

EXPRESIÓN FORENSE

REVISTA DIGITAL DE DIVULGACIÓN SOBRE CRIMINALÍSTICA, CRIMINOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES
PUBLICACIÓN MENSUAL. SEGUNDA ÉPOCA. AÑO 1, NÚMERO 10, ENERO DE 2014

Síndrome de Muerte
Súbita del lactante

Heridas por armas
blancas

Comportamiento
sexual adictivo

A portrait of a man with a beard and mustache, wearing a dark suit, white shirt, and red tie. He is looking directly at the camera with a serious expression. The background is dark and out of focus.

BRENT E. TURVEY

2014

Editorial /

▼ Enero

Un año más, un año menos, un día menos, un día más, no es que la vida cambie ni los ideales de un día a otro, es la evolución y las ganas de avanzar las que nos motivan al cambio. Cuando se llega ya a casi 10 años de trabajo ininterrumpido es necesario mirar atrás y ver objetivamente el camino recorrido para buscar un mejor futuro, nuevos caminos que guíen nuestros objetivos en conjunto.

El éxito de Criminalística México es la juventud y entusiasmo de la mayoría de sus miembros, y por ello hemos incluido en puestos directivos a cada joven que ha mostrado un firme interés al altruismo académico.

Ahora toca pasar la estafeta de forma justa y correcta a quien llevará la línea editorial de nuestra revista Expresión Forense, me refiero al Licenciado y Maestro J. Adán Martínez Santiago.

Sabemos sobradamente que el impulso que tome la revista digital en su apartado editorial y bajo la batuta de Adán, beneficiará el entorno de nuestros portales, y en consecuencia, el grueso de las personas que laboran en los ámbitos pericial y criminológico y que actualmente nos sigue.

Éxito en tu nueva encomienda mi querido amigo Adán.

*Atentamente
Juan Martín Hernández Mota
Director General*

► **criminalistica.com.mx**

DI REC TO RIO

Director

Juan M. Hernández M.

mixe@criminalistica.com.mx

Edición de redacción:

Manuela Melchor Ortega

editorial@expresionforense.com

Redactores:

Jesús Adán Martínez Santiago

direccioncursos@expresionforense.com

Erik Gracia Chincoya

direccioninformatica@expresionforense.com

David Arias Mayorga

criminalisticamx@live.com.mx

Fotografía

Ana Laura G. Hernández

administracion@expresionforense.com

Infografía, arte y diseño

Raúl Pérez

direcciondiseno@expresionforense.com

Oficinas de

Criminalistica.mx en México, D.F:

Calle Iturbide 32- B 212, entre Humbolt y

Artículo 123. Paseo de la Reforma,

Colonia Centro (Zócalo D.F.)

C.P. 06050

Tel. 011+521+5513700939

www.expresionforense.com

Contenido

Antropología Forense

¿Qué constituye la mano?

Dactiloscopia:

Las humanas huellas de los koalas

Odontología forense

Identidad por medio de los dientes

Medicina forense

Síndrome de Muerte Súbita del lactante

Heridas por armas blancas

Tema del mes

Entrevista con el Dr. Brent E. Turvey

Criminología

Consideraciones criminológicas sobre el Síndrome de Estocolmo

Criminales en la historia:

“Las Poquianchis”

Psicología

Comportamiento suicida

Comportamiento sexual adictivo

Otros artículos interesantes:

Suicide Gisrls

Glosario Forense

IMPORTANTE:

SOBRE LA REVISTA DIGITAL EXPRESIÓN FORENSE

Al Lector,

Criminalistica.com.mx informa que el diseño, las fuentes y las obras expuestas y diseñadas para la revista digital **Expresión Forense** queda sometido a los Derechos de autor y bajo *Copyright*, reservándose por tal virtud todos los derechos y prohibiéndose su reproducción total o parcial.

Criminalistica.com.mx desconoce si en algún caso alguna imagen o contenido utilizados en algún artículo están sujetos a algún tipo de *copyright* y por tanto rogamos a quien conozca la existencia de derechos previos, que nos lo haga saber para que en estos contenidos aparezca el autor o, en su caso, sean excluidos de la revista digital *Expresión Forense* y del website inmediatamente.

“Siendo una revista digital de divulgación técnico-científica y sobre todo de difusión y encuentro de profesionales e interesados en la materia forense, algunos de los artículos que se encuentran en la revista y en su sitio web www.expresionforense.com son aportados por estos profesionales e interesados en las diversas materias afines a la Criminalística y Criminología, por lo que, en algunos casos, la procedencia y autoría no es posible comprobar, razón por la cual, si algún artículo o su contenido gráfico, es copia protegida por derechos de *Copyright* previos y violenta de alguna forma los derechos de su autor, avise inmediatamente para retirarlo de la revista y del sitio y no menoscabar los intereses que por derecho corresponde a dicho autor ya sea por su intelecto y/o trabajo.

“El respeto al derecho ajeno es la paz”, dicho de un gran procer mexicano, Benito Juárez García, al cual nos sumamos incondicionalmente.

En casos extremos, bloquearemos inmediatamente la fuente del material violentado.”



Identidad por medio de los dientes

por: Jorge Raúl Millet

MORDEDURA

Se llama así las lesiones producidas al presionar con los dientes en las distintas partes del cuerpo. Estas lesiones generalmente pueden ser contusas o contusocortantes, pudiendo ir a veces al arrancamiento. Las mordeduras pueden ser producidas por el hombre o los animales, en el primer caso son siempre intencionales.

La localización de las mismas puede ser sobre la piel humana o los alimentos. El alimento que permite tomar las mejores impresiones es el queso y el chocolate. Las huellas de las mordeduras se reaccionan en general con determinadas figuras delictivas, estas son:

1. Riñas. Las mordeduras se localizan en los lugares prominentes y salientes del cuerpo, como por ejemplo: nariz, orejas, mejillas, labios y manos.

2. Delios Sexuales. En heterosexuales, su localización más frecuente es en mamas, muslos, glúteos, clítoris y pene. En homosexuales, suelen localizarse en espalda, brazos, hombros, axilas y escroto.

3. Maltrato infantil. En estos casos las huellas suelen aparecer en tórax, abdomen, espalda y glúteos.

En todos los casos de mordedura lo que interesa saber es:

1. Si la mordedura es humana o animal.

Es fácil de determinar cuando los rasgos son netos. Su forma en acento circunflejo la diferencia muy bien de la mordedura humana.

En la zona urbana los casos mortales son excepcionales. Lo habitual es que la mordedura de animal se vincule a hechos de mutilación postmortem.

En el caso de los peces la dentadura es típica ya que presenta dientes puntiagudos, por lo que producen pérdidas de sustancia ovaladas, semejante a una ulcera y generalmente asienta en cadáveres sumergidos por algún tiempo.

Los reptiles dejan dos lesiones, por sus dientes acanalados, que son las incisivas de 5 mm de espesor separadas entre sí por alrededor de 5mm.

Las aves como el águila o el cóndor produce lesiones características, generalmente sobre cadáveres expuestos, que siempre van acompañadas de las huellas de sus garras ya que deben aferrarse al cuerpo para desgarrar con el pico y terminan descarnando el cuerpo y lo reducen a esqueleto.

Otra característica de las aves en general es que destruyen los ojos. Los roedores carecen de caninos, cuyo lugar es ocupado por los incisivos cortados a bisel; las ratas labran túneles bajo la piel o atacan la cara, manos y pies.

El perro presenta una fórmula dentaria típica de un carnívoro y el daño que produce a los tejidos es considerable. Puede haber pinzamientos cutáneos, multiperforaciones y desgarros. En general destripan el cadáver. El gato, al arrancar partes blandas, apoya las zarpas y deja marcas de arañazos. El cerdo amputa las extremidades. El tiburón descuartiza.

2. Si es humana no descartar la posibilidad que sea simulada.

3. Localización topográfica.

4. Si la mordedura tiene doble arco o no, ya que si dejó un solo arco el que la ocasionó tenía dientes en un solo maxilar.

5. Si hay continuidad en los arcos ya que de ser discontinuo se debería a la falta de piezas dentarias.

6. Si la mordedura es superficial o profunda. Esto es en proporción a la potencia de la mordida.

7. Diagnosticar si las lesiones fueron producidas en vida o post mortem.

CARACTERISTICAS DE LA MORDEDURA EN EL INDIVIDUO VIVO

Las marcas originadas por mordedura, que no han dejado solución de continuidad permanecen entre 4 y 36 horas después de su producción; este amplio rango se debe a que todo depende del lugar de asiento y la intensidad de la mordedura.

Las características de las lesiones producidas por mordedura son las siguientes:

- Son de tipo contuso.
- Su gravedad oscila entre la equimosis y el arrancamiento.
- El mecanismo causal es la atricción.
- Las características particulares de su morfología permiten el diagnóstico de especie o de individuo.
- Radican en zonas descubiertas por la vestimenta.
- Su ubicación topográfica suele indicar la motivación:
 - a) ofensivas (orejas, nariz, labios de la víctima)
 - b) defensivas (manos, antebrazos de victimario)
 - c) eróticas (pezones y genitales)

Mordeduras Humanas.

Se las encuentra no sólo sobre la víctima; también puede presentarlas el victimario cuando aquella se ha defendido.

Son de forma curvilínea, en doble paréntesis. Según la fuerza de la mordida y extensión de la zona injuriada, podrá observarse la huella característica de cada diente, en forma de equimosis, o de pequeñas soluciones de continuidad si la piel ha sido perforada; y otras veces una herida contusa única. En el primer caso, cuando la impronta de la pieza dentaria es bien ostensible, el examen comparativo de la herida con la dentadura que la produjo, puede señalar el autor o descartar a un sospechoso. En ocasiones hay arrancamiento con pérdida de sustancia.

El rastro de las mordeduras es el negativo de las piezas dentarias.

A los efectos de la identificación, las mordeduras humanas se pueden clasificar de acuerdo a los detalles en su conjunto y según los caracteres individuales.

- Detalles de Conjunto:

a) Disposición de los arcos dentarios:

-Curvo.

-Trapezoidal.

-Triangular.

b) Existencia de todas las piezas dentarias.

c) Inexistencia de alguna de ellas.

- Caracteres Individuales:

a) Anomalías de forma.

b) Anomalías de volumen.

c) Número de dientes que han dejado la impresión.

d) Disposición del diente en el arco.

e) Anomalías del borde dentario.

-Curvo.

-Recto.

-Quebrado.

-Alternado.

No siempre se pueden observar las mordeduras con claridad, a veces queda solo una contusión y esta se extiende a los tejidos vecinos con lo que el estudio de las mismas se hace sumamente dificultoso.

CARACTERISTICAS DE LA MORDEDURA EN EL INDIVIDUO MUERTO

En el cadáver las marcas debidas a mordeduras, en aquellos casos en que no hay solución de continuidad, persisten y son visibles entre 12 y 24 hrs. después de su producción.

Para la visualización y registro de una mordedura puede ser útil el uso de la luz ultravioleta o infrarroja que permiten localizar zonas de herida que no son visibles con la luz natural.

En la realización de un registro de mordedura se debe tener en cuenta que la deshidratación provoca importante retracción de los tejidos y la putrefacción modifica considerablemente el aspecto.

Cualquiera sea la zona de la mordedura debe tratarse de tomar muestra de saliva a fin de hallar los antígenos secretores del grupo ABO. La muestra deberá tomarse con una torunda de algodón humedecido en solución salina isotónica que luego de la toma se deposita en frasco estéril para su posterior envío, correctamente rotulado, al laboratorio. También deben ser analizadas muestras de la sangre y la saliva del cadáver.

Diagnóstico diferencial entre las mordeduras producidas en vida y después de la muerte.

En ambos casos presentan distinta morfología y caracteres.

- Premortem

1. En mordeduras causadas con mucha anterioridad a la muerte. Las equimosis antiguas que fueron provocadas por los bordes libres de los incisivos están en vías de desaparición.

2. En las mordeduras causadas inmediatamente antes de la muerte.

Difusion sanguínea:

Si la intensidad de la mordedura ha sido muy leve la coloración de los tegumentos no se produce. Si el traumatismo es violento y hay una hemorragia profunda se puede producir desde un hematoma hasta la ruptura de tegumentos que permitan la extravasación al exterior.

Con mayor violencia aún, la mordedura puede provocar un desgarramiento de tejidos, separando incluso un fragmento del órgano o parte de él, como por ejemplo el pabellón auricular.

Coagulación:

La aparición de un pequeño coágulo sobre la herida implica el principio de la reorganización de los tejidos lesionados, este coágulo se adhiere íntimamente a las paredes y se despeja con dificultad mediante el lavado.



Retracción de los tejidos

Es otro signo clásico de las heridas vitales. Es más marcada en los miembros; es máxima si la mordedura es perpendicular a las fibras elásticas. Esta propiedad desaparece con la muerte.

Aspecto histológico:

Hay una desaparición de la estructura hística; gran cantidad de tejido fibrinoso que indica coagulación; existencia de infiltración perilesional.

Este proceso culmina con una cicatrización más o menos según cuando se halla producido la muerte del individuo.

- Posmortem

En general las heridas por mordedura producidas después de la muerte obedecen a agresiones sexuales en individuos psicóticos, aunque también se da en sujetos en los que el ánimo criminal es impulsado por una gran sed de venganza, que muerde a su víctima creyendo que todavía está viva cuando ya ha fallecido.

Los caracteres presentados por las mordeduras postmortem son:

- Ausencia de hemorragia, aunque puede haberla pero de carácter muy reducido.
- Ausencia de coagulación, aunque si la hay es mínima y se desprende sumamente fácil con los primeros lavados.
- Ausencia de retracción de los tejidos.

Con estas características en general no hay dudas en el diagnóstico diferencial entre unas y otras, pero hay casos en que la duda existe, especialmente en el periodo de incertidumbre.

Para estos casos hay una serie de pruebas que resuelven la cuestión.

Reacción leucocitaria:

Basada en que toda lesión se produce una reacción inflamatoria, que es puramente vascular, con producción de edema hístico y un aflujo masivo de leucocitos por diapedesis. Estas células son principalmente neutrófilos, eosinófilos y macrófagos que cuando se hallan en el foco de una lesión indican que ésta ocurrió en vida.

Cambios en la hemoglobina:

La transformación de la hemoglobina en hemosiderina en el foco de la lesión, que puede demostrarse mediante la reacción del azul de Prusia que dan con la hemosiderina un color azul intenso a causa de las granulaciones pigmentarias, sería un indicador de una lesión producida en vida.

Cambios en la trama vascular:

Mediante técnicas histoquímicas se puede demostrar

una alteración enzimática en los bordes e la herida que haya sido producida una hora antes de la muerte. Se estudia la actividad de la fosfatasa alcalina, fosfatasa ácida y de la adenosintrifostasa (ATPasa).

En el vivo se determinan dos zonas:

1. Central (junto a los bordes de la herida): donde hay una disminución de la actividad enzimática.
2. Periférica (rodea a la anterior): donde hay un aumento de la actividad enzimática, por la inflamación y reparación.

En el cadáver esto no se observa.

Cambios bioquímicos:

Es lo más moderno y lo que prácticamente pone el sello al diagnóstico diferencial.

La histamina y la serotonina participan activamente en las primeras fases del proceso inflamatorio.

La histamina produce aumento de la permeabilidad vascular y la serotonina aumenta el flujo vascular regional. La histamina aumenta el 50% su concentración a los 20 - 30 minutos de producida la lesión y la serotonina aumenta el 100% su concentración a partir de los 5 minutos. Esto no ocurre en la piel normal y menos aún en las lesiones postmortem.



Por lo tanto con los métodos bioquímicos el período de incertidumbre queda reducido a 5 minutos aproximadamente.

REGISTRO DE LAS MORDEDURAS

La calidad del registro dependerá de varios factores.

- Fuerza masticatoria empleada.
- Particularidades de la piel: espesor, elasticidad, fijación a planos subyacentes.
- Lugar del cuerpo donde se produce, en función de las líneas de Langer.
- Tiempo durante el que actúa la presión de los dientes.
- Momento del examen, que debe ser lo más precoz posible.

El estudio de las mordeduras puede aportar datos que sirvan para identificar al agresor o contribuir a la reconstrucción de los hechos, por lo que debe hacerse lo más completo y precoz posible.

Fotografía

Se deben realizar antes de la autopsia y después de las tomas de saliva, las mismas deben efectuarse *in situ*. El objetivo debe ajustarse para que no deforme las marcas de los dientes. Hay que colocar una regla milimetrada para establecer posteriormente las dimensiones de la mordedura o de algún detalle de interés. Deben tomarse fotografías en blanco y negro y el color, ya que las primeras permiten una mejor resolución para la impresión o ampliación y las segundas permiten la diferenciación de los colores complementarios próximos entre sí. Si se quiere resaltar los relieves se deberá usar luz rasante. La luz ultravioleta permitirá evidenciar detalles que pasan inadvertidos a la vista del observador.

Toma de impresiones

- De la víctima.

La toma de impresiones puede hacerse sobre el sujeto vivo, sólo cuando no se halla producido solución de continuidad en las lesiones, o sobre el cadáver. En ambos casos se utilizarán materiales que cumplan con los siguientes requerimientos:

1. Elasticidad suficiente.
2. Discriminación de detalles.
3. Una solubilidad que permita trabajar con ellos con comodidad.
4. Gran constancia de volumen. Que no se deformen.
5. No provocar el deterioro de los tejidos o materiales mordidos.
6. Fácil manipulación.

Las siliconas son las de elección ya que llenan la mayoría de estos requisitos. Posteriormente se vaciarán en escayola, siendo conveniente realizar varias impresiones de las marcar de las mordeduras.

Si es un cadáver, también se puede recortar y extraer todo el trozo de piel sobre el que está la mordedura y así hacer un estudio mas detallado de las capas profundas de la piel.

- Del sospechoso.

Este registro puede realizarse poco tiempo después o a meses del sujeto; en este último caso debe efectuarse primero un detallado examen bucal que permita comprobar que no se hicieron modificaciones posteriores al hecho (restauraciones, extracciones, prótesis) que modifiquen la dentadura.

Se recomienda la toma de impresiones con alginato y un vaciado posterior inmediato; en la realización debe tenerse especial cuidado en la reproducción detallada de los bordes incisales y superficiales oclusales, lo que es de especial importancia, para poder establecer posteriormente la comparación de la huella de la mordedura.

ESTUDIO COMPARATIVO

Los rasgos característicos de una buena marca por mordedura son:

- Que sea reciente. Luego de las 24 hrs. comienzan a borrarse.
- Que sea completa para que sea capaz de ser reproducida por los medios habituales.

- Que se aprecien las particularidades específicas de la dentición del individuo que las ha realizado.

El método utilizado para la comparación no es sencillo y varía de un autor a otro. Se buscará el más fidedigno posible que permita establecer la relación sospechoso-víctima a través de los signos de la mordedura.

Se propuso, por ejemplo, que el sospechoso mordiera sobre un material análogo al original, para evitar las distorsiones que se pueden producir. Los métodos más modernos utilizan un programa comparativo computarizado.

Una vez realizado el registro fotográfico se puede hacer la determinación de los puntos importantes para luego realizar una confrontación entre ambos. Mediante la comparación se buscan los puntos de coincidencia.

COMPORTAMIENTO DE LAS PIEZAS DENTARIAS Y SUS RESTAURACIONES FRENTE A LA ACCIÓN DE LA TEMPERATURA

La identificación humana en cadáveres carbonizados es muy difícil porque son muy pocos los elementos que resisten a la acción de la temperatura. Las piezas dentarias y otros elementos del sistema estomatognático pueden aportar pruebas indubitables sobre la identidad y por lo tanto ante un cadáver carbonizado debe requerirse un examen odontológico.

La temperatura sobre las piezas dentarias, sus restauraciones, elementos protésicos, cavidades de caries, etc., tendrá una acción distinta según el elemento que produzca el aumento del a misma y los distintos elementos que proporcionen protección y mantengan hidratación de dichos tejidos duros y otros materiales.

Así será muy distinta la acción de la temperatura en la zona dentro del músculo orbicular de los labios que estará totalmente desprotegida, y por lo tanto expuesta a la acción directa del calor, que en otros sectores donde los tejidos duros y blandos proveen una aislación térmica e hidratación.

En un diente la temperatura produce los siguientes cambios de color:

100° C Dentina de color marrón

200° C Dentina de color marrón

300° C Dentina negra

400° C Dentina azulada

900° a 1500 ° C Dentina rosada

Lógicamente mayor resistencia tiene los aparatos portésicos y los dientes de porcelana. Los dientes de oro resisten temperaturas de cremación. La porcelana en hornos de cocción se lleva a 1600° C.

Experiencias realizadas en horno para cocción de porcelana con piezas dentarias vitales con caries o afecciones periodontales, extraídas 48 hrs. antes con restauración de amalgama y dientes secos, extraídos mucho tiempo antes con restauraciones de amalgama y materiales estéticos acrílicos arrojaron los cambios que se detallan en el cuadro a continuación:

120° C Sin cambios

150° C Aumenta el brillo de la amalgama

200° C Exudación del mercurio de la amalgama. Apreciable oscurecimiento del acrílico.

250° C Se ponen blancos los rebordes cuspídeos. La restauración de acrílico se pone marrón.

300° C Carbonización del tejido cariado y de la placa bacteriana. Zona blanquecina en las cúspides y bordes incisales, grisáceo en las zonas redondeadas y poco voluminosas. La restauración de acrílico tiene un marrón más intenso.

350 ° C Tiente gris azulado en las coronas de las piezas de extracción reciente y pardusca en las piezas secas. Comienza carbonización de la restauración de acrílico.

400° C Se opacó la amalgama (por evaporación del mercurio). Desapareció la restauración de acrílico.

420° C Estallido del esmalte en las piezas de extracción reciente. Carbonización de la dentina. Color grisáceo en las piezas secas.

450° C Destrucción de la dentina en piezas de extracción reciente. Hay una separación de la amalgama de la pared remanente de la cavidad.

500° C Sigue la destrucción por la carbonización. En las piezas con amalgama, el remanente dentario se oscurece pero resiste más.

550° C Pulverización del esmalte en piezas secas y con restauraciones de amalgama. Carbonización de la dentina expuesta.

600° C Sin grandes cambios.

650° C Sin grandes cambios.

700° C Pulverización total de la corona en dientes secos. Casi total en los de extracción reciente.

750° C Pocos cambios.

800° C Pocos cambios.

A 100° C los dientes se vuelven tan frágiles que se desmenuzan como pan tostado. Lógicamente mayor resistencia tiene los aparatos protésicos y los dientes de porcelana.

Los dientes de oro resisten temperaturas de cremación. La porcelana en hornos de cocción se lleva a 1600° C. Experiencias realizadas en horno para cocción de porcelana con piezas dentarias vitales con caries o afecciones periodontales, extraídas 48 hrs. antes con restauración de amalgama y dientes secos, extraídos mucho tiempo antes con restauraciones de amalgama y materiales estéticos acrílicos arrojaron los cambios que se detallan en el cuadro a continuación:

120° C Sin cambios

150° C Aumenta el brillo de la amalgama

200° C Exudación del mercurio de la amalgama. Apreciable oscurecimiento del acrílico.

250° C Se ponen blancos los rebordes cuspídeos. La restauración de acrílico se pone marrón.

300° C Carbonización del tejido cariado y de la placa bacteriana. Zona blanquecina en las cúspides y

bordes incisales, grisáceo en las zonas redondeadas y poco voluminosas. La restauración de acrílico tiene un marrón más intenso.

350 ° C Tiente gris azulado en las coronas de las piezas de extracción reciente y pardusca en las piezas secas. Comienza carbonización de la restauración de acrílico.

400° C Se opacó la amalgama (por evaporación del mercurio). Desapareció la restauración de acrílico.

420° C Estallido del esmalte en las piezas de extracción reciente. Carbonización de la dentina. Color grisáceo en las piezas secas.

450° C Destrucción de la dentina en piezas de extracción reciente. Hay una separación de la amalgama de la pared remanente de la cavidad.

500° C Sigue la destrucción por la carbonización. En las piezas con amalgama, el remanente dentario se oscurece pero resiste más.

550° C Pulverización del esmalte en piezas secas y con restauraciones de amalgama. Carbonización de la dentina expuesta.

600° C Sin grandes cambios.

650° C Sin grandes cambios.

700° C Pulverización total de la corona en dientes secos. Casi total en los de extracción reciente.

750° C Pocos cambios.

800° C Pocos cambios.

850° C Se comienza a poner roja la amalgama.

900° C Amalgama con un rojo más intenso.

950° C Rojo casi blanco.

1000° C Rojo blanco, pero sin fundirse. Porción coronaria reducida a cenizas.

Los dientes sufrirán variaciones por calor en función de la temperatura, la curva de ascenso de esta y el tiempo de exposición.

Relacionando la temperatura con los cambios de color y las modificaciones estructurales se obtiene el siguiente cuadro:

Temperatura (°C)	Coloración	Modificación de las estructuras
100	Sin modificación.	Sin modificación.
150	Ligera.	Roturas poco profundas.
175	Ligera.	Fisuras y roturas de las raíces. Grieta longitudinal en incisivos y caninos.
215	Esmalte grisáceo.	Destrucción carbónica de elementos nucleares. Aspecto agrietado de la raíz.
225	Esmalte gris, raíces marrones, manchas marrones.	Fisuras más grandes, cuello fisurado.
270	Corona grisácea y brillante.	Garan facilidad, esmalte fisurado.
300	Dentina carbonizada.	Caída espontánea del esmalte sano.
400	Dentina carbonizada.	Explosión del esmalte cariado. Estallido de las coronas de los dientes sanos.
800	Dentina carbonizada.	Disminución el volumen de las raíces.
1100	Dentina carbonizada.	Desaparición de las fibras de Tomes. Marfil y esmalte conservan túbulos ensanchados.

Los materiales que se utilizan en la confección de restauraciones y aparatos protésicos tienen distintos puntos de fusión, por lo que en los cadáveres quemados pueden haber desaparecido determinados materiales que estaban presentes en la dentadura original.

La temperatura de fusión de estos materiales puede dar un indicio fehaciente de la temperatura de combustión a que se llegó durante la cremación.

En el cuadro a continuación se muestran las temperaturas de fusión y los cambios sufridos por los materiales más frecuentemente usados en odontología reparadora.

Material	Punto de fusión (°C)	Alteraciones
Porcelana	870-1370	---
Resinas	500-700	Desaparecen.
Amalgamas	200	Primero se disocia y luego a mayor temperatura toma aspecto pulvurulento.
Salicilatos	800-1000	Toman aspecto blanco lechoso a dicha temperatura y luego forman burbujas.
Composite	500	Se produce su disolución.
Acero	1290-1395	Variable con la aleación: C, Cr o Ni
Cromo-Cobalto	1290-1395	Se utilizan en prótesis removibles.
Cromo-Níquel	1350-1400	Se utilizan en prótesis removibles.
Oro	1063	Debido a su costo ya casi no se usa.
Platino-Iridio	1840-1880	---

CONCLUSIÓN

La odonto-estomatología forense constituye un método relevante para la identificación de cadáveres y restos humanos, tanto en casos individuales como en situaciones de catástrofe. La durabilidad y resistencia de las piezas dentarias y de los materiales utilizados en su restauración convierten a los procedimientos de reconocimiento oral en los más efectivos cuando otros como el dactiloscópico o el visual no pueden ser empleados, como es el caso de cuerpos o restos con quemaduras extensas o fragmentación importante.

Las técnicas odontológicas son además precisas en la determinación de la edad, especialmente en menores de veinte años.

Las características de la fórmula y piezas dentarias, su presencia o ausencia, combinadas con las lesiones, tratamientos y reemplazos protésicos que pueden estar presentes en los 32 dientes, cada uno de los cuales con 6 caras, que conforman la estructura dental del adulto, constituyen la base de las pericias odontológicas en la identificación.

La radiología especializada permite la individualización de elementos anatómicos, patología específica, tratamientos previos y aparatos protésicos. La información que proviene de la comparación de imágenes odontoradiológicas pre y postmortem puede llegar a ofrecer una certeza cercana a la obtenida por las técnicas dactiloscópicas, en los casos en que las variaciones dentarias sean lo suficientemente específicas.

El método de identificación odontológico comprende los siguientes puntos:

- Ficha dental.
- Morfología dentaria.
- Odontometría.
- Fotografía de la cavidad bucal.
- Radiografías seriadas periapicales.



- Radiografía panorámica.
- Rugas palatinas.
- Mordidas.
- Materiales dentales.
- ADN

De cada uno de estos surgen los datos necesarios para la elaboración de la ficha postmortem.

El fundamento del método de identificación odontológica reside en el análisis de las similitudes y discordancias observadas entre los datos postmortem y las características orales previas de la víctima, razón por la cual la búsqueda de los antecedentes odontológicos conforma una etapa técnica muy importante.

El potencial identificador de la técnica odontológica ha sido ampliamente demostrado a lo largo de la historia de la humanidad.

En los últimos años el incremento de víctimas con destrucción masiva de sus cuerpos, como consecuencia de accidentes aéreos y atentados terroristas, han confirmado la importancia de los procedimientos odontológicos forenses en la identificación de cadáveres y restos humanos. ✂



// La muerte súbita infantil es un problema médico legal con evidentes repercusiones a nivel clínico, sanitario y social. //

Síndrome de **MUERTE SÚBITA** del lactante

por: Carlos A. Navari

Desde el punto de vista médico legal se considera a la muerte súbita como aquel proceso de etiología desconocida, aparentemente de causa natural, que se presenta de manera imprevista e inesperada, en individuos aparentemente sanos, en la que deben descartarse la intervención de violencias traumáticas y o tóxicas en su desarrollo. La mayoría de los autores, coinciden en que el rasgo fundamental que caracteriza a la muerte súbita es su carácter imprevisto e inesperado. Es preciso subrayar que la causalidad violenta no es mas que una posibilidad en la mayor parte de los casos lejana, pero a pesar de todo, admisible.

Uno de los aspectos más difíciles del smsl para el patólogo forense y para el pediatra, es encontrar la línea de demarcación entre el maltrato infantil y la muerte en la cuna. No hay duda alguna que la autopsia por si sola no permite

lograr en muchas ocasiones ese objetivo.

Esta rápida evolución y la ausencia de diagnóstico cierto de la causa de la muerte pueden plantear un problema médico legal: Si no hay un médico que certifique la defunción, es necesaria la práctica de una autopsia judicial, en la que se intentaría establecer el diagnóstico y el mecanismo de la muerte.

No obstante, la Clasificación de Enfermedades de la OMS recoge el “síndrome de muerte súbita del lactante”, por lo que el pediatra que haya seguido la evolución del niño y descarte la violencia en un mecanismo de muerte en el que todo apunte hacia este síndrome podría, en conciencia y científicamente, certificar el fallecimiento.

La muerte súbita, tanto infantil como en el adulto, es un tema clásico dentro de la medicina legal y forense. En la Ciudad de Buenos Aires, la Morgue Judicial del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, registra aproximadamente

entre 50 y 60 casos anuales de muertes que pueden ser encuadradas dentro del smsl. El hecho de que este tipo de muertes ingresen al sistema judicial, pone en relieve una serie de problemas que la comunidad y fundamentalmente los médicos no pueden resolver.

De un modo muy general, las muertes que precisan de investigación médico legal puede clasificarse en:

a) Muertes por causas violentas (Ej.: Accidentes, suicidios y homicidios).

b) Muertes sospechosas de un origen no natural. La sospecha puede recaer sobre un homicidio (muerte sospechosa de criminalidad), pero también sobre un suicidio, casos de mala práctica médica, accidentes laborales o de tránsito. Este apartado incluye también aquellas muertes en que al desconocerse la etiología, ningún médico puede redactar el certificado de defunción.

Las muertes sospechosas de origen no natural constituyen un número considerable dentro de la casuística de un Centro Médico Forense. En la ciudad de Bilbao, España en el año 1991, el 42,48 % de los ingresos correspondían a este grupo, en tanto que las muertes violentas fueron el 56,52%. Las mismas cifras pueden traspolarse a la experiencia en Argentina, donde el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional reúne todos los casos de muertes violentas y sospechosas de criminalidad en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Las muertes súbitas del adulto, adolescentes, niños o lactantes, se incluyen, desde un punto de vista médico legal, en este amplio concepto de las muertes sospechosas de criminalidad, que también se nutre de otros dos sectores, numéricamente menos importante: las muertes acaecidas en personas que no han recibido asistencia médica y las que tienen lugar a lo largo de una enfermedad que cursa de modo atípico, inusual o desconcertante.

La conducta ante un cuadro de muerte súbita infantil que ingresa a un servicio de urgencias de un hospital o que es asistido por un médico de urgencias domiciliario o bien al médico de cabecera, debe ser:

Es necesaria la práctica de una autopsia judicial, en la que se intentaría establecer el diagnóstico y el mecanismo de la muerte.

1. Informar a la familia que la autopsia es imprescindible.
2. Obtener y anotar los siguientes datos, que facilitará a la instrucción para que el médico forense los tenga al momento de realizarla autopsia:

Datos personales del niño fallecido:

-Nombre y apellidos.

-Dirección.

-Teléfono.

-Fecha de nacimiento.

-Edad actual.

-Hora en que fue visto por última vez vivo.

-Hora en la que fue hallado muerto.

-Antecedentes familiares: MSI enfermedades hereditarias.

-Antecedentes personales: Pretérmino (si / no).

-Antecedentes patológicos: Apnea / cianosis / hipotonia/ vomitador.

-Antecedentes de internaciones previas.

-Lo notaban enfermo: CVAS / febril / otros,

-Tomaba medicamentos: (nombre / dosis).

-Alimentación seguida: Materna artificial / mixta.

Circunstancias del fallecimiento:

-Lugar: Domicilio propio /familiar / guardería.

-Sitio: cuna / cochecito cama de los padres / vehiculo /otros.

-Posición en que fue encontrado: prono / supino / lateral.

-Había restos de alimentos en el sitio donde fue hallado: Si / no. Estaba cubierto por la ropa de cama: Si / no.

-Temperatura ambiente: Calor frio.

-Color: Pálido / cianótico livideces.

-Intentaron reanimarlo: Si / no.

-Tipo, de reanimación: Masaje cardíaco / boca a boca / intubación. Duración de la reanimación en domicilio.

Datos del Hospital (si fue trasladado):

-Nombre del hospital.

-Dirección.

-Teléfono.

-No de historia clinica del paciente.

-Jefe de Guardia/ Pediatra interviniente.

-Hora de ingreso.

Resumen del examen físico.

Se le practicó reanimación?: SI / No

-En caso afirmativo describir tipo y duración.

Conducta Médico Legal ante una MSI

Desde el punto de vista forense en los casos de smsl deben tenerse en cuenta fundamentalmente el lugar donde ocurrió el hecho, los hallazgos de la autopsia y el resultado de los estudios complementarios para descartar otra patología dado que el diagnóstico se hace por exclusión.

Una de las principales responsabilidades del patólogo en relación al smsl consiste en establecer el diagnóstico, descartando fundamentalmente toda

forma de violencia. Esto es de importancia crítica, en primer término para los padres del bebé, que necesitan saber por qué su hijo, aparentemente sano, murió de manera repentina e inesperada. En segundo lugar, la validez de toda investigación en el área, ya sea epidermiología, microbiológica, bioquímica o anatómica, depende de la precisión del diagnóstico de necropsia. Es el anatomopatólogo forense quien decide en cada caso en particular, si la muerte súbita ha sido o no explicada en forma adecuada.

Todos los estudios e investigaciones deben perseguir aclarar dos puntos claves:

Descartar la muerte violenta: La autopsia debe ser completa, minuciosa, sistemática e ilustrada, estando indicados todos los estudios complementarios, con el objeto de investigar:

1. Los orificios respiratorios y cuello para descartar los mecanismos asfícticos externos. Siendo de suma importancia el examen del contenido gástrico, esófago, tráquea y bronquios, para descartar una aspiración que provoque una sofocación.
2. Análisis toxicológico con determinación de carboxihemoglobina y tóxicos orgánicos.
3. Descartar signos de malos tratos, antiguos o recientes.

Diagnóstico de la causa de muerte:

Si todo lo anterior resulta negativo, hay que inclinarse por un mecanismo de muerte natural, del que se procurará encontrar la etiología, hecho que no siempre es posible. De la exploración y análisis de los hallazgos de la autopsia y los exámenes complementarios, se podrá arribar a una de las siguientes conclusiones:

1. Diagnóstico claro de la causa de muerte. A él se llega generalmente cuando un único hallazgo tiene suficiente entidad como para explicar la causa de la muerte sin lugar a dudas (malformaciones cardíacas, bronconeumonía).
2. Presencia de varios signos, ninguno de los cuales explicaría la muerte por si solo y de forma aislada, pero que en su conjunto hablan de un estado general patológico

que explica una muerte funcional en un momento dado (congestión y edema pulmonar, trastornos infecciosos de la vía respiratoria).

3. Autopsia negativa, por algunos autores denominada blanca, sin ningún signo evidente de patología que explique el mecanismo de la muerte.

Existen varios problemas especiales que merecen mención a este respecto. Se refieren a distinguir entre smsl y:

-Traumatismo de cráneo: Con alguna frecuencia no hay evidencias externas de traumatismo de cráneo de un lactante cuando de hecho, ha muerto a consecuencia de uno o más golpes en ese sitio. La hemorragia extensa por debajo del cuero cabelludo, fractura de cráneo y hematomas subdurales, pueden pasar inadvertidos en lactantes, a menos que se realice una autopsia.

-Hemorragias retinianas y el “síndrome del niño sacudido”: Se han asociado hemorragias retinianas durante algún

tiempo con el llamado síndrome del niño sacudido; muchos patólogos forenses estaban convencidos que eran patognomónicas de maltrato. No obstante debe tenerse en cuenta que dichos estigmas pueden observarse en la reanimación cardiopulmonar, infecciones, el ahogamiento consumado, el asma, envenenamiento y aspiración.

Conducta ante la familia que sufre un una MSI

La familia en la que se produce una muerte súbita de un lactante necesita el apoyo médico y psicológico. Son aspectos de gran importancia a este respecto:

- Explicar que este cuadro existe.
- Que no se conoce bien su etiología.
- Que no se ha debido a desatención o negligencia.
- Explicándoles en forma clara que:

-Asfixia: Es frecuentemente difícil distinguir en la necropsia entre la asfixia accidental o deliberada por un objeto blando y el smsl, dado que los datos obtenidos tanto macro como microscópicos son similares. Es por esa razón que la nueva definición incluye la necesidad del examen cuidadoso de las circunstancias en que se produjo la muerte del lactante.

-NO existen medios de prevención.

NO hay forma de predecirlo.

-NO es contagioso.

-NO es hereditario.



// Las muertes sospechosas de origen no natural constituyen un número considerable dentro de la casuística de un Centro Médico Forense. //

- Ocurre en forma rápida y sin sufrimiento.
- El estado aparente es saludable antes del hecho.
- No es causado por sofocación o aspiración de vómitos.

De esta forma pueden prevenirse las secuelas psíquicas que con frecuencia se producen en los familiares del niño y en los padres. En la entrevista se debe obtener como información: edad y sexo del niño, peso al nacer, quien fue la última persona que vio al niño con vida (fecha y hora), quién lo descubrió muerto (fecha y hora), cual fue el lugar de la muerte (cuna, cama de los padres, etc.), posición en que lo encontraron, si fue cambiado de posición (porqué y por quién), si se intentó alguna forma de resucitación (método) y quien fue la persona, última consulta a un médico, estado de salud en el último tiempo, tipo de alimentación (mamadera? pecho, etc.), hora de la última comida, tipo de comida, si hubo otros casos de smsl en la familia.

Por otra parte el pediatra de cabecera debe conocer los resultados de la autopsia, ya que los resultados serian de gran importancia en la atención de otros hijos y en futuros embarazos.

CONCLUSIONES

Aunque la muerte en la edad pediátrica es sólo un pequeño componente de la práctica médico legal, el smsl constituye

en los países occidentales desarrollados, la mayor parte de las defunciones dentro del primer año de vida.

La muerte súbita infantil es un problema médico legal con evidentes repercusiones a nivel clínico, sanitario y social que continúa siendo un reto para la medicina en general y para la medicina forense en particular. La única manera de ampliar nuestros conocimientos sobre este tema es realizar un abordaje multidisciplinario de todos los casos con la participación de las especialidades relacionadas (médicos forenses, pediatras, patólogos, neuropatólogos, epidemiólogos, toxicólogos, etc.), como se hace en la mayoría de los países desarrollados. Sólo de esta manera se podrá conocer los múltiples mecanismos que influyen en este tipo de casos tan dramáticos, haciendo posible su prevención. Asimismo deben desterrarse de la practica médica los certificados de complacencia, que tan negativos han resultado no sólo para la Justicia, sino también para la ciencia. Para ello, dada la multifactorialidad del problema, es necesario un cambio de actitud en la práctica médica relacionada con esta patología, debiendo tener en cuenta para determinar la causa y manera de la muerte:

1. Evaluación del sitio y la circunstancias de la muerte, llevado a cabo por personas entrenadas y competentes.
2. Revisión de la historia médica, incluyendo otros casos reportados en la familia.
3. Comprensión exhaustiva de la autopsia con estudios apropiados y detallados, con reserva de muestras de tejidos, con el objetivo de mejorar la investigación y contribuir a una mejor comprensión del grupo familiar.
4. Una revisión completa y multidisciplinaria del caso.

Debe recordarse que este síndrome no es una entidad nosológica por lo que el diagnóstico se realiza por exclusión.

En los últimos años, es cada vez mayor la toma de conciencia en el ámbito forense, sobre la repercusión social que tiene el problema de la muerte súbita infantil y de la necesidad de contribuir en la medida de nuestras posibilidades a su conocimiento, como paso previo y obligado a la prevención de dichas muertes. ✂



LAS HUMANAS HUELLAS DE LOS KOALAS

por: Carlos A. Navari

Nosotros no somos los únicos que tenemos este rasgo identificativo tan peculiar. Los gorilas, los chimpancés y los koalas, por ejemplo, tienen huellas dactilares. Y éstos últimos adorables animalillos poseen unas huellas tan similares a las nuestras que es prácticamente imposible diferenciarlas. Tanto, que aún utilizando un microscopio electrónico es difícil salir de dudas.

Lo más sorprendente es que no se supo hasta 1996, cuando un científico australiano llamado Maciej Henneberg se dio cuenta de ello. Aunque gracias a una pequeña anécdota y al sensacionalismo al que estamos acostumbrados en casi todos los medios de comunicación, la noticia no tardó en correr de lado a lado del país. La anécdota fue ésta:

“El ancho de las crestas papilares, su forma, el tamaño en general y el patrón es el mismo... Tengo una colega que es especialista en la genética de las crestas papilares en humanos y huellas dactilares. Le mostré dos imágenes con huellas dactilares, una de un humano y otra de un koala, sin decirle cuál era de cada uno. Cuando le dije que eligiera la huella humana, señaló sin dudar a la del koala.” Como imaginarán, la anécdota era jugosilla para la prensa. A ver si adivinan cómo terminaron bordando la historia. Pues, con sensacionalismo, como no, ya se sabe que las noticias tienen que vender:

La revelación fue rápidamente acogida por la prensa, que felizmente anunció que las huellas humanas dejadas en una escena de un crimen podrían deberse fácilmente a un koala [...]

Sean sinceros, seguro que lo veían venir. Por supuesto, cosas tan superfluas como que hay entre 100.000 y 500.000 koalas que habitan en bosques, que pasan casi toda su vida en los árboles, que son animales tímidos que no buscan el contacto humano y que la mayoría de crímenes se cometen en áreas urbanas es algo que no importa. Pero, cuidado, ya saben que si están en una escena del crimen en Australia y detectan huellas que

creen humanas, piensen por un momento que podrían tratarse “fácilmente” de un adorable koala que le dio por bajarse del árbol y buscar calor y sangre humanos.

En fin, lejos del sensacionalismo de fondo, el hecho tiene su interés evolutivo. Y es que nos demuestra como especies tan distantes como los humanos y los koalas pueden tener unas características concretas tan similares. Un ejemplo de evolución convergente, donde dos especies diferentes, en diferentes zonas del mundo desarrollan las mismas características físicas con un mismo fin, que es la de asegurar un mayor agarre y un menor deslizamiento a la hora de sujetar objetos o trepar a los árboles. Por ejemplo, la aleta superior de los delfines y los tiburones sería otro hecho indicativo de evolución convergente.

Por supuesto, los creacionistas, también conocidos como los defensores del Diseño Inteligente, tan originales y especiales ellos, dijeron que eso invalidaba la teoría de la evolución. Porque si de verdad hubiera existido esta evolución, humanos y koalas, especies tan diferentes, evolutivamente hablando, no deberían haber conservado las mismas huellas dactilares cuando algunos tipos de monos, más cercanos a nosotros, no las poseen. Parece ser que su explicación irrefutable es que Dios creó las koalas a su imagen y semejanza, pero sólo en las huellas. El pack completo ya nos lo llevamos nosotros.

Por cierto, si me permiten, yo también quiero hacer la prueba, para ver si saben distinguir la huella de un koala a la de un humano. Simple curiosidad por ver los resultados. ✂

La huella de la izquierda es la del koala, la de la derecha es humana.





“ El Síndrome de Estocolmo es un trastorno emocional que se caracteriza por la justificación moral y el sentimiento de gratitud de un sujeto hacia otro de quien forzosa o patológicamente dependen sus posibilidades reales o imaginarias de supervivencia. ”

CONSIDERACIONES CRIMINOLÓGICAS SOBRE EL SÍNDROME DE ESTOCOLMO

por: María Laura Quinones Urquiza

En medicina, conocemos como síndrome a los síntomas que manifiesta padecer un paciente, sumados a los signos que se observan, siendo este conjunto (en el Síndrome de Estocolmo) de origen desconocido, aquí radica una de las diferencias principales con la enfermedad: el desconocimiento de la etiología.

El síndrome que nos ocupa no ha sido caracterizado con entidad diagnóstica propia en la última edición de 1995 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), pero sí se lo reconoce como fenómeno psicopatológico de plataforma traumática: “En el que se induce al agredido a un modelo mental, de naturaleza cognitiva y anclaje contextual” (MONTERO GÓMEZ).

Podríamos definir al síndrome de Estocolmo como un trastorno emocional que se caracteriza por la justificación moral y el sentimiento de gratitud de un sujeto hacia otro de quien forzosa o patológicamente dependen sus posibilidades reales o imaginarias de supervivencia. Captor y rehén: coerción, seducción, manipulación.

Este estímulo estresante externo coloca a la víctima en una posición pasivo agresiva frente a su victimario, desencadenando una reacción defensiva funcional nerviosa que hace actuar al innato y automático instinto de auto conservación: la señal de amenaza que recibe el cerebro se propaga por la ruta neuronal, recorriendo el sistema límbico hasta el complejo amigdalóide, regulador de las funciones instintivas y de defensa. La respuesta adaptativa sería la búsqueda de preservarse, en este caso frente a la anulación ilegítima de la libertad, al aislamiento; a la sorpresiva (¿por qué no traumática?) realidad de no poseer más el control de su propia vida, de enfrentarse a la posibilidad de la muerte, en otras palabras: quedar sometido por tiempo indeterminado al impredecible deseo de Otro (la mayúscula es mía).

Se establecería un enlace asimétrico pero empático y pseudofraternal, dando lugar en forma real o imaginaria a la posibilidad de seducir y manipular al perpetrador, buscando ser desestimado como potencial objeto de descarga de furia, torturas u homicidio.

“La memoria es selectiva y normalmente las huellas mnémicas sufren alteraciones con el correr del tiempo.”

En el caso del rehén, el ascender un escalón y conseguir tratar al delincuente de igual a igual, se logra con empatía; quizás el mecanismo defensivo de la negación le impida reconocer su condición de subordinado, conquistando su simpatía mediante el diálogo, la obediencia e integrándose finalmente como una pareja armónica.

Esta nueva dinámica entre la pareja penal, podría llevar a instaurar en el delincuente el desequilibrante sentimiento de pena en caso de tener que ejecutar a su ocasional rehén. Probablemente, el lazo desemboque en un inexplicable descuido subconsciente del delincuente, gracias al cual, el rehén escapa de su lugar de presidio.

Luego de ser liberados, la frialdad e imposibilidad de identificarse como víctimas, pone de manifiesto la disociación de aquellos que padecen síndrome de Estocolmo. Esta suerte de trance, traería consigo daños colaterales para la sociedad, entre ellos podríamos contar en algunos casos con simulados olvidos, no reconocimiento de fisonomía, vestimenta, voz, durante la rueda de reconocimiento policial o falsa descripción en el identikit, lo que obstruiría las investigaciones y facilitaría que el malviviente continúe su actividad delictiva como consecuencia de ese falso testimonio. Observemos como la relación asimétrica muta, patológicamente, en una de complicidad.

Este encubrimiento no obedece al temor por las posteriores represalias del delincuente, si no a algo mucho más



“Psíquicamente sitúa al Otro como un superior omnipotente, del que según ella, dependen su bienestar.”

profundo y que roza la esfera afectiva: una fase melancólica donde uno recuerda a aquel amigo que nos salvó la vida y a quien agradeceremos retribuyendo con el silencio. La imputabilidad de quien padece este síndrome podría ser puesta en duda.

Pueden padecer este síndrome personas cuyo desarrollo cognitivo cursa con normalidad, así como también sus posibilidades de representarse el consecuente peligro que la comisión de obstruir una investigación policial promete. Como víctima, requiere la asistencia psicológica o psiquiátrica para recordar, elaborar y poner en palabras la situación traumática, amén de las consecuencias del stress post traumático. Me pregunto si este síndrome ¿no será una defensa subconsciente para velar y retardar el estrés post traumático?

La memoria es selectiva y normalmente las huellas mnémicas sufren alteraciones con el correr del tiempo, muchas de las alteraciones son cualitativas, es decir en su calidad, como por ejemplo Ilusiones del recuerdo, amnesias lacunares (parciales), etc.

En algunos países a la víctima se le brinda apoyo psicológico o el patrocinio de un letrado, no siendo parte del proceso judicial y teniendo las mismas obligaciones que cualquier testigo.

El Código Procesal Penal Argentino en su LIBRO SEGUNDO DE LOS DELITOS, Título I de los Delitos contra las personas, Capítulo XII y sobre el falso testimonio reza en su Art. 275, que será reprimido con prisión de un mes a cuatro años, el testigo, perito o interprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación, hecha ante la autoridad competente.

Si el falso testimonio se cometiere en una causa criminal en perjuicio del inculpado, la pena será de uno a diez años de reclusión o prisión.

En todos los casos se impondrá el reo, además, inhabilitación absoluta por doble tiempo del de la condena. (texto conforme ley N° 23.077).

Los testimonios no son verdades absolutas por más

idoneidad que tenga el testigo, ya que los hechos van a ser descriptos y empañados de subjetividad, consecuentemente pueden ser tendenciosos inconscientemente o sufrir la omisión de detalles importantes para el esclarecimiento de los hechos.

Aunque del testimonio de muchos testigos sobre un mismo hecho puede que se obtenga algún dato objetivo, derivado de que muchas subjetividades coincidan en que les fue impactante un detalle en general, aún así, solo se los puede considerar verdad auxiliar de la justicia. ¿Cuán confiable es entonces el testimonio de quien padece síndrome de Estocolmo?, ¿son imputables su error, omisión o deformación de los hechos?

La apresurada exigencia de dar testimonio, puede evidenciar la discapacidad momentánea para cumplir con el requerimiento de informar fehacientemente sobre los acontecimientos. Psicópata y complementario: seducción, coerción, manipulación.

Para el vínculo entre el psicópata y su complementario, haremos hincapié en que aquí en un principio no hay lugar a la relación asimétrica víctima – victimario, pues hay una satisfacción que la complementaria obtiene a cambio y que no le habría sido revelada hasta antes de conocer a su psicópata.

Analicemos el perfil de esta pareja, como por ejemplo la de una mujer golpeada o que padece un maltrato psicológico de larga data y a quien le cuesta desprenderse de la posición inferior a la que es sometida por su psicópata. Psíquicamente sitúa al Otro como un superior omnipotente, del que según ella, dependen su bienestar y en algunos casos el sentido de su vida. Así, se otorga para lo que él disponga: seducirla, opacarla, ridiculizarla, golpearla, seducirla, repito: para lo que su Otro disponga.

Anclada en ese vínculo patológico donde el peligro de perder a su redentor, vulnera la unidad de su Yo, queda a merced del Otro. Puede incluso permutar el sufrimiento, la humillación

obtenida, en algo positivo que le permite mantener a ese motor gracias al cual ha podido superar barreras represivas, descubrir nuevas experiencias, encontrar satisfacciones distintas que no se hubiese atrevido a explorar, sin un particular sentido de libertad patrocinado por su psicópata.

El vínculo con esta suerte de parásito, la aísla en un pozo del cual es difícil emerger. La ruptura de esta dinámica garantiza un duelo, vivenciándose como sentimiento de culpa por correrse de la escena, por intentar convertir este círculo vicioso en virtuoso. El común denominador es el de no saberse objeto, cosa, instrumento, de no acusar este cachetazo al narcisismo. Difícilmente la decisión de finalizar esta relación provenga de la complementaria, pues su hastío, muchas veces se convierte en deleite gracias a la manipulación de su psicópata.

Algunas complementarias admiten encubrir delitos o crímenes por amor, y hasta llegan a cometer actos osados o contrarios a su ética de toda la vida.

Quizás el psicópata por aburrimiento decida finalizar el circuito, frente a lo cual irrumpiría el Síndrome de Estocolmo en la complementaria, ella queda enganchada a su recuerdo, a ese deseo inscripto, a esa dinámica y puede que solicite ayuda psicológica o con el tiempo encuentre un nuevo psicópata. Otra de las posibilidades es que intente resolver la incógnita de por qué ha sido abandonada, si ella ha hecho todo, absolutamente todo lo que él le pedía y aún así la dejó, pero ninguna de sus interpretaciones racionales pueden explicar este vínculo irracional, por ello probablemente, la complementaria en la búsqueda patológica de su re-equilibrio, se humille, ruegue, prometa lo que sea a cambio de volver son su psicópata y ante la negativa de éste, lo justifique avergonzada culpándose por no haberlo dado todo, pero lo raro es que para poder manipularla y controlarla, el psicópata hace mucho que la despojó hasta de sus seres más queridos, dejándola sin nada más a qué renunciar, salvo, a su condición de complementaria. ✂

HERIDAS POR ARMAS BLANCAS

por: Anónimo

Armas blancas: son los instrumentos lesivos manejados manualmente que atacan la superficie corporal por un filo, una punta o ambos a la vez.

De acuerdo con este mecanismo de acción se clasifican las heridas que producen.

- 1.- Heridas por instrumentos punzantes.
- 2.- Heridas por instrumentos cortantes.
- 3.- Heridas por instrumentos cortopunzantes.
- 4.- Heridas por instrumentos cortantes y contundentes.

Heridas por Instrumentos Punzantes

Se llaman así a las producidas por instrumentos de forma alargada, de un diámetro variable, pero nunca muy considerables, de sección circular o elíptica, que terminan en una punta más o menos aguda. En suma, se trata de cuerpos cilindro cónicos alargados en forma de punta afilada.

Estos instrumentos pueden ser naturales o artificiales. Entre los primeros figuran las espinas, los aguijones y otras defensas de animales. Son más frecuentes, sin embargo, los artificiales, entre los que deben citarse; alfileres, agujas, clavos, punteros, flechas, flores, lanzas, etc.

Mecanismo de acción: Los instrumentos punzantes penetran en los tejidos actuando a modo de cuña, disociando y rechazando lateralmente los elementos anatómicos del tejido atravesado. Pero cuando el instrumento tiene cierto grosor hay, además, un verdadero desgarró, al vencer los límites de su elasticidad. Por tanto, lo fundamental en la acción de estos instrumentos es la punta, que concentra la fuerza viva en una superficie muy limitada.

Caracteres de las lesiones: Las heridas por instrumentos punzantes o perforantes se definen por la existencia de un orificio de entrada, de un trayecto más o menos largo y, cuando traspasan completamente una zona del cuerpo, por un orificio de salida.

El orificio de entrada radica ordinariamente en la piel; más raramente en mucosas. Cuando el instrumento es tan fino que al dislocar los tejidos no sobrepasa su límite de elasticidad, queda reducido a un punto rojizo o rosáceo,



cuya huella desaparece en dos o tres días. La levedad del orificio de entrada no prejuzga el pronóstico de la herida, puesto que lesiones de apariencia insignificante pueden tener consecuencias graves por alcanzar órganos profundos importantes. Las complicaciones infecciosas son también susceptibles de agravar el pronóstico. Por último, a veces el instrumento se rompe y quedan partes del mismo en el fondo de la lesión.

Si el instrumento es más grueso, con lo que su diámetro sobrepasa el límite de elasticidad de los tejidos, el orificio adopta la forma de una hendidura de ángulos ligeramente redondeados, o dicho de modo más gráfico, de ojal. Los

un punto en el cual convergen diversos sistemas de fibras de dirección divergente, la herida toma una forma triangular o en punta de flecha.

La dirección del orificio está determinada por la que tengan las fibras elásticas de la dermis cutánea. Si se conoce este dato puede preverse la dirección del orificio en las distintas regiones del cuerpo, y si coinciden ambas direcciones sirve como comprobación de que la herida ha sido producida por un instrumento punzante, diferenciándola así de las producidas por instrumentos bicortantes. Los esquemas de Langer, resultantes de los experimentos hechos por este autor en 1881, señalan la dirección de las fibras elásticas

“Lesiones de apariencia insignificante pueden tener consecuencias graves por alcanzar órganos profundos importantes.”

ángulos nítidos e iguales. La dirección del eje mayor de la hendidura está condicionada a la que tengan las fibras elásticas de la región en que asienta la herida.

La forma y dirección del orificio de entrada son de una gran importancia médico legal, ya que en ello reposa en buena parte el diagnóstico del instrumento responsable. De ahí que motivará investigaciones experimentales, hoy clásicas, y cuyos resultados se sintetizan en las llamadas leyes de Filhos y Langer:

Ley de Filhos: La lesión producida por arma cilindro cónica simula la que produciría un arma aplanada y con dos filos. En una región determinada, las lesiones producidas por éste tipo de arma tienen siempre la misma dirección, mientras que las producidas por armas corto punzantes con dos filos pueden presentar las más diversas direcciones.

Ley de Langer: Cuando un instrumento punzante lesiona

en los distintos territorios cutáneos.

El trayecto de las heridas debidas a instrumentos punzantes viene constituido por un canal que atraviesa los distintos tejidos interesados en la lesión. En el cadáver este trayecto se señala por una línea rojiza que resulta del derrame de sangre en su interior. Pero lo característico de esta clase de heridas cuando el trayecto interesa diversos tejidos superpuestos por planos, es que la dirección del ojal que se forma en cada uno de ellos es diferente, según sea la forma de sus respectivos elementos elásticos. Se mantiene aquí la misma regularidad que para el orificio cutáneo.

El orificio de salida cuando existe, es de ordinario más irregular que el de entrada, pues la piel al perforarse de dentro hacia fuera, da lugar a una especie de estallido, con lo que suelen producirse fisuras y roturas atípicas. Su tamaño suele ser menor que del orificio de entrada, lo que es debido a la forma cilindro cónica del instrumento, con lo

"La falta de filo del arma o la existencia de melladuras da lugar a que la herida presente irregularidades."

que su extremidad libre es de menor diámetro.

Pronóstico: Aunque generalmente es bueno, depende considerablemente de los siguientes factores: grosor del instrumento, zona herida, profundidad de la lesión, limpieza del arma. Las circunstancias que agravan el pronóstico son: que la herida sea penetrante en una cavidad; que haya interesado órganos vitales o de importancia funcional; que por la contaminación del instrumento se produzca una infección en profundidad.

Heridas por Instrumentos Cortantes

Los instrumentos cortantes se definen por la existencia de una hoja de poco espesor y sección triangular que obra sólo por el filo. Ciertos objetos actúan accidentalmente como instrumentos cortantes: láminas delgadas de metal o trozos de vidrio. Los verdaderos instrumentos cortantes están representados por cuchillos, navajas, navajas de afeitar, bisturíes, etc.

Mecanismo de Acción: Como se ha dicho, estos instrumentos actúan por el filo que penetra en los tejidos a manera de cuña y los divide produciendo soluciones de continuidad. El corte es facilitado cuando el filo aborda oblicuamente la superficie, pues el ángulo cortante resulta tanto más agudo cuanto mayor sea la oblicuidad. La acción del instrumento puede llevarse a cabo por simple presión o por presión y deslizamiento; en el último supuesto los efectos son muchos mayores.

Caracteres de las lesiones: Las heridas por instrumentos

cortantes, o heridas incisas, responden en general a tres tipos: heridas lineales, heridas en colgajo y heridas mutilantes.

Heridas lineales: Las heridas lineales se producen cuando el instrumento penetra perpendicularmente produciendo una simple solución de continuidad. Por efecto de la elasticidad de los tejidos seccionados, la herida tiende a abrirse adquiriendo la forma de óvalo alargado, cuyos extremos es frecuente hagan más superficiales, llegando a prolongarse por un verdadero arañazo superficial que no siempre tiene la misma dirección que el resto de la incisión. Cuando los extremos asumen estas características reciben el nombre de colas.

Los caracteres diferenciales de estas heridas son:

1.- **Bordes:** Las heridas incisas se caracterizan por regularidad y limpieza de sus bordes que, al retraerse, hacen aparecer la herida fusiforme. Los bordes se separan más o menos según la dirección del traumatismo y la zona interesada; la retracción es máxima cuando el corte interesa perpendicularmente la dirección de las fibras elásticas cutáneas. También influye la posición de la región en el momento de la herida, por lo que sí es distinta a la que se hace adoptar para la observación puede aumentar o disminuir la separación de los bordes, como ocurre en las heridas que asientan en la rodilla, codo, hueso axilar, etc. Depende asimismo de que existan adherencias a tejidos profundos, como sucede con la piel del cráneo, que se separa poco en las heridas superficiales y mucho, en cambio, cuando es lesionada la aponeurosis subyacente.

2.- **Extremos:** Como hemos dicho, suelen terminar haciéndose superficiales, formando las llamadas colas. Las colas son más aparentes cuando en el corte de la piel predomina el mecanismo de deslizamiento. Hay una cola de ataque, que corresponde a la iniciación del corte, y una cola terminal. Ambas colas pueden ser iguales o desiguales y aun falta en uno de los dos extremos del corte; en todo caso la cola más larga es la última producida en el corte, al ir perdiendo contacto el instrumento con los planos cutáneos, carácter éste que puede servir para indicar la dirección o sentido en que fue producido el corte.

3.- Paredes: Las heridas cortantes tienen, a veces una notable profundidad, dando lugar a la formación de las paredes que concluyen hacia abajo, dibujando una sección triangular de vértice inferior. Las paredes son lisas y regulares; no obstante, dentro de ésta característica, cuando el corte ha interesado capas superpuestas de distinta estructura y, en su caso, elasticidad, la diferente retracción de estos tejidos puede dar una cierta desigualdad a la pared. En efecto, la piel y el tejido muscular se separan mucho, sobre todo si el instrumento ha cortado las fibras en sentido perpendicular a su dirección; se separan poco, en cambio, los tejidos fibrosos, cartilaginoso, hepático y esplénico; no se separa nada el tejido óseo. No hay nunca puentes de sustancia que unan las paredes. Finalmente, cuando en la zona herida hay un plano óseo superficial, se detiene en él el corte, formando el fondo de la herida.

Heridas en colgajo: Las heridas en colgajo se producen cuando el instrumento cortante penetra más o menos oblicuamente, con lo que uno de los bordes queda cortado en bisel obtuso, mientras que por el otro resulta una lámina o colgajo de sección triangular con el borde libre o corta, gruesa o delgada, dependiendo estos caracteres de la longitud del arma, de la oblicuidad del corte y de su profundidad.

Heridas múltiples: Se producen cuando el instrumento ataca una parte saliente del cuerpo (la oreja, la extremidad de los dedos, la punta de la nariz, el pezón mamario)

dando lugar a su separación completa. Si el arma no está muy afilada es corriente que se unan mecanismos de arrancamiento o tracción.

HERIDAS INCISAS ATÍPICAS.

En determinadas circunstancias pueden producirse también ciertas heridas incisas atípicas, de las que las más habituales son las siguientes:

1. Rozaduras o erosiones: Se originan cuando el instrumento no hace más que rozar tangencialmente la superficie cutánea, en la que sólo produce una erosión o el desprendimiento parcial de la epidermis.
2. Heridas en puente y en zig-zag: se deben a las características de la región. Cuando en ésta hay pliegues cutáneos o se trata de una zona laxa (párpados, escroto) que forma pliegues con facilidad, aun con la simple presión del instrumento, el arma actúa linealmente, pero, como consecuencia de haber formado pliegue cutáneo, al extender la región se ven dos cortes separados por un puente o una herida en zig-zag.
3. Heridas irregulares: La falta de filo del arma o la existencia de melladuras da lugar a que la herida presente irregularidades, dentelladuras, hendiduras y laceraciones. Según el número e intensidad de éstas, se modifica más o menos la forma de las heridas incisas, los que, a veces, hace muy difícil el diagnóstico de su naturaleza.



Pronóstico: Es muy variable de caso a caso, dependiendo del instrumento (la finura de su filo, la limpieza del arma) y de la zona herida (vascularización de la región, órganos subcutáneos que pueden resultar interesados por el corte).

Las heridas cortantes pueden ser rápidamente mortales por hemorragias o por embolia gaseosa (heridas del cuello que interesen las venas). La hemorragia, en efecto, es constante en este tipo de heridas, ya que la finura con que lesiona los vasos no provoca ningún tipo de retracción, la cuantía de la hemorragia dependerá de la vascularización de la región herida. También es posible una muerte tardía si hay complicaciones infecciosas.

Si la muerte no tiene lugar, la duración de estas lesiones suele ser corta, porque la cicatrización es rápida generalmente, dando lugar a cicatrices lineales o elípticas, más o menos alargadas. Sin embargo, pueden quedar estados residuales y trastornos funcionales permanentes consecutivos a la lesión de troncos nerviosos, tendones, músculos, etc. que no se hayan consolidado viciosamente; esto es, el tratamiento llevado a cabo, condiciona seriamente el pronóstico.

HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTO-PUNZANTES

La parte lesiva de los instrumentos corto-punzantes está constituida por una lámina más o menos estrecha terminada en punta y recorrida por una, dos o más aristas afiladas y cortantes. Según el número de estas aristas, los instrumentos se llaman monocortantes, bicortantes o pluricortantes.

Entre los instrumentos corto-punzantes más frecuentes en la práctica médico legal deben citarse las navajas, los cuchillos de punta, los puñales, los estiletes, etc.

Mecanismo de acción: El modo de obrar de los instrumentos corto-punzantes puede considerarse como la suma o término medio de los instrumentos punzantes y los cortantes, por cuanto actúan simultáneamente por la punta y por el filo o filos. En efecto, al abordar el cuerpo por la punta ejercen una acción en cuña en la forma dicha para los instrumentos punzantes.

Pero al mismo tiempo el filo (o filos) queda situado en posición óptima para cortar, es decir, en dirección casi

" Las heridas cortantes pueden ser rápidamente mortales por hemorragias o por embolia gaseosa."

paralela al sentido en que ejerce su acción de fuerza con que está dotado el instrumento.

Cuando se trata de instrumentos pluricortantes, al ir aumentando el número de aristas va disminuyendo el ángulo que forma cada una de ellas (salvo que se hayan vaciado las caras intermedias), lo que hace que su filo sea menos agudo. Si su número se multiplica excesivamente, llegaría a confundirse con el instrumento cilindro cónico típico de los instrumentos punzantes.

Caracteres de las lesiones: Las heridas corto-punzantes, de acuerdo con su mecanismo de producción, se asemejan en parte a las punzantes y en parte a las incisivas. De la misma forma que en las primeras, en éstas puede distinguirse un orificio de entrada, un trayecto y, eventualmente, un orificio de salida.

Orificio de Entrada: Puede ser típico y atípico. En cuanto al primero, su morfología es variable con la forma del instrumento:

1. Hoja plana y bicortante.- Cuando el instrumento posee una hoja plana y bicortante la herida que produce tiene la forma de una fisura, parecida a la de instrumento cortante, pero más profunda. Su dirección sigue la del diámetro transversal del instrumento y, por tanto, cambia según la posición de éste, con independencia de la orientación de las fibras elásticas de la piel. Puede no tener cola si el arma entró y salió perpendicularmente; tener una si al entrar o salir formó ángulo agudo; y tener dos si cada

vez lo forma por un lado.

2. Hoja plana monocortantes.- Forma también una fisura, pero de sus dos extremos uno es más agudo y, a menudo, presenta una cola evidente, mientras que el otro es más romo, como redondeado. Esta diferencia entre los extremos de la fisura se difumina cuando la herida es perpendicular a la dirección de las fibras elásticas cutáneas, por lo que la retracción de los bordes de la herida se hace muy acusada y adquiere entonces una forma oval alargada. En estos casos basta aproximar los bordes de la herida para hacer evidente la diferencia de los ángulos.

3. Hoja gruesa monocortante.- Lo característico de este tipo de arma es la presencia de un lomo, opuesto al borde cortante. Como consecuencia, la herida forma un verdadero ojal, uno de cuyos extremos es agudo y en cola; el otro es casi cuadrado, por presentar dos pequeñas hendiduras debidas a los ángulos que el borde romo forma con las dos caras de la hoja

4. Hoja pluricortantes.- El orificio de entrada en estos casos tiene forma estrellada, con tantas puntas como bordes cortantes posea el instrumento. Debe hacerse constar, no obstante, que a veces alguno de los bordes no marca su corte, por lo que no siempre se puede deducir de la herida la forma del instrumento. Es más, un mismo instrumento puede producir heridas con un número diferente de ángulos cuando hiere reiteradamente en una misma zona.

5. Además de estos orificios típicos pueden encontrarse heridas atípicas. Las causas principales que dan origen a estas heridas atípicas radican en el instrumento o en la forma de producirse la herida. Por lo que respecta al instrumento deben señalarse aquellos cuya hoja es de superficie irregular y el corte, o cortes, desafilados, de los que son ejemplo representativo las limas. En esta caso el ángulo de la herida correspondiente al borde cortante no es muy agudo y no presenta cola, mientras en los bordes de la herida se observan numerosos y pequeñísimos desgarros. En cuanto a la forma de producirse la herida, le da carácter atípico el que la víctima o el arma se muevan, en cuyo

caso la herida deja de ser rectilínea, describiendo una línea curva, quebrada o mixta.

Trayecto: El trayecto de las heridas corto-punzantes puede adoptar diversas formas:

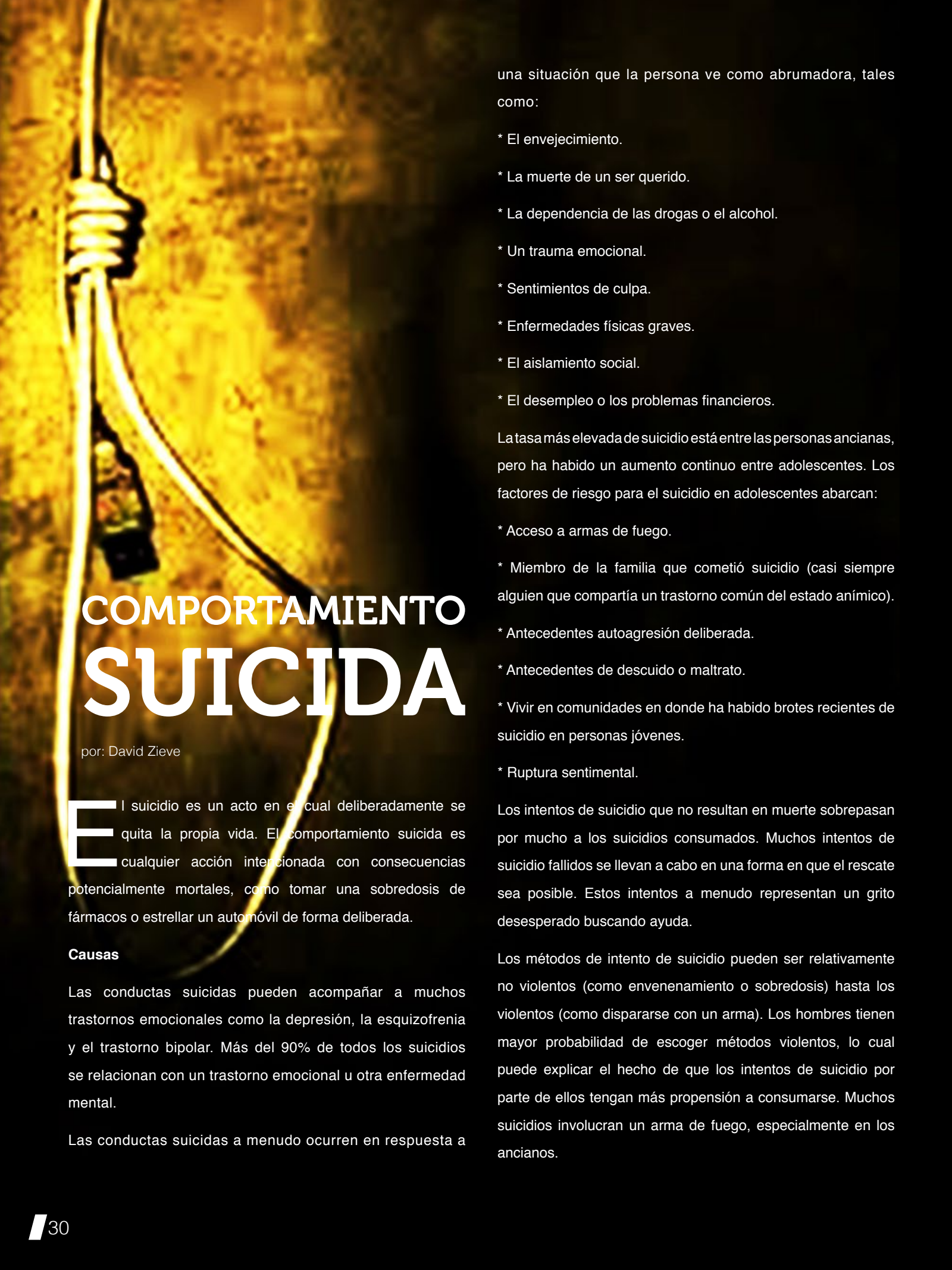
- Es único o múltiple, según que el instrumento haya realizado más de una penetración, aun sin haber salido del todo.
- Es perpendicular al plano de la piel u oblicuo. En este último caso, si el arma ha abordado oblicuamente los tejidos, con oblicuidad paralela a la caras del arma, el bisel producido permite diagnosticar desde fuera la dirección del trayecto.
- Por último, el trayecto puede ser un fondo ciego o en canal completo, traspasando por completo la parte anatómica y dando lugar a un orificio de salida.

De la misma manera que en el orificio cutáneo, los distintos planos atravesados por el trayecto de las heridas corto-punzantes presentan los correspondientes orificios siempre orientados en el mismo sentido, lo que permite diferenciar éstas de las heridas punzantes. Algunas veces el trayecto puede no aparecer como rectilíneo debido a la diferente elasticidad de los distintos tejidos y a la eventual movilidad de algunos órganos

Orificio de salida: No es constante, Cuando lo hay suele ser de menores dimensiones que el de entrada, pues las armas corto-punzantes son ordinariamente más finas y aguzadas por la punta. Es también habitual que cuchillos y navajas sean bicortantes en la punta y monocortantes en la base, por lo que la forma del orificio de entrada y el de salida será distinta.

Si el arma tiene suficiente longitud y la herida recae en ciertas regiones, es posible encontrar dos orificios de entrada y uno de salida para una misma herida cuando el instrumento ha atravesado totalmente una parte del cuerpo y ha alcanzado otra subyacente: por ejemplo, una herida que interese el tórax después de haber traspasado el brazo.

Pronóstico: Sigue las mismas directrices que para las heridas punzantes. 



COMPORTAMIENTO SUICIDA

por: David Zieve

El suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente mortales, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.

Causas

Las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90% de todos los suicidios se relacionan con un trastorno emocional u otra enfermedad mental.

Las conductas suicidas a menudo ocurren en respuesta a

una situación que la persona ve como abrumadora, tales como:

- * El envejecimiento.
- * La muerte de un ser querido.
- * La dependencia de las drogas o el alcohol.
- * Un trauma emocional.
- * Sentimientos de culpa.
- * Enfermedades físicas graves.
- * El aislamiento social.
- * El desempleo o los problemas financieros.

La tasa más elevada de suicidio está entre las personas ancianas, pero ha habido un aumento continuo entre adolescentes. Los factores de riesgo para el suicidio en adolescentes abarcan:

- * Acceso a armas de fuego.
- * Miembro de la familia que cometió suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno común del estado anímico).
- * Antecedentes autoagresión deliberada.
- * Antecedentes de descuido o maltrato.
- * Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.
- * Ruptura sentimental.

Los intentos de suicidio que no resultan en muerte sobrepasan por mucho a los suicidios consumados. Muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado buscando ayuda.

Los métodos de intento de suicidio pueden ser relativamente no violentos (como envenenamiento o sobredosis) hasta los violentos (como dispararse con un arma). Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, lo cual puede explicar el hecho de que los intentos de suicidio por parte de ellos tengan más propensión a consumarse. Muchos suicidios involucran un arma de fuego, especialmente en los ancianos.

Los parientes de personas que han cometido un intento de suicidio fallido o exitoso, a menudo se culpan o se enojan mucho ya que ven el intento o el acto como una actitud egoísta. Sin embargo, cuando las personas son suicidas, con frecuencia piensan erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo y esta creencia irracional los arrastra a tener este comportamiento.

Síntomas

Signos iniciales:

- * Depresión.
- * Conducta impulsiva.
- * Nerviosismo.
- * Afirmaciones o expresiones de sentimientos de culpa.

- * Tensión o ansiedad

Signos críticos:

- * Intentos directos de cometer suicidio.
- * Amenazas directas o indirectas de cometer suicidio.
- * Regalar pertenencias, intentos de “poner en orden asuntos personales”.
- * Cambio de conducta repentino, especialmente de calma después de un período de ansiedad.

Signos de peligro en personas jóvenes:

- * Pérdida de interés en actividades que eran previamente placenteras.
- * Disminución súbita en el desempeño escolar.
- * Cambios inusuales en el sueño o hábitos alimentarios.
- * Irritabilidad inusual.
- * Retraimiento de los amigos.

Tratamiento

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas por todas las siguientes razones:

- * Creen que nada ayudará

* Son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas.

* Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad

* No saben a dónde acudir por ayuda

Las medidas de emergencia pueden ser necesarias después de que una persona haya intentado suicidarse. Pueden requerirse primeros auxilios, RCP o respiración boca a boca.

La hospitalización suele ser necesaria para tratar un intento de suicidio y prevenir futuros intentos. La intervención en salud mental es uno de los aspectos más importantes del tratamiento.

Expectativas (pronóstico)

Todas las amenazas e intentos de suicidio deben tomarse siempre en serio. Cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento dentro de un período de un año y cerca del 10% de aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran.

Se debe buscar atención en salud mental inmediatamente. Desestimar el comportamiento de la persona como de llamar la atención puede tener consecuencias devastadoras.

Complicaciones

Las complicaciones varían dependiendo del tipo de intento de suicidio. Cuándo contactar a un profesional médico. La persona que amenace o intente suicidarse DEBE ser evaluada con rapidez por un profesional de la salud mental. ¡NUNCA IGNORE UNA AMENAZA O INTENTO DE SUICIDIO!

Prevención

Muchas de las personas que intentan suicidarse hablan de ello con anterioridad. Algunas veces, la capacidad de hablar con alguien compasivo, que sepa escuchar sin hacer juicios es suficiente para evitar que la persona cometa suicidio. Por esto, los centros de prevención de suicidio tienen servicios de “línea directa” telefónica. De nuevo, nunca ignore una amenaza o intento de suicidio.

Como en cualquier otro tipo emergencia, es mejor llamar al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos). No deje a la persona sola ni siquiera si ya se ha hecho contacto telefónico con un profesional apropiado. 🧑🏻‍🚒



¿QUÉ CONSTITUYE LA MANO?

por: Anónimo

Los humanos tenemos únicamente dos manos (excepto en casos de polimelia), localizadas en los antebrazos. En ocasiones se dice que los simios y monos tienen cuatro manos, porque sus dedos de los pies son largos y con pulgares oponibles, pudiéndolos usar en ocasiones como manos.

Las manos forman parte de las extremidades del cuerpo humano, están localizadas en los extremos de los antebrazos, son prensiles y tienen cinco dedos cada una. Abarcan desde la muñeca hasta la yema de los dedos en los seres humanos.

Son el principal órgano para la manipulación física del medio. La punta de los dedos contiene algunas de las zonas con más terminaciones nerviosas del cuerpo humano; son la principal fuente de información táctil sobre el entorno, por eso el sentido del tacto se asocia inmediatamente con las manos. Como en los otros órganos pares (ojos, oídos, piernas), cada mano, está controlada por el hemisferio del lado contrario del cuerpo. Siempre hay una dominante sobre la otra, la cual se encargará de actividades como la escritura manual, de esta forma, el individuo podrá ser zurdo, si la predominancia es de la mano izquierda (siniestra) o diestro si es de la derecha (diestra); este es un rasgo personal.

Usos de las manos

El uso principal de las manos es el de tomar y sostener objetos, aunque de estos usos generales derivan muchos más, debido a la gran versatilidad de movimiento del que es capaz la mano, así como por la precisión que puede alcanzar en estos movimientos. Ejemplos de usos de las manos son:

- * Las manos y los dedos son “utensilios” primordiales para poder comer.

- * Las manos se utilizan en múltiples costumbres, como el saludo (véase apretón de manos).

- * Con la mano se puede gesticular, e incluso existen lenguajes de señas para la comunicación con personas sordas o con problemas auditivos. Algunos gestos pueden ser especialmente obscenos (dependiendo del país o ámbito), como también ocurre con el lenguaje verbal, y un ejemplo es el puño con el dedo corazón extendido, o con el índice y meñique extendidos.

- * La mano también sirve como instrumento de medida. Una mano extendida es un palmo, aunque su longitud es muy variable según la persona.

- * Las personas invidentes pueden utilizar sus manos como instrumentos de lectura mediante la escritura en Braille. En esta escritura, la sensibilidad de los dedos entra en acción ya que han de ser capaces de sentir los pequeños surcos en el papel de los que se compone.

- * Una mano cerrada es un puño, y puede servir para golpear o para sujetar objetos pequeños. Una mano cerrada con el dedo índice extendido sirve para señalar o tocar algo.

- * También se puede sujetar un lápiz u otro instrumento similar para escribir o dibujar. La escritura es una actividad que realmente exige una gran precisión y coordinación de los distintos músculos y articulaciones que componen la mano.

- * Utilizarlas para comunicarse o aliviar el dolor mediante técnicas de masaje, también denominado “tacto estructurado”.

“La punta de los dedos contiene algunas de las zonas con más terminaciones nerviosas del cuerpo humano.”

- * Otro uso es el de obtener placer físico.

- * La mano ha dado surgimiento a la regla de la mano derecha, que es un convenio práctico empleado en Física y Mecánica.

- * Debido a la versatilidad del movimiento de la mano, ésta puede ser usada para interpretar instrumentos musicales.

- * La mano es ampliamente usada en el ámbito del sexo

Anatomía de la mano humana

El pulgar

El primer dedo es el dedo pulgar (conectado al trapecio) está en el lado interno de la mano, paralelo al brazo. El pulgar puede rotar fácilmente 90°, perpendicularmente a la palma, no como el resto de dedos que solamente pueden rotar cerca de 45°. Una forma fiable de reconocer manos verdaderas en el resto de animales (no humanos) es observar si poseen pulgares oponibles. Los pulgares oponibles se diferencian por poder oponerse al resto de los dedos en una acción muscular conocida como oposición. Los otros cuatro dedos de la mano se localizan en el borde exterior de la palma. Estos cuatro dedos pueden ser plegados hacia la palma, esto permite

sostener objetos y además agarrar otros más pequeños.

Huesos de la mano

La mano humana tiene al menos 27 huesos: el carpio o muñeca tiene 8; el metacarpo o palma tiene 5 y los 14 huesos restantes son digitales.

Huesos de la muñeca

La muñeca tiene ocho huesos (los huesos carpianos), dispuestos en dos grupos de cuatro. Estos huesos encajan en una pequeña cavidad formada por los huesos del antebrazo el radio y el cúbito, si bien es de resaltar que el cúbito no se articula verdaderamente con ninguno de los huesos de la muñeca. Bajo la cara inferior del cúbito se encuentra el ligamento triangular de la muñeca, que sí se articula con los huesos.

* Los huesos de la fila proximal son, de fuera hacia adentro: el escafoides, el semilunar, el piramidal y el pisiforme.

* Los huesos de la fila distal son, de fuera hacia adentro: el trapecio, el trapezoide, el grande y el ganchoso.

Huesos de la palma

La palma de la mano tiene cinco huesos (los huesos metacarpianos), uno por cada dedo.

Huesos digitales

Las manos humanas contienen catorce huesos digitales, también llamados falanges: dos en el pulgar, y tres en cada uno de los otros cuatro dedos. Estos son:

- * La falange distal
- * La falange media y
- * La falange proximal.

El pulgar no tiene falange media y por eso no es correcto considerarlo como dedo.

Anatomía de la mano

Cada mano posee 27 huesos, 8 en el carpo, 5 metacarpianos y un total de 14 falanges. En conjunto forman un canal de concavidad anterior por el que se deslizan los tendones de

los músculos flexores de los dedos.

Los 8 huesos del carpo se organizan en dos filas o hileras, una superior y otra inferior. De radial a cubital la fila superior compuesta de los huesos escafoides (escafoideum), semilunar (lunatum), piramidal (triquetum) y pisiforme. La fila inferior la forman el trapecio (trapecium), trapezoide (trapezoideum), hueso grande (capitatum) y hueso ganchoso (amatum).

A excepción del hueso piramidal, pisiforme, y del ganchoso, la mayor parte de los huesos del carpo presentan forma cuboides y constan de seis caras. Las caras anteriores y posteriores son rugosas y corresponde a las caras palmar y dorsal de la mano. Las caras superior, inferior y lateral o medial son articulares, excepto las caras laterales de los huesos que están en los extremos de ambas filas del carpo.

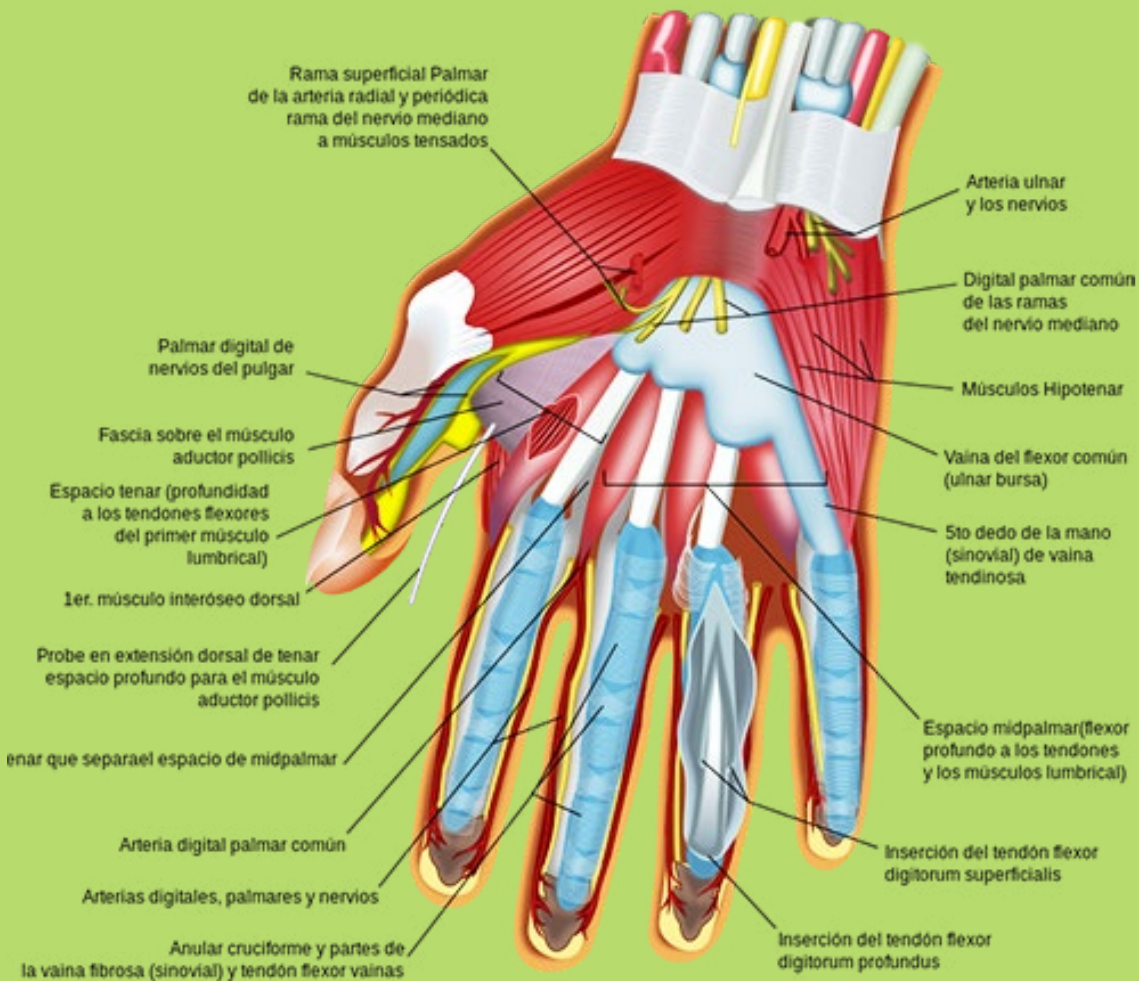
Fila superior

Hueso escafoides: Es el más lateral, alargado de la superior e inferior y de medial a lateral. Se describen en él:

- Cara anterior: rugosa y prolongada por una saliente denominada tubérculo del hueso escafoides, donde se inserta el ligamento colateral radial del carpo.
- Cara posterior: es estrecha y reducida en un surco rugoso.
- Cara superior: convexa, articular y relacionada con el radio.
- Cara inferior: convexa y articular para los huesos trapecio y trapezoide.
- Cara medial: posee dos superficies articulares: una superior, pequeña y otra inferior más extensa.
- Cara lateral: rugosa y excavada por un surco.
- Hueso semilunar: situado entre el escafoides y el piramidal.
- Cara anterior: convexa y rugosa.
- Cara posterior: casi plana y rugosa.
- Cara superior: convexa y se articula con el radio.

Mano y muñeca

Disección palmar profunda



- Cara inferior: es cóncava y se une al hueso grande lateralmente y medialmente con el hueso ganchoso por medio de una superficie estrecha.
- Cara medial: articula con el hueso piramidal.
- Cara lateral: articula con el hueso escafoides.
- Hueso piramidal: presenta una forma de una pirámide cuadrangular.
- Cara anterior: tiene una superficie articular algo convexa destinada al hueso pisiforme. Cara posterior: presenta una saliente rugosa transversal, la cresta del hueso piramidal donde se inserta un fascículo del ligamento colateral cubital del carpo.
- Cara superior: convexa articulada con el disco articular.
- Cara inferior: cóncava, en conexión al hueso ganchoso.
- Vértice medial: este vértice es rugoso.
- Cara lateral (base): articulada con el hueso semilunar.
- Hueso pisiforme: hueso irregularmente redondeado.
- Cara anterior: la superficie de inserción del músculo flexor cubital del carpo en su parte superior y del músculo abductor del meñique en su parte inferior.

"El pulgar no tiene falange media y por eso no es correcto considerarlo como dedo."

- Cara posterior: ligeramente cóncava, en conexión con la cara anterior del hueso piramidal.
- Cara lateral: presenta un surco poco profundo en relación con la arteria cubital del carpo.

Fila inferior

Hueso trapecio: el más lateral de la segunda fila.

- Cara anterior: presenta un surco, limitado lateralmente por una cresta saliente, denominada tubérculo del hueso trapecio.
- Cara posterior: rugosa, presenta en sus extremos lateral y medial un tubérculo destinado a la inserción de ligamentos.
- Cara superior: cóncava en relación con el hueso escafoides. Cara inferior: convexa de anterior a posterior. Articula con el primer hueso metacarpiano.
- Cara medial: se halla en relación, mediante dos superficies articulares distintas, con el hueso trapecoide superiormente y el hueso metacarpiano inferiormente en el segundo.
- Cara lateral: es rugosa.

Hueso trapecoide: situado entre el hueso trapecio y el hueso grande.

- Cara anterior y posterior: rugosa.
- Cara superior: es cóncava y se articula con el hueso escafoides.
- Cara inferior: se une al segundo hueso metacarpiano.
- Cara medial: es cóncava y se articula con el hueso grande.
- Cara lateral: es convexa superior a inferior y cóncava de anterior a posterior.

Hueso grande: es el más voluminoso de los huesos del carpo. Se describen en él una parte superior redondeada cabeza, un cuerpo y una zona intermedia denominada cuello.

- Cara anterior: es rugosa
- Cara posterior: se prolonga inferiormente por medio de una saliente: la apófisis de hueso grande.
- Cara superior: convexo y se articula con los huesos escafoides y semilunar.
- Cara inferior: superficie articular en la cual se distinguen tres carillas yuxtapuestas para el 2,3 y 4 hueso metacarpiano.
- Cara medial: presenta una superficie articular destinada al hueso ganchoso.
- Cara lateral: se une superiormente al hueso

escafoides e inferiormente al hueso trapezoide.

Hueso ganchoso: presenta la forma de un prisma triangular. Consta de cinco caras: dos bases no articulares, una anterior y otra posterior, y tres caras articulares.

- Cara anterior: presenta una saliente en forma de gancho.
- Cara posterior: rugosa.
- Cara inferior: es articulada y está dividida en dos carillas: una lateral y cóncava para el cuarto metacarpiano, y otra medial, cóncava de anterior a posterior y convexa de lateral a medial, para el quinto metacarpiano.
- Cara súperomedial: convexo superiormente y cóncavo inferiormente, es rugosa a lo largo de su borde inferior.
- Cara lateral: se articula con el hueso grande.
- Las caras laterales y súperomedial se unen superiormente formando una arista roma e relación con el hueso semilunar.

Macizo óseo carpiano " Canal carpiano y conducto carpiano

- Los ocho huesos del carpo forman en conjunto un macizo óseo que presenta 4 caras (anterior, posterior, superior e inferior) y dos bordes (lateral y medial).
- Canal Carpiano: Este canal está limitado lateralmente por los tubérculos de los huesos escafoides y trapecio, y medialmente por la eminencia del hueso pisiforme y el hueso ganchoso.
- Conducto Carpiano: Por donde discurren el nervio mediano, y los tendones de los músculos flexor superficial de los dedos, flexor profundo de los dedos y flexor radial del carpo.

Metacarpo

Constituye el esqueleto de la palma y del dorso de la mano, se compone de 5 huesos largos. Los espacios limitados entre ellos se denominan espacios inter óseos. De lateral a medial reciben el nombre de primero, segundo, tercero, cuarto y quinto metacarpiano.

A) Características comunes de los huesos metacarpianos

Se distingue un cuerpo y dos extremos: la base y la cabeza del hueso metacarpiano.

1) Cuerpo: Describen una curva de concavidad anterior y posee una forma prismática triangular. a.- Cara posterior: Ligeramente convexa, ancha inferiormente y afilada superiormente.

a.- Dos Caras, lateral y medial: Limitan los espacios inter óseos y en las que se insertan los músculos inter óseos.

b.- Dos bordes, lateral y medial: Más marcados en la mitad inferior que en la superior.

c.- Borde anterior: Cóncavo.

2) Base: La base superior y cuboides.

a.- Cara superior: Articular en relación con los huesos de la segunda del carpo.

b.- Dos caras, lateral y medial: Articulares, en conexión con las de los metacarpianos vecinos.

c.- Cara dorsal y palmar: Presenta rugosidades en las que se insertan ligamentos y músculos.

3) Cabeza: Representa el extremo inferior del hueso metacarpiano. Es aplanada de lateral a medial.

a.- Cara inferior: Convexa y articular, articulándose con la base de la falange proximal.

b.- Dos caras, lateral y medial: Ligeramente deprimidas y superiormente a dicha de presión, un tubérculo donde se insertan ligamentos colaterales de la articulación metacarpo Falángica.

c.- Cara dorsal: Rugosa.

d.- Cara palmar: Esta ocupada en gran parte por la superficie articular.

B) Algunas características propias de cada hueso metacarpiano.

1) Primer hueso metacarpiano:

a.- Es el más corto y voluminoso de todos. b.- Su base no presenta superficie articulares lateral y medial.

2) Segundo hueso metacarpiano:

a.- Es el más largo de todos los huesos metacarpiano.

b.- La cara dorsal de la base presenta el apófisis estiloides del segundo hueso metacarpiano.

3) Tercer y cuarto hueso metacarpiano:

a.- Cada uno de la cara lateral o medial correspondiente de las bases presenta superficies Articulares.

b.- El cuarto hueso metacarpiano es mucho más delgado que el tercero.

4) Quinto hueso metacarpiano:

a.- Su base presenta una sola carilla articular lateral.

b.- La carilla medial de esta base presenta un tubérculo destinado a la inserción del ósculo extensor cubital del carpo.

Falanges

Cada dedo, con excepción del dedo pulgar, consta de tres segmentos óseos: La falange. El pulgar presenta solamente dos. Se designan con los nombres de falange proximal, media y distal.

Las falanges son huesos largos, presentan un cuerpo y dos extremos: La base y la cabeza de la falange.

a.- Falange proximal:

1) Cuerpo: Es semi cilíndrico, convexo posteriormente y ligeramente cóncavo anteriormente.

2) Base: Presenta una cavidad glenoidia para la cabeza del metacarpiano y dos carillas palmares para los huesos sesamoides y dos tubérculos laterales, determinados para la inserción de los ligamentos colaterales de la articulación metacarpo falángica.

3) Cabeza: Termina en una tróclea relacionada con la base de la falange media. La superficie articular se extiende ampliamente sobre la cara palmar de la cabeza.

b.- Falange media:

1) Cuerpo: Es semejante al de la falange proximal.

2) Base: Provista de una superficie articular Formada por dos vertientes laterales separadas en una cresta roma.

3) Cabeza: Presenta la misma configuración que la de la falange proximal.

c.- Falange distal:

1) Cuerpo: Es muy corto, convexo dorsalmente, y plano en su cara palmar.

2) Base: Es semejante al de la falange media.

3) Extremo distal: Ancho y convexo posteriormente, presenta en su cara palmar una superficie rugosa y saliente de forma de herradura.

d.- Falange del dedo pulgar:

1) Falange proximal: Semejante a las otras falanges proximales de los otros dedos.

2) Falange distal: Es análogo a la falange distal.

No obstante, las dos falanges del dedo pulgar son más voluminosas que las de los otros dedos.

Sesamoideos

Se da el nombre de huesos sesamoideos a unos pequeños huesos que presentan la forma de sésamo. En la mano existe un número variable de huesos sesamoideos, todos situados en la cara palmar. Dos son constantes y se encuentran en la cara palmar de la articulación metacarpofalángica del de los dedos índice y meñique. Con menos frecuencia se observan en las articulaciones metacarpofalángicas del dedo medio y del anular y en la articulación interfalángica del dedo pulgar. 







Carta invitación

MEXICO D.F. 20 DE ENERO 2013

Criminalistica.com.mx es una entidad NO lucrativa dedicada a la investigación académica y difusión de las distintas áreas forenses, con 8 años de trayectoria, nuestro portal se ha posicionado como un referente no solo en México y América Latina, si no más allá, superando las barreras del lenguaje.

El trabajo desarrollado por nuestro equipo consiste en la administración de contenido en el portal, lo cual implica lectura y análisis de material y enlaces que nos es enviado por colegas, amigos, colaboradores y entusiastas del ámbito forense, por ello y tomando como referencia su experiencia en la materia de su especialidad.

Le extendemos una cordial invitación para colaborar de forma directa en nuestro portal en la administración de una categoría forense que compete directamente a su área de estudio y desarrollo profesional.

La propuesta de colaboración consiste en los siguientes puntos:

- Recolección, lectura y aprobación de artículos referentes al área forense de su competencia.
- Publicación de dicha información en nuestro portal forense con los créditos respectivos. En los casos que se requiera autorización expresa del autor para la publicación de un artículo, podrá contactarlo directamente en representación de Criminalistica.com.mx para solicitar dicha autorización.
- Publicar en nuestra página oficial de Facebook, un pequeño fragmento del artículo publicado y enlazar el mismo a nuestro portal Criminalistica.com.mx

Esta COLABORACIÓN tiene un carácter meramente académico, como le informamos Criminalistica.com.mx y la información que brinda es TOTALMENTE GRATUITA, por lo que no se le podría erogar un pago por su colaboración.

El reconocimiento que Criminalistica.com.mx otorgara a nuestros colaboradores, consiste en los siguientes puntos:

- Constancia de participación en Criminalistica.com.mx como "COLABORADOR DISTINGUIDO"
- Publicación de su Curriculum Vitae dentro de nuestro portal en el muro de "COLABORADOR DISTINGUIDO"

- Credencial de “COLABORADOR DISTINGUIDO” que lo acredita como parte del equipo Criminalistica.com.mx y especialista en el área forense de su competencia.

- Acceso gratuito a eventos en los que Criminalistica.com.mx participe como Organizador o Colaborador, y se cuente con espacios disponibles para ello (Gastos de alimentos, hospedaje y transportación corren por cuenta del colaborador). En la medida de lo posible, se gestionará un apoyo para estas actividades.

- En casos de eventos en otra Entidad Federativa o del Extranjero, se hará un sorteo con todos los COLABORADORES de tal forma que puedan acudir con la mayoría, o incluso, totalidad de gastos pagados.

- Se le otorgará una cuenta de correo electrónico personalizada con la extensión @criminalistica.com.mx para avalar su participación como colaborador distinguido de nuestra comunidad.

Los colaboradores y miembros del equipo Criminalistica.com.mx aportan a la comunidad forense sus conocimientos y una pequeña parte de su tiempo para poder difundir dicho material en nuestro portal, por ello, nuestra intención no es distraerlo de sus actividades laborales o académicas cotidianas, agradeceríamos su colaboración para la recolección y/o revisión de material de su área forense, en aquellos tiempos libres que pueda destinar para ello a esta comunidad. Criminalistica.com.mx solo le pide como parte de los acuerdos de los miembros de esta comunidad forense, no participar activamente o representando a una empresa enfocada al rubro forense con FINES DE LUCRO durante su participación como colaborador, esto con la finalidad de evitar malos entendidos futuros con respecto a su colaboración con nosotros y su colaboración con otras empresas de similar enfoque.

En los casos en los que el material publicado sea de su autoría, Criminalistica.com.mx le extenderá una constancia de publicación por el artículo, también le informamos que los derechos del mismo corresponden única y exclusivamente a usted como autor, Criminalistica.com.mx solo será la plataforma para exponer los mismos.

Todos los colaboradores distinguidos, recibirán en su momento un breve manual para poder utilizar nuestro portal Criminalistica.com.mx y poder administrar y publicar artículos en el área de su competencia.

Por lo antes expuesto, Criminalistica.com.mx espera que usted reciba con agrado y acepte participar con nuestra entidad como COLABORADOR DISTINGUIDO, teniendo en cuenta su trayectoria y referencias, todo con vistas a beneficiar a la comunidad forense.

Sin otro particular, agradezco el tiempo que le ha brindado a la presente, enviándole saludos cordiales.

*Atentamente
Administración de*

 **criminalistica.com.mx**

A portrait of Brent E. Turvey, a man with a beard and mustache, wearing a dark suit and a red tie. He is looking directly at the camera with a serious expression. The background is dark and out of focus.

Entrevista con

BRENT E. TURVEY

Por: Redacción

Traducción: Manuel Esparza

Estimados lectores, nos complace en compartir con ustedes esta entrevista realizada al doctor Brent E. Turvey, experto perfilador criminal, considerado en la actualidad como uno de los mejores del mundo, quien amablemente accedió a contestarnos las siguientes preguntas.

EF: Maestro Turvey, a nombre de Expresión Forense agradecemos que nos haya hecho espacio en su apretada agenda para atendernos. Sabemos que actualmente es uno de los perfiladores más importantes del mundo ¿Qué lo ha llevado a convertirse en el número uno?

BT: Es muy difícil definir quienes o quién es el mejor, realmente trato de reunirme con gente que sea eficiente en el campo, que sea ética, profesional, competente, entonces he tratado de trabajar con este grupo de personas, pero es muy difícil definir quién es el mejor, se es tan bueno como con el equipo con el que se trabaja.

EF: ¿Cómo nació el método de “Análisis Conductual de la Evidencia”?

BT: Todo empezó porque quería comprender como los agresores tomaban sus decisiones. Tuve una pareja que fue violentada por múltiples agresores, entonces quería comprender como una persona podía ser violentada, esta persona había sido abusada por varios familiares; así comencé. Al entrevistar a diferentes agresores me di cuenta que mentían, ellos mienten constantemente, me di cuenta que para poderlos analizar, para poderlos entender teníamos que partir a través de la evidencia física. Nació entonces de la necesidad y la frustración.

EF: ¿En qué consiste el “Análisis Conductual de la Evidencia”?

BT: Consiste en el análisis de la evidencia física, en el análisis de las costumbres de la víctima, lo que corresponde a la victimología, en analizar la forma en que el agresor llevó a cabo el delito, qué decisiones tomó al cometer el ilícito y de ahí partir para poder

tener idea de qué tipo de agresor tenemos.

Tienes que estar dispuesto a hacer un trabajo muy completo y muy profundo. No puedes decir que se ha hecho una investigación completa si solo has revisado su mochila y no su habitación, tiene que ser una investigación profunda y completa.

EF: ¿Cree que hay muchas diferencias existentes en la forma de investigar de los investigadores aquí en México con otros países?

BT: En ese aspecto México está un poquito más adelantado, por el sistema federalizado que tienen, está mucho más compactada la cadena de mando, a diferencia de Estados Unidos en donde está muy fragmentada, cada agencia policiaca es un universo, tiene sus propias reglas, sus propios mandos y capacitación. En este caso, hay más similitudes que diferencias. Hay muchos buenos investigadores y malos investigadores, eso ocurre aquí como allá, hay más similitudes que diferencias.

EF: ¿Qué opina de qué instituciones como COFORENSE organice eventos como el Congreso Internacional de Perfilación Criminal?

BT: Es muy importante que existan organizaciones como esta, que intentan cubrir esa brecha en cuanto al trabajo de investigación, no se puede concebir que no haya eventos de esta naturaleza que permitan avanzar en el flujo de la información.

EF: Muchas gracias por permitirnos esta entrevista. ¿Nos regalaría un mensaje final para nuestros lectores de Expresión Forense?

BT: Espero que se sigan realizando más eventos como el Congreso de Perfilación Criminal para que se puedan seguir difundiendo estos conocimientos, que todo investigador forense tenga la oportunidad de conocer y compartir lo que sabe, no solo hay que quedarse con lo mucho o poco que se conoce, sino seguir buscando cada día más información, hay que prepararse constantemente. 



COMPORTAMIENTO SEXUAL ADICTIVO

por: Wayne A. Myers

El material presentado proviene de dos casos de pacientes que sufren de comportamientos sexuales adictivos. El término adicción es usado dada la cualidad compulsiva e intensa del comportamiento y por sus efectos de mejoramiento del ánimo. Psicodinámicamente, los actos sexuales de los pacientes ayudaban a los mismos a neutralizar sentimientos de ser rechazados por sus madres y a fortalecer el sentimiento de ser queridos y de autoestima. El comportamiento también contribuía a neutralizar fuertes sentimientos de rabia contra la madre. En uno de los pacientes, los actos ayudaban a aliviar una conmoción interior relacionada con un trastorno subyacente de déficit de atención. Mi hipótesis es que en algunos adultos con comportamientos sexuales adictivos podrían encontrarse como substrato, trastornos debidos

a un déficit de la atención. En ambos casos presentados, los comportamientos sexuales cumplían una función autorregulatoria de aliviar sentimientos internos de incapacidad de disfrutar y depresión. Cuando disminuían la intensidad de la actividad sexual durante el curso del tratamiento, los pacientes necesitaban medicación antidepresiva adicional. Los significados subyacentes de la medicación y de las actitudes contratransferenciales hacia dichos pacientes serán analizados aquí.

En la literatura referente a pacientes sexualmente hiperactivos, muchos de los reportes clínicos revelan similitudes entre los pacientes descritos (Auerback, 1968; Carnes, 1983; Coleman, 1988; Detre y Himmeltoch, 1973; Ever, 1981; Kafka, 1991b; Orford, 1978; Quadland, 1985;

Schwartz y Brasted, 1985). A pesar de estas similitudes, diferentes nombres fueron utilizados para estos desórdenes. Estos van desde la ninfomanía y satiriasis, hasta las parafilias (perversiones), desórdenes en el control de los impulsos, comportamiento sexual compulsivo y adicción sexual. El modelo compulsivo de los desórdenes sexuales relaciona a estos disturbios con desórdenes obsesivo-compulsivos, tales como el síndrome de Gilles de la Tourette y la tricotilomanía (ver Coleman, 1988; Jenik, 1989; Quadland, 1985). Aunque se afirma que los pacientes que sufren desórdenes obsesivo-compulsivos experimentan, en la mayoría de los casos, sus propios síntomas como intrusivos, mientras que aquellos con parafilias o adicciones los ven como placenteros, con frecuencia resulta difícil hacer la distinción entre diferentes pacientes basándose en este criterio.

Stein y otros (1992) describieron un estudio retrospectivo sobre 13 pacientes a los cuales diagnosticaron diferencialmente dentro de tres grupos (parafilias, adicciones sexuales noparafilicas, y obsesiones y compulsiones sexuales). Estos pacientes fueron tratados con bloqueantes de la recaptación de la serotonina (fluoxetina y fluvoxamina) y con tricíclicos (cloripramina). En su estudio, la respuesta a la medicación fue diferente en los tres grupos, obteniéndose la mejor respuesta en los pacientes con obsesiones y compulsiones sexuales. En un estudio aparte que involucraba el uso de antidepresivos en dichos pacientes (ver Kafka, 1991a), los mejores resultados se obtuvieron en los pacientes con adicciones sexuales noparafilicas y parafilias. En estos dos estudios se pudo ver, a partir de la variabilidad en las respuestas a la medicación de los diferentes tipos de pacientes, que los criterios de diagnóstico utilizados actualmente podrían no estar tan bien delineados o no ser tan válidos como esperaríamos que fuesen.

En una crítica a la literatura de este área, Barth y Kinder (1987) afirman no creer que las similitudes de comportamiento entre los distintos trastornos sexuales y el alcoholismo, drogadicción y juego sean suficientes

“El modelo compulsivo de los desórdenes sexuales relaciona a estos disturbios con desórdenes obsesivo-compulsivos”

para invalidar la “...definición original de adicción como una dependencia psicológica de alguna sustancia externa, evidenciada por el hecho de que la privación de la misma produce un estado de enajenamiento psicológico” (p. 21). En apoyo a este punto de vista está el hecho de que la actividad sexual frecuente con los compañeros involucra un elemento observable de “relacionamiento objetal”, el cual no puede ser tan claramente discernido en la adicción a drogas. Se podría argumentar que si la adicción sexual fuese simplemente psicológica, la masturbación debería por sí misma alcanzar para aliviar la presión psicológica y, por lo tanto, un compañero no sería necesario. En respuesta a este argumento, quisiera señalar que el comportamiento sexual adictivo con distintos compañeros, la masturbación y el abuso de diversas drogas cumplen, todos ellos, múltiples funciones. En cada uno de estos comportamientos, una de las funciones sirve a la regulación auto medicatoria psicológica, mientras que otra tiene el propósito de gratificar fantasías conscientes e inconscientes relacionadas a diversos objetos. En el caso del abuso de drogas, estas fantasías relacionadas a objetos son, en general, inconscientes; a pesar de que pueden volverse conscientes a través de la terapia. Mientras que en el caso de la masturbación y el comportamiento sexual adictivo, las fantasías pueden ser tanto conscientes como inconscientes. Por lo tanto, al

"Es apropiado considerar a la sexualidad como una droga más, a la cual es posible tornarse adicto."

definir el comportamiento sexual adictivo, no enfatizaría solamente la extraordinaria frecuencia de la actividad sexual y la capacidad de reemplazar un compañero por otro manifestada por dichos individuos (generalmente uno o más compañeros por día durante periodos alternantes), sino que también destacaría el objetivo de "automedicación psicológica" de dicho comportamiento, dirigido hacia el alivio de un estado subyacente de incapacidad de disfrutar y depresión. Según mi experiencia, un pronunciado trastorno de depresión anímica adviene en caso de abstinencia sexual en dichos pacientes, estado pasible de ser aliviado por la administración de medicación antidepresiva. Otros informes en la literatura dan cuenta de respuestas similares de dichas personas a los medicamentos antidepresivos (ver Bianchi, 1990; Emmanuel et al., 1991; Kafka, 1991a, 1991b; Pearson, 1990; Perilstein et al., 1991; Stein et al., 1992). Por lo tanto creo que el término sexualidad adictiva se adecua mejor al comportamiento ejemplificado por los dos pacientes que describiré en este artículo y los tres casos descritos por mí en un trabajo anterior (Myers, en prensa). Carnes (1983) también clasifica a estos trastornos como adicciones; los ve similares a los de abuso de drogas, en el sentido de que ambos son formas de búsqueda de placer que se vuelven habituales y auto-destructivas. También quiero hacer notar que el DSM III-R describe la conjunción frecuente de desórdenes parafilicos y trastornos por abuso

de drogas psicotrópicas. Dado que muchos adictos a las drogas abusan de múltiples drogas, creo que es apropiado considerar a la sexualidad como una droga más, a la cual es posible tornarse adicto.

Los dos pacientes que describiré en este artículo usaban drogas psicoactivas en conjunto con sus actividades sexuales. Por lo tanto sostendré el uso del término comportamiento sexual adictivo, resaltando las extraordinarias similitudes entre mis pacientes y aquellos descritos por Krystal (1988) y Khantzian (1978), quienes caracterizaron a los individuos droga-dependientes como individuos anedónicos, alexitímicos y auto-medicadores psicológicos que utilizaban las drogas para ejecutar funciones auto-confortantes o de cuidado maternal, hallándose inhibidos de llevarlas a cabo por sí mismos. Uno de los pacientes que describiré practicaba actos claramente sádicos que podrían ser categorizados dentro del grupo de trastornos parafilicos (de perversión). Pero al hacerlo así, nos limitaríamos a entender estos actos, casi exclusivamente, como intentos rabiosos de neutralizar y dominar los traumas tempranos sufridos a manos de la madre en la infancia; y estaríamos dejando de lado la importante función de mejoramiento del ánimo que estas acciones cumplen. Por lo tanto, en base a la extraordinaria frecuencia y a la importante función de mejoramiento del ánimo, sería más prudente diagnosticar tales acciones como comportamiento sexual adictivo o bien

como variantes de dichos trastornos tendientes a lo adictivo antes que a la perversión. Según mi punto de vista, nuestra comprensión de las funciones predominantes a nivel consciente e inconsciente dentro de la totalidad de funciones promovidas por estas acciones sexuales es la que debería determinar los términos con que designamos este tipo de trastornos, dado que las entidades nosológicas disponibles actualmente se confunden frecuentemente unas con otras.

El concepto de adicción sexual, como es entendido en este artículo, presenta ciertos problemas al terapeuta o analista tratante, a los cuales volveré más adelante. Luego de la presentación del material clínico, discutiré los puntos relativos al uso de medicación antidepresiva en dichos pacientes y algunos de los problemas de contratransferencia que deben ser enfrentados en esta ardua pero gratificante labor.

CASO UNO

Danielle era una mujer joven y bella que comenzó el tratamiento conmigo poco después de su graduación en la universidad, a la edad de veintidós años. Era hija única y sus principales quejas se centraban en torno a sentimientos crónicos de insatisfacción consigo misma en la mayoría de las áreas de su vida. La relación con su madre, en particular, era un conflicto constante. Cuando le pregunté acerca de sus amigas mujeres, me informó que no tenía ninguna. “Las mujeres no me quieren mucho”, me dijo, “ellas no me tienen confianza con sus novios. Tal vez mi madre tiene razón... tal vez soy sólo una odiosa y desagradable mujerzuela”.

A pesar de haberse graduado con honores, había conseguido solamente un trabajo de tiempo parcial como profesora de squash en un club de la zona, lo cual intensificaba los sentimientos negativos acerca de sí misma. Sus entrenamientos diarios en el club parecían ser la única fuente de satisfacción en su vida y le daban, al mismo tiempo, la oportunidad de conocer hombres atractivos, con los cuales se involucraba rápidamente en relaciones sexuales. Cuando le pedí que me describiera sus relaciones sexuales con mayor detalle, sus respuestas fueron vagas

y evasivas. “Son buenas”, me decía, sin prestar mucha atención. La única persona de su familia de la cual hablaba con algún sentimiento de afecto era su padre; él era un hombre de negocios que tendía a complacer todos los deseos de su hija. En contraste con esto, su madre peleaba con ella desde épocas muy tempranas acerca de qué ropa debía usar para ir a la escuela, cómo debía comportarse con sus compañeros de clase o de juego, o cuándo y cómo debía hacer su tarea. Los temas más insignificantes generaban discusiones, mientras madre e hija perdían el control tratando de ejercer su “poder” e “impacto” la una sobre la otra. Ambas se sentían frustradas y recurrían al padre pidiendo auxilio. Mientras escuchaba las quejas de la madre acerca de Danielle, su complacencia hacia los deseos de su hija enfurecían a su esposa, distanciándola aún más de Danielle.

La escuela había sido una pesadilla para Danielle por muchos años. Podía concentrarse sólo por períodos cortos y se sentía aburrida e inquieta. Cuando tenía diez años y sus notas comenzaron a bajar, le asignaron varios tutores; finalmente fue enviada a terapia, la cual fue de muy poca ayuda. Cuando se acercó a la pubertad, se hizo una consulta con otro terapeuta. Luego de un psicodiagnóstico, se llegó finalmente al diagnóstico de trastorno por déficit de atención. Danielle fue medicada con Ritalina; sus sentimientos de agitación interna y sus dificultades en la concentración y atención en clase se aliviaron en cierta medida. Con estos cambios mejoró su rendimiento escolar. Sin embargo, los conflictos con su madre no cambiaron y Danielle aún era incapaz de establecer un vínculo cercano con sus compañeras de la escuela. Sus relaciones con los hombres era la única área donde sentía alguna confianza en sí misma. Desde su adolescencia temprana, los hombres se sentían atraídos por ella y comenzó a acostarse con ellos, lo cual la llevó a tener aún más conflictos con su madre. Danielle desarrolló una reputación de “mujer fácil” en la secundaria y la facultad. Mientras que los detalles acerca de las relaciones sexuales de Danielle en el pasado y en el presente eran vagos en las primeras etapas del tratamiento

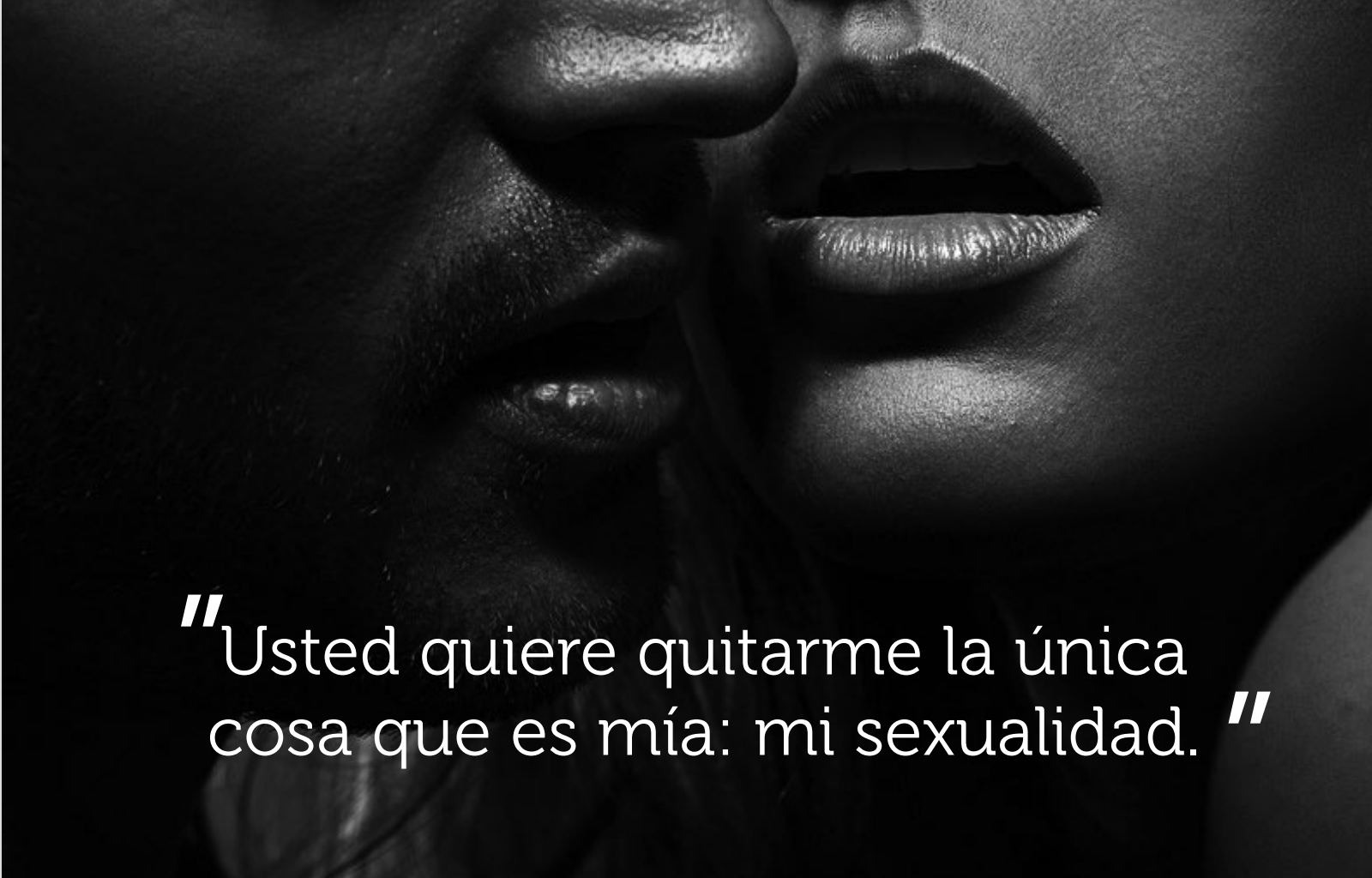
conmigo, parecía claro que el placer sexual “per sé” no era el objetivo esencial que ella buscaba en sus encuentros con los hombres. Existía una cualidad compulsiva en su necesidad de tener relaciones sexuales. Era como si ella necesitase ser “penetrada” al menos una vez al día por un hombre distinto; de lo contrario se veía a sí misma como un fracaso y su autoestima sufría severamente. Las características de los hombres con los cuales salía parecían vagas y amorfas, como si fuesen cuerpos reemplazables cuya única función era proveerla con inyecciones diarias de un falo erecto, el “nutriente” emocional que ella parecía necesitar para mantener su sensación de autoestima.

A pesar de que el tratamiento de Danielle conmigo comenzó como una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, con una frecuencia de dos veces a la semana, pronto fue claro para mí que necesitaba una frecuencia mayor, si se quería lograr algún avance en la comprensión y el tratamiento de sus problemas de autoestima y de la naturaleza compulsiva de su comportamiento sexual. Cuando le sugerí que viniese a la terapia cuatro veces a la semana y que cambiase de la silla al diván, Danielle rápidamente aceptó aumentar la frecuencia, pero se resistió a pasar al diván. Parecía, sin embargo, no poder o no querer darme razones concretas para ello. Cuando soñó que yo la seducía en el diván, surgió claramente de sus asociaciones la razón del rechazo: ella no quería que yo fuese como los otros hombres en su vida; yo debía ser diferente. En ese momento, a unos seis meses de haber iniciado el tratamiento, verbalizó su deseo de que yo la quisiese como un padre, sin quedar atrapado en la naturaleza frenética de sus relaciones sexuales. Accedí a este pedido y por un año y medio ella vino cuatro veces a la semana y se sentó en la silla. Durante esta fase del tratamiento recién mencionada, fue elucidándose cada vez más la historia de la traumática interacción de Danielle con su madre. Esta mujer bastante perfeccionista cuyo padre había estado prácticamente ausente durante su niñez y adolescencia, se había convertido así en la niña perfecta en la casa y la escuela, buscando obtener el amor y admiración de su propia madre, lo único disponible. Cuando Danielle

fracasó en conseguir el mismo éxito que su madre había tenido en la escuela y, a pesar de ello, siguió recibiendo gratificaciones de su padre, la madre comenzó a sentir rabia hacia ella porque obtenía lo que ella nunca había tenido de niña.

La rabia y frustración de la madre reflejaban los de la paciente; la autoestima de Danielle quedaba atrapada en esta simetría. Las gratificaciones del padre ayudaban, pero la paciente reconocía que mucha de esa condescendencia provenía del deseo de evitar sus berrinches y no de su propia capacidad de ser querida. Siendo ésta la única forma de amor que le era ofrecida, ella sintió que debía aceptarla; así como más tarde sintió que debía aceptar las relaciones sexuales con los hombres como una forma de amor. A medida que la historia de las relaciones sexuales de Danielle en su adolescencia se clarificaban, se tornó evidente que el intenso atletismo y físico-culturismo que ella desplegaba en sus relaciones sexuales parecían funcionar acorde con la Ritalina que estaba tomando para aliviar los sentimientos de ansiedad y frenesí, asociados por ella con el trastorno de déficit de atención. Por tanto, el alivio del sentimiento de conmoción interna que había experimentado durante gran parte de su vida servía para reforzar el comportamiento sexual. A medida que comenzó a revelarme estos detalles, soñó ocasionalmente conmigo como una figura confortante y maternal.

Luego de uno de estos sueños, cerca del final del segundo año de tratamiento, Danielle vino a sesión al día siguiente sin ropa interior. La pollera corta se le subió por encima de sus muslos y expuso su vello púbico. Los botones superiores de su blusa estaban desabrochados y parecía que no tenía nada debajo. Se mantuvo callada por un rato, mojando sus labios de manera lasciva. Cuando le pregunté en qué estaba pensando, ella caminó lentamente hacia el diván y me invitó a reunirme con ella. “Por qué no hablamos sobre sus sentimientos”, dije, permaneciendo sentado. “Deben parecerle bastante obvios a usted”, contestó. “No estoy tan seguro de que sea así”, comenté. “Ayer tuvo un sueño en el cual quería que yo fuese como la madre que



"Usted quiere quitarme la única cosa que es mía: mi sexualidad."

nunca tuvo y ahora quiere que me convierta en uno de sus amantes. Esto no me parece tan claro a mí". "No sea tan malditamente analítico conmigo, doctor", me respondió, "estoy caliente, eso es todo. No tuve a nadie ayer. Es una de las primeras veces que me pasa este año". Ambos permanecemos callados por un corto tiempo, mientras ella se desabotonaba los últimos botones de su blusa y exponía sus pechos desnudos a mí. "¿Le gustan, Doc?", preguntó, mientras sacudía sus pechos provocativamente. Yo estaba confundido acerca de cómo responder. Por otra parte, la experiencia estaba resultando desestabilizante. Parte de mi incomodidad, provenía del hecho de sentirme sexualmente excitado por las provocativas acciones de una mujer joven, no mucho mayor que mi propia hija. Además estaba en un aprieto por no saber quién era yo para Danielle en esta actuación transferencial.

Por una lado, yo era un hombre de la edad de su padre; ella frecuentemente había mencionado que los hombres

maduros que dormían con ella tenían más "capacidad de quedarse" sexualmente que los hombres jóvenes. Con esto quería decir que eran capaces de permanecer intravaginalmente erectos por períodos largos de tiempo, de modo que ella pudiese sentirse "llena". Yo tenía la sensación de que con ellos, podía sentir que poseía un pene para ella sola y así lograr ser el chico-hombre querible por su madre. Mientras pensaba en estas ideas, gané cierta compostura y dije: "Lo que mencionó hace un momento, acerca de no haber tenido a nadie ayer, creo que le resultó muy difícil tolerarlo. Los hombres siempre han estado allí para aliviar el dolor que sentía consigo misma. Por lo tanto es natural que me pida que yo cumpla esa función ahora. Pero si lo hiciera, me convertiría en otro hombre reemplazable de su vida. Y eso no le ayudaría mucho. Por otra parte, tengo la sensación de que los pechos que me está ofreciendo en este momento son verdaderamente emblemáticos de lo que quisiera que yo le ofrezca. Tal vez, de algún modo, los pechos y los penes se confundieron en su mente, dado que



parecen cumplir la misma función para usted.” “También tengo la sensación de que el sentarse en el diván ahora es una manera específica de probarme y ver qué pasará si comienza a usarlo realmente en el tratamiento. ¿Dormiré con usted y la gratificaré como lo han hecho todos los demás hombres en su vida, o sólo me sentaré detrás suyo y seré diferente, y la ayudaré a convertirse en una persona distinta a la que ha sido hasta ahora?”. Danielle me miró fijo por un rato, como si dudara cómo responder. Luego comenzó a hamacarse hacia atrás y adelante y a llorar. Tomó una de las carpetas marroquíes que yo había puesto sobre el diván y se envolvió en ella, como si fuese una toga. La transformación de mujer seductora en un momento, a niña herida en el otro, fue bastante sorprendente. Al día siguiente, comenzó a usar el diván. El cambio de ubicación en el tratamiento, no anticipó de inmediato un cambio en su actividad sexual compulsiva. Por el contrario, parecía aún más frenética en su persecución a los hombres. Cada día encontraría a alguien en el club con quien luego pasaría la noche en la búsqueda atlética de alivio de su dolor interno. A pesar de que yo había notado frecuentemente que los encuentros

repetitivos estaban interfiriendo con nuestra capacidad de comprender y modificar su comportamiento y servían como una resistencia a sus sentimientos de dependencia de mí en la transferencia, parecía casi imposible para ella parar esos encuentros. Cuando le mencionaba esto, yo era frecuentemente visto, en sueños y fantasías, como la imagen de una madre crítica y carente de amor.

En una serie de ocasiones, cuando mencioné la posibilidad de disminuir la frecuencia de sus encuentros sexuales, me acusó de ser igual a su madre. “Usted quiere quitarme la única cosa que es mía: mi sexualidad. Usted quiere que me rinda completamente y me convierta en algo informe y neutro, justo como usted. No lo haré, ¡maldición!. No lo haré.” Esto fue seguido por un resurgimiento de su seducción hacia mí en las sesiones, como si solamente pudiese tolerar ser la agresora activa, fálica, sexual y emocional y no la niña pasiva, dependiente, sin poder, y poco querible que ella creía ser para mí. Cuando no respondía a sus insinuaciones, frecuentemente me llamaba “eunuco” u “homo”, o gritaba y lloraba acerca de sus sentimientos de depresión. Sin embargo, en el transcurso del tercer y principios del

cuarto año del tratamiento, Danielle comenzó gradualmente a faltar a algunas de las noches de sexo con un hombre. Con ello, los sentimientos de depresión y falta de valoración de sí misma comenzaron a intensificarse, apareciendo signos vegetativos claros de un episodio de depresión mayor. “Si no tengo nadie para llenarme”, decía, “entonces no soy más que un hoyo vacío, lleno de mierda y rabia, completamente no-querible. Tiene que ayudarme, Doctor; tiene que darme algo para mi dolor.” En esos momentos cuando sentía que para mí ella no valía nada, comenzaba un rebrote de su actividad sexual en un intento de mejorar su ánimo; pero el alivio que recibía era sólo transitorio. En respuesta al insomnio, pérdida de peso y sentimientos suicidas experimentados por ella, la mediqué con fluoxetina (prozac). En algunas semanas comenzó a responder a la medicación con un alivio en sus sentimientos de depresión y falta de valoración y un descenso en sus explosiones de actividad sexual. “Las pastillas hacen que sea más fácil para mí estar sin un hombre” me dijo, “No me siento tan vacía por dentro. Ellas me hacen sentir que dependo más de usted, pero me resulta más fácil tolerarlo ahora. La sensación de que usted está a punto de abandonarme no es tan intensa”.

A medida que ella comenzó a mejorar en los meses siguientes, se inscribió en algunos cursos de historia del arte para graduados y consiguió un trabajo de tiempo parcial en una galería de arte. En tanto sus relaciones con su madre continuaban bastante tensas, comenzó a establecer una tenue relación con una de las jóvenes, Michelle, que trabajaba con ella en el raquet-club. Una mañana, Danielle parecía estar adormecida durante la sesión. Hubo largos silencios y yo sentía como si ella estuviese ocultando algo. Cuando le pregunté acerca de esto, suspiró hondamente y dijo: “Me acosté con Michelle anoche”. Mi silencio en respuesta a su revelación fue sólo en parte una manera de permitir que continuase con sus pensamientos. La mayor parte tenía que ver con mi considerable sorpresa al escuchar lo que había dicho. No lo esperaba conscientemente; sin embargo, luego me pareció el modo más obvio para ella de encontrar el amor maternal que siempre había deseado.

“ ocasionalmente acompañaban su actividad sexual con cocaína para mejorar el ánimo y reforzar sus sentimientos de autoestima.”

Yo la había clasificado en mi mente como heterosexual dado que las fantasías de Danielle hasta ese momento habían sido exclusivamente heterosexuales en el sentido de que involucraban hombres y no mujeres. Más tarde me di cuenta de que la confusión inconsciente del pene con el pecho era muy fuerte para ella, y me pregunté cuán precisa había sido mi clasificación, Danielle se sentía avergonzada de describirme la noche con Michelle en detalle. En los fragmentos que emergieron sobre la relación con su amante mujer, no aparecía nada del hiperatletismo que había marcado sus encuentros sexuales con los hombres.

Como supe más tarde, cuando Michelle practicaba cunilingus a Danielle, ésta tenía la fantasía de que su vagina era una boca que capturaba a la lengua-pene-pecho de Michelle, convirtiéndola entonces en un niño querible para su madre y para mí. Adicionalmente, la proveería también del pecho maternal que ella siempre había deseado. Parecía más tranquila internamente pero temerosa de que yo sintiese repulsión hacia su nuevo comportamiento. En este aspecto, Danielle expresó en una o dos ocasiones la fantasía de que al haberse vuelto homosexual, ella había “cortado” mi “pito terapéutico”. “De este modo”, decía “usted es impotente como mi madre cuando trataba de hacerme hacer algo

cuando yo estaba creciendo.” En esos momentos, temía que yo me vengase a la manera de su furiosa madre.

En los meses siguientes, la relación de Danielle con Michelle se intensificó. Se trataba, claramente, de la mejor relación objetal que había tenido; como resultado, pudo disminuir marcadamente sus encuentros sexuales con hombres, a pesar de que aún tuvo que seguir con la fluoxetina. Tener a una mujer que no estuviese furiosa con ella, que cocinase y cuidase de ella, alivió el sentimiento de conmoción interna que había experimentado la mayor parte de su vida. También le permitió sentirse más independiente de su familia. El hecho de que ella sintiese que me había castrado terapéuticamente y convertido en una mujer como su madre, a a través del hecho de que yo fuese incapaz de cambiar su homosexualidad (a pesar de que yo nunca había intentado disuadirla en este área, sino sólo había tratado de llevarla a entender los significados conscientes e inconscientes de su comportamiento), le permitió reconocer más abiertamente sus intensos sentimientos de dependencia hacia mí en la transferencia. Esto era tolerable para ella en la medida en que no dependía exclusivamente de mí para la gratificación de sus necesidades.

En una serie de ocasiones, expresó la idea de que sin Michelle, ella arriesgaba “necesitarme demasiado” y esto era inaceptable porque “obviamente, usted no siente hacia mí los mismos fuertes sentimientos que yo tengo por usted. Es lo mismo que con mi madre (la desigualdad en las necesidad de dependencia), y no estoy dispuesta a exponerme nunca más a tales relaciones unilaterales.” Este miedo de depender exclusivamente de mí permaneció como el núcleo duro irresoluble de la transferencia conmigo, así como había sido en las dificultades reales con su madre.

DISCUSIÓN

En este artículo y en otro sobre este mismo tema (Myers, en prensa), presenté material detallado de casos sobre pacientes que sufrían de comportamiento sexual adictivo. Con esta designación, me estoy refiriendo a personas cuyos encuentros sexuales ocurrieron una frecuencia

extraordinaria y con compañeros reemplazables (generalmente uno o más por día con un comportamiento cíclico). Igualmente importante para mi definición de este cuadro, es la idea de que la actividad sexual sirve a un fin psicológico auto-medicatorio, dirigido al alivio de un estado subyacente de incapacidad de disfrutar y depresión. En el caso de Danielle así como con mis pacientes anteriores, la interferencia en sus actividades sexuales llevó a la aparición de estados de depresión que podían ser revertidos por la administración de medicación antidepresiva. Todos los pacientes con este trastorno que he tratado, presentaban un paradigma transferencial fundamental de severa privación maternal, con el consecuente enojo, éste se evidenciaba en el comportamiento sexual compulsivo. Estos pacientes exhibían también una profunda incapacidad de proporcionarse a sí mismos cuidado maternal, salvo y únicamente a través de la actividad sexual. Frecuentemente se mostraban negligentes con los hábitos de la buena alimentación y la buena presencia; en este aspecto se parecían a los individuos incapaces de disfrutar y droga-dependientes descritos por Krystal y Khantzian. Khantzian (1978) notó cómo los individuos droga-dependientes tenían “un tipo de autodescuido asociado con una multitud de funciones relacionadas al auto-cuidado y auto-regulación” (p. 192), y Krystal (1988) nota que en los alcohólicos y drogadictos “el conflicto es generado por la visión infantil de que es prerrogativa de la madre proporcionar la capacidad de organización, nutrición y manutención del niño” (p. 182). Estas ideas eran especialmente aplicables a Danielle, a pesar de la evidencia consciente de la ineptitud maternal de su madre. Mientras ella deseaban conscientemente que yo fuese maternal, les aterrorizaba la idea de permitirse ser dependientes de mí en la transferencia – de allí la resistencia a la disminución de sus actividades sexuales. La extraordinaria frecuencia y, a menudo, la dramática naturaleza de los actos sexuales plantean una cantidad de problemas al analista. Uno de ellos es que los múltiples determinantes que inicialmente dieron lugar al comportamiento en cuestión, tienden a volverse secundarios frente a la función auto-medicatoria de dichos actos, en tanto

éstos se fortalecen cada vez más. Para que un tratamiento orientado analíticamente tenga alguna posibilidad de progresar, el terapeuta debe ser más activo que lo usual; ya sea sugiriendo al paciente que disminuya la frecuencia de sus encuentros sexuales o introduciendo medicación antidepresiva con el fin de controlar los síntomas depresivos que surgen como resultado de la abstinencia sexual. La introducción por parte del analista de cualquiera de estos parámetros tiende a hacer surgir importantes fantasías en los pacientes, con las cuales he trabajado. Por ejemplo, el terapeuta podría ser visto como una figura parental controladora y duramente punitiva, que ve la sexualidad en general, y a los excesos del paciente, en particular, como malos. En mi experiencia, es bastante común la proyección en el analista de un superyó primitivo. Además, el paciente tiende a ver las intervenciones del terapeuta para limitar los actos sexuales frecuentes y el uso de medicación por parte del mismo, como formas de poder mágico usadas por el terapeuta para regularizar y normalizar los aspectos sexuales fuera-de-control del yo. Dichas creencias generan sentimientos de respeto y amor hacia el analista junto con otros de temor hacia la “castración” química, y de enojo por la pérdida del sentido de autonomía e individualidad que sienten está ocurriendo en manos del analista. Como un ejemplo de esto, cuando administré a Danielle fluoxetina, ella dijo: “Los medicamentos me hacen sentir tranquila y controlada del modo que lo hacía la Ritalina cuando era una niña. Esto es algo que mi madre nunca pudo hacer por mí. De alguna manera lo convierte a usted en la madre que nunca tuve, la que siempre quise tener. Sólo me asusta terriblemente entregarle a usted tanto de mí misma y de mi control con el fin de ganar alguna paz mental.”

Debo notar aquí que entre los efectos secundarios frecuentes e inespecíficos de los bloqueantes de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, en pacientes tratados con estas drogas (ya sea que estén sufriendo de trastornos sexuales adictivos, distimia o depresión), ocurre una disminución del deseo sexual y, concomitantemente, de la intensidad orgásmica. No creo, sin embargo, que

este efecto secundario sea el único responsable de la ayuda brindada por dicha medicación en el tratamiento de trastornos sexuales adictivos. Más bien veo los efectos de mejoramiento del ánimo de estos medicamentos, como los de mayor importancia en la utilidad terapéutica en dichos pacientes. Es más, la necesidad de actuar sexualmente (con el fin de mejorar su ánimo) es tan intensa que, ninguno de los efectos secundarios (la depresión per sé o la moderación química) causados por los bloqueantes de la recaptación de serotonina pueden, por sí mismos, suprimir completamente este comportamiento. Con respecto al tema del control, debo notar que Danielle y como dos de los tres pacientes descritos en mi artículo anterior, ocasionalmente acompañaban su actividad sexual con cocaína para mejorar el ánimo y reforzar sus sentimientos de autoestima. También es interesante que el atletismo sexual de Danielle, juntamente con la Ritalina que tomaba en su adolescencia, la ayudaban a aliviar la sensación de conmoción interna que sentía como resultado del trastorno por déficit de atención. No sería sorprendente darse cuenta de que una cantidad de adultos que exhiben comportamiento sexual adictivo, hubieran sufrido tempranamente en su vida, trastornos por déficit de atención.

Permítanme referirme brevemente a otro de los puntos importantes del tratamiento encontrado al trabajar con estos pacientes, específicamente, los sentimientos de contratransferencia que engendran en el analista. Como mencioné, la dramática provocación sexual de Danielle era muy difícil de manejar. Dichos pacientes producen sentimientos de excitación sexual, ansiedad y temor, sensación de impotencia terapéutica, con el concomitante enojo y necesidad de alejarse emocionalmente del paciente durante la sesión. Estos individuos crean en el terapeuta una mayor necesidad de auto-análisis, con el fin de mantener la calma y la neutralidad terapéutica. Por momentos, esto podría parecer una tarea hercúlea y los pequeños cambios logrados por los pacientes, parecerían no acordes al esfuerzo. Estos cambios, sin embargo, han tenido una enorme importancia en las vidas de los pacientes. 

Suicide Girls:

La fascinación erótica por mujeres con tatuajes y piercing

por: Anónimo

Belleza, cuerpos pintados y perforaciones es la sensual ecuación que hoy tiene a las chicas de aspecto gótico o punk como verdaderos íconos del erotismo.

Desde tiempos inmemoriales, las mujeres han buscado la forma de llamar la atención por su belleza y encantos. Sin ir más lejos, desde el maquillaje a los peinados, el sexo femenino utiliza los más variados recursos para destacar y estar en la retina del público masculino.

En ese sentido, los tatuajes en las mujeres resultan ser un foco de atracción, transformándose en un fenómeno creciente que ha prendido entre los varones, ávidos de cuerpos con representaciones gráficas. Más aún, si esa combinación multicolor se da con uno que otro piercing, el interés pasa a ser mucho más adictivo.

Uno de los sitios webs más representativos de ese fenómeno es Suicide Girls, el

que debutó en la red en 2001 y se dedica a presentar un tipo belleza femenina. Actualmente posee cerca de 30 mil suscriptores y en todo el mundo existen miles de chicas que abren cuentas en sitio para mostrar sus tatuajes y perforaciones. La ecuación es simple: belleza, piercing y tatuajes es igual a éxito seguro.

Las chicas que mandan sus fotografías pasan a engrosar el selecto listado de Suicide Girls, el cual posee más de dos mil modelos y que se ha transformado en todo un catálogo erótico y un nuevo boom de la categoría soft porno, que cada vez seduce tanto a hombres como a mujeres.

Por lo general, una Suicide Girls es una chica mala, arisca, rebelde, veinteañera, peliteñida, con lencería hardcore y look parecido al punk o al pin up y que es una perfecta desconocida que fácilmente puede hacerse famosa con una par de buenas espontáneas.

Tales características, hoy por hoy, tienen en el sitio entre los más visitados de la web y a las chicas como objetos de culto para el grueso de los hombres, a tal punto que encandilan tan sólo por sus cuerpos dibujados y una estética que ya tiene un sello: Suicide Girls.





Estudios lo avalan

Pero ¿por qué los hombres mantienen esa fascinación por las mujeres con tatuajes y piercings? Ya sea por prejuicios, estereotipos o experiencias personales, un estudio realizado por la Universidad de Bretagnè-Sud de Francia, determinó que en los tatuajes, sobre todo en los ubicados en la parte posterior de las mujeres o la cola, los hombres parecen descifrar un mensaje oculto de una manera singular.

Según la investigación, que fue publicada en el Daily Mail, el género masculino asimila que las mujeres con un tatuaje en ese lugar son más fáciles de abordar y estarían dispuestas a tener sexo en la primera cita.

Para llegar a estas conclusiones tan determinantes, los autores del estudio consideraron a un grupo de universitarias que se colocaron un tatuaje temporal en la zona baja de la espalda y se pasearon por diversas playas británicas durante el verano del 2008 y 2009.

Las encuestas aplicadas entre los jóvenes que estaban en el lugar dieron cuenta que las chicas con tatuajes parecieran estar más dispuestas a aceptar citas y sexo. Junto con ello, las mujeres también percibían que los hombres se mostraban más seductores. ✂

"LAS POQUIANCHIS"

por: Anónimo

Las "Poquianchis" es el sobrenombre y nombre mediático con el que se conoció a un grupo de asesinas seriales mexicanas activas entre 1954 y 1964, principalmente en la ciudad de San Francisco del Rincón, Guanajuato, México. El grupo estaba conformado por las 4 hermanas de la familia González Valenzuela; Delfina González Valenzuela era la líder. Las otras tres mujeres que formaban el grupo criminal eran: María de Jesús González Valenzuela, María del Carmen González Valenzuela y María Luisa "Eva" González Valenzuela.

Las cuatro mujeres eran dueñas de varios burdeles en Guanajuato y Jalisco, sus víctimas fueron en su mayoría sexoservidoras a su servicio aunque también asesinaron a

clientes y bebés de las mujeres esclavizadas. Su número confirmado de víctimas son 91, pero se cree pudieron matar a más de 150 personas convirtiéndolas en las asesinas seriales más prolíficas registradas en la historia de México, aún más que cualquier asesino serial varón mexicano, y unas de las más prolíficas asesinas o asesinos en serie del mundo.

Las hermanas González nacieron bajo el apellido de "Torres Valenzuela", fueron hijas del matrimonio conformado por Isidro Torres y Bernardina Valenzuela, oriundos de El Salto, Jalisco. La familia González era una familia muy disfuncional, él Padre- que trabajaba como policía para el gobierno porfirista, tenía el cargo de alguacil, se mantuvo en el puesto aun después de la Revolución mexicana- era un hombre violento, prepotente y autoritario que con frecuencia golpeaba a su esposa e hijos, se cuenta que desde pequeñas obligaba a sus hijas a ver las ejecuciones de los



presos. Por su parte su madre era una fanática religiosa.

Los maltratos en la casa González llegaron a tal punto que en cierta ocasión Carmen González, siendo una adolescente, se fugó de casa con en ese tiempo su novio, varios años mayor que ella,- llamado Luis Jasso.- Su padre la buscó, tras encontrarla la golpeó y la encarceló de manera arbitraria en la prisión municipal (sin ninguna causal u orden de aprehensión), la mantuvo bajo arraigo por un número indeterminado de tiempo que se extendió por varios meses. Ese mismo día Isidro Torres se convierte en prófugo de la justicia al asesinar a un presunto delincuente, llamado Félix Ornelas, el finado era un hacendado sospechoso de varios delitos, murió durante el intento de arresto al recibir varios tiros por la espalda por parte de Isidro Torres. Este último huyó de la justicia dejando a su hija encarcelada or 14 meses. Carmen salió de prisión gracias a un hombre cincuentón dueño de una tienda de abarrotes con quien Carmen había entablado una relación amorosa; fruto de esta relación procrearía un hijo.

La familia Torres Valenzuela, se vio forzada a cambiar su apellido por el de González para evitar posibles represalias y a huir del pueblo. Su padre se separó de su familia para vivir una vida de fugitivo.

Para 1935, la familia vivía en un estado de pobreza lamentable, las hermanas habían conseguido empleo en una fábrica textil, pero los miserables salarios que se pagaban apenas le servían para subsistir.

En 1938, Carmen conoce a un hombre llamado Jesús Vargas alias "El Gato", este hombre era un vividor y criminal de poca monta; con él Carmen entabla una relación, ese mismo año se va a vivir con él. Juntos abren una pequeña cantina en El Salto. Vargas dilapidó todas las ganancias del establecimiento hasta llevarlo a la ruina, después de esto Carmen abandonó a Jesús Vargas y regresó a vivir con su familia.

Para ese momento los padres de las hermanas González habían muerto dejándoles una modesta herencia, con esta capital Delfina González abrió su primer burdel ubicado en El Salto, Jalisco. La prostitución era ilegal en Jalisco, pero la

" Su número confirmado de víctimas son 91, pero se cree pudieron matar a más de 150 personas."

vigilancia para combatir esa práctica era pobre. El prostíbulo estuvo activo por mucho tiempo, hasta que una riña suscitada en el lugar llamó la atención de las autoridades, que cerraron el establecimiento.

En 1954, Delfina muda el establecimiento a San Juan de los Lagos, Jalisco, durante las festividades de la feria anual celebrada en el pueblo. Para establecer el negocio las mujeres contaron con el apoyo de varias autoridades corruptas. El propio alcalde concedió los permisos para que el negocio operara como bar a cambio de favores sexuales.

Las mujeres eran engañadas o compradas a tratantes, el sistema con el que operaba el burdel era semejante al peonaje empleado durante el Porfiriato, las mujeres cautivas estaban obligadas a comprarle a las madrotas suministros, como ropa y comida, a precios arbitrarios, acumulando así inmensas deudas. Las mujeres entonces eran forzadas a prostituirse para poder pagarle.

Según el relato de las hermanas González Valenzuela, las técnicas que usaban para instalar un prostíbulo consistían primeramente en hacer amistad con las autoridades para estar protegidas. En muchas ocasiones se hicieron amantes y proporcionaron dinero a funcionarios locales para asegurar que su negocio no fuera cerrado.

Ya instaladas en sus cabarets, "Las Poquianchis" contrataban personas que recorrieran la República para buscar adolescentes de entre 13 y 15 años de edad, para

que por medio del engaño y la extorsión las condujeran a sus negocios, donde una vez que entraban eran mantenidas en cautiverio para prostituirlas.

La Secretaría de Salud emitía tarjetas de control falsas, que “Las Poquianchis” utilizaban para presumir que sus muchachas estaban sanas. Estas tarjetas costaban mucho dinero, pero servían para que los clientes estuvieran tranquilos. Por supuesto, muchas de las prostitutas estaban enfermas.

En 1964 Catalina Ortega, una de las más recientes muchachas en llegar al prostíbulo, logró escapar y se presentó en la comandancia de la Policía Judicial en León, Guanajuato. Las autoridades giraron una orden de aprehensión y se dirigieron a San Francisco del Rincón. Ahí detuvieron a Delfina y a María de Jesús. María Luisa logró escapar al último momento. El caso fue ampliamente difundido por la revista *Alarma!* Muchas de las mujeres fueron rescatadas y narraron los horrores que vivían en ese lugar.

La historia que las mujeres contaron a los judiciales les erizó los cabellos a los agentes policíacos, pues ellas narraron cómo algunas de sus compañeras fueron golpeadas y torturadas por sus patronas e incluso varias fueron asesinadas y enterradas dentro del mismo predio donde eran explotadas. Las víctimas relataron a las autoridades que nunca las dejaban salir de las casas de citas, y que cuando resultaban embarazadas les practicaban abortos y en caso de nacer los niños, éstos eran asesinados.

Según el relato de las rescatadas, “Las Poquianchis” también asesinaban a aquellas prostitutas que “ya no les servían” a quienes sepultaban vivas en un panteón clandestino ubicado en el poblado de Los Ángeles, en San Francisco del Rincón. Este “trabajo” era realizado por el capitán del Ejército, Hermenegildo Zúñiga Maldonado, conocido como “El Capitán Águila Negra”, quien fue amante de Delfina y protector de las lenonas.

Delfina desarrolló un método de reclutamiento que dejaba mayores ganancias: acudían a rancherías o pueblos cercanos, donde buscaban a las niñas más bonitas. No importaba si tenían doce, trece o catorce años de edad;

“ Le quitaban la carne a los cadáveres de las prostitutas que iban asesinando, para venderla por kilo en el mercado.”

llevaban cómplices masculinos que, si las sorprendían solas, simplemente se las robaban. O si estaban acompañadas de sus padres, generalmente campesinos, se les acercaban y les ofrecían darles trabajo a las hijas como sirvientas. Los padres accedían, “Las Poquianchis” se llevaban a las niñas y de inmediato empezaba su tormento.

Apenas llegaban al burdel, “Las Poquianchis” procedían a desnudar a las niñas por completo y examinarlas. Si consideraban que tenían “suficiente carne”, los ayudantes que habían contratado se encargaban de violarlas, uno tras otro, vaginal y analmente. También las obligaban a practicarles sexo oral y si lloraban o se resistían, las golpeaban.

Después, “Las Poquianchis” las bañaban con cubetadas de agua helada, les daban vestidos y las sacaban por la noche a que comenzaran a atender a la clientela del bar, bajo amenazas de muerte. Los clientes se mostraban siempre encantados de que les proporcionaran niñas de tan corta edad para que los atendieran, así que el negocio iba viento en popa. Las Hermanas alimentaban a sus esclavas sexuales solamente con cinco tortillas duras y un plato de frijoles al día.

Cuando una de las prostitutas llegaba a cumplir veinticinco años, “Las Poquianchis” ya la consideraban “vieja”. Procedían entonces a entregársela a Salvador Estrada Bocanegra “El Verdugo”, quien la encerraba en uno de los cuartos del rancho, sin darle de comer ni beber por varios días, y entrando constantemente para patearla y golpearla con una tabla de madera en cuyo extremo había un clavo

afilado. Una vez que la mujer estaba tan débil que ya no podía ni siquiera intentar defenderse, “El Verdugo” la llevaba a la parte de afuera del rancho y, tras cavar una zanja profunda, la enterraba viva. A otras les aplicaban planchas calientes sobre la piel, las arrojaban desde la azotea para que murieran al caer, les destruían la cabeza a golpes.

Si una de las muchachas se embarazaba, si padecía anemia y estaba demasiado débil para atender a sus clientes, o si se atrevía a no sonreírle a los parroquianos, era asesinada. Los bebés que llegaron a nacer fueron muertos y enterrados, con excepción de un niño, al que guardaron para vendérselo a un cliente que quería experimentar con él.

También practicaban abortos clandestinos si alguna de las prostitutas más populares quedaba embarazada, con tal de no perder esa fuente de ingresos. Las mujeres además eran obligadas a limpiar el lugar, a cocinar y a atender a “Las Poquianchis”.

“Las Poquianchis” habían reclutado a varios ayudantes que las auxiliaban en sus labores. Uno era Francisco Camarena García, el chofer que se encargaba de transportar a las jovencitas reclutadas, junto con Enrique Rodríguez Ramírez; otro era Hermenegildo Zúñiga, ex capitán del ejército, conocido como “El Águila Negra”, quien fungía como su guardaespaldas y cuidador del burdel.

José Facio Santos, velador y cuidador del rancho; y Salvador Estrada Bocanegra, “El Verdugo”, quien golpeaba a las prostitutas que protestaban por algo y, cuando alguna amenazaba con marcharse o denunciar los maltratos a los que era sometida, se encargaba de asesinarla y enterrarla. También policías y militares utilizaban los servicios de las niñas esclavas, todo gratis a cambio de protección para el burdel.

María Auxiliadora Gómez, Lucila Martínez del Campo, Guadalupe Moreno Quiroz, Ramona Gutiérrez Torres, Adela Mancilla Alcalá y Esther Muñoz “La Pico Chulo” eran prostitutas que se convirtieron en celadoras y castigadoras a cambio de que “Las Poquianchis” respetaran sus vidas.

Cuando alguna de las niñas nuevas no quería ceder ante el capricho de algún cliente, ellas se encargaban de arrastrarla

de los cabellos por todo el burdel, llevarla a un cuarto y darle de palazos hasta dejarla inconsciente. “La Pico Chulo” también gustaba de matar a palazos a las muchachas, destruyéndoles la cara y el cráneo con una tranca de madera.

Para 1963, “Las Poquianchis” incursionaron en el satanismo. Alguien les dijo que si ofrecían sacrificios al Diablo, ganarían más dinero y tendrían protección. Desde ese momento, cada vez que llegaban nuevas niñas reclutadas, eran iniciadas en un extraño ritual.

Primero las hermanas Valenzuela encendían velas y veladoras, formando una estrella de cinco puntas. Luego llevaban un gallo, el cual era sacrificado. Entonces Delfina y sus hermanas se desnudaban para untarse la sangre del animal. Desnudaban además a las niñas nuevas, quienes eran violadas y sodomizadas por los cuidadores, mientras “Las Poquianchis” contemplaban la escena y se reían.

Semanas después, comenzarían otro negocio: le quitaban la carne a los cadáveres de las prostitutas que iban asesinando, para venderla por kilo en el mercado.

Luego de varios meses que duró el proceso que consistió en careos e interrogatorios, finalmente Delfina, María de Jesús y María Luisa González Valenzuela, fueron acusadas de lenocinio, secuestro y homicidio calificado y recibieron la pena máxima de 40 años de prisión, sin embargo dos de ellas murieron tras las rejas antes de poder obtener su libertad.

Delfina, conocida como La Poquianchis Mayor, falleció a los 56 años en la cárcel de Irapuato, el 17 de octubre de 1968; María Luisa, apodada “Eva La Piernuda”, perdió la vida en su celda de la cárcel municipal de Irapuato en noviembre de 1984 luego de ser consumida por un cáncer hepático y María de Jesús fue la única que falleció en libertad.

Con la muerte de estas tres mujeres que hicieron historia, se cerró un ciclo dentro en las páginas del periodismo policiaco en México.

El caso de “Las Poquianchis” fue tan famoso que incluso fue el argumento de obras de teatro, películas y libros de algunos connotados literatos que adaptaron la historia en un macabro cuento. ✕



Glosario Forense

Por: Redacción

Antídoto:

Es una sustancia química cuya función es contrarrestar los efectos de un veneno, toxina o químico. Los antídotos más comunes son los creados por el hombre, mediante la sintetización de otras sustancias químicas. En ocasiones, el mismo veneno o toxina sirve como base para la sintetización y elaboración de estos antídotos.

Bisel:

Es el corte longitudinal del proyectil al impactar sobre la superficie que nos orienta en dirección y sentido.

Calcificación:

Es un proceso en el cual el calcio se acumula en el tejido corporal, haciendo que dicho tejido se endurezca. Esto puede ser un proceso normal o anormal.

Cibercriminalidad:

Se entiende como las actividades delictivas realizadas con ayuda de redes de comunicación y sistemas de información electrónicos o contra tales redes y sistemas.

Delirio:

Etimológicamente viene del término latino “de-lirare” que significa salir del surco al labrar la tierra. Se describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño como el resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad.

Enzima:

Son proteínas complejas que producen un cambio químico

específico en todas las partes del cuerpo. Por ejemplo, pueden ayudar a descomponer los alimentos que consumimos para que el cuerpo los pueda usar. La coagulación de la sangre es otro ejemplo del trabajo de las enzimas.

Factor predisponente:

Potencial criminógeno del individuo que facilita el delito según su mayor o menor grado. Sui tal conjunto es bastante fuerte, requiere poca influencia para delinquir; si es débil, necesita bastante influencia de los factores desencadenantes para llegar a la infracción.

Gonadatopina corionica humana:

Es administrar los factores nutricionales y estimular cantidades necesarias de otras hormonas. Es una hormona que se sintetiza en el cerebro manifestando diferentes funciones en la mujer y en el hombre. Se produce por células Trofoblásticas en las mujeres embarazadas, estimula la maduración del óvulo y en los hombres la producción de testosterona en los testículos. Una de las funciones más importante es la de prevenir la involución normal del cuerpo lúteo al final del ciclo sexual femenino, este cuerpo lúteo aparte de secretar esta hormona secreta también progesterona y estrógenos.

Hipoxia:

Es un estado en el cual el cuerpo completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno. A hipoxia puede deberse a diferentes factores: baja concentración de oxígeno en el ambiente, la presencia de algún gas que compite con el oxígeno, por lesiones pulmonares, entre otros.

Identificación:

Se usa para designar al acto de identificar, reconocer o establecer los datos e información principal sobre una persona. También hacemos referencia a todos aquellos documentos que sirven para identificar legal y oficialmente a cada individuo.

Juramento:

Es tanto una promesa como una declaración de hechos invocando a algo o a alguien. Los juramentos nacieron al mismo tiempo que los hombres se engañaron. Nace como la necesidad de creer o hacer creer en la palabra de alguien.

Laceración:

Es una herida que ocurre cuando la piel, un tejido o un músculo se rompen o abren. Las laceraciones pueden ser profundas o superficiales, largas o cortas, amplias o estrechas. La mayoría de las laceraciones son el resultado de que la piel golpee un objeto o de que un objeto golpee con fuerza la piel. La reparación de laceración es el acto de limpiar, preparar y cerrar la herida.

Manía:

Enfermedad mental o desorden emocional caracterizado por un estado expansivo y gozoso (euforia), habla rápida, fluidez de ideas, disminución del sueño, distraibilidad, grandiosidad, escaso juicio y gran actividad motora. Esta exaltación del humor puede alternarse con estados depresivos.

Marihuana:

Es una especie herbácea de la familia Cannabaceae, con propiedades psicoactivas. Es un término genérico empleado para denominar a los cogollos de esta planta, que son sus flores femeninas. Es una mezcla triturada y seca de flores, tallos, semillas y hojas de la planta de cáñamo Cannabis sativa. Las personas suelen fumarla como un cigarrillo o en una pipa. Es la droga ilegal de abuso más comúnmente consumida en los Estados Unidos.

Neurona:

Es un tipo de célula perteneciente al Sistema nervioso central cuyo rasgo diferencial es la excitabilidad que presenta su membrana

plasmática, la cual, permitirá no solamente la recepción de estímulos sino también la conducción del impulso nervioso entre las propias neuronas, o en su defecto, con otro tipo de células, tales como las fibras musculares propias de la placa motora.

Organoléptica:

Son todas aquellas descripciones de las características físicas que tiene la materia en general, según las pueden percibir los sentidos, por ejemplo su sabor, textura, olor, color.

Parálisis:

Es una pérdida o disminución de la motricidad o de la contractilidad de uno o varios músculos, debida a lesiones de las vías nerviosas o de los mismos músculos. Si ésta es parcial se habla de paresia.

Psicofármaco:

Es una sustancia química que ejerce una cierta influencia en los procesos de la mente. Estos agentes inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta, pasando por la percepción.

Quimiofobia:

Es el miedo irracional a las sustancias químicas, olvidando que todo el universo, incluidos nosotros, está hecho de sustancias químicas.

Rodenticida:

Es un pesticida que se utiliza para matar o eliminar, controlar, prevenir, repeler o atenuar la presencia o acción de los roedores, en cualquier medio. Mejor conocido como raticida o matarratas.

Síndrome de abstinencia:

Es el conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia psicoactiva (alcohol o bebidas con etanol, tabaco u otras drogas) deja de consumirla.

Umbral del dolor:

Se define como la intensidad mínima de un estímulo que despierta la sensación de dolor. La percepción de dolor en general es distinta en cada persona, depende de muchos factores, como sexo, edad, complexión, etc. 

www.expressionforense.com

