muerte de alguien, se puede determinar el perfil de la víctima y del victimario (a).

Dicho proceso parte desde el mismo lugar de los hechos, en el cual no sólo se pueden levantar huellas objetivables por los peritos en criminalística, también se pueden levantar las huellas psicológicas (abordaje Biopsicosocial, el cual es nuestro aporte en este artículo) que quedan impresas en los lugares en que estuvo la víctima y en las personas que interactuaron con ella. La función del Psicólogo, del Psiquiatra y del Trabajador Social que realizan el peritazgo es decodificar e interpretar las señales que emite la escena del crimen.

Este procedimiento es considerado como un proceso de recolección de datos del occiso(a) que permite reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso y si en su decisión final estaba la idea persistente o habían elementos clínicos para decidir acabar con su vida o no. Para el desarrollo de dicho procedimiento, es necesario el trabajo interdisciplinario entre Médicos, Abogados Psiquiatras, Psicólogos Forense, Trabajadores Sociales, Criminólogos, Policías, Familiares, Vecinos, Testigos, personas cercanas al fallecido(a) y toda persona que tuvo directa o indirectamente vinculación

Existe en este proceso de investigación, una serie de metodologías para realizarla. Hay países como es el ejemplo de Finlandia donde se creó el Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio en 1986, se realizó un estudio entre los años 1987 y 1988 donde se observaron casos de suicidios. Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos, enfermeros psiquiátricos,

trabajadores sociales y médicos, lo cual refleja que para este procedimiento es vital el ejercicio consensuado e interdisciplinario de varios profesionales que aportan sus conocimientos en este trabajo (ET, 2002).

La aplicación del MAPI, actualmente, se extiende fuera de Cuba, desde finales de 1994 y se emplea con éxito en la solución de casos civiles y penales por parte de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro, en los Estados Unidos Mexicanos, desde 1997 se utiliza por los Servicios Médicos-Legales de Chile para el estudio de suicidios. La dirección de Medicina Forense de Honduras introdujo la técnica en 1998 para casos civiles y penales, en especial para la solución de muertes dudosa, equívoca o por investigar, con la peculiaridad de la incorporación de licenciados en Trabajo Social en calidad de peritos. A partir de 1999 este método fue incluido dentro de las técnicas disponibles para la investigación de homicidios en Costa Rica, por parte del Ministerio Público. Lo cual equivale decir en cada país se ha adaptado el protocolo de autopsia psicológica es su forma distinta, pero el fondo de investigación y de trabajo sigue siendo el mismo (García, 1993).

En Venezuela, la Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes (UTEAIMNNA) del Ministerio Público, ha desarrollado desde el 2010 una serie de aportes en el uso de la técnica. La realización de la autopsia psicológica como un modelo integrado donde participa el psicólogo, el psiquiatra y el trabajador social, ya que este es un método que usualmente lo hace solo un profesional y obvia la incorporación del resto de los expertos (en otras instituciones o dependencias de nuestro país la realización de este proceso solo lo hace un profesional, generalmente el psiquiatra).

En la UTEAIMNNA del Ministerio Público, se realiza un trabajo multidisciplinario, que incluye los tres enfoques y el abordaje por los tres profesionales, incorporando cada uno de ellos las técnicas de investigación propias de su área de experticia. De manera que, el abordaje realizado por los tres profesionales ha permitido una mayor integración y aproximación a la

información de la persona fallecida. El equipo de profesionales también se ha trasladado al sitio del suceso para explorar las huellas psicológicas dejadas tanto por la víctima como por los posibles responsables del hecho. Se inicia así, el proceso de recolección de los datos y una vez recolectados los mismos, se realiza un proceso de discusión e integración de resultados en equipo, para lograr los objetivos propuestos.

Desde la UTEAIMNNA del Ministerio Público en Venezuela, proponemos el modelo de Autopsia Biopsicosocial, como un modelo a seguir, incorporando al equipo de profesionales en la realización de la misma, donde confluirán los conocimientos y aportes psicológicos, psiquiátricos y sociales para lograr los objetivos planteados.

En algunos de los estudios realizados con el método de Autopsia Psicológica se han utilizado instrumentos predeterminados con preguntas diseñadas según el tipo de estudio, algunos estructurados como encuestas que pueden ser aplicadas por personas no expertas. Otros estudios, utilizan entrevistas estructuradas similares a la de una entrevista psiquiátrica, realizada por un experto y dirigida a evaluar puntos específicos, teniendo en cuenta que el informante es una tercera persona (García, 1999).

En la UTEAIMNNA, se ha venido utilizando entrevistas semiestructuradas y estructuradas con la finalidad de obtener tanto la información que requiere el profesional de la psicología, el de trabajo social y el del psiquiatra, para posteriormente realizar una integración de todos los conocimientos y dar unos resultados con un enfoque integral biopsicosocial.

En la actualidad, la mayoría de los estudios aplica las entrevistas estructuradas disponibles para la investigación clínica. Si se han de investigar trastornos de la personalidad, es esencial que el enfoque no esté exclusivamente en el comportamiento de las víctimas durante los meses finales, sino que se hace un estudio retrospectivo de toda la vida del individuo para determinar cómo fue el proceso de consolidación de su personalidad, de su conducta, como eran sus emociones, la vida relacional y las posible patologías mentales o psíquicas que presento durante

su vida. El informe que arroja la autopsia psicológica no puede afirmar con absoluta certeza que este caso fuera un homicidio, pero si puede explicar que había una muy baja probabilidad de riesgo de suicidio en el momento de la muerte de la víctima (Jiménez, 2001).

En síntesis, el aporte de la técnica de la autopsia psicológica que informa sobre el comportamiento de la víctima antes de su fallecimiento y los posibles factores del modo de su muerte, es una valiosa herramienta de ayuda y orientación en las investigaciones que puede llevar a cabo los órganos operadores de justicia.

El proceso de autopsia psicológica se realiza cuando existe suicidio, homicidio, muerte natural, entre otras, y en el suicidio no hay duda de que la víctima fue la causante del deceso, sin embargo, es posible que otras personas pudieran haber contribuido directa o indirectamente en su decisión de quitarse la vida. El objetivo de la autopsia psicológica, en este sentido, es explicar si el comportamiento de otras personas fue un factor determinante en la decisión de la víctima.

Ahora bien, la autopsia psicológica permite también atenuar la sanción del homicidio cuando se establece que la víctima actuó de forma provocadora, “fundamentalmente si se demuestra que por sus características la víctima llegó a colocar al acusado en un estado de desorganización psicológica” (García, 2007).

En este caso, la autopsia psicológica puede aportar información suficiente para apoyar la hipótesis de provocación por parte de la víctima y constituir así, un elemento atenuante del homicidio. Por otro lado, agrega la misma autora, que si el estado de desorganización psicológica, que sufre el imputado en estos casos, llega a ser aún más grave, al punto de llevarlo a un nivel de funcionamiento psicótico, comparable con el trastorno mental transitorio, es posible considerar la inimputabilidad del autor del hecho.

En cuanto a la inimputabilidad, bien vale la pena recordar algunas ideas de Agudelo (1993), para quien el trastorno mental

transitorio como causa de inimputabilidad puede ser provocado por la propia conducta de la víctima. Dice el referido autor, que en el campo psicológico, el trastorno mental transitorio es “la perturbación pasajera de las facultades mentales a consecuencia de la cual el sujeto pierde la conciencia y la voluntad o una de las dos, no pudiendo comprender la significación de su acto o determinarse de acuerdo con esa comprensión”. Y dentro de los efectos jurídicos, dice que el trastorno mental transitorio es un caso de inimputabilidad penal.

Por su parte, Gomes (s.f) refiere que en el Código Orgánico Procesal Penal Venezolano, 2012 (COPP), en un primer momento dispone en uno de sus artículos, que al imputado debe advertírsele que su declaración es un medio para su defensa, y por consiguiente, tiene derecho a solicitar la práctica de diligencias que considere necesarias. Y posteriormente, en otro artículo, en lo que respecta al desarrollo de la investigación preliminar, establece que: el imputado, las personas a quienes se les haya dado intervención en el proceso y sus representantes, podrán solicitar al fiscal la práctica de diligencias para el esclarecimiento de los hechos. El Ministerio Público las llevará a cabo si las considera pertinentes y útiles, debiendo dejar constancia de su opinión contraria, a los efectos que ulteriormente correspondan.

En este sentido, aquí se pone de relieve otra forma en que se puede acceder a la aplicación de la autopsia psicológica, por así haber sido propuesta en la fase de investigación ante la solicitud que pueda efectuar la defensa del imputado o cualquiera de las partes a que se les haya dado intervención en el proceso.

Muchos serán los casos que encaminados por un delito de homicidio, puedan requerir la práctica de este fundamental método de investigación, a los fines de determinar el estado mental del imputado en el momento de cometer el hecho, y que lo pueden poner en una situación de inimputabilidad penal. O simplemente, puede proponerse este método por el imputado, para fundamentar su defensa en la tesis del suicidio.

Precisamente con el objetivo de estudiar a la víctima de homicidio, García (2007), diseñó el modelo MAP-II (Modelo de

Autopsia Psicológica para víctimas de homicidio) y validaron una metodología para su aplicación.

Se trata de un método de exploración indirecta y retrospectiva con principios metodológicos similares a los aplicados para el suicida pero con especificidades propias de este tipo de víctimas, por ejemplo la selección de las fuentes de información es imprescindible hacerla previa consulta con los investigadores policiales para evitar que se trate de personas incluidas en el círculo de sospechosos.

Continuando con los aportes a la técnica de autopsia psicológica de la UTEAIMNNA del Ministerio Público de Venezuela, es oportuno mencionar la evaluación del imputado(a), además de evaluar a la víctima, en aquellos casos en donde no hay muertes dudosas, sino que a través de este procedimiento, se puede demostrar por ejemplo, si existe o existió una razón de maltrato previo o unas características que pudieran revelar la peligrosidad del victimario. De esta manera, se han evaluado casos de personas señaladas en un homicidio y se realiza la autopsia psicológica para determinar la violencia previa y para determinar la violencia que ejercía el sujeto en la víctima. (Uno de los casos que se realizó en la UTEAIMNNA, fue el de una persona de sexo femenino, que fue enterrada viva por su pareja y murió por asfixia por enterramiento, y a través de la evaluación de autopsia psicológica que se le realizó a la víctima y al agresor, se pudo evidenciar un maltrato previo y se pudo determinar el grado de peligrosidad del sujeto que cometió la acción, así como el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad Antisocial, de Alta Peligrosidad y muy mal pronóstico).

De manera que la realización de la autopsia psicológica y la evaluación de los implicados en la muerte de la víctima para encontrar indicadores de peligrosidad de esos sujetos para cometer el crimen, es otra novedad en el uso de la técnica. La evaluación del imputado (a), permite enlazar los resultados obtenidos en la autopsia psicológica acerca del perfil de la víctima y también para comprender el perfil del agresor (a) con la finalidad de integrar resultados y estudiar las posibilidades, de acuerdo a la peligrosidad, de que esas personas implicadas tengan un perfil de personalidad o de conducta con elementos

clínicos y biopsicosociales con proclividad para cometer el hecho.

En síntesis, la UTEAIMNNA del Ministerio Público brinda a la comunidad científica del área forense, tres aportes importantes en este proceso de autopsia psicológica:

- La incorporación del equipo de tres profesionales (médico psiquiatra, psicólogo(a) y trabajador (a) social), en la realización de este proceso, lo cual es novedoso para el intercambio profesional y para dar un enfoque integral.
- Propone el Modelo de Autopsia Biopsicosocial que es el producto de la integración de los tres abordajes (psiquiátrico, psicológico y social).
- Y en tercer lugar, sugiere la incorporación de la evaluación de personas señaladas como responsables del hecho, en aquellos casos que se conozca, para enlazar los conocimientos aportados de la autopsia psicológica y los conocimientos que aporte esta evaluación, para determinar las probabilidades de peligrosidad.

Ejemplos prácticos de casos y aplicación de la autopsia psicológica como herramienta de investigación forense postmortem en la Unidad Técnica Especializada de Atención a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio Público.

Caso N° 1. Muerte dudosa: ¿suicidio u homicidio?

Se trató de un joven de 16 años, natural de San Carlos- Cojedes, fue el menor de 7 hijos en una familia humilde, sin embargo, esta familia trató en todo momento de suplir sus necesidades, exigencias y caprichos porque tenía un carisma especial desde niño, sus padres lo describen como un muchacho cariñoso, amable, tranquilo y educado en su primera infancia, hasta los 7 años aproximadamente, todos sus familiares (padres, hermana y abuela) coinciden en referir que se le consentía muchísimo y que se le daba todo lo que quería. Entre los 7

y los 9 años, abandonó el colegio, se quedaba en la casa sin hacer nada hasta los 12 años, cuando comenzó a frecuentar a uno de los jóvenes más peligrosos del barrio, posterior a esto comenzaron los cambios de conducta de manera significativa y acentuados, no respetaba normas familiares ni sociales, empezó a comportarse en forma rebelde, ponía música a volumen alto, se acostaba de madrugada y se levantaba a las 3 de la tarde.

A los 15 años, ocurre su primera estadía en la cárcel, lo aprehendieron con sus amigos en un carro robado, estuvo 6 meses en un Centro de Detención, para adolescentes en conflicto con la ley. A los 6 meses de reclusión, tiene que ser trasladado a una institución de salud para ser intervenido quirúrgicamente por una Apendicitis, luego se las ingenia para no regresar al penal, aduciendo y justificado por sus padres, que resultaba peligroso regresar a cumplir el resto de la condena, porque al parecer habían amenazas de muerte pendiendo sobre él, a quién apodaban “El Ricachón”, como ya le llamaban entre las bandas, debido a su costosa indumentaria y a los artefactos de moda que ostentaba. Su padre ilustra este hecho cuando comenta: “le comprábamos todo lo que él quería, yo vendí mi moto y le compre una planta de sonido y me dijo que lo llamara por teléfono y le pusiera la música alta para escuchar si era verdad que se la había comprado”.

Es detenido de nuevo en el año 2011, después de escapar a tres redadas policiales y permanecer evadido casi durante 2 años, sobrevivió a una herida por arma de fuego en miembro inferior izquierdo y a una herida por arma blanca previa, en miembro superior derecho durante la primera reclusión. Sus familiares y vecinos concuerdan en que cuando estaba con “las malas juntas” su comportamiento empeoraba y delinquía con facilidad mientras que cuando estaba solo era mucho más tranquilo, a pesar de poseer ciertas armas y consumir alcohol, nadie afirmó otras drogodependencias.

El día previo a su muerte, fue visitado por su madre quien señala que se encontraba angustiado, descuidado, desaseado, le pidió dinero y se le entregó de inmediato a otro joven recluso, Su padre conversó vía telefónica con él y le dijo que le “tenía

que decir algo importante”. A la mañana siguiente, el maestro guía del centro penitenciario de Tinaco lo consiguió colgado en el baño de la celda, sus compañeros dicen que no escucharon, vieron o sintieron nada, que estaban dormidos, hasta el hallazgo en horas de la mañana.

Sus familiares relataron que él tenía mucho miedo de ser trasladado a este centro, decía que le habían hecho amenazas de muerte, pidió a la jueza que no lo trasladara, ofreció pagar una condena más larga, rogó, imploró pero finalmente fue trasladado.

De la información recabada en la investigación de autopsia psicológica, se concluyó que no existían elementos previos, ni para el momento de la muerte que sugirieran conductas o personalidad con tendencia al suicidio. Su diagnóstico fue de un Trastorno de Personalidad Disocial de Inicio en la Infancia (OMS, 2004), que entre sus características principales se describe con un comienzo de conductas y patrones repetitivos y persistente de comportamientos en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de intimidación a otras personas, robo y hurto de objetos, a menudo permanece fuera de casa a pesar de las prohibiciones de los progenitores, conductas de rebeldía, no acató las normas, problemas en la escolaridad, asociaciones con pandillas o grupos delictivos que producen un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Es de inicio infantil porque por lo menos, presenta una de las características del criterio del Trastorno Disocial antes de los 10 años de edad.

Los criterios anteriores, fueron encontrados en la biopatografía del adolescente, además sumándose el elemento que los individuos que padecen esta entidad, rara vez, son propensos a la autoagresión o al suicidio, por lo que se estableció que este joven probablemente falleció producto de un homicidio. Fue velado y enterrado entre disparos al aire, música, alcohol, llantos, una hija de 3 meses no reconocida, y estruendo en el barrio donde vivió su infancia y trastocada adolescencia.

Caso N° 2. Análisis comportamental de la víctima y perfilación criminal del victimario

Se trató de una mujer oriunda de Guanare, Estado Portuguesa, quién mantuvo una relación de pareja con un ciudadano de la misma región. Esta relación fue muy irregular, porque hombre tenía problemas de conducta, falleciendo luego en una riña, por herida de arma de fuego. Anteriormente esta mujer mantuvo dos relaciones de pareja, producto de ellas nacen dos hijas. Estas relaciones también fueron muy inestables y conflictivas. Las dos niñas vivían con su abuela materna, quien las crió, ya que la mujer, trabajaba todos los días para mantenerlas y que no les faltara nada. A pesar de ello, siempre estuvo pendiente de sus hijas. Las niñas mantuvieron muy poco contacto con su madre, estableciendo con ellas una relación de “amistad” más que de madre e hijas. En el 2006 nació un niño, aún sus padres vivían juntos, su nacimiento fue normal, el niño era cariñoso, juguetón, carismático y tranquilo.

Luego de la muerte del padre de su hijo, la mujer empezó a trabajar en una casa de juegos de azar en una isla turística, donde tenía buenos ingresos económicos. Su hijo quedó al cuidado de una señora, que lo cuidaba “muy bien”. Fue cuando la mujer conoció a otro hombre menor que ella, con el cual tuvo una corta relación sentimental, la cual termina por infidelidad del mismo. Por este fracaso amoroso, se deprimió mucho. Cuando su hijo cumplió tres años, una amiga le presentó a una joven mujer, quien al verla deprimida, la consoló, la aconsejó y prometió ayudarla. Posteriormente le pidió que establecieran una relación de pareja. Empezaron a salir y donde iban llevaba a su hijo, al cabo de un tiempo se fueron a vivir juntas. Con el tiempo la relación se tornó agresiva, la joven mujer la golpeaba constantemente y desconfiaba de ella alegando “infidelidades” con sus parejas anteriores. A pesar de la violencia la relación continuó, y en octubre del 2011 la joven mujer se lleva al niño a Guanare, con la anuencia de la mamá, a vivir en casa de su madre. En este lugar, empezó a maltratarlo, lo golpeaba y humillaba constantemente. Fue inscrito en el colegio de la zona y al llegar a su escuela la maestra observó que gritaba mucho, era intranquilo y difícil de controlar. Su maestra lo arrulló para tranquilizarlo, notando que en su mano izquierda, tenía una celulitis, también observó que tenía una cicatriz en

el labio inferior y golpes por todo el cuerpo, el niño no podía caminar bien.

Cuando la maestra indagó con la familia le dijeron que el niño “se había caído”. El niño faltó seis (06) días consecutivos a clase. Nada se sabía en el plantel de sus ausencias. Se supo que la joven mujer lo había aislado de su familia y de su escuela para ocultar los maltratos. También fue evidente que el niño era abandonado y encerrado solo en la casa cuando la misma salía a beber y a fiestas con sus amigos. Un día de noviembre, la joven mujer llamó a un amigo suyo que era enfermero para decirle que el niño estaba muy mal, siendo recetado por este amigo con pastillas y ungüentos. Al no mejorar el niño, volvió a llamar a su amigo, quien al apersonarse y darse cuenta que el niño estaba muy mal por los golpes y abusos sufridos, le pide que lo trasladen a un hospital. Al llegar al hospital, el niño tenía golpes en todo el cuerpo, una quemadura grave en la ingle y evidencias de abuso sexual, con las horas el niño se pone mal, convulsiona y finalmente muere.

De los datos recabados en la investigación por autopsia psicológica, se concluyó que el niño provenía de una familia desestructurada, conflictiva y con escasos vínculos afectivos. Su madre estableció una relación de pareja con otra persona de su mismo sexo, quien constantemente propinaba golpes y abusaba sexualmente del niño. Fue abandonado física y afectivamente por su madre y dejado al cuidado de su victimaria. Presentó al momento de la muerte múltiples diagnósticos biopsicosociales, abuso sexual, maltrato pasivo y activo. Durante su vida fue un niño aparentemente normal, juguetón, inquieto y con múltiples traumatismos productos de las agresiones padecidas. Fue evidente la carencia de afecto y de contención emocional, por lo que el niño pudo haber presentado alteraciones psicológicas importantes. De la investigación también se pudo determinar mediante evaluación psiquiátrica de su victimaria que la misma era una persona violenta y conflictiva, con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (OMS, 2004) y categorizada como una persona de alta peligrosidad y de pronóstico reservado. En resumen, mediante la autopsia psicológica se logró demostrar el maltrato previo del niño y las características de peligrosidad de las y los imputados, quienes finalmente en juicio fueron sentenciados.

CONCLUSIONES

La autopsia psicológica aporta información en torno a determinar el modo o la causa de la muerte en casos dudosos y el tiempo en el cual se produjo la misma. También se utiliza para elaborar análisis comportamental de la víctima y perfilación criminal del victimario. De esta manera, los expertos deberán ejecutar una serie de pasos para su construcción. En principio realizar una revisión documental, que incluye el análisis de escritos relevantes tales como: historia clínica de la persona (médica, psiquiátrica, psicológica, social), diarios, cartas, redes sociales (email, Facebook, twitter, instagram, otras), expediente forense, policial, expediente educativo, record telefónico y todo documento escrito dejado por la víctima. Posteriormente, el investigador realizará entrevistas al entorno familiar de la persona fallecida y analizará toda la información previa a la muerte. A través de los familiares y personas cercanas, se investigará si la víctima tenía hábitos de consumo, si dejó notas suicidas, libros que leía, música que escuchaba, tipo de relaciones que mantenía, relaciones conyugales o de pareja, sentimientos hacia la muerte, sus preocupaciones y fantasías, todo ello con la finalidad de llegar a conocer el estado psicológico de la persona previo a la muerte. En algunos casos se hace necesario para complementar la información visitar la escena del crimen, observar el lugar, constatar versiones, verificar fotografías y realizar visitas a otras instituciones o escenarios relacionados con el caso. Los resultados de la autopsia psicológica podrán aportar información para ratificar o cambiar la calificación del delito, así como para esclarecer

las circunstancias en que se produjo la muerte. El modelo biopsicosocial propuesto por la Unidad Técnica del Ministerio Público, integra los aportes de las tres disciplinas (psiquiatría, psicología y trabajo social) que estudian al ser humano de manera integral en todos los aspectos de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, N. (1993). **Emoción Violenta e Inimputabilidad Penal**. Alegato en un caso de Homicidio. Editorial Linotipia Bolívar, Santafé de Bogotá.
- E.T, Isometsa (2002). **Estudios de autopsia Psicológica: Una revisión**. European Psychiatry Ed Esp. 9:11-18.
- García, T (1993) **La Autopsia Psicológica como Método de Estudio del Suicida**. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Ciencias Forenses. La Habana, Cuba.
- García, T (1999) **La Autopsia Psicológica como Método de Estudio de Muertes Violentas**. Instructivo para la Autopsia Psicológica (Utilizando el MAPI). La Habana, Cuba.
- García, T. (2007). **Pericia en Autopsia Psicológica**. Ediciones La Rocca. Buenos Aires, Argentina.
- Gomes, A. (s.f) **Aplicación de la Autopsia Psicológica en el Proceso Penal Venezolano**. Universidad Arturo Michelena.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses, (2010), **Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses mediante autopsia psicológica en la determinación de la manera de muerte (suicida, homicida o accidental)**. Bogotá, D.C. Colombia.

Jiménez, I (2001). **La Autopsia Psicológica como Instrumento de Investigación**. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXX N.3, 271-276.

Ministerio Público, Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes (UTEAIMNNA). (2010). Informe de Autopsias Psicológicas.

Ministerio Público, Unidad Técnica Especializada de Atención Integral a la Víctima Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes (UTEAIMNNA). (2011). Informe de Autopsias Psicológicas.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2004). **Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10**. Editorial Médica 04 Panamericana. Madrid, España.

Pérez, W (2012). **Autopsia Psicológica como instrumento de investigación**. Definición. Características del método. Utilidad y aplicación en el proceso penal. Colección Memorias. II Jornada Nacional de Protección Integral de la Familia. Ministerio Público.

ASPECTOS JURÍDICOS PENALES
DE LA ENFERMEDAD MENTAL
SUFICIENTE EN EL DERECHO PENAL
VENEZOLANO. ESTUDIO COMPARATIVO

Ortega, Ana Olivier

Fiscal Principal de la Fiscalía 18 de Miranda con
Competencia en Responsabilidad Penal del Adolescente

Farías, Indira

Fiscal Auxiliar 52 AMC con Competencia en Vehículos

Ivkovic, José Ernesto

Fiscal Principal de la Fiscalía 138 AMC
con Competencia en Fase Intermedia y Juicio

Rojas, Juan Carlos

Abogado de la Dirección Contra la Extorsión y el Secuestro

Izarra, Mario Hernán

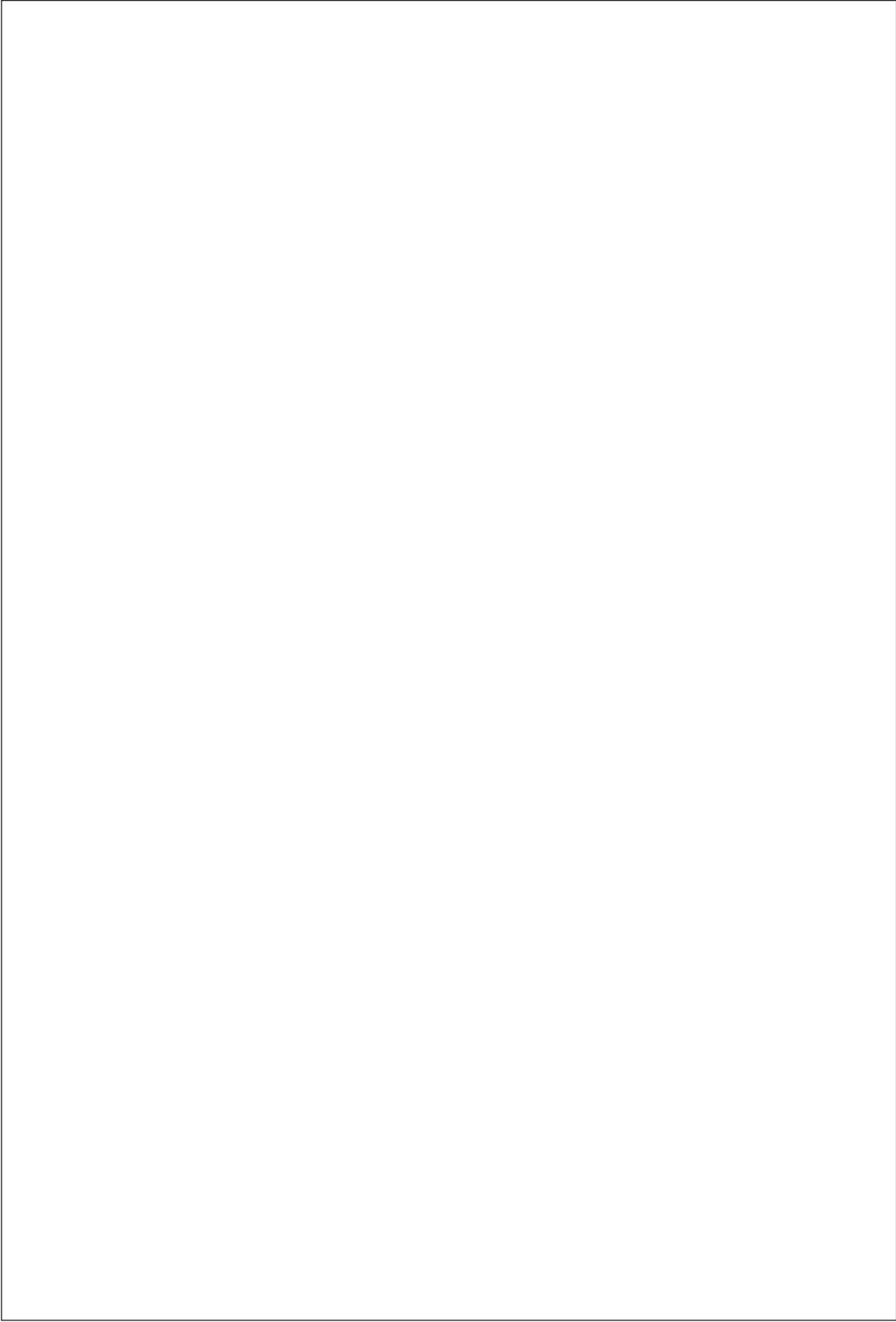
Asistente del Ministro del Poder Popular para la Cultura

Rojas Coronado, Nina

Fiscal Auxiliar de la Fiscalía 138 AMC con
Competencia en Fase Intermedia y Juicio

Campos, Richard

Abogado Adjunto de la Fiscalía Séptima a
Nivel Nacional con Competencia Plena



RESUMEN

La legislación venezolana inspirada en la clasificación de la escuela clásica, considera la situación personal del sujeto activo del delito a los efectos de imputabilidad del hecho. Descartando los conceptos de delitos culposos y de delitos voluntarios, hay excepcionalmente ciertos estados individuales que inciden a eliminar la responsabilidad criminal. En efecto, determinados hechos punibles son llevados a cabo por individuos cuya conciencia es imperfecta o enferma (minoridad o demencia); otros son realizados en momentos de absoluta inconsciencia (hipnosis, sonambulismo); es decir, que la legislación venezolana exige de responsabilidad penal, las causas de orden patológico, natural y legal. El artículo 62 del Código Penal Venezolano vigente, está mejor concebido y es de más amplia interpretación dentro de la clasificación de la Enfermedades Mentales, porque en vez de precisar qué clase de alteraciones psíquicas exigen o no de responsabilidad penal, se refiere sólo a “un estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o libertad de los actos”. En este sentido, los estados mentales a que se refiere el artículo 62 del Código Penal venezolano, le corresponde determinarlos al Médico-Psiquiatra Forense, como auxiliar del Sistema de Administración de Justicia. Por lo tanto, no se trata simplemente de que se constate la existencia de una enfermedad mental para que se excluya la imputabilidad; se requiere que aquella produzca los efectos señalados. La enfermedad mental suficiente es una causa de orden psíquico o patológico excluyente de la imputabilidad, que impide a la

persona que la padezca en momento dado de un hecho punible actuar con conciencia y libertad de sus actos, debido a las alteraciones morbosas que le hacen perder la perspectiva del medio que lo rodea.

Descriptor: imputabilidad, enfermedad mental suficiente, responsabilidad penal, conciencia, libertad de los actos.

ABSTRACT

The Venezuelan legislation, inspired in the classification of the classic school, considers the personal situation of the active person from the crime to the effects of imputabilidad of the fact. It is by discarding the concepts of guilty and voluntary crimes; there are certain individual states that exceptionally impact in the elimination of criminal responsibility. Indeed, certain punishable facts are carried out by individuals whose conscience is imperfect or sick (minority or insanity); others are carried out in moments of absolute unconsciousness (hypnosis, somnambulism); Therefore the Venezuelan legislation exempts of penal responsibility to the causes of pathological, natural and legal order. The article 62 of the actual Venezuelan Penal Code is better conceived and also has a wider interpretation in the classification of the Mental Illnesses, it is because instead of specifying what type of psychic alterations needs a penal responsibility, this article just refers to “a state of enough mental illness to deprive people of the conscience or freedom of acts”. The Forensic Doctor-psychiatrist, as auxiliary of the System for the Administration of Justice, has to determine the mental states which are named in the article 62 of the Venezuelan Penal. Therefore, Not only it has to show the existence of a mental illness for the exclusion of accountability, but also it has to produce the signal effects. The enough mental illness is psychic or pathological cause that exclude people of culpability, so it force people to act without conscience and freedom of its acts at the time of a punishable moment, it is

because the morbid alterations that make them to lose the perspective of the environment.

Descriptors: liability, sufficient mental illness, penal responsibility, awareness, freedom of acts.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto el estudio y abordaje de los aspectos jurídicos penales de la Enfermedad Mental Suficiente como eximente de responsabilidad penal en el artículo 62 del Código Penal Venezolano, (2005). Desarrollando en primer lugar el estudio sobre las Fuentes Histórico-Legislativas del dispositivo legal que la consagra hoy día, seguido de la revisión de la doctrina penal con relación al estudio de la norma penal venezolana que consagra las eximentes de responsabilidad penal derivadas de la enfermedad mental. En segundo lugar, se analizará la Importancia de la intervención de la Psiquiatría Forense en el contexto de la Enfermedad Mental Suficiente y en tercer lugar, se revisarán algunos aspectos de la Enfermedad Mental Suficiente en el Derecho Comparado, para lo cual se seleccionaron dos países, a saber Colombia y España, a efectos de realizar comparaciones con la legislación penal venezolana.

El tema objeto de estudio despertó interés en sus autores debido a que la fórmula que consagra el Código Penal Venezolano (2005), en su artículo 62, referido a las eximentes de responsabilidad penal, hace mención a la enfermedad mental que es suficiente para privar al sujeto de la consciencia o libertad de sus actos, por lo tanto, no se trata simplemente de que se constate la existencia de una enfermedad mental para que se excluya la imputabilidad; sino el punto está en que se trate de una enfermedad mental suficiente, y de allí surge justamente lo interesante del tema, determinar cuándo se está ante una enfermedad mental suficiente, sin duda alguna se trata de un concepto que corresponde al campo de la psiquiatría y la psicología a través de sus especialistas a quienes les compete

determinar la existencia o no de una enfermedad mental suficiente, los síntomas y efectos subsiguientes, así como también la influencia de ella en el hecho punible cometido, con lo cual los operadores de justicia (jueces, fiscales) en principio podrán valorar la conducta del individuo a la luz del texto legal y de las circunstancias particulares de cada caso. Es por ello, que el tema despierta gran interés porque partiendo del estudio de la norma contenida en el artículo 62 del Código Penal Venezolano (2005), se observa la importancia de profundizar en el análisis de la norma, con ayuda de expertos en el campo de la psiquiatría y la psicología, pues es de vital importancia para los jueces, fiscales y demás operadores del Sistema de Justicia, precisar si para el momento de cometer el delito el sujeto tenía plena capacidad mental, pues de ser evidente una perturbación grave de la conciencia, el fiscal del Ministerio Público actuando de buena fe podría solicitar el sobreseimiento de la causa por inimputabilidad o inculpabilidad.

Fuentes histórico-legislativas de la fórmula de la enfermedad mental suficiente

En lo referente al estudio de la enfermedad mental suficiente, dicha figura esta normada en el artículo 62 del Código Penal Venezolano (2005), de la siguiente manera: artículo 62 “No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos”.

Sin embargo, cuando el loco o demente hubiere ejecutado un hecho que equivalga en un cuerdo a delito grave, el tribunal decretara la reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal. Si el delito no fuere grave o si no es el establecimiento adecuado, será entregado a su familia, bajo fianza de custodia, a menos que ella no quiera recibirlo.

El contenido de esta disposición se inspira en la legislación penal española del año 1848 y en el Código Penal Italiano de 1889, con añadidos propios del legislador venezolano en lo referente a la ejecución de la acción durante el sueño, mención que aparece por primera vez en el año 1863.

El primer aparte del artículo 8 del Código Penal Español al respecto establecía: “Están exentos de responsabilidad criminal: 1) El loco y el demente, a no ser que haya obrado con intervalo de razón.”. Por su parte el Código Penal Italiano de Zanardelli, en su artículo 46, señalaba: “No es punible quien, para el momento en que cometió el hecho, se encontraba en tal estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o libertad de los actos”.

En la legislación venezolana el contenido de esta disposición aparece por primera vez en el Código Penal del año 1863; en su artículo 8, Título I, Ley Única, Sección II, señalaba que: “Están exentos de Responsabilidad Criminal: El que cometa la acción hallándose dormido, o en estado de demencia o de delirio, o privado del uso de la razón de cualquiera otra manera independiente de su voluntad.” (Instituto de Ciencias Penales. UCV, 1997, 539).

Doctrina penal venezolana

La legislación venezolana inspirada en la clasificación de la escuela clásica, considera la situación personal del sujeto activo del delito a los efectos de imputabilidad del hecho. Descartando los conceptos de delitos culposos y de delitos voluntarios, hay excepcionalmente ciertos estados individuales que inciden a eliminar la responsabilidad criminal. En efecto, determinados hechos punibles son llevados a cabo por individuos cuya conciencia es imperfecta o enferma (minoridad o demencia); otros son realizados en momentos de absoluta inconsciencia (hipnosis, sonambulismo, etc.). Se puede decir en consecuencia, que la legislación venezolana exime de responsabilidad penal, las causas de orden patológico, natural y legal.

El cerebro como órgano de las facultades intelectuales, puede sufrir alteraciones o lesiones que trastornen su naturaleza normal y debido funcionamiento. Es principio que la ley penal solo castiga y sanciona los actos intencionales o simplemente voluntarios; pero por excepción, se da frecuentemente el caso de actos que igualmente infringen la ley, más por emanar de la persona en quien la conciencia ha desaparecido, no caen bajo el *Ius Puniendi* del Estado. Tal como lo dispone el artículo 62 del Código Penal Venezolano vigente, el cual está mejor concebido que de la fuentes histórico-jurídicas de la cual emanó.

Pues bien, el artículo 62 in comento, como se ha abordado, está mejor concebido y es de más amplia interpretación dentro de la clasificación de la Enfermedades Mentales porque, en vez de precisar qué clase de alteraciones psíquicas eximen o no de responsabilidad penal, se refiere sólo a “un estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o libertad de los actos”. En este sentido, los estados mentales a que se refiere el artículo 62 del Código Penal objeto de estudio, le corresponde determinarlos al médico-psiquiatra forense, como auxiliar del Sistema de Administración de Justicia.

El término <<infermitamentale>> del Código Italiano fue traducido al Francés en su recto significado, esto es, por el término <<faiblesse d' sprit>> (Chiossone, 1972). Sin embargo,

el precitado artículo 62 del Código Penal Venezolano, hace referencia al sueño, apartándose así el legislador venezolano del modelo italiano. Ahora bien, no constituye el sueño una causa inimputabilidad, sino de ausencia de acción o de comportamiento humano al faltar la voluntariedad del hecho.

En este orden de ideas, cabe preguntar ¿Qué se entiende por Enfermedad Mental? El autor Arteaga Sánchez, opina que es una causa que excluye la capacidad penal o imputabilidad. Considera este autor que a su juicio se trata de un concepto y de una realidad que corresponde al campo de la psicología y la psiquiatría y, por tanto, será a los especialistas de estas disciplinas a quienes les compete determinar la existencia, los síntomas y los efectos de la enfermedad y la influencia de ella en el hecho punible cometido. Arguye el destacado penalista, que "...la misma se trata de un estado o de una manifestación morbosa o patológica mental que, en definitiva compromete la libertad del ser humano". (Sánchez, 2006, 287).

Por su parte el autor argentino Frías Caballero, quien comenta y estudió la norma penal venezolana (artículo 62. C.P.V), define la enfermedad mental suficiente como "una fórmula legal negativa de la Imputabilidad". Ya que indica este doctrinario que excepcionalmente las leyes definen la imputabilidad de una manera positiva y se limitan, en cambio, como acontece con el Código Penal Venezolano (2005) y la mayor parte de los códigos vigentes, a elaborar una fórmula negativa que comprende las circunstancias que la excluyen (causas de inimputabilidad). De las fórmulas legales negativas, a su vez, puede extraerse el concepto positivo de imputabilidad. El artículo 62 del Código Penal vigente dice que "No es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos". "La imputabilidad, por consiguiente, implica según este texto legal un conjunto de condiciones, especialmente de índole bio-psicológica, expresiva de una plena capacidad para actuar con conciencia y con libertad de los actos". (Frías, 1988). De allí, que la enfermedad mental suficiente, sea una causa de orden psíquico o patológico excluyente de la imputabilidad, que impide a la persona que la padezca en momento dado de

un hecho punible actuar con conciencia y libertad de sus actos, debido a las alteraciones morbosas que le hacen perder la perspectiva del medio que lo rodea.

Ahora bien, la fórmula del Código Penal Venezolano (2005) hace referencia de la enfermedad mental que es suficiente para privar al sujeto de la consciencia o libertad de sus actos. Por lo tanto, no se trata simplemente de que se constate la existencia de una enfermedad mental para que se excluya la imputabilidad; se requiere que aquélla produzca los efectos señalados. Estos efectos consisten en afectar gravemente la capacidad de entender o de querer, que corresponden a la persona que para el momento del hecho puede considerarse como sano de mente; no se trata, pues, exactamente de la privación como equivalente a la falta absoluta de tales facultades; se trata de la constatación de que el sujeto por la enfermedad que padece se encuentre privado de un sano juicio ético, que lo imposibilite para percibir y entender el significado ético-social de su acción, comprometido altamente en su percepción de la realidad; y en cuanto a la privación de la libertad de sus actos se encuentre imposibilitado para auto determinarse. En definitiva, el individuo que padezca una enfermedad mental suficiente ve comprometida en un alto grado y de forma grave su esfera de libertad.

En otro orden de ideas, las críticas fundamentales al artículo 62 del Código Penal Venezolano (2005), de acuerdo a lo indicado por la doctrina venezolana, no deben dirigirse aisladamente, al empleo del término “enfermedad mental”, sino entre otras, al equívoco que crea la introducción del sueño natural como eximente de responsabilidad dentro de la misma fórmula de inimputabilidad que pauta dicha norma jurídica. Por ello, aun cuando se admite en la mencionada legislación la doble hipótesis de sueño natural y enfermedad mental suficiente como causa eximente de responsabilidad penal, debe entenderse su interpretación en que son dos supuestos claramente diferentes y que constituyen dos estados evidentemente distintos.

En cuanto a la expresión “privación de la consciencia y libertad de los actos”, debe entenderse referida solo a la hipótesis de la

enfermedad mental suficiente, la cual es la piedra angular de esta fórmula, y no al sueño natural. Esto excluye la posibilidad de integrar por asimilación al sueño natural, los estados pasionales de origen no morboso como causas de inimputabilidad, cuando sean capaces de privar de la consciencia y libertad de los actos, pues como se ha señalado con anterioridad, esta privación debe provenir de un estado de enfermedad mental suficiente (de origen patológico).

Arenas (1967), autor venezolano, fuerte crítico del artículo 62 del Código Penal Venezolano, (2005) concluye que:

La fórmula de inimputabilidad por enfermedad, vigente en nuestro Código Penal, resulta anacrónica y no cónsona con los progresos actuales hoy en día de la psicología y la psiquiatría, introduce el sueño natural como un factor extraño que desnaturaliza la esencia misma de esta fórmula, y por último, imposibilita la inclusión de estados que, por sus efectos, aparecen como próximos o fronterizos con la enfermedad mental, y que deberían asimilarse a las causas de inimputabilidad por desórdenes mentales, todo lo cual, en opinión de este autor ha determinado las más diversas y arbitrarias interpretaciones de este artículo 62, en inútil esfuerzo por tratar de adecuarlo a las exigencias de la nuevas orientaciones en Derecho, Psicología y Psiquiatría. (págs. 120-121).

No obstante, se considera que el término enfermedad mental suficiente tipificado en el artículo 62 del Código Penal se refiere a un concepto y a una realidad que corresponde al campo de la psiquiatría y la psicología a través de sus especialistas quienes les compete determinar la existencia o no de la misma, los síntomas y efectos subsiguientes, así como también la influencia de ella en el hecho punible cometido, con lo cual los operadores de justicia (jueces, fiscales) en principio podrán valorar la conducta del individuo a la luz del texto legal y de las circunstancias particulares de cada caso.

En cuanto a los aspectos de la enfermedad mental suficiente, los doctores Alvarado y Verde (2012), indican que a fin de entender mejor lo que se analiza en relación con esta figura, es indispensable que se entienda claramente los conceptos de imputabilidad, responsabilidad y culpabilidad. Los cuales han sido objeto de innumerables discusiones que giran fundamentalmente, alrededor de la voluntad para elegir nuestra conducta y el libre albedrío del ser humano, es decir, la capacidad de entender sus actos y su decisión de querer actuar, indican además estos autores que: el concepto de enfermedad mental desde el punto de vista médico, difiere del concepto que desde el punto de vista jurídico se tiene de la misma. Para la Medicina es todo trastorno que produzca sufrimiento psicológico al enfermo o a las personas de su entorno sin importar la intensidad o el grado de perturbación (...) desde el punto de vista jurídico es toda perturbación suficiente para alterar la comprensión y voluntad de los actos.

Es decir, que no toda alteración o enfermedad mental tendrá repercusiones jurídicas, únicamente las que producen trastornos de cierta magnitud para subvertir suficientemente el pensamiento, las emociones o la voluntad. Para tratar de llevar a una comprensión práctica de este punto, y desde la óptica de un psiquiatra forense hemos establecido un concepto práctico. Desde el punto de vista práctico, enfermedad mental suficiente es un trastorno psíquico temporal o permanente en la cual no existe: 1) Capacidad de Juicio; 2) Capacidad de Raciocinio; 3) Capacidad de actuar libremente... (pág. 12-13).

En síntesis, siguiendo las pautas de la psiquiatra forense colombiana, se puede concluir que por enfermedad mental suficiente se entiende cualquier perturbación o anomalía en el funcionamiento psíquico que altera gravemente, de manera permanente o transitoria el área del intelecto, la afectividad o la voluntad como parte de la personalidad del sujeto, impidiéndole gozar del pleno uso de sus facultades durante su acto delictivo, tener pleno conocimiento de la situación, basándose en la capacidad para distinguir lo lícito de lo ilícito así como entender las consecuencias de sus actos. Debe demostrarse mediante dictamen pericial para que sea causante de inimputabilidad penal. (Tirado, 2012).

La importancia de la intervención de la psiquiatría forense en el contexto de la enfermedad mental suficiente.

Resulta importante indicar que la Teoría General del Delito, incardina en los principios que fundamentan los elementos del hecho punible, que de no estar presentes ninguna persona podría ser sancionada, los cuales son: el principio del acto, de legalidad y tipicidad, lesividad, antijuricidad y el de culpabilidad. A los efectos del tema, solo se hará referencia a los Principios del Acto y de Culpabilidad.

El Principio del Acto, implica que la persona debe haber realizado una acción, es decir, que su pensamiento se haya materializado o salido de su faz interna, con el cual haya puesto en peligro o vulnerado un bien jurídico tutelado por el ordenamiento jurídico, y que tal acción haya sido voluntaria o deseada, entendiéndose que la voluntariedad entraña que “el desarrollo del hecho exterior dependa de la voluntad, esto, es de una respuesta mediada por los centros cerebrales que rigen los aspectos cognitivo y afectivo-emocional del sistema nervioso cortical y límbico” (Gómez y Obregón, 2012, 52).

En efecto, existen supuestos en los cuales habría falta de acción, siendo irreductible el hecho atípico como en los casos en que no hubiese voluntad, encontrando entre ellos: los hechos no humanos y los hechos humanos no voluntarios. En este sentido, pudiese presentarse una causal de atipicidad por ausencia de acto, criterio acogido de la siguiente manera por Gómez (2003):

Si no hay acto humano no puede existir adecuación al tipo, y la conducta puede quedar excluida bien por ausencia del elemento objetivo propio o por ausencia del elemento subjetivo, o cuando en el hecho no participa un ser humano por ejemplo la actividad de los animales, o cuando el hombre participa sólo como un ente físico sin ninguna participación del psiquismo. Falta el elemento subjetivo del acto cuando la conciencia o la voluntad están suprimidas con relación a cierto movimiento o actitud; falta la fase objetiva cuando el movimiento no es propio

del hombre sino determinado ciegamente por una fuerza irresistible, o por un impulso que no puede ser contralado por el individuo (pág.163).

Ahora bien, los supuestos que supondrían una ausencia del acto por falta del elemento subjetivo tenemos a: los actos o movimientos reflejos, la fuerza irresistible y los estados de plena supresión de la conciencia, entendiendo por conciencia desde el punto de vista del derecho penal como la posibilidad del sujeto de formarse una intención racional al cometer el delito, es decir, que no basta que la persona haya realizado una acción punitiva, sino que además sepa distinguir entre el bien y el mal, que quiera realizar la acción, que conozca la consecuencia y efecto de ese acto, en otras palabras, que comprenda la criminalidad de su acto, mientras que, desde el punto de vista médico, la conciencia es:

Un rasgo distintivo de la vida mental, es sinónimo de la cualidad de estar alerta y de darse cuenta. Así pues, es una facultad de percepción que se extrae información del mundo exterior directamente a través de los órganos de los sentidos e indirectamente a través de las huellas almacenadas en la memoria (Kaplan y Sadock, 1994,161).

En este orden de ideas, (Vargas 2008) define la conciencia, el raciocinio y el juicio de la siguiente manera:

- Conciencia: estado de percepción del mundo exterior y de la posición que en él ocupa el individuo.
- Raciocinio: consiste en la capacidad de pensar y razonar acerca del mundo exterior. Es una extensión de la conciencia, a la cual puede trasladarse.
- Juicio: es una de las funciones más elevadas de la mente. Consiste en la capacidad de entender y apreciar el valor de las cosas que el individuo piensa acerca de las cuales razona. Constituye una extensión del raciocinio, al que se puede trasladar. (p.26)

Esta capacidad del ser humano de mantener contacto de realidad puede presentar oscilaciones, debido a condiciones no patológicas y patológicas en las cuales la claridad en la percepción de la realidad se ve anulada o disminuida. Alarcón y Vidal (1986), señalan que existen trastornos de la conciencia que no son patológicas como el cansancio y el período de transición de la vigilia al sueño y viceversa.

En efecto, los autores mencionados clasifican los trastornos de la conciencia en tres niveles, estableciendo en primer lugar, que cuando la conciencia se disminuye cualitativa y cuantitativamente estaremos en presencia de un trastorno estrechamiento anormal de la conciencia, siendo característico del trance hipnótico y de los estados disociativos, en segundo lugar, cuando haya una disminución de la capacidad de comprensión usualmente a causa de un trastorno físico o químico que produzca una alteración funcional de los mecanismos de asociación con el sistema nervioso se denominará a estos estados como entorpecimiento de la conciencia, encontrándose frecuentemente en: enfermedades que afectan la oxigenación y metabolismo cerebral, desórdenes convulsivos y disociativos, y en tercer trastorno sería la obnubilación u oscurecimiento de la conciencia, donde además de la pérdida de foco, se aprecian otras alteraciones en el ámbito de la sensopercepción, de la memoria, emociones y de la actividad psicomotriz.

Como formas de anublamiento de la conciencia tenemos: el delirio de fiebre intensa, estado oniroide, el estado crepuscular epiléptico, el sueño profundo, el sonambulismo, la hipnosis, la parálisis, el estado de coma, la embriaguez letárgica, alucinosis aguda. Es oportuno indicar que, dogmáticamente se toman como supuestos de falta de acción los hechos realizados en los estados de plena inconsciencia, partiendo como base que no dependen de la voluntad y por ende no hay acción, diferenciándola de los supuestos que perturban, trastornan o alteran la conciencia, encuadrándola en los supuestos de inimputabilidad o inculpabilidad, este argumento es sostenido por Gómez (2003) de la siguiente manera: cuando la conciencia humana está suprimida no hay acto, en cambio las situaciones de alteración de la conciencia o voluntad, son situaciones propiamente de la

inimputabilidad en que las facultades psíquicas se encuentran alteradas, disminuidas o desviadas, la conciencia actúa pero sólo que su funcionamiento ha sufrido mengua o alteraciones importantes, por lo mismo se trata de posibles situaciones de enfermedades psíquicas o trastornos orgánicos que originan cuadros de alteración del psiquismo. Tales serían los casos de fobias o psicosis maníacas o cuadros similares como la cleptomanía, la mitomanía, en lo que la voluntad se ve afectada por un fuerte impulso interno que motiva al individuo a realizar determinadas acciones. La conciencia puede estar perturbada o alterada por varias razones, enfermedad, una intoxicación, por efecto de las drogas o alucinógenos o cualquiera otra situación patológica que origine alteraciones de la conciencia, del juicio o de la razón. En estos eventos no obstante estar perturbada o alterada la conciencia hay actividad en ella y esta obra y por lo general se reconoce en la ley la existencia de acción, se trata de situaciones de inimputabilidad, en las cuales el autor realiza o ejecuta el hecho (artículo 33 C.P.V.), por lo tanto no se trata de casos de ausencia de conducta, sino de conducta realizada en situaciones de alteración o trastorno de la conciencia que impiden al sujeto comprender la antijuricidad del acto (p.168).

En este sentido, el ordenamiento jurídico penal venezolano se inclina a establecer la perturbación de la conciencia en las causales de inimputabilidad, ello se desprende de lo establecido en el artículo 62 del Código Penal Venezolano al expresar que no es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente y al precisar como causal de sobreseimiento de una investigación penal en el artículo 300 numeral 2 del Código Orgánico Procesal Penal la inculpabilidad, lo que se traduce en que efectivamente una persona puede cometer una acción típica y antijurídica que se adecua a un tipo penal por ejemplo el delito de homicidio, pero que al ser realizada bajo una perturbación mental grave y suficiente (sea transitoria o permanente) que incapacita a la persona para entender lo que hacía y sus consecuencias, esa conducta deja de ser punible.

En otras palabras, no será sancionado con una pena, pero ello no implica que, en el caso de tener una enfermedad mental

crónica el juez podría ordenar su reclusión en un centro especializado para tratar su enfermedad en el supuesto de que la persona sea adulta, porque de ser adolescente de acuerdo a lo previsto en el artículo 620 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente el Juez especializado deberá notificar al Consejo de Protección del lugar donde reside para que acuerde la medida de protección idónea.

Con base a lo anterior, los autores se permiten precisar la vinculación del Principio de Culpabilidad en la teoría general del delito y la enfermedad mental suficiente, la cual implica que el sujeto que cometió un hecho punible haya actuado por propia voluntad y comprenda que lo que realizó es violatorio de la ley, es decir, que esa acción no haya sido realizada a consecuencia de una perturbación en su sano juicio producto de un agente exógeno o endógeno.

Ahora bien el Principio de Culpabilidad también implica una doble vertiente, por un lado, con el auxilio de la experticia psiquiátrica y psicológica forense se busca precisar si para el momento de cometer el delito el sujeto tenía plena capacidad mental, pues de ser evidente una perturbación grave de la conciencia, el Fiscal del Ministerio Público actuando de buena fe podría solicitar el sobreseimiento de la causa por inimputabilidad o inculpabilidad, pero también importa precisar la otra cara de la moneda, es decir, precisar si un sujeto que haya perpetrado un delito en su sano juicio este apto para comprender y afrontar un proceso penal, para poder así establecer el juicio de reproche, porque si en el transcurso del íter procesal sufriera un trastorno mental provocaría la suspensión del proceso, tal como lo establece el artículo 130 del Código Orgánico Procesal Penal (2012).

De allí el aporte fundamental de la Psiquiatría Forense para la buena administración de Justicia, ya que en un Estado Social, de Derecho y de Justicia, donde el valor de la dignidad humana y el derecho a la defensa son respetados solo es posible realizar un juicio de reproche a una persona cuando haya actuado con capacidad para auto determinarse, entendiendo por Culpabilidad “como un juicio de exigibilidad de la conducta ordenada

por el Derecho que se hace al autor de un injusto penal en consideración a que el Estado y la sociedad le suministraron el mínimo irreductible de condiciones para poder comprender” (Gómez, 2003, 833).

El ordenamiento jurídico venezolano considera entre las causales de inculpabilidad: la niñez y la enfermedad mental suficiente. Con respecto a la primera, los hechos cometidos por niños (menores de 12 años) no serán penados en razón de su inmadurez biológica y psíquica, en su defecto, corresponderá al Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente dictar las medidas de protección idóneas para establecer los factores biopsicosociales y carencias que llevaron al niño a delinquir, según lo dispone el artículo 69 del Código Penal Venezolano y en el artículo 532 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (2007).

En relación a la segunda causal mencionada, sólo sería procedente en la medida que ese trastorno mental transitorio o intacto sea de tal magnitud que anule por completo la conciencia, es decir, que el sujeto haya perdido totalmente el contacto con la realidad, es decir, que se presente una alineación mental (psicosis), que el sujeto no haga insight, lo que implica, que no toda enfermedad mental llevaría a una eximente completa de responsabilidad penal, pero sí podría plantearse una eximente incompleta o atenuante de la responsabilidad penal (imputabilidad disminuida) en atención al caso concreto y si se demuestra un nexo causal entre ese trastorno y el delito cometido, ya que, en otros supuestos podría más bien ser considerada una circunstancia agravante de la pena si se demuestra que el sujeto activo por ejemplo utilizó sustancias ilícitas o alcohol para cometer el hecho punible y así pretender librarse de una responsabilidad, esto es lo que se conoce en el ámbito jurídico como “*actionesliberae in causa*”.

Es necesario abordar de forma resumida, las enfermedades mentales que podrían encuadrar en lo que la ley penal sustantiva venezolana estableció en su artículo 62 como enfermedad mental suficiente, para ello se requiere primeramente definir conceptualmente lo que significa, para Alvarado y Verde

(2012) desde el punto de vista práctico, supone un “trastorno psíquico, temporal o permanente, en el cual no existe: capacidad de juicio, de raciocinio y de actuar libremente”. De igual forma se debe precisar que se entiende por trastorno mental transitorio (trastorno psicótico agudo polimorfo) y permanente. Siguiendo con los autores mencionados, al definir el trastorno mental transitorio refieren varias características: que sea una perturbación de aparición rápida, de causa evidenciable, inmediata, de duración breve, de completa curación, sin secuelas y de base patológica previa, mientras que, el trastorno mental permanente, será aquel que descompone de forma irreversible: la conducta, pensamiento y las emociones, teniendo su origen en una causa orgánica, genética, biológica, psíquica o mixto.

Trastornos mentales suficientes o trastornos con alineación total de conciencia de forma permanente

Psicosis funcionales:

- Esquizofrenia paranoide en estado psicótico o agudo, es decir, cuando los síntomas positivos estén presentes, por cuanto la persona presentará alteraciones senso perceptivas (alucinaciones visuales y auditivas) y delirios.
- Psicosis afectivas: trastorno bipolar maníaco con síntomas psicóticos.
- Psicosis orgánicas: estados demenciales (enfermedad de alzheimer, senil, vascular, degenerativa), psicosis alcohólica, psicosis por droga, psicosis epiléptica, demencias tóxicas. Es oportuno indicar que un trastorno mental orgánico puede ser producido por agente exógenos, es decir, que no fueron originados por el organismo y se genera a consecuencia de: intoxicaciones industriales como la inhalación o exposición a agentes contaminantes y nocivos para la salud: plomo, mercurio o por traumatismos craneoencefálicos e infecciones, mientras que, el daño cerebral producido por agente endógeno, podría ser a consecuencia de: un tumor cerebral, alteraciones fisiológicas, metabólicas o endocrinológicas. En definitiva,

el trastorno mental orgánico es determinado por procesos orgánicos cerebrales, con daño neuronal concomitante, de evolución crónica y generalmente irreversible.

- Retardo mental: moderado, grave y profundo.
- Psicosis paranoide.

Entre los trastornos mentales de forma transitoria:

- Ebriedad patológica.
- Psicosis del puerperio o del embarazo.
- Estados crepusculares epilépticos.
- Estado crepuscular traumático.
- Alucinosis alcohólica.
- Intoxicaciones accidentales por sustancias volátiles.
- Intoxicaciones agudas por alcohol, drogas o medicamentos.
- Psicosis palúdicas.

Fenómenos de perturbación de la irrigación sanguínea cerebral

En definitiva la intervención de la Psiquiatría Forense en el campo jurídico sobre todo en el derecho penal es de gran importancia, en virtud, de que a través del informe psiquiátrico y psicológico forense el operador de justicia podrá declarar la imputabilidad o no de un individuo en conflicto con la ley penal para afrontar el proceso penal y su consecuencia jurídica de ser hallado responsable (condena), siendo que a través del diagnóstico forense, el juez podrá llegar a tres decisiones posibles, en primer lugar, de determinarse que la capacidad de: Juicio, raciocinio y de actuar libremente estaban conservadas al momento de cometer el delito habrá

imputabilidad y se aplicará la pena en su totalidad, sí estuvo atenuada habrá imputabilidad disminuida y se tomará como exigente incompleta de la responsabilidad para atenuar la pena y si la capacidad estuvo abolida o nula el Juez declarará la inimputabilidad del sujeto y aplicará una medida de seguridad en vez de una pena.

Aspectos de la enfermedad mental suficiente en el derecho comparado

Legislación colombiana

La Constitución de la República de Colombia (1991), en su artículo 13 establece lo siguiente:

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

El Código Penal Colombiano (2000), establece la Inimputabilidad y las Medidas de Seguridad para aquellas personas que cometen delito estando bajo una enfermedad mental. En los siguientes artículos.

De la inimputabilidad

Artículo 31. - Concepto. Es inimputable quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental.

Artículo 32. - Trastorno mental pre ordenado. Cuando el agente hubiere pre ordenado su trastorno mental responderá por el dolo o culpa en que se hallare respecto del hecho punible, en el momento de colocarse en tal situación.

Artículo 33. - Medidas aplicables. Modificado Ley 43 de 1982, Artículo 1. A los inimputables se les aplicarán las medidas de seguridad establecidas en este Código. Si la inimputabilidad proviene exclusivamente de trastorno mental transitorio no habrá lugar a la imposición de medidas de seguridad, cuando el agente no quedare con perturbaciones mentales, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar.

De las medidas de seguridad

Capítulo único

Artículo 93. - Especies. Son medidas de seguridad:

1. La Internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada.
2. La Internación en casa de estudio o de trabajo, y La libertad vigilada.

Artículo 94. - Internación para enfermo mental permanente. Al inimputable por enfermedad mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda.

Esta medida (tendrá un mínimo de dos (2) años de duración y un máximo indeterminado). Se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica.

Artículo 95. - Internación para enfermo mental transitorio. Al inimputable por enfermedad mental transitoria, se le impondrá la medida de internación en Establecimiento psiquiátrico o similar, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento que corresponda.

Esta medida (Tendrá un mínimo de seis (6) meses de duración y un máximo indeterminado. Transcurrido el mínimo indicado) se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica.

De los artículos antes transcritos se observa que el Código Penal Colombiano en su Artículo 31, sólo hace referencia al término de Trastorno Mental, a diferencia del Código Penal Venezolano que en el Artículo 62, refiere al término de Estado Mental Suficiente. La Psiquiatría moderna, manifiesta que toda alteración morbosa es una enfermedad mental, pero no toda enfermedad mental es un caso de alineación, y que a partir de que el concepto de enfermedad mental se liberó de su limitación a lo orgánicamente reconocible, la misma se diagnóstica por observación de signos de comportamiento y de síntomas que surgen de manifestaciones del paciente que señalan la presencia de una alteración o de una insuficiencia y el nivel o grado de perturbación de la conciencia como función sintetizadora.

De la comparación entre la legislación penal colombiana y la legislación penal venezolana, se observa, que la legislación penal colombiana, tiene mayor amplitud en lo que se refiere a la inimputabilidad, pues al hacer referencia a la inmadurez psicológica o trastorno mental permite la inclusión de cualquier clase de trastorno mental para obtener la inimputabilidad; en cambio la legislación venezolana al incluir el término de la suficiencia a la enfermedad mental, establece mayor exigencia para considerar la inimputabilidad de un sujeto involucrado en la comisión de un hecho punible.

Por otra parte, en lo que se refiere a las medidas de seguridad se observa como diferencia entre la legislación penal colombiana y la legislación penal venezolana, que la colombiana en lo que se refiere al internamiento distingue entre el enfermo mental permanente y el enfermo mental transitorio, imponiendo que al enfermo mental permanente se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento cien-

tífico que corresponda, medida que tendrá como mínimo de duración un lapso de dos (02) años y un máximo indeterminado, la cual se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica, y en lo que se refiere al enfermo mental transitorio se le impondrá la medida de internación en establecimiento psiquiátrico o similar, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento que corresponda, teniendo como mínimo de duración un lapso de seis (06) meses y un máximo indeterminado, la cual se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica.

En cambio, en la legislación penal venezolana en lo que se refiere al internamiento no distingue si el enfermo mental es permanente o transitorio, sino que realiza la distinción en relación a la gravedad del delito, es decir si se trata de un delito grave el internamiento o reclusión se realizará en un hospital o establecimiento destinado a esa clase de enfermos, y si se trata de un delito que no fuere grave o si el establecimiento no es el adecuado, el enfermo será entregado a su familia, bajo fianza de custodia, salvo que la familia no quiera recibirlo, asimismo se observa que la legislación penal venezolana a diferencia de la legislación penal colombiana, no establece un mínimo de tiempo de reclusión como si lo hace la legislación colombiana tanto para el enfermo mental permanente como para el transitorio, la legislación penal venezolana en lo que se refiere a la temporalidad de la medida solo establece que cuando se trate de un hecho cometido por un loco o demente que equivalga en un cuerdo a delito grave, el Tribunal decretará la reclusión en uno de los hospitales o establecimientos destinados a esta clase de enfermos, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Legislación española

El Código Penal Español (2010) establece la inimputabilidad para aquellas personas que cometen delito estando bajo un estado de anomalía o alteración psíquica, en el capítulo II intitulado “De las causas que eximen de la responsabilidad criminal”, específicamente en su artículo 20 señala:

Artículo 20 Están exentos de responsabilidad criminal:

1º. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

2º. El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

3º. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Del artículo antes transcrito se observa que el Código Penal Español establece una amplia gama de eximentes de responsabilidad criminal, siendo la primera de ellas, la comisión de una infracción penal, cuando la persona que la cometa adolezca de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pudiendo comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, estableciendo claramente la norma in comento que el trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando

hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión. Ahora bien, al comparar la legislación penal española con la legislación penal venezolana se evidencia que la española al establecer la inimputabilidad derivada por enfermedad mental no contempla expresamente el término de suficiencia de la enfermedad mental, como si lo hace la legislación venezolana; en el caso de la legislación española para establecer la eximente de responsabilidad criminal solo se requiere de que se trate de cualquier anomalía o alteración psíquica, sin embargo señala la norma, que la anomalía o alteración psíquica no permita comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, lo que de alguna manera se equipara a la suficiencia que establece la legislación penal venezolana en su artículo 62.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo se analizó la vinculación entre la Psiquiatría Forense y el Derecho Penal, para el establecimiento del juicio de reproche hacia una persona que cometió un hecho ilícito penal, siendo que a través de dicha disciplina aplicada al campo jurídico, el fiscal del Ministerio Público o el Juez pueden obtener el conocimiento necesario sobre la personalidad patológica o enfermedad mental que presenta el imputado, para realizar una correcta y justa decisión, en el sentido, de establecer sí es culpable por haber actuado en su sano juicio.

Visto así, se logró arribar a los objetivos principales de la aplicación de la Psiquiatría Forense:

Auxiliar de la administración de justicia, cuando sea necesario determinar el estado de salud mental de personas indiciadas en hechos punibles. En efecto, en el área penal establecer sí el imputado tiene o no el conjunto de condiciones físicas y psíquicas exigidas por la ley para ser considerado causa eficiente de la violación de un precepto jurídico, es decir, sí presenta o no una enfermedad mental suficiente que la prive de su capacidad de: juicio, raciocinio y de actuar libremente. Tal objetivo gira en torno al concepto de imputabilidad.

Establecer si existe o no un trastorno mental y efectuar el diagnóstico sí la enfermedad está presente.

Establecer si la enfermedad mental estaba para el momento de cometer el delito y si guarda relación con el hecho punible.

En atención al diagnóstico, precisar el grado de capacidad de juicio, discernimiento y libertad de sus actos. Auxiliar de la administración de justicia en el campo civil, con el fin de establecer la capacidad mental de una persona para manejar sus asuntos sabia y prudentemente, y realizar actos jurídicos con plena consciencia, tales como: testar, casarse o divorciarse o contratar.

En consecuencia, la intervención de la Psiquiatría Forense en el campo jurídico sobre todo en el derecho penal es de gran importancia, en virtud, de que a través del informe psiquiátrico y psicológico forense el operador de justicia podrá declarar la imputabilidad o no de un individuo en conflicto con la ley penal para afrontar el proceso penal y su consecuencia jurídica de ser hallado responsable (condena).

Siendo que a través del diagnóstico dado, el juez podrá llegar a tres decisiones posibles, en primer lugar, de determinarse que la capacidad de: Juicio, raciocinio y de actuar libremente están conservadas habrá imputabilidad y se aplicará la pena en su totalidad, si está atenuada habrá imputabilidad disminuida y se tomará como eximente incompleta de la responsabilidad para atenuar la pena y si la capacidad está abolida o nula el Juez declarará la inimputabilidad del sujeto y aplicará una medida de seguridad en vez de una pena.

De igual forma, al realizar un contraste entre la legislación venezolana y la extranjera, podemos concluir, que en Venezuela no están definidas taxativamente las causales de inimputabilidad, ni lo que debe entenderse por “enfermedad mental suficiente”, aunado al hecho que engloba en el artículo 62 del Código Penal Venezolano como causa de no punibilidad el cometer la acción dormido, es por lo que, en relación al primer aspecto, sería oportuno condensar en un solo artículo dichas causales, tal como la tienen la legislación española y colombiana, las cuales excluyen de las causales de inimputabilidad el sueño

natural, basándose en que al ejecutarse una acción hallándose dormido debería tratarse como una falta de acción y por ende una causa de atipicidad.

Por último, dado que no existe una definición legal en Venezuela sobre lo que debe entenderse por enfermedad mental suficiente, el Juzgador deberá siempre estimar de acuerdo a sus conocimientos científicos, máximas de experiencia, lógica y al diagnóstico dado en el peritaje psiquiátrico y psicológico, cuando el individuo no actuó voluntariamente y consciente al momento de cometer el delito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, R. y Vidal, G. (1986). **Psiquiatría**. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.

Alvarado, Y. y Verde, F. (2012). **Psiquiatría Forense Penitenciaria y Criminología. (2da edición)**. Caracas, Editorial Livrosca.

Arenas, O. (1967). **Enfermedad Mental e Imputabilidad en el Código Penal Venezolano**. En Anuario del Instituto de Ciencias Penales y Criminológicas, UCV, Facultad de Derecho, N° 1.

Arteaga, A. (2006). **Derecho Penal, Parte General**. Caracas, Editorial Mc Graw Hill.

Código Orgánico Procesal Penal (2012). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.078** de fecha 15 de junio de 2012.

Código Penal de la República de Colombia (2000) Ley 599. **Diario Oficial 44097** de fecha 24 de julio de 2000.

Código Penal Español (2010). **Boletín Oficial del Estado de la Ley Orgánica 5/2010 DF Séptima** de fecha 22 de junio de 2010.

Código Penal Venezolano (1997). **Instituto de Ciencias Penales y Criminológicas, UCV**, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Vol. I (3ra edición). Caracas, Ediciones de la Biblioteca Central.

Código Penal Venezolano (2005). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Extraordinaria Número 5.763** de fecha 16 de marzo de 2005.

Constitución Política de la República de Colombia (1991). **Gaceta Constitucional No. 116** de 20 de julio de 1991

Chiossone, T. (1972). Manual de Derecho Penal Venezolano. Caracas, Colección Cursos de Derecho, Facultad de Derecho UCV.

Frías, J. (1988). **Problemas de la Culpabilidad en el Derecho Penal Venezolano.** Caracas, Editorial Livrosca.

Gómez, J. (2003). **Teoría del Delito.** Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley Ltda.

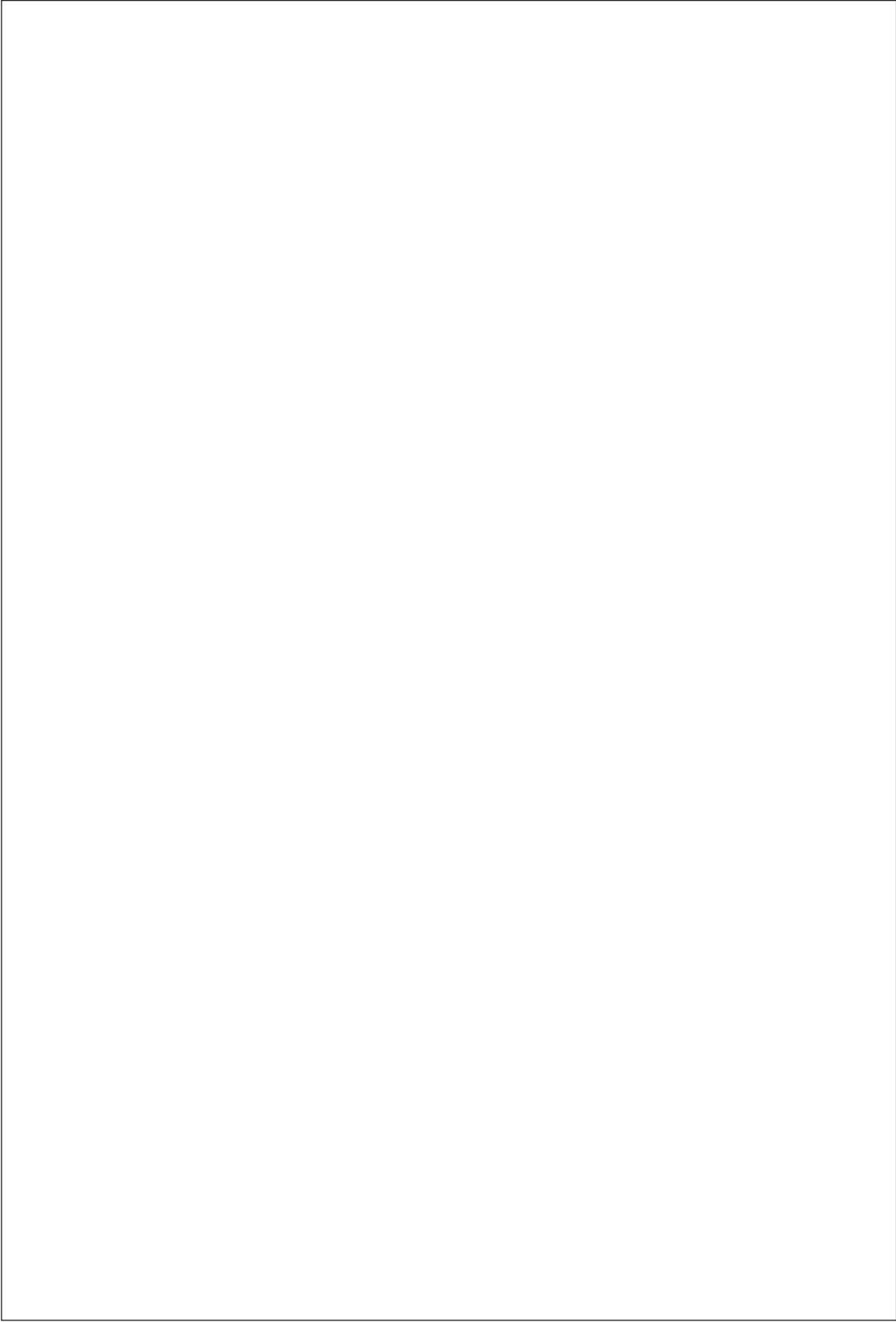
Kaplan, H. y Sadock. (1994). **Compendio de Psiquiatría. (2da edición).** México, Editorial Salvat.

Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (2007). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Extraordinaria N° 5.859.** Extraordinario de fecha 10 de diciembre de 2007

Obregón, A. y Gómez, J. (2012). **Derecho Penal.** Parte General: Elementos Básicos de Teoría del Delito. Madrid, Editorial Tecnos.

Tirado, M. (2012). **Revista Estudios Socio-Jurídicos,** Universidad del Rosario de Colombia.

Vargas, E. (2008). **Medicina Forense Psiquiátrica.** México, Editorial Trillas.



SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SNM)

Sánchez, Blanca

Coordinadora de la Unidad Criminalística Contra la Vulneración de los Derechos Fundamentales del Ministerio Público, Adscrita a la Dirección General de Apoyo a la Investigación Penal

Pelay, Elizabeth

Jefa de la División de Ciencias Forenses del Ministerio Público, Adscrita a la Dirección General de Apoyo a la Investigación Penal

Iriarte, George

Investigador Criminalista de la División de Investigación, Adscrita a la Dirección General de Apoyo a la Investigación Penal

Ávila, Francy

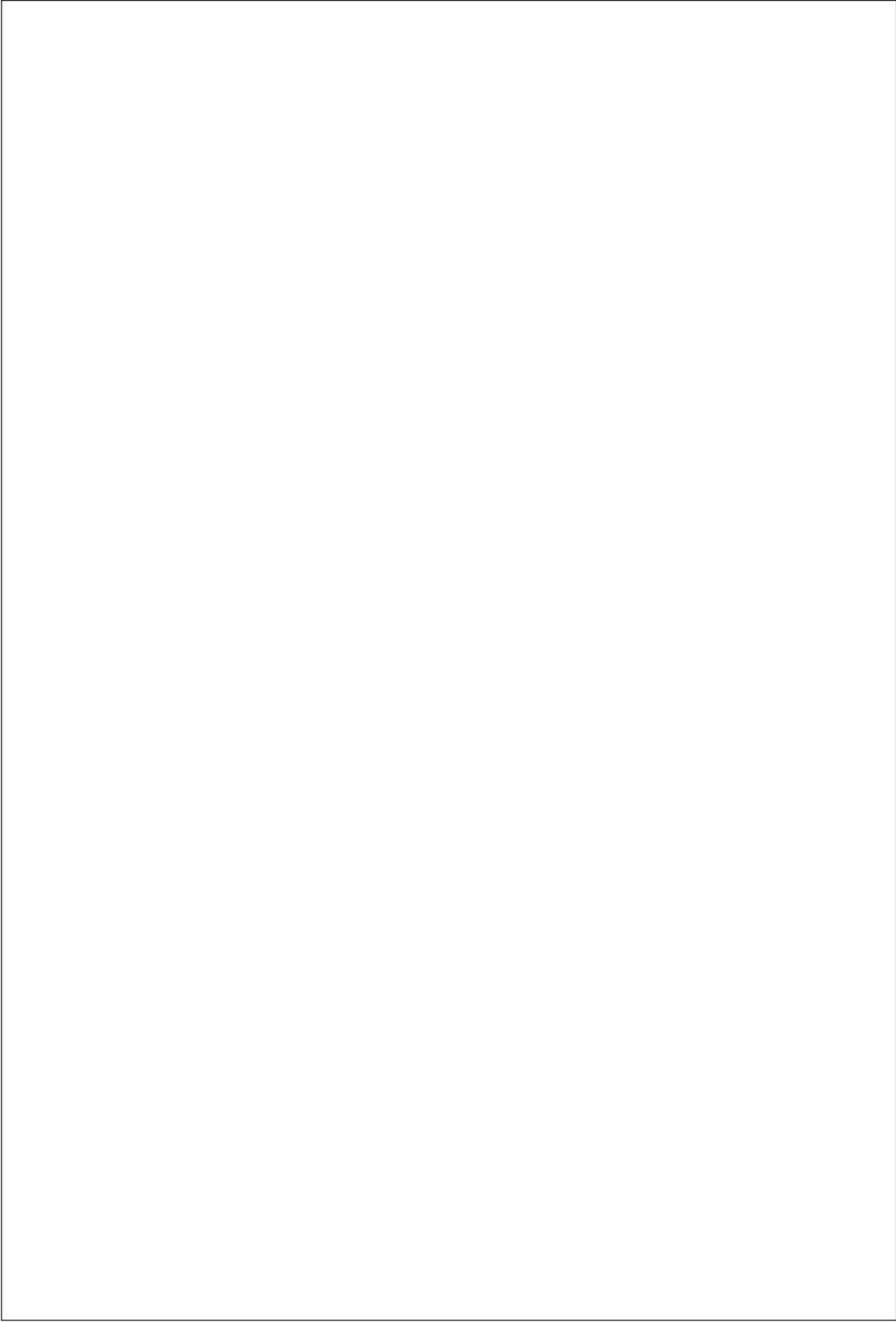
Fiscal Provisorio 59° del Área Metropolitana de Caracas del Ministerio Público

García, Carólin

Abogado Adjunto III, Adscrita a la Dirección Contra la Corrupción del Ministerio Público

Gandica, Lexis

Comunicadora Social de la página web Criminalística del Ministerio Público, Adscrita a la Dirección General de Apoyo a la Investigación Penal



RESUMEN

Desde tiempos remotos, los infantes han sido víctimas de maltratos por razones de diversa índole. En lo cultural, la mutilación sexual femenina (infibulación o circuncisión faraónica) se realiza en la actualidad en África, afectando aproximadamente a 74 millones de mujeres. Operación que supone graves consecuencias no solo físicas, sino también psicológicas. Diversos factores influyen en el Síndrome del Niño Maltratado, mal manejo de estrés, padres con antecedentes de violencia intrafamiliar, entre otros, se encuentran entre las principales causas de violencia hacia el menor. En la presente investigación, se abordará de forma amplia todo lo relacionado a este síndrome.

Descriptores: síndrome, maltrato, estrés, violencia sexual

ABSTRACT

Since ancient times, infants have been victims of abuse; it is caused for different aspects. In culture; the female genital mutilation, infibulation or pharaonic circumcision, actually realized in Africa, affects approximately 74 million of women. This operation brings not only physical, but also philological consequences in african women. Many factors influence in the physically abused symptoms in children, as mishandling of stress, parents with familiar violence antecedents, among others. They are between the principals causes of children violence. In the following research will be analyzed all the aspects on this symptom in a big way.

Descriptors: syndrome, abuse, stress, sexual violence

Síndrome del Niño Maltratado (SNM)

El primero de diciembre del año 2011 ingresó a la sala de emergencia de un nosocomio en Guanare, estado Portuguesa, un niño de 5 años en estado crítico. Quienes lo trasladaron al centro asistencial, afirmaron que el infante días antes se había caído de una motocicleta y que de allí probablemente se derivaban sus lesiones. Pacheco, (2012).

Minutos después de haber sido ingresado, y a pesar del esfuerzo de los galenos por mantenerlo con vida, el menor de edad falleció. Los doctores al realizarle una evaluación minuciosa al pequeño pudieron notar lesiones irregulares en todo su cuerpo, las cuales no coincidían con el accidente descrito por los allegados del niño.

De inmediato se pusieron en contacto con las autoridades. Sus conocimientos y experiencias en la sala de emergencia intuían algo. Acto seguido, se realizaron las diligencias correspondientes para investigar el caso. El informe del anatomopatólogo reveló lo antes temido, estaban en presencia de un niño, quien habría sido víctima de abusos y maltratos en vida.

Múltiples equimosis en distintas zonas anatómicas del cuerpo, distensión a nivel abdominal, ampollas en la parte interna de los muslos y zona genital producto de acción líquida superior a los 60 grados centígrados, violencia sexual, entre otras lesiones, fueron observadas en el cuerpo de menor. Pacheco. Pacheco, (2012).

No solo la medicina forense fue indispensable en la investigación de este caso. En esta oportunidad, la psiquiatría forense jugó un papel importante para demostrar que el niño padecía el Síndrome del Niño Maltratado. La Experticia Biopsicosocial y la Autopsia Psicológica del niño fallecido, que incluyeron diversas entrevistas a familiares y allegados, fueron vitales para el diagnóstico postmortem del infante.

Es así, como se pone de manifiesto la necesidad que distintas disciplinas y ciencias ligadas a la criminalística se conjuguen para llevar a buen término una investigación penal. Pacheco, (2012).

La Organización Mundial de la Salud OMS, citado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, (2011) define el abuso a niños y niñas:

como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

A finales del siglo XX, luego de los estudios del radiólogo pediátra norteamericano J. Caffey en 1946, desarrollados por sus compatriotas Silverman y Kempe, en 1953 y 1962, respectivamente, fijan posición presentando el término Síndrome del Niño Maltratado (en adelante, SNM). Al Rifai, y Jiménez, (2009) citando a Martínez y Reyes 1993, quien define el SNM como: una de las formas que asume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico-legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima.

Tomando en cuenta las definiciones antes descritas, se pueden establecer los elementos presentes en el SNM: la víctima es un niño, en cualquier etapa de su desarrollo; el agresor es uno o más adultos vinculados al infante por una relación de afinidad biológica (padres, abuelos, tíos, hermanos, entre otros) o institucional (cuidadoras). En este Síndrome la agresión es crónica, el daño puede tener efectos irreversibles tanto física como psicológicamente.

Causas del Síndrome del Niño Maltratado (SNM)

La importancia de saber las particularidades del origen del Síndrome del Niño Maltratado ayudará a construir un acertado diagnóstico o conclusión final. Todo ello, acompañado de una entidad pediátrica, médico-legal, psiquiátrica y psicológica.

La implementación del conocimiento adecuado permitirá el desarrollo de un juicio en esta situación, y de tal manera, se haría posible aumentar las probabilidades de la identificación por parte del personal médico legal, pediatras, psicólogos, psiquiatras, criminalistas, fiscales, defensores y jueces para dejar visible ante los ojos del mundo el Síndrome del Niño Maltratado (SNM).

Hernández, Rossell, López, Herrera D. y Herrera G. (2003) realizaron un bosquejo de las más influyentes causas atribuidas al Síndrome del Niño Maltratado. A continuación, las más frecuentes:

- Los padres que maltratan a sus hijos proceden de cualquier grupo étnico, geográfico y familiar, religioso, laboral y socioeconómico. No obstante, existe mayor incidencia en personas que viven en pobreza por la situación crítica que padecen (desempleo, hacinamiento, hambre, entre otros).
- Aproximadamente el 90% de los padres que abusan de los hijos son adultos solitarios, infelices, coléricos.
- En los antecedentes de los agresores hay frustración, infancia convulsa (con abusos), problemas del hogar o de finanzas, ausencia del padre en la familia, relaciones sexuales promiscuas, padres demasiado jóvenes, o hijos no deseados; y están sometidos constantemente a situaciones de estrés mantenido.
- Los parientes agreden a los niños por enfado, tras el mal comportamiento de los mismos y creen que necesitan severos castigos para que no subestimen o desdeñen su autoridad.
- Muchas veces el castigo poco efectivo puede llevar al abuso.
- Se presentan mayormente en núcleos familiares con tendencia al consumo de sustancias alcohólicas o drogas.

En el caso de Venezuela, Al Rifai, y Jiménez, (2009), en un estudio realizado en el Hospital Universitario Ruiz y Páez pudieron llegar a las siguientes conclusiones:

- Durante el tiempo de estudio de cada diez pacientes pediátricos ingresados en el hospital, ocho casos corresponden al Síndrome del Niño Maltratado.
- Frecuentemente es mal diagnosticado y sub-registrado.
- El grupo más frecuente es el lactante.
- No hubo diferencia en cuanto al sexo.
- El Síndrome del Niño Maltratado es más frecuente en padres con Educación Básica y Primaria Completa.
- La edad más frecuente de padres con niños maltratados está comprendida entre los 21 y los 30 años.
- El Síndrome del Niño Maltratado es más frecuente en aquellos padres consumidores de sustancias ilícitas (alcohol, drogas).
- El tipo de maltrato más frecuente es por omisión.
- El Síndrome del Niño Maltratado se observó con mayor frecuencia en padres con una unión inestable.

Síntomas a considerar en el síndrome del niño maltratado (SNM)

El maltrato a los niños es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape a él, y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo.

Al respecto, Herrera (1999), estableció que entre los indicadores de maltrato físico más frecuente se encuentran:

- Contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas.
- En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales.
- En el caso de abuso sexual las lesiones más frecuentemente son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (en niñas), dificultad para caminar, rastros de semen y, en etapas más tardías, prurito e infecciones.
- Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física.
- Descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, dermatitis de pañal crónica, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, defectos sensoriales no compensados), o bien, ausencia del control y de los cuidados médicos rutinarios
- Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida que impone la extrema pobreza.

En casos graves el maltrato puede acarrear convulsiones (crisis epiléptica), disminución de la lucidez mental, Irritabilidad

extrema u otros cambios en el comportamiento, letargo, adormecimiento, ausencia de sonrisa, pérdida del conocimiento, vómitos, entre otros. Las fracturas en las costillas son comunes y se pueden observar a través de una radiografía.

Ningún factor de riesgo por sí solo explica la ocurrencia de maltrato, se requiere del estudio de cada caso individual para poder catalogar a un infante con el Síndrome del Niño Maltrato. En esta etapa, los médicos juegan un papel fundamental ya que deben encargarse de la detección, la denuncia respectiva y de la prevención.

El diagnóstico estará dado por la pericia y astucia médica apoyada en caracteres del posible agente agresor y las manifestaciones clínicas encontradas, ya que en la mayoría de los casos el niño no desea hablar por temor.

El examen médico-legal es indispensable para la observación de las lesiones recientes y antiguas. Los exámenes de laboratorio y estudios radiológicos, también son utilizados como complemento.

Aunado a lo anteriormente expuesto, la pericia de un trabajador social, psiquiatra o psicólogo, puede influir de forma positiva en el caso ya que, un niño con el trato adecuado es capaz de ofrecer datos de relevancia, lo cual será el sello comparativo del resultado físico.

El maltrato infantil puede ocasionar secuelas tanto físicas como psicológicas. La prevención comunitaria llevada a cabo por el médico de la familia es el pilar ideal.

Tratamiento en el Síndrome del Niño Maltratado (SNM)

Dependerá del caso el tratamiento que debe aplicarse. No obstante, los más frecuentes son:

- Ingreso hospitalario para el tratamiento y evaluación de las lesiones.
- Tratamiento especializado por médicos legistas, cirujanos y pediatras y psicólogos.

Aspectos psiquiátricos y psicológicos del síndrome del niño maltratado (SNM)

El maltrato infantil es una experiencia traumática que genera variadas respuestas (cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales) como consecuencias de la exposición a los malos tratos, y se expresan en malestar o trastornos psicológicos, en cambios del esquema cognitivo y en trastornos relacionales.

Entre los trastornos psicológicos están los síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, temor, dificultades para concentrarse, depresión, suicidio, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, problemas de salud, etc. Por otra parte, los cambios en los esquemas cognitivos se manifiestan como alteración de las creencias básicas sobre el mundo, afectando la manera cómo viven sus vidas, como se relacionan con la gente y con el ambiente en general.

Respecto a los trastornos relacionales, los niños presentan sensación de distanciamiento respecto a los demás y una constricción del afecto.

El trauma de la infancia expresa la respuesta ante situaciones que se encuentra por encima de los márgenes tolerables por el paciente, por lo que el niño sufre una ruptura de sus mecanismos de defensa, siendo el factor desencadenante de origen externo y no tiene proveniente del perfil psicológico de la víctima. Este factor traumático puede actuar de manera brusca y repentina, pero también puede ser prolongado y repetitivo, generando un malestar anticipatorio, de allí que ante situaciones o gestos que le recuerden el episodio, el niño puede experimentar un malestar psicológico intenso o una respuesta fisiológica intensa.

El trastorno por estrés post traumático que manifiesta el infante, se corresponde con un trastorno de ansiedad en el cual se desarrollan síntomas, con un período de latencia variable, después de un acontecimiento que está por fuera de los márgenes usuales de la experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia. Existen

variables que pueden potenciar el carácter lesivo del suceso traumático, como es la relación cercana entre la víctima y el agresor, sucesos dentro del hogar repetitivo y crónico.

La evolución de este trastorno a largo plazo es incierta, pero resultan más vulnerables los niños más pequeños por su grado de desarrollo cognitivo y madurez, y especialmente cuando presenta condiciones psiquiátricas preexistentes. De igual forma, el grado y duración del acontecimiento traumático y la naturaleza del trauma son factores importantes a considerar, al igual que la presencia o ausencia de soporte familiar. Por su parte, los niños que reciben abuso manifiestan más problemas de conducta, tipo agresividad, verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo.

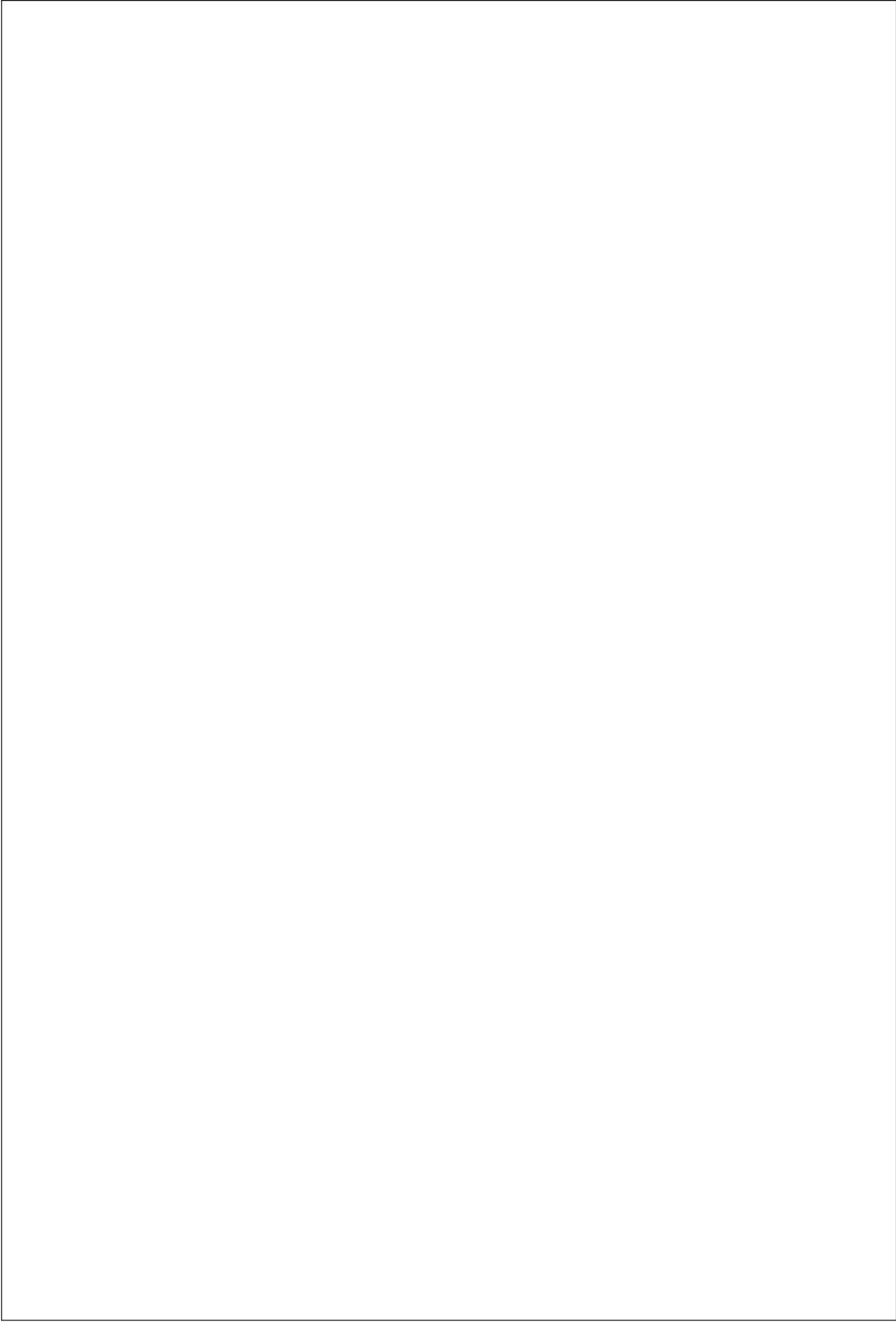
Por otra parte, el agresor se encuentra en todas las capas sociales, culturales o religiosas, puesto que es la personalidad del individuo quien lo lleva a agredir y no su condición socioeconómica, en su mayoría, son los padres quienes están en mayor contacto con los niños y ocupan el primer lugar entre los agresores, luego tenemos los familiares cercanos, los padrastros y los encargados. También los maestros; y el médico quien por ignorancia o complacencia, podría agredir prescribiendo cantidades exageradas de medicamentos que el niño no necesita o productos que son innecesarios para combatir la dolencia del paciente.

El agresor es un individuo con personalidad inestable, casi siempre con antecedentes de agredido y en momentos de angustia se lanza sobre el niño, maltratándolo, aunque ciertos padres, maltratan ex profeso a sus hijos con fines educativos pues están persuadidos de que la mejor manera de educar es castigando. Además, la mala situación económica, falta de empleo, hacinamiento, alcoholismo y prostitución son elementos coadyuvantes de agresión.

En el caso de los niños que padecen el síndrome pueden tener una mala imagen de sí mismo creyéndose que son los culpables y que realmente merecen ser maltratados, poseen una autoestima baja, son tímidos en su mayoría, miedosos, con grandes síntomas de ansiedad, angustia e incluso depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Rifai, M. y Jiménez, María América. (2009) **Síndrome del Niño Maltratado en los Servicios de Pediatría del Complejo Hospitalaria Universitario Ruiz y Páez.** Mayo-Diciembre 2009. (Tesis de Pregrado). Universidad del Oriente- Cumaná-Venezuela. Consultado el 13 de junio de 2015 de: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2220/1/41%20Tesis.%20WS9%20A316s.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF, (2011). **Por la sostenibilidad ética, social y cultural. Manual para la Prevención de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes desde el Sector Turismo.** República Dominicana Consultado el 10 de junio de 2015 en:http://www.unicef.org/republicadominicana/MANUAL_ESC_Turismo_IMPRENT-18-11-2011.pdf
- Hernández, E., Rossell, M., López, X., Herrera. D., Herrera, G. (2003) **Síndrome del Niño Maltratado.** *Mediciego* 9 (02) 147:153 consultado el 13 de junio de 2015 en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl1_03/revisiones/r4_v9_supl103.htm
- Herrera, B. (1999) **Indicadores para la detección de maltrato en niños.** *Salud Pública de México.* 41 (5) 420:425 consultado el 10 de junio de 2015 de:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n5/41n5a11.pdf>
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl1_03/revisiones/r4_v9_supl103.htm
- Pacheco, Y. (2012), **El Grito Ignorado.** Editorial Planeta.



RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS SEXUALES Y DELITO

Gómez, Gabriela

Fiscal Auxiliar Noyeno (9º) del Ministerio Público
del Área Metropolitana de Caracas

Hernández, Isabel

Fiscal Auxiliar Décimo Sexto (16º) Ministerio Público con
competencia en la Fase Intermedia y Juicio

Cortez, Sahir

Fiscal Auxiliar Vigésimo Cuarto (24º) del Ministerio Público
del Área Metropolitana de Caracas

Aguirre, Yulmarys

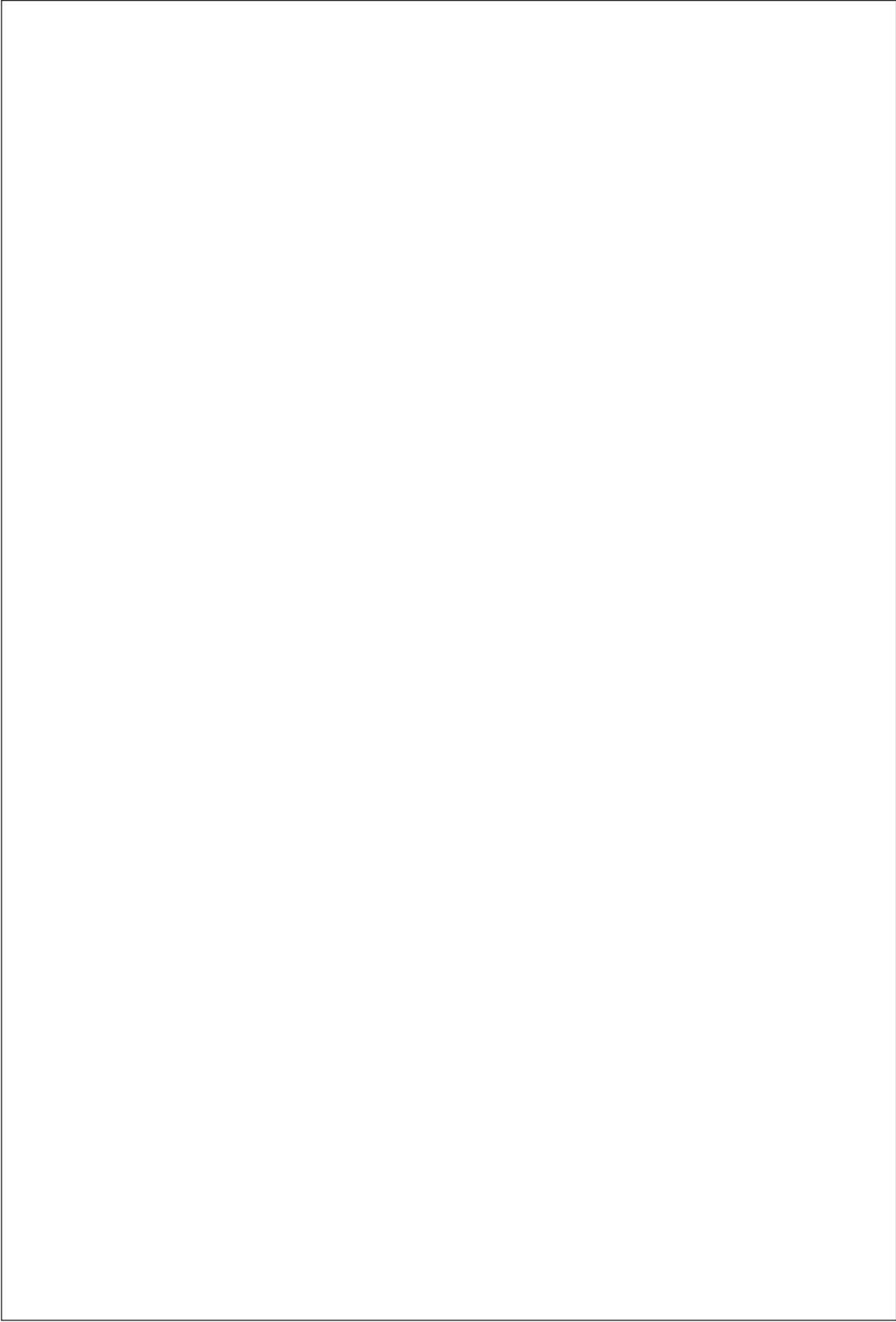
Fiscal Auxiliar Quincuagésima Séptima (57º) del Ministerio
Público del Área Metropolitana de Caracas

Cuevas, Yetzenia

Fiscal Auxiliar Quincuagésima Séptima (57º) del Ministerio
Público del Área Metropolitana de Caracas

Cuberos, Lenin

Abogado Adjunto de la Fiscalía Tercera (3º) del Ministerio
Público con competencia a Nivel Nacional, Caracas



RESUMEN

Los delitos sexuales, constituyen manifestaciones de la agresividad humana que remonta a principios de la humanidad y su existencia. El comportamiento sexual es el área de la conducta humana en que la que es más difícil establecer el límite entre lo normal y lo anormal, pues no existen referencias externas que nos permitan establecer puntos de corte claros, ya que estos están en buena parte determinados por el contexto social y cultural en el que se desenvuelve el sujeto, además de por su propio criterio personal. Existe dificultad para discriminar entre conductas sexuales normales y anormales. En ese sentido, mediante este trabajo de investigación, trataremos de abordar tales aspectos y discriminarlos de manera de entender, a la luz de la psiquiatría forense, cuándo lo atinente al sexo traspasa la línea de lo normal a lo anormal y cuándo es una condición normal de sexualidad o por el contrario, entra en la esfera delictiva. Trataremos de abordar el tema recurriendo a teorías de importantes autores que tanto han escrito sobre psiquiatría forense, sobre delitos sexuales, sobre desviaciones sexuales, patologías, trastornos y comportamientos de orientación sexual, a fin de enriquecernos intelectualmente sobre el asunto.

Descriptores: delitos sexuales, agresividad humana, comportamiento sexual, conducta humana, psiquiatría forense, orientación sexual, desviaciones sexuales.

ABSTRACT

Sexual offenses are manifestations of human aggressiveness back to the beginning of humanity and existence. Sexual behavior is the area of human behavior in which it is more difficult to establish the boundary between normal and abnormal, because there are no external references that allow us to establish points of clear cut, since they are largely determined by the social and cultural context in which the subject develops in addition to their own personal criteria. There is difficulty in discriminating between normal and abnormal sexual behavior. In this sense, through this research, we try to address these issues and discriminate in order to understand, in the light of forensic psychiatry, when it pertains to sex crosses the line from normal to abnormal and when it is a normal condition sexuality or otherwise, enters the criminal sphere. We try to address the issue by resorting to theories of important authors who have written a lot of forensic psychiatry, sexual offenses, about sexual deviations, pathologies, behavior disorders and sexual orientation, in order to enrich intellectually about it.

Descriptors: sexual offenses, human aggressiveness, sexual behavior, human behavior, forensic psychiatry, sexual orientation, sex crosses.

INTRODUCCIÓN

Para indagar en los delitos sexuales es fundamental considerar las distintas facetas del comportamiento sexual humano que comprenden la propia respuesta sexual, en la que se incluyen todos los cambios a diversos niveles (fisiológico, anatómico, motor y emocional) y la identidad sexual, constituida por tres facetas: la identidad de género, el rol o papel sexual y la orientación sexual.

Ahora bien, hay comportamientos de carácter sexual de gran relevancia social que no aparecen recogidos en el sistema, que son: violación, incesto y acoso sexual. La violación no aparece como un trastorno independiente, aunque se menciona como síntoma del trastorno de la personalidad antisocial, como causa del trastorno por estrés postraumático, en el diagnóstico diferencial respecto al sadismo y en el masoquismo sexual. Rosenhan y Seligman justifican la exclusión de estas conductas atendiendo a dos razones.

Primero, porque para que una determinada conducta se constituya en parafilia, ha de ser el modo de actividad sexual casi exclusivo o altamente preferido por el sujeto. Sin embargo, la mayoría de los violadores pueden excitarse y alcanzar satisfacción sexual en actividades diferentes de la violación. Segundo, existe una importante razón social, ya que la exclusión de la violación, acoso e incesto, supone que sean considerados delitos de los que el individuo es responsable (a menos que exista un trastorno psicológico). Por el contrario, su inclusión conllevaría la “excusa” para los actos delictivos de estos sujetos.

En este orden de ideas, será abordado el tema de delitos sexuales, comenzando el estudio al remontar a la historia y origen de estos, analizando en ese sentido tipos de delitos sexuales según la legislación venezolana, así como los trastornos, tratamientos, comportamientos durante el desarrollo del ser humano y la determinación de su orientación sexual. Todo con el fin de comprender el tema desde diversos ángulos parafraseando lo que sostienen diversos autores sobre el tema y alcanzar con esta investigación, un nivel superior de conocimiento sobre una materia tan importante, quizás un poco subestimada en los tiempos que corren, cuando la estudiosos, investigadores y estudiantes se inclinan más a estudiar el porqué de tanta delincuencia en cuanto a delitos contra la propiedad o contra las personas y, poco sobre aquellos contra la moral y las buenas costumbres.

Historia y origen de los delitos sexuales

Textos sagrados antiguos de China e India revelan que así como se tenía muy en cuenta a la mujer, porque de la misma derivaban los placeres del amor, también los violadores eran condenados a cruentas mutilaciones. En la Roma imperial, la violación de una doncella era sancionada con la muerte del agresor, por crucifixión. En la Grecia antigua, donde la moralidad sexual era muy amplia, no se aceptaba la violencia ni la inclusión en prácticas eróticas de los menores de 12 años. En la Edad Media y el Renacimiento, los delitos sexuales eran frecuentes, pero pocas penalidades se registraron, especialmente si estaban involucrados los nobles.

En el continente americano, los aztecas y mayas condenaban la violación, el adulterio y el aborto. Los descubridores y conquistadores de América, no fueron ajenos a la violación de indígenas, menos lo fue Miguel Cúneo, amigo de Cristóbal Colón, quien dejó constancia en una carta escrita a su regreso del segundo viaje de este, que había sido el autor de la primera violación de una americana, por lo cual, obviamente no fue condenado.

En la Hispanoamérica colonial, se utilizaron las ordenanzas reales de Castilla (1462-1567), que se relacionaban con el adulterio, el incesto y estupro, que tiene como antecedentes, en esta materia de delitos sexuales, el fuero viejo de Castilla y las siete partidas del Rey Don Alfonso X El Sabio.

En el siglo XIX, Pedro Mata, catedrático de medicina legal en Madrid, en su magnífico tratado "Tratado de Medicina y Cirugía Legal (1874)", establecería claramente los criterios básicos relacionados con los delitos sexuales, los cuales aparecerían en el Código Español de 1870, con el título "Delitos contra la Honestidad".

En años recientes, en numerosos países del mundo se han modificado apreciablemente las legislaciones sobre los delitos sexuales, lo cual se aprecia en obras por demás interesantes que han sido tituladas: la Legislación Penal de los Pueblos Latinos

(1896), Código Penales Latinoamericanos (1946), Los Códigos Penales Latinoamericanos (1978). Entre las legislaciones más recientes que se presentan como modernas y progresistas con tendencia en la materia, son las de España (1995), Uruguay (1995), Argentina (1999), México, Brasil, Costa Rica (1999), Chile, Paraguay y Cuba.

Tipos de delitos sexuales en la legislación venezolana

El artículo 2 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), expresa que Venezuela se enmarca en la concepción del Estado de derecho, social, de justicia y democrático y establece como uno de sus pilares, el desarrollo de las personas en sociedad, es así que, el derecho penal, por medio de la norma prohibitiva, protege dicho interés social, al que le asigna el valor de bien jurídico tutelado. En ese orden de ideas, las consideraciones sobre el bien jurídico en los delitos sexuales, como son entre otras cosas, las buenas costumbres y el buen orden de la familia, la dignidad sexual, la libertad sexual y la violencia del género.

La legislación venezolana, en cuanto a delitos sexuales, establece en el Código Penal (2005) vigente, un título que se refiere a los Delitos Contra las Buenas Costumbres y Buen Orden de las Familias, refiriéndose a los delitos de la violación, de la seducción, de la prostitución o corrupción de menores y de los ultrajes al pudor, tipificándolos así:

Artículo 374. Quien por medio de violencias o amenazas haya constreñido a alguna persona, de uno o de otro sexo, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, o por vía oral se le introduzca un objeto que simulen objetos sexuales, el responsable será castigado, como imputado de violación, con la pena de prisión de diez años a quince años. Si el delito de violación aquí previsto se ha cometido contra una niña, niño o adolescente, la pena será de quince años a veinte años de prisión.

La misma pena se le aplicará, aún sin haber violencias o amenazas, al individuo que tenga un acto carnal con persona de uno u otro sexo:

1. Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años. 2. O que no haya cumplido dieciséis años, siempre que para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines con la víctima. 3. O que hallándose detenida o detenido, condenada o condenado, haya sido confiado o confiada la custodia del culpable. 4. O que no estuviere en capacidad de resistir por causa de enfermedad física o mental; por otro motivo independiente de la voluntad del culpable o por consecuencia del empleo de medios fraudulentos o sustancias narcóticas o excitantes de que éste se haya valido. Parágrafo único: Quienes resulten implicados en cualquiera de los supuestos expresados, no tendrán derecho a gozar de los beneficios procesales de ley, ni a la aplicación de medidas alternativas del cumplimiento de la pena.

Artículo 375. Cuando alguno de los hechos previstos en la parte primera y en los numerales 1 y 4 del artículo precedente, se hubiere cometido con abuso de autoridad, de confianza o de las relaciones domésticas, cuando se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas, la pena será de prisión de ocho años a catorce años en el caso de la parte primera, y de diez años a dieciséis años en los casos establecidos en los numerales 1 y 4. Parágrafo único: Quienes resulten implicados en cualquiera de los supuestos expresados, no tendrán derecho a gozar de los beneficios procesales de ley ni a la aplicación de medidas alternativas del cumplimiento de la pena.

Artículo 376. El que valiéndose de los medios y aprovechándose de las condiciones o circunstancias que se indican en el artículo 374, haya cometido en alguna persona de uno u otro sexo, actos lascivos que no tuvieren por objeto del delito previsto en dicho artículo, será castigado con prisión de seis a treinta meses. Si el hecho se hubiere cometido con abuso de autoridad, de confianza o de las relaciones domesticas la pena de prisión será de uno a cinco años, en el caso de violencias y amenazas; y de dos a seis a años en los casos de los numerales 1 y 4 del artículo 374.

Artículo 378. El que tuviere acto carnal con persona mayor de doce y menor de dieciséis años, o ejecutare en ella actos lascivos, sin ser su ascendiente, tutor ni institutor y aunque no medie ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 374, será castigado con prisión de seis a dieciocho meses y la pena será doble si el autor del delito es el primero que corrompe a la persona agraviada. El acto carnal ejecutado en mujer mayor de dieciséis años y menor de veintiuno con su consentimiento, es punible cuando hubiere seducción con promesa matrimonial y la mujer fuere conocidamente honesta; en tal caso la pena será de seis meses a un año de prisión. Se considerará como circunstancia agravante especial, en los delitos a que se contrae este artículo, la de haberse valido el culpable de las gestiones de los ascendientes, guardadores o representantes legales u otras personas encargadas de vigilar la persona menor de edad o de los oficios de proxenetas o de corruptores habituales.

Artículo 381. Todo individuo que, fuera de los casos indicados en los artículos precedentes, haya ultrajado el pudor y las buenas costumbres por actos cometidos en lugar público o expuesto a la vista del público será castigado con prisión de tres a quince meses. El que reiteradamente o con fines de

lucro o para satisfacer las pasiones de otro, induzca, facilite o favorezca la prostitución o corrupción de alguna persona, será castigado con prisión de uno a seis años. Si este delito se cometiere en alguna persona menor, la pena se aplicará entre el término medio y el máximo.

Resulta interesante, entonces, señalar que los delitos sexuales, atentan contra las posibilidades de participación del ser humano en el contexto social y, por tanto, contra la capacidad de auto determinarse. En ese sentido, debe observarse que la última reforma del Código Penal Venezolano (2005), puso en juego la salvaguarda de esos derechos fundamentales, intensificando el carácter represivo del derecho penal, acentuando, si bien de manera errada, la concepción del derecho penal como instrumento de control y de violencia, cuando debería ser un conjunto de normas protectoras de los ciudadanos frente al delito, pero también debe ser protegido frente al Estado.

Trastornos de inclinación sexual

Tradicionalmente, los trastornos sexuales se han dividido en dos grupos, que son:

Parafilias o desviaciones sexuales, que se caracterizan por una orientación sexual hacia objetos o situaciones infrecuentes respecto al patrón convencional y, disfunciones sexuales, que aparecen cuando se producen alteraciones en alguna fase de la respuesta sexual. Sin embargo, los sistemas de clasificación actualmente vigentes según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2003) en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), añaden un tercer grupo, que es: Trastornos de la identidad sexual. Estos sistemas añaden una cuarta categoría llamada trastorno sexual no especificado, que los distinguen así:

- Trastornos de la identidad sexual. se incluyen en el grupo de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia. Es la disociación entre el sexo

anatómico y la propia identidad sexual, término que se denomina identidad de género. A su vez se incluyen dos tipos de trastorno de identidad sexual “Trastorno de identidad sexual” y “Trastorno de identidad sexual no especificado”.

- Parafilias: denominación que se prefiere a “desviaciones sexuales”. Se caracterizan por intensas y repetidas desviaciones sexuales, impulsos o conductas sexuales que generalmente implican objetos no humanos o humillación propia o del compañero, o niños o personas que no consienten y persisten al menos por un periodo de seis (6) meses. Estas parafilias se describen sobre nueve (09) tipos que son: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo y parafilias no especificadas.
- Disfunciones sexuales; incluye las alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual, incluyendo una fase preliminar de deseo sexual. Además, unifica las fases de excitación y meseta en una que denomina excitación. También recoge una categoría en la que se incluyen disfunciones que suponen la aparición de dolor. En este sentido se consideran 5 categorías: a) Trastornos del deseo sexual: Deseo sexual inhibido y trastorno por aversión al sexo. b) Trastornos de la excitación sexual: En el hombre (de la erección) y en la mujer. c) Trastornos del orgasmo: Disfunción orgásmica femenina y masculina y eyaculación precoz. d) Trastornos sexuales por dolor: Dispareunia y vaginismo. e) Trastorno sexual debido a enfermedad médica.

Tratamiento de los delincuentes sexuales

En la observación de delincuentes sexuales se aprecia que el 80 al 90% no presentan signos de alienación, es decir, son jurídicamente imputables. De ellos, a un 30% no se le detectan groseros trastornos psicopatológicos de la personalidad y su conducta sexual social aparente presenta visos de adecuación. El resto de este grupo (el otro 70%) está compuesto por individuos con trastornos de la personalidad (con o sin perturbaciones sexuales manifiestas -disfunciones y/o parafilias o desviaciones), psicópatas antisociales y/o sexópatas.

La asociación tradicional de correlacionar necesariamente delito sexual y psicopatía debe ser desacreditada. La psicopatía exige impulsividad, falta de remordimiento por lo realizado, incapacidad de vínculos afectivos reales, agresividad, dificultad para aprender con la experiencia, etcétera y muchos de los delincuentes sexuales no pueden ser descriptos de este modo.

La creencia por ejemplo de que el violador actúa impelido por fuertes deseos sexuales se ha visto desacreditada en la actualidad, al menos como explicación genérica. Otro tanto ocurre con la aseveración consistente en calificar a los agresores sexuales como enfermos mentales. La ausencia de enfermedad mental, sobre todo en los violadores, es habitual, y por lo general lo que se observa son individuos con conductas aprendidas en el marco de una socialización deficiente.

No se puede estudiar y comprender los delitos sexuales si no se parte de un mínimo de conocimientos sobre lo que significa la sexualidad en la conducta de cada individuo. Se observa frecuentemente que estos delitos pueden ser cometidos por individuos que por su conducta sexual habitual pueden ser considerados “normales” y la manifestación de esa conducta sexual delictiva está ligada a una circunstancia personal o ambiental momentánea.

Muchos delitos cometidos por perturbados sexuales se deben no a su perturbación, que “per se” puede o no ser delictiva,

sino a una conducta sexual tipificada como delictiva en la que puede influir el perfil de la personalidad, un comportamiento sexual perturbado o circunstancias ambientales condicionantes, por ejemplo intoxicaciones como el alcohol y/o las drogas. Por supuesto que también estos delitos los pueden cometer perturbados sexuales (disfuncionales y/o parafilicos o desviados), pero debe quedar en claro que estas perturbaciones sexuales, por lo menos en su inmensa mayoría, no están contempladas por sí mismas como delitos por el Código Penal vigente.

En la dinámica de las conductas sexuales delictivas se encuentran dos elementos de importancia: a) La particular sexualidad individual del victimario y b) El comportamiento eventual de la víctima. Tal vez, en estos dos tipos de delitos es donde se observa con mayor claridad la actuación que le cupo a la víctima. Así que las conductas sexuales más comunes que pueden conducir a actitudes delictivas son la violación, el abuso deshonesto, el estupro, el abuso sexual con menores, el exhibicionismo, la prostitución, el crimen sádico, entre otros.

El individuo que delinque, cualquiera sea la forma del delito, tiene una personalidad. La personalidad del delincuente debe ser el centro de la investigación, toda vez que es la unidad a la que quedan referidas todas las manifestaciones de su accionar: conducta, motivación, etcétera; por lo tanto, el estudio de la conducta delictiva debe hacerse en función de la personalidad total del individuo y su inseparable contexto social. El individuo realiza continuas tentativas de adaptación al mundo en el que se desarrolla y vive; el investigador debe descubrir el valor y la significación que ese mundo adquiere para él.

Otros trastornos psicológicos de comportamientos del desarrollo y orientación sexual

- Trastornos del deseo sexual: Incluyen el deseo sexual inhibido y el trastorno por aversión al sexo. El deseo sexual inhibido o hipoactivo (DSI), está caracterizado por un déficit en las fantasías sexuales y el deseo de actividad sexual. También

recibe el nombre de “apatía sexual”, “falta de deseo”, o “falta de interés por el sexo”. El DSI incluye también, desinterés por toda conducta sexual, falta de pensamientos, ensoñaciones y fantasías sexuales, falta de atención al material erótico, la no percepción del atractivo de las personas y falta de frustración si no se puede dar rienda suelta a la sexualidad.

- Trastornos de la excitación sexual: el grupo de trastornos de la excitación sexual abarca el trastorno de la excitación sexual en la mujer y el trastorno de la erección en el hombre. El trastorno de la excitación en la mujer es el fallo total o parcial en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación hasta la terminación de la actividad sexual, o como la carencia de una sensación subjetiva de excitación sexual y de placer durante la actividad sexual. El trastorno de la erección en el hombre o impotencia es el fallo total o parcial en obtener o mantener la erección hasta el final o la falta de sensación subjetiva de placer durante la actividad sexual. Es el trastorno más frecuente en el hombre y afecta al 7-10% de los varones, aumentando su incidencia con la edad. La mayoría de los hombres han tenido alguna vez un problema de erección, pero para que se considere que existe impotencia el problema debe presentarse en al menos un 25% de las relaciones.
- Trastornos del orgasmo: incluyen la disfunción orgásmica masculina y femenina y la eyaculación precoz. La disfunción orgásmica femenina o masculina o anorgasmia es la ausencia o retraso en el orgasmo tras una fase de excitación normal, durante una actividad sexual adecuada en cuanto a estimulación, intensidad y duración. En los casos en los que la mujer es incapaz de alcanzar el orgasmo durante el coito si falta la estimulación manual del

clítoris, no se hace el diagnóstico de disfunción a menos que la respuesta se deba a algún tipo de inhibición psicológica.

- Trastornos por dolor: abarca la dispaurenia o dolor genital en hombres y mujeres y el vaginismo. En la mayor parte de los casos, la dispaurenia masculina hace referencia a dolor en la eyaculación, en el pene, los testículos o en los órganos internos.

Caso de delito sexual

Pedro Pérez, exrector una de las Universidades más prestigiosas del país, entre otros cargos de alta relevancia en el país. El 11/03/2007, fue acusado por ante un Juzgado de Control del Circuito Judicial Penal del Área Metropolitana de Caracas, por la presunta comisión del delito de abuso sexual infantil, en perjuicio de su propio hijo de ocho (08) años de edad para la fecha. Para llevar a cabo su acto, el agresor inyectaba a su víctima una droga que relaja el esfínter por un lapso de quince (15) a veinte (20) minutos, lo que hacía que los pliegues externos del ano no resultaran dañados y no dejar evidencia física externa. Este método de violación, requiere de conocimientos neuroquímicos, porque se manejan neurotransmisores específicos que relajan la uretra y el ano.

Análisis

Se trató de un caso, por una parte, excesivamente mediático. Iniciado a instancia de la denuncia formulada por la ex esposa del mencionado médico, el Ministerio Público, conforme a lo que establece la ley, realizó la investigación respectiva, en razón de la cual, además de la declaración, por demás contundente del niño de ocho (08) años de edad (para la fecha), cursaban al expediente, los resultados de exámenes médico legal bien específicos en cuanto a los rastros poco evidentes dejados en el cuerpo del niño, tomando en cuenta, las praxis médica aplicada por el agresor, dada su condición de médico. Las evaluaciones psicológicas, también serían determinantes

y por ende, dejaba poco espacio para solo imaginar que no hubiere lugar a una sentencia condenatoria, pues, los elementos de convicción no dejan espacio para que ello no ocurra. En la búsqueda de información sobre el caso, se advirtió que luego de un proceso fuertemente influido por los medios de comunicación, el imputado, luego de una Medida Judicial Preventiva Privativa de Libertad, ejerció el Recurso de Apelación y en su momento, le fue ratificada la medida, pero a cumplir en su residencia, por cuanto fueron alegadas algunas razones de salud, la misma búsqueda llevó a pocos datos sobre lo que sería, luego de un Recurso de Amparo interpuesto por el imputado, mayores datos sobre el estado actual del caso, pues no se logró ubicar datos sobre el curso del proceso penal. No obstante, jurídicamente puede decirse que se trató de una investigación que atendió las necesidades pertinentes al delito denunciado.

CONCLUSIONES

Por una parte, es evidente que en términos de legislación, tal y como se reseñara al inicio, diversos países latinoamericanos, han realizado reformas de sus leyes buscando con ello, mayor contundencia en cuanto al poder punitivo del Estado para tipificar y sancionar conductas con tendencia a la materia de delitos sexuales. Venezuela aunque si no figura entre esos países que han hecho tales reformas, ciertamente en el año 2005, realizó una reforma parcial del Código Penal, lo cual significaría la modificación de distintos aspectos vinculados precisamente con el tópico de la sanción penal. Parafraseando aquello que sostienen algunos autores, resulta ineludible señalar que el derecho penal debe ser entendido en la actualidad no como un instrumento de venganza, opresión o mal llamada “limpieza social”, sino que debe entenderse como un mecanismo destinado a regular las condiciones y requisitos que han de cumplirse a los fines de imponer una sanción penal a una persona en virtud de la comisión de un hecho delictivo, resaltando con ello la necesidad de abogar por la concepción garantista de este sector del Derecho.

Los atentados contra las buenas costumbres y buen Orden de las Familias, se ha convertido en el suceso común de la realidad venezolana e incluso latinoamericana, quizá algunos en mayor grado que otros, pero en fin ocurren deteriorando así los cimientos de la estructura social de un país. En ese sentido, investigar sobre el fundamento legal, sin obviar lo más importante, como lo es su aplicación en el espacio y en el tiempo, considerando, la cultura de los pueblos, a lo cual se suma la vulnerabilidad y la indiferencia ante actos, como los delitos

sexuales, que pareciera han pasado a ser parte de una realidad que identifica a las personas, que las hace propias de un determinado lugar o condición sin mediar en hacer un alto en esta circunstancias y encaminar esta realidad.

No cabe duda que, es necesario el conocimiento de este importante tema, tanto para los estudiantes o conocedores de leyes, como para el ciudadano común, para que se conozca que existe un escenario jurídico donde se tutelan estos actos y se protegen a sus víctimas, para mantener esa cualidad moral que lleva al más severo cumplimiento de los deberes respecto de los otros y propios. Por ello se considera necesario establecer las principales y elementales diferencias entre las normas que tutelan y rigen estas acciones como base para los conocimientos ineludibles, que brindan las leyes vigentes relacionadas al tema, para crear e innovar mecanismo destinados al mejoramiento.

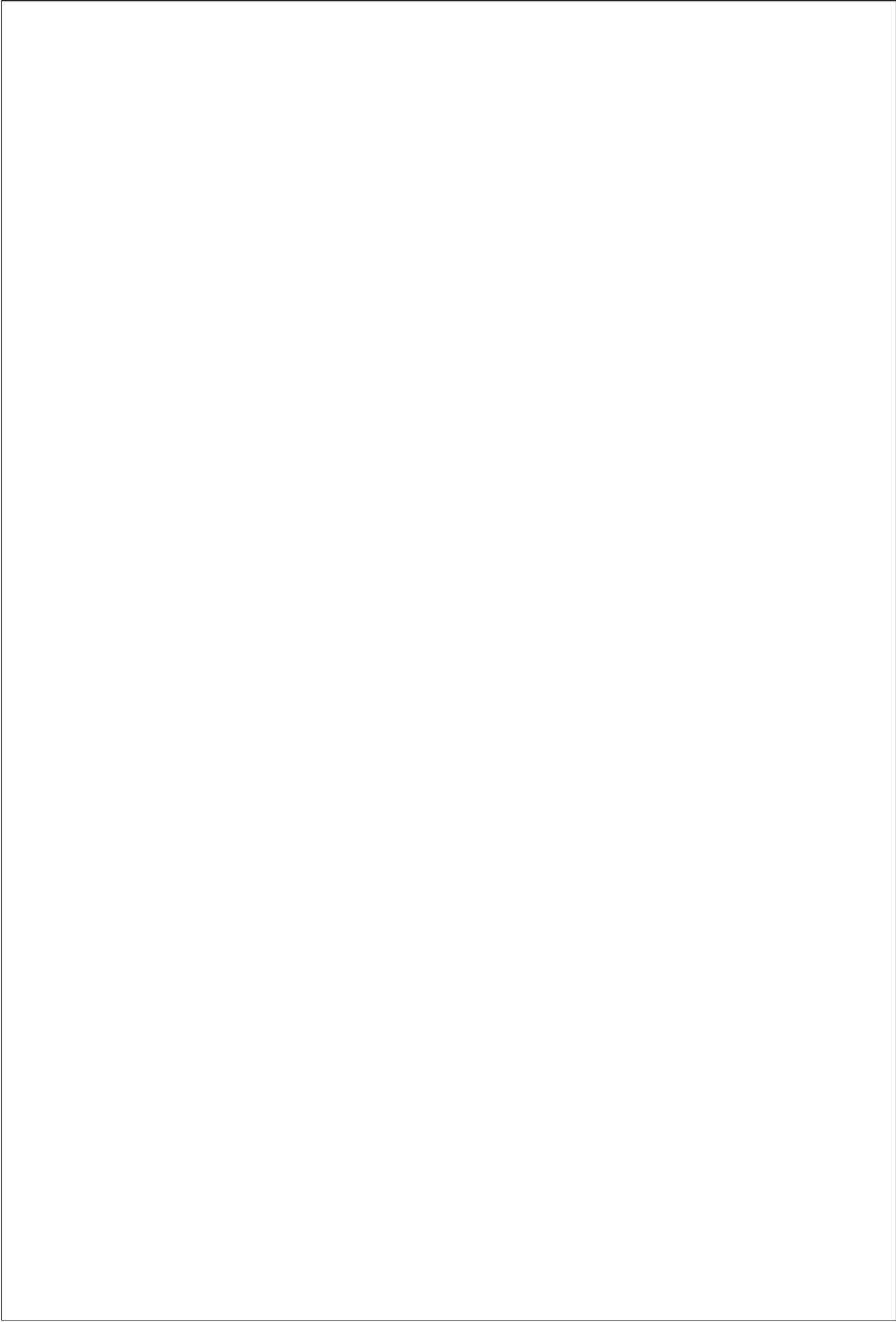
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Penal Venezolano (2005). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Extraordinaria Número 5.763** de fecha 16 de marzo de 2005.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.908 (Extraordinario)**, de fecha 19 de febrero de 2009

Organización Panamericana de la Salud. (2003). **Clasificación Internacional de la Enfermedades Mentales y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)**. Washington, D.C.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN
DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA
DEL MINISTERIO PÚBLICO



1. DEL ENSAYO

1.1. Temas: Los ensayos que se publicarán en la Revista del Ministerio Público, deberán ser inéditos y referirse a temas de actualidad, científicos-técnicos-jurídicos, que constituyan un aporte y enriquecimiento a la temática jurídica dentro de un espíritu democrático y garante de la justicia social.

1.2. Estructura del ensayo: debe estar estructurado básicamente en cuatro partes: un resumen, una introducción, el cuerpo del ensayo, las conclusiones y la bibliografía.

1.3. Extensión: el ensayo debe tener una extensión de 20 a 40 páginas (incluyendo la bibliografía).

1.4. Consignación: Los trabajos serán recibidos en la Escuela Nacional de Fiscales del Ministerio Público, ubicada en la calle Los Naranjos, entre las Avenidas Las Acacias y Los Samanes, Urbanización La Florida. Los autores consignarán dos copias del trabajo en versión impresa y la versión digital en un disco compacto.

2. DE LA PRESENTACIÓN ESCRITA DEL ENSAYO

2.1. Identificación

La primera página deberá contener los siguientes datos:

- Título o nombre del ensayo
- Nombres y apellidos del autor (a)
- Lugar de procedencia

- Institución a la que pertenece, de ser el caso
- Breve reseña curricular (máximo 10 líneas)
- Dirección de correo electrónico y números de teléfono de contacto
- En la versión digital esta hoja será un archivo aparte, identificado con el nombre DATOS DEL AUTOR

A partir de la segunda página en adelante deberá contener:
Resumen (no mayor de 300 palabras)

- Introducción
- Cuerpo del trabajo: Debe estar identificado con los títulos y subtítulos de los contenidos que considere pertinente el autor(a) del ensayo. En la versión digital el nombre del archivo debe ser el título del trabajo o una parte de él que permita diferenciarlo fácilmente. Debe estar engrapado o encuadernado, identificado sólo con el título. En la versión digital el nombre del archivo debe ser el título del trabajo o una parte de él que permita diferenciarlo fácilmente.
- Conclusiones
- Bibliografía

2.2. Lenguaje y estilo

- Formal, redacción en tercera persona (prefiriendo: ‘los autores consideran’ o ‘se considera’).
- Mantener la claridad, sencillez y concisión en la exposición escrita
- Procurar la exactitud en el uso del idioma y en el lenguaje especializado
- Evitar las referencias a trabajos no publicados o a comunicaciones personales, a no ser que sea indispensable
- Utilizar citas y referencias solo para apoyar ideas o hallazgos
- Evitar usar abreviaturas. Solo se usan en las listas de referencia, notas al pie de página, aclaratorias entre paréntesis, cuadros y gráficos. (Vol., ed., pp.).
- Uso de las siglas: primero se debe enunciar el nombre

completo, seguido de las siglas entre paréntesis, en mayúscula y sin puntuación (UNA, ONU, UPEL, PNL). Las abreviaturas diferentes a las de uso común (como etc., i.e., cfr., ibíd.) deben ser explicadas, bien sea al inicio del texto o en pie de página. En cuanto a la mención de alguna Ley, se debe agregar el año de publicación.

- La construcción de párrafos, puntuación, uso de letras mayúsculas y minúsculas deben ajustarse a las normas gramaticales.

2.3. Márgenes

- Para los lados superior, inferior y derecho: 3 centímetros y para el lado izquierdo: 4 cm.
- La sangría al inicio de cada párrafo será de cinco (5) espacios en el margen izquierdo.
- La lista de referencias se transcribirá con sangría francesa de tres (3) espacios hacia la derecha.

2.4. Paginación

- Todas las páginas se enumerarán en la parte inferior y centradas
- Las páginas en orden consecutivo, comenzando por la portada que se cuenta pero no se enumera. A partir de la introducción, llevan números

2.5. Transcripción e impresión

- Tamaño carta
- Tipología de la letra: Arial o Times NewRoman N° 12.
- Papel bond base 20 (en caso de imprimir)
- El resumen, introducción, inicio de capítulos o partes deben comenzar en página nueva.
- Usar espacio sencillo para citas textuales de más de 40 palabras, resumen, lista de referencias y nota de pie de página.

2.6. Interlineado

- El texto se escribirá a espacio y medio, así como entre cada autor en la lista de referencias.
- No se dejará espacio adicional entre los párrafos del texto.
- El espaciado triple se utilizará después de los títulos de capítulos, antes y después de los subtítulos, de los cuadros y gráficos.
- Los títulos y subtítulos de más de dos (2) líneas se escribirán a espacio sencillo.

2.7. Imágenes y gráficos:

Si el trabajo incluye imágenes, gráficas y/o tablas, además de estar insertadas dentro del trabajo en el lugar que les corresponde, deben entregarse en archivos aparte con extensión .jpg y en alta resolución. De existir dudas, consultar con el Comité Editorial para la asesoría al respecto. El autor podrá ser contactado para solventar cualquier eventualidad que se presente.

2.8. Solicitud de publicación:

Se debe anexar una carta dirigida al Comité Editorial de la Escuela Nacional de Fiscales, firmada por el o los autores, en la que se exprese la solicitud de publicación del artículo, la aceptación de las normas editoriales y la cesión de los derechos de publicación.

2.9. Citas y referencias bibliográficas

Se presentarán de acuerdo al sistema denominado AUTOR-FECHA.

Algunos ejemplos:

1. Referencias a otras obras

a) Referencias no textuales: se trata de hacer mención de ideas de un autor sin recurrir a la cita textual, parafraseando o

resumiendo el texto original o la visión general del autor hacia determinado aspecto. En este caso se debe colocar el apellido seguido del año de la publicación entre paréntesis.

Ejemplo:

También, si revisamos los manuales sobre metodología cualitativa en nuestra lengua, podremos constatar que el término estrategia no es el único que se utiliza para hacer referencia, por ejemplo, a la entrevista, el grupo de discusión o las historias de vida, sino que también se habla de técnicas (Valles, 1997), prácticas de investigación (Delgado y Gutiérrez, 1995), e incluso de métodos de investigación, en algunos casos.

b) Citas de menos de 40 palabras: se dejan incorporadas dentro del texto y entre comillas, seguidas del apellido del autor, el año de la publicación y el número de página donde se encuentra el texto citado, entre paréntesis y separado por comas.

Ejemplo:

Asimismo, esta autora señala que las historias profesionales constituyen narraciones en torno a acontecimientos profesionales que más tarde se utilizan para formular preguntas o establecer inferencias sobre el grupo al que se hace referencia. Son útiles también para valorar la repercusión de las experiencias vitales y de formación en las prácticas profesionales. “También posibilita poner de relieve las diferencias de estructuras que utilizan los profesores con distinto grado de experiencia en torno a determinadas cuestiones educativas, o resolución de problemas en el aula” (Colás, 1997c, 283).

c) Citas de más de 40 palabras: se separan del texto en un párrafo aparte, sin comillas y con el espacio de un tabulador a la izquierda y a la derecha. La tipografía debe ser más pequeña y el interlineado simple.

Ejemplo:

Como afirman Velasco y Díaz de Rada (1997) en relación a la investigación etnográfica:

El conocimiento puntual de las técnicas que utilizan los etnógrafos para conseguir sus datos y para procesarlos no es suficiente, si lo que se pretende es comprender la lógica de la investigación etnográfica, es decir, los propósitos y las propiedades epistemológicas que convierten el tratamiento de la información en una etnografía (p. 213).

Al igual que el caso anterior, de no colocarse el nombre del autor y año de publicación antes de la cita, se debe hacer al final entre paréntesis: (Velasco y Díaz de Rada, 1997, 213)

En el caso de más de un autor, se colocan los apellidos por orden alfabético, hasta tres autores. A partir de cuatro autores, se coloca el apellido del primero seguido de et al y el año de publicación:

Ejemplo:

Blanco et al (2002) señalan la importancia...

3. BIBLIOGRAFÍA

Al final del trabajo se incorporará la lista de obras o fuentes consultadas, ordenadas alfabéticamente por autor, según los siguientes formatos:

a) Publicaciones no periódicas (libros):

Apellido, N (Inicial). (Año). Título del libro (cursivas). (Edición). Ciudad de la publicación, Editorial.

b) Publicaciones periódicas (revistas, periódicos)

Apellido, N (inicial). (Año). Título del artículo: Subtítulo (si tiene). Nombre de la publicación o revista (cursivas). Volumen

de la publicación. Número de las páginas que comprende el artículo citado.

c) Publicaciones electrónicas (revistas digitales)

Apellido, N (inicial). (Año). Título del artículo: Subtítulo (si tiene). Nombre de la publicación o revista (cursivas). Volumen de la publicación. Número de las páginas que comprende el artículo citado. En: dirección electrónica completa [Consultada el día/mes/año]

d) Artículos tomados de enciclopedias o compilaciones

Apellido, N (inicial). (Año). Título del artículo. En: Título del libro (cursivas). Vol. X, número de las páginas que comprende el artículo. Ciudad de la publicación, Editorial.

e) Leyes, decretos y resoluciones oficiales

Nombre completo de la ley (Año). Título y número de la publicación en que aparece oficialmente.

3.1 Notas al pie de página:

Se utilizarán únicamente para incorporar información adicional a la exposición (no para colocar los datos de las obras citadas en el texto).

4. EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS TRABAJOS

4.1. Arbitraje: Todos los artículos serán arbitrados bajo la modalidad Sistema Doble Ciego, por especialistas en las respectivas áreas de conocimiento.

4.2. Condición de recepción: Los trabajos recibidos deben presentarse únicamente de acuerdo a las presentes normas. De lo contrario, serán devueltos a sus autores o autoras para su correspondiente reestructuración.

4.3. Veredictos: Los veredictos posibles luego del arbitraje son: Publicación, Publicación sujeta a modificaciones, No publicación. La decisión se comunicará por escrito oportunamente, así como las modificaciones necesarias para la publicación, de ser el caso. La Escuela Nacional de Fiscales no está en la obligación de exponer las razones del veredicto.

4.4. Modificaciones: En los casos en que se requieran modificaciones para la publicación, el autor deberá realizar únicamente los cambios señalados en el arbitraje.

4.5. Causal de rechazo: Si se llegara a detectar algún tipo de plagio, será motivo suficiente para su devolución sin posibilidades de publicación.

4.6. Oportunidad de publicación: La Escuela Nacional de Fiscales evaluará la oportunidad de publicar los artículos aceptados en el número correspondiente, de acuerdo a la visión temática y a la política editorial de la edición respectiva.

4.7. Permanente recepción: La recepción de los trabajos aspirantes a publicarse es permanente y serán custodiados en un banco de artículos al efecto.

4.8. Ejemplares a los autores y autoras: Recibirán cinco ejemplares de la Revista del Ministerio Público en el cual haya sido publicado su artículo.

4.9. Responsabilidad de opinión: El Ministerio Público no se hace responsable sobre las opiniones emitidas por los autores, lo cual estará explícitamente indicado en la publicación.

5. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Información de contacto con la Escuela Nacional de Fiscales del Ministerio Público:

Teléfonos: 58 212 - 7315339 / 7316513 / 7315213

Correo electrónico: escueladefiscalesmp@gmail.com