

Hace un año murió Guillermo José Tortora. Razones editoriales nos impidieron recordarle en nuestros *Cuadernos de Medicina Forense*. Lo hacemos hoy con el mismo dolor de entonces.

Guillermo cayó fulminado, impactado por un certero rayo mortal el 30 de junio de 2006, durante un intervalo de la actividad docente que desarrollaba en un Curso de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires que se dictaba en la austral Ushuaia.

Médico Psiquiatra distinguido abarcó con la misma pasión e idoneidad las áreas asistencial, docente, forense e institucional de la especialidad.

Ingresó al *Cuerpo Médico Forense* el 4 de junio de 1991 como perito médico interino, accediendo al cargo titular por concurso el 12 de mayo de 1992. Fue designado Secretario Técnico el 1° de abril de 2005, ejerciendo estas funciones hasta su muerte.

Médico especialista en psiquiatría y en salud pública, amalgamaba el amplio conocimiento que tenía de ambas, respondiendo siempre con solidez los casos que enfrentaba. Su trabajo se sustentaba en su preparación científica y técnica, pero siempre fue acompañado por los impulsos de su corazón -al que ago-

tó tempranamente- y al vigor de su voluntad.

No le fueron ajenos todos los problemas de la salud mental, debiendo recordar que en los últimos años orientó su atención y su actividad científica a la Neurociencia Cognitiva, particularmente a la Enfermedad de Alzheimer y a los Trastornos involutivos. Se apasionaba cuando hablaba de los problemas de la vejez, de la violencia que se ejerce sobre ellos, de la atención que se les debe brindar.

La psicofarmacología fue otro de sus polos de interés en el cual también se destacó.

Participó y dictó numerosos cursos, publicó trabajos, organizó congresos -siempre exitosos- no olvidando en su actividad priorizar los conceptos éticos relacionados con el tema que trataba.

Su vida como médico, merece nuestro mayor reconocimiento, como persona lo recordamos por sus envidiables condiciones humanas. Veherentemente y apasionado en todo lo que emprendía, pero a su vez cálido y afectuoso. Nunca cerraba sus manos, sus oídos y su corazón ante el pedido de ayuda. Fue respetado y querido, siempre mediador ante conflictos... amigo generoso y leal... para qué seguir. Recordémoslo así.

V.L.P.

LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD EN LA ATRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

¡Feliz el que ha llegado a conocer las causas de las cosas!

Virgilio

Todos los autores coinciden en el rol trascendente que juega la relación de causalidad como *conditio sine qua non* para el establecimiento de la responsabilidad civil.

Ya el maestro español Jaime Santos Briz expresaba en 1963: *Uno de los elementos o requisitos esenciales para que proceda la indemnización de daños, tanto a consecuencia de infracción contractual como extracontractual, es la relación o nexo causal entre el hecho que se estima productor del daño y éste, es decir, que haya una relación de causa a efecto entre uno y otro. Y para que proceda la indemnización no basta en puridad con la existencia de ese nexo causal, es precisa además la prueba del mismo*¹.

A punto tal se ha arraigado esta idea que se han utilizado un sinnúmero de adjetivos para calificar a este ligamen singular. Sagarna ha compilado en un breve párrafo, varias de estas opiniones que *cuasi* destierran toda probabilidad de establecer algún grado de responsabilidad en ausencia de un nexo causal. Su redacción es tan expre-

siva de tal situación que resultaría injusto no reproducirla en forma completa: En lo que se refiere a la “relación de causalidad”, en nuestra doctrina se ha sostenido que es un elemento vital², imprescindible³, indispensable⁴, esencial⁵, inevitable⁶ y hasta necesario⁷ y, aunque el Código Civil no lo mencione para nada, se ha llegado a decir: “suprímasele y la responsabilidad desaparecerá”⁸.

De igual manera, todos los doctri-
narios expresan en forma unánime el importante grado de complejidad que presenta la pretensión de establecer un nexo de causalidad en los casos de responsabilidad médica.

Si bien ello es cierto, no resulta ser así en todos los casos. Existen muchas circunstancias en las que puede establecerse sin grandes dificultades una ligazón de causa a efecto entre una conducta médica y el resultado dañoso acaecido en el paciente como consecuencia directa de la misma.

No obstante, no puede negarse que en la mayoría de las ocasiones, suele ser imposible establecer nexo alguno entre una acción u omisión del galeno y la enfermedad del paciente, su severidad, sus secuelas o hasta su final ominoso. Esto suele ser así, porque el

Daniel Jorge Pantín

padecimiento tiene una causa propia y específica, ajena al galeno y que en modo alguno fue “puesta” por el médico en detrimento del enfermo.

Resulta obvio que en este tipo de circunstancias, el médico es, al decir de Trigo Represas, un mero “...espectador ajeno a la cadena causal desde su origen hasta su efectiva producción, dado que además, las teorías causales corrientes no se amoldan satisfactoriamente a este supuesto⁹.

El médico no crea el proceso morboso, sino que accede a él cuando ya ha sido detectado y ha comenzado su acción destructora. A veces el resultado será positivo y otras negativo, pero siempre persiste el interrogante ¿qué papel ha jugado la actividad del médico en la producción del daño y de un resultado negativo para el paciente?¹⁰

¿Cómo poner entonces en cabeza del galeno la responsabilidad por un daño con el cual su accionar no guarda relación de causalidad ninguna?

A partir de este interrogante, la doctrina y la jurisprudencia comenzaron a transitar un sendero tortuoso, espinoso, en la búsqueda de una explicación casi imposible. Algo así como pretender encastrar una pieza irregular en un puzzle de formas cúbicas.

Es que por más alternativas que se busquen, nunca, en casos como el señalado podrá establecerse una relación de causalidad conforme las reglas de la naturaleza, entre la enfermedad (con una causa propia y específica) y el accionar médico.

Las leyes naturales son rígidas y

precisas. ¿Quién podría responsabilizar a Newton por la caída de la manzana mientras descansaba bajo el árbol?

Es evidente que ante estas situaciones no existen muchas vías que permitan establecer el nexo causal necesario para atribuirle responsabilidad al galeno. ¿Quizás puedan mencionarse dos alternativas al respecto?:

1) Como dijera el maestro Llam-bías, “El derecho no es una física de las acciones humanas”¹¹. Nada más cierto que esta afirmación.

¿Por qué no admitir entonces que, así como existen las ciencias de la naturaleza, con sus propias reglas, también hay una ciencia jurídica con normas precisas y específicas que goza de un similar nivel jerárquico?

¿Por qué someter al derecho, tratando de ceñirlo bajo leyes que no le pertenecen?

¿Por qué un dilema jurídico debe analizarse bajo prescripciones formuladas por otras ciencias?

Con fundamento en estas bases, la doctrina fue avanzando por esta senda arribando a la siguiente conclusión: para adjudicar responsabilidad, el nexo causal no necesariamente debe adecuarse a las leyes de la física. Sólo es menester establecer una relación de causalidad jurídica.

Esta ha sido la solución más aceptada y, quizás también, la más acertada. Sin embargo, desde mi modesta opinión, adolece de una pequeña imperfección, no por ello carente de importancia.

En el terreno lingüístico, *relación de*

causalidad o *relación causal*, es un conjunto de palabras o, lo que es mejor, un consorcio de palabras, acuñado en el ámbito de la filosofía y las ciencias de la naturaleza con un significado insito. Es decir, ese conjunto de términos tiene desde antaño un significado propio y estrechamente ligado a las ciencias mencionadas, a las cuales pertenece y de las cuales es casi imposible pretender separarlo.

Es la expresión por excelencia de un método cognoscitivo a través del cual se intenta averiguar, percibir y saber sobre las cosas y las verdades en virtud del análisis y estudio de sus causas, ciñéndose a reglas muy precisas.

Utilizar ese conjunto lingüístico para expresar un concepto ambiguo, en oportunidades respetando las leyes físicas y, en otras apartado de las mismas, da lugar a confusiones. No sólo para quienes pretendemos introducirnos en los conocimientos básicos de la responsabilidad. También en ocasiones para aquellos conocedores, que vienen transitando desde tiempo atrás esta vasta llanura del saber jurídico.

Esta dualidad de interpretación, no sólo genera confusión en los estudiosos. También puede dar lugar a sentencias totalmente disímiles al pronunciarse sobre hechos similares.

Como ejemplo de esto último, *brevitate causae*, nos limitamos a remitir al lector a dos sentencias citadas por Aída Kemelmajer de Carlucci: una que hizo lugar a la demanda^{12,13} y otra que la rechazó.¹⁴

En la primera se arguyó: “Corresponde indemnizar a la paciente si

conforme la pericia médica, el incumplimiento de la obligación de medios privó al enfermo de la chance de ser sometido al tratamiento aconsejable”

En la otra se expresó: “...no debe elevarse al rango de causa a una mera condición o a una circunstancia irrelevante porque en la causalidad jurídica estos factores deben ser claramente expresados como condiciones *sine qua non* por lo que su presencia debe ser ineludible para el acaecimiento del resultado dañoso”

Quizás resultaría aconsejable reemplazar el conjunto *relación de causalidad* por otro u otros términos que no den lugar a interpretaciones ambiguas y, por otra parte, definir con suma precisión sus alcances dentro de las ciencias jurídicas.

2) Un único y osado autor, Fernando Sagarna, desafió a toda la biblioteca.

A pesar que en nuestra doctrina se ha sostenido que la “relación de causalidad” es un elemento vital¹⁵, imprescindible¹⁶, indispensable¹⁷, esencial¹⁸, inevitable¹⁹ y necesario²⁰, efectuó una propuesta atrevida al expresar: “...la relación de causalidad constituye (en algunos supuestos) un requisito prescindible de la responsabilidad civil, es decir, que a pesar de no ser el hecho, causa adecuada del resultado dañoso, ciertos legitimados pasivos deben igualmente responder”²¹

En mi compulsa bibliográfica nacional, no hallé posturas similares, salvo la de Matilde Zavala de González cuando manifiesta al referirse a los presupuestos de la responsabilidad por daños: “Es pre-

**supuesto general (no absoluto)
una relación de causalidad entre
el perjuicio y el hecho fuente”²²**

Debo confesar que esta posición, desde mi modesto lugar, parece muy razonable ya que se erige sobre algunos cimientos bien fundados.

¿Realmente es imprescindible establecer una relación de causalidad para imputar la responsabilidad por un hecho dañoso?

La respuesta debiera ser: NO. Basta con pensar en cuantas ocasiones alguien debe responder por un daño no originado por un hecho propio y, por ende, con el cual su conducta no guarda relación causal alguna.

¿Cómo enfocan el problema otros doctrinarios?

Muchos procuraron no tergiversar el concepto de relación de causalidad ni apartarse de las rígidas reglas exigibles para fundar la responsabilidad.

Esta posición ha sido sustentada inicialmente por los autores franceses, quienes comenzaron a esbozar el concepto de chance.

¿Qué es la chance? Para el Diccionario de la Lengua (*Real Academia Española*); es una palabra derivada del francés *chance* que significa, oportunidad o posibilidad de conseguir algo. Es decir, que en el tema que estamos tratando, la pérdida de la chance es la pérdida de la oportunidad o posibilidad de obtener mejoría, curación o supervivencia. (*perte d'une chance de survie ou de guérison*). Para quien desee ahondar estos aspectos, existe una excelente revisión bibliográfica efectuada por Aída Kemelmajer de Carlucci a la cual remitimos.²³

Bajo esta concepción, lo que cambia es la definición de daño en la responsabilidad médica por omisión.

Para ella, el daño no lo constituyen las secuelas, la incapacidad o la muerte que fueran consecuencia de una afección a la que el médico omitió tratar de una manera diligente y conforme con la *lex artis*. El daño es ahora la pérdida de chance. La pérdida por parte del paciente de la oportunidad de curar totalmente o con menores secuelas o, incluso, de sobrevivir a la enfermedad.

La pregunta que cabe en este momento es: ¿Puede ser considerada la pérdida de chance un daño resarcible?

Como es aceptado pacíficamente, para que un daño resulte reparable, es menester que concurren determinados presupuestos, requisitos o condiciones.

Los tres presupuestos básicos del daño, que no admiten controversia son:²⁴

- a) Que resulte injusto, lo cual acontece cuando deriva de la lesión de un interés merecedor de tutela.
- b) Que sea personal para quien lo invoca.
- c) Que sea suficientemente cierto.

La injusticia de la pérdida de oportunidad de curación no admite argumentos en su contra. Basta simplemente mencionar que lesiona uno de los bienes jurídicos superiores en la escala axiológica, como la vida y la salud.

Obviamente que sólo podrá recla-

mar quien esté legitimado activamente para accionar, en principio, la persona damnificada, la que ha sufrido un menoscabo en un interés propio.

Quizás el presupuesto más dificultoso de aceptar lo constituya la certeza. Es que el daño debe existir, ser real, efectivo y no meramente posible, conjetural o hipotético.²⁵ La certeza del daño resarcible se ha transformado en casi una exigencia reiterada por todos los autores. Es aquí donde se produce una evidente colisión entre el azar, representado por la doctrina de la chance y, la certeza, exigible a las respuestas precisas que debe brindar el derecho.²⁶

La certeza implica un conocimiento claro, seguro y sin posibilidad de error. En este terreno, una postura que impone certeza resulta demasiado rigurosa y quizás hasta extralimitada. No sólo requiere que el derecho, como opináramos atrás, esgrima reglas que no le son propias, ya que han sido impuestas por y para otras ciencias, sino que aún intenta hacerlo con mayores exigencias que las requeridas por estas.

Es que para quienes laboramos en el ámbito de las ciencias de la naturaleza, el término certeza no siempre es sinónimo de seguridad absoluta. La rigurosidad científica recurre en forma casi habitual al auxilio de otras ramas de las ciencias, como la estadística, la probabilística, las matemáticas, etc, cuyas bases son utilizadas para arribar a conclusiones con certidumbre científica.

Sin embargo, en las ciencias de la naturaleza no es imperativo que, siempre que acontezca un hecho A deba ser sucedido por el hecho

B, para poder establecer una relación de causa a efecto entre A y B. Sí es menester que esa sucesión se dé con una frecuencia exigible por el cálculo de probabilidades y las reglas de la estadística.

¿Con qué fundamento puede entonces afirmarse que la pérdida de la chance de curación no constituye un daño cierto o viceversa? Empleando las reglas científicas, esta afirmación sólo resultaría posible aplicando un cálculo estadístico de probabilidades.

Por otra parte, nuestro Código Civil ha adoptado en principio la teoría de la causalidad adecuada (arts. 901 a 906) y, precisamente para esta última no es menester certeza absoluta, aunque sí una seria probabilidad que supere el nivel conjetural.²⁷

El concepto de causalidad adecuada implica el de “regularidad”, apreciada como lo que acostumbra a suceder en la vida misma. Es decir que, para que exista relación causal, la acción no sólo tiene que ser idónea para producir el efecto, sino también determinarlo “normalmente”.²⁸

En estadística, el concepto de normalidad se refiere a que un determinado hecho acontece habitualmente y con gran frecuencia (aunque no siempre), de una determinada manera.

Cuando un paciente no sometido a un tratamiento diligente, posteriormente fallece o sobrevive con una determinada incapacidad, sufre un doble perjuicio. El perjuicio final: la muerte o la invalidez. El perjuicio intermedio: la pérdida de una oportunidad de vencer a la enfermedad.²⁹

La dificultad pasa en esos casos por determinar si el perjuicio intermedio es un menoscabo cierto. Si para ello se exige una certidumbre absoluta, las circunstancias serán escasísimas, por no decir, casi inexistentes. Si se exige una certidumbre científica, conforme las reglas de la probabilidad estadística, la frecuencia será algo mayor que aplicando la norma anterior. Desde la modesta visión de quien suscribe, ambas exigencias resultan exageradas y carentes de equidad, ya que favorecen al negligente en perjuicio del damnificado. Es por ello que, la ciencia jurídica, con absoluta independencia, es quien debe establecer los requisitos necesarios para que una pérdida de oportunidad de curación pueda ser considerada un daño cierto.

En los últimos tiempos, la teoría de la pérdida de chance de curación ha sido recibida con creciente aceptación en la jurisprudencia sobre la temática de responsabilidad médica. Desde ya que al aceptar el traslado del daño desde la incapacidad o la muerte, a la pérdida de la oportunidad de no padecerlas, la cuantía del resarcimiento no podrá ser similar.

En algunos fallos se condena al médico, con fundamento en la pérdida de chance, pero se lo obliga a efectuar un resarcimiento total, como si él hubiese sido el causante de la enfermedad, lo que realmente parece inequitativo.

Como señala Vazquez Ferreira:³⁰ De la lectura de algunos fallos surge que el obrar negligente de los profesionales médicos impidió al paciente tener una mayor posibilidad de curación o probabilidad de salvar su vida.

No obstante ello, al establecerse

la cuantía indemnizatoria, no se tiene en cuenta que se está tan sólo ante la pérdida de una chance y se manda a indemnizar el daño íntegramente, como si el profesional médico hubiera sido el autor directo del perjuicio final -muerte o enfermedad-. Algo así como que el médico “puso la enfermedad” en el paciente o es el causante de la enfermedad.

En estos casos de pérdida de una chance no se puede imputar causalmente al profesional el resultado final que padece el paciente pues en gran parte obedece a un proceso natural. No obstante ello, muchas veces los tribunales en forma equivocada al analizar el capítulo de los daños indemnizables, pasan por alto el hecho de que se está sólo frente a la pérdida de una chance y se manda indemnizar el daño íntegro.

Por lo tanto, es imperioso determinar cuál es realmente la magnitud de la oportunidad perdida. Es factible que en ocasiones, a pesar de la falta de diligencia profesional no pueda establecerse pérdida alguna de chance por tratarse de una enfermedad sin posibilidad de cura. Por el contrario, en enfermedades fácilmente tratables, en las cuales se cuenta con terapias totalmente exitosas, la pérdida de la chance será equivalente al daño final y, por ende el resarcimiento deberá ser total o casi total.

Los médicos que dictaminamos frecuentemente en actuaciones por responsabilidad profesional, deberemos entonces concentrarnos en poder establecer con la mayor certeza posible, fundándonos en trabajos científicos incuestionables, cuáles hubiesen sido las posibilidades de curación o sobrevida si el paciente hubiera recibido una

atención diligente por parte del galeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. BRIZ, JAIME SANTOS: "Derecho de Daños" pag. 213. Editorial Revista de Derecho Privado, Madrid, 1963.
2. BUERES, A. *Responsabilidad civil de los médicos*, op. cit., t. 1, p. 297.
3. BUERES, A. *Responsabilidad civil de los médicos*, op. cit., t. 1, p. 322; Orgaz, *La culpa (actos ilícitos)*, op. cit. p. 185; Brebbia, *Hechos y actos jurídicos*, op. cit., t. 1, p. 87.
4. COMPAGNUCCI DE CASO, "Responsabilidad civil y relación de causalidad", en *Seguros y Responsabilidad Civil*, op. cit., p. 24 y 145; Pizarro, "Causalidad adecuada y factores extraños", en *Derecho de daños*, Primera parte, op. cit., p. 255.
5. COMPAGNUCCI DE CASO, "Responsabilidad civil y relación de causalidad", en *Seguros y Responsabilidad Civil*, op. cit., p. 25.
6. Ibidem
7. TRIGO REPRESAS, en Cazeaux-Trigo Represas, *Derecho de las obligaciones*, op. cit., t. 4, p. 761; Compagnucci de Caso, en *Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinario y jurisprudencial*, A. J. Bueres (dir.) - E. I. Hightoon (coord.), t. 2B, op. cit., ps. 427 y 428; Pizarro - Vallespinos, *Instituciones de derecho privado. Obligaciones*, op. cit., t. 3, p. 97; Tanzi - Núñez, *Presunciones de causalidad y culpabilidad*, nota a fallo LL. 1994-C-17; Rezzónico, Luis M., *Estudio de las obligaciones en nuestro derecho civil*, 9ª ed., De-palma, Buenos Aires, 1961, vol. 2, p. 1259; Brebbia, *Hechos y actos jurídicos*, op. cit., t. 1, p. 14.
8. COLOMBO, *Culpa aquiliana (cuasidelitos)*, op. cit., t. 1, p. 119.
9. TRIGO REPRESAS, FÉLIX: *Causalidad y responsabilidad de los médicos*. En: *Relación de causalidad en la responsabilidad civil.- Revista de Derecho de Daños*, Volumen: 2003-2, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni) págs. 263 a 291.
10. GONZÁLEZ MORÁN, LUÍS: *La responsabilidad civil del médico*, Ed. José María Bosch S.A., Barcelona, 1990, p. 128. Citado por Piaggio, A.N. en Azar y certeza en el derecho de daños ED (t 152) p. 817, 1993.
11. LLAMBÍAS, JORGE JOAQUÍN: *El derecho no es una física de las acciones humanas*. L.L 107, p 1018 y ss.
12. CNCiv, sala F, 14-06-2000, L.L. 2001-C-429.
13. La sentencia ha sido comentada favorablemente por Bueres y Vázquez Ferreira en *Revista de Derecho Privado y comunitario*, n° 2001-2, p. 435.
14. CNCiv. Sala A, 10-11-1998, *Revista Jurídica Argentina del seguro, la Empresa y la Responsabilidad*, N° 35, 2000, p.109; L.L. 1999-B-450, con nota desaprobatoria de Fanelli Evans, *El servicio público de la salud*
15. BUERES, A. *Responsabilidad civil de los médicos*, op. cit., t 1, p. 297.
16. BUERES, A. *Responsabilidad civil de los médicos*, op. cit., t. 1, p. 322; Orgaz, *La culpa (actos ilícitos)*, op. cit. p. 185; Brebbia, *Hechos y actos jurídicos*, op. cit., t. 1, p. 87.
17. COMPAGNUCCI DE CASO, "Responsabilidad civil y relación de causalidad", en *Seguros y Responsabilidad Civil*, op. cit., p. 24 y 145; Pizarro, "Causalidad adecuada y factores extraños", en *Derecho de daños*, Primera parte, op. cit., p. 255..

18. COMPAGNUCCI DE CASO, "Responsabilidad civil y relación de causalidad", en *Seguros y Responsabilidad Civil*, op. cit., p. 25.
19. Ibidem
20. TRIO REPRESAS, en Cazeaux-Trigo Represas, *Derecho de las obligaciones*, op. cit., t. 4, p. 761; Compagnucci de Caso, en *Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinario y jurisprudencial*, A. J. Bueres (dir.) - E. I. Hightoon (coord.), t. 2B, op. cit., ps. 427 y 428; Pizarro - Vallespinos, *Instituciones de derecho privado. Obligaciones*, op. cit., t. 3, p. 97; Tanzi - Núñez, *Presunciones de causalidad y culpabilidad*, nota a fallo LL. 1994-C-17; Rezzónico, Luis M., *Estudio de las obligaciones en nuestro derecho civil*, 9ª ed., Depalma, Buenos Aires, 1961, vol. 2, p. 1259; Brebbia, *Hechos y actos jurídicos*, op. cit., t. 1, p. 14.
21. SAGARNA, FERNANDO: *La relación de causalidad: ¿es prescindible como presupuesto de la responsabilidad civil?* En: Ameal, Oscar J.; direc., *Derecho Privado. Libro homenaje a Alberto J. Bueres.*, 2001, Buenos Aires, Hammurabi) págs. 1245 a 1273.
22. ZAVALA DE GONZÁLEZ, M: "Actuaciones por Daños. Prevenir. Indemnizar. Sancionar" Hammurabi. José Luis Depalma, editor, Buenos Aires, 2004, Pág. 47.
23. KEMELMAJER DE CARLUCCI, AÍDA: *Reparación de la 'chance' de curación y relación de causalidad adecuada* En: *Relación de causalidad en la responsabilidad civil. Revista de Derecho de Daños*, Volumen: 2003-2, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni) págs. 221 a 262.
24. ZAVALA DE GONZÁLEZ, MATILDE: *Actuaciones por Daños*. P 73 y ss. Hammurabi. J.L. Depalma, editor. Buenos Aires 2004.
25. Ibidem, p. 76.
26. PIAGGIO, ANIBAL NORBERTO: *Azar y certeza en el derecho de daños*. ED (t 152) p. 797 y ss. 1993.
27. ZAVALA DE GONZÁLEZ, M: "Actuaciones por Daños. Prevenir. Indemnizar. Sancionar" Hammurabi. José Luis Depalma, editor, Buenos Aires, 2004, Pág. 149.
28. GOLDENBERG, I.H: *La relación de causalidad en la responsabilidad civil* Ed. La Ley, Bs. As. 2000, p. 23.
29. MEMETEAU, GÉRARD: *La responsabilité civile médicale en droit comparé français et québécois*. Centre de recherche en droit privé & comparé du Québec. Montreal. 1990. Citado por Piaggio, Anibal: *Azar y certeza en el derecho de daños*. ED (t 152) p. 892, 1993.
30. VÁZQUEZ FERREIRA, ROBERTO: *La responsabilidad civil médica y la pérdida de la chance*. En *La Responsabilidad Civil de los Médicos*. SIDEME. Doctrina \t "_blank" www.sideme.org

UN TEMA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO EN PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN

El accionar médico y la actividad desarrollada por los colaboradores de la Medicina lleva implícito, junto a su actividad específica, la idoneidad de la tarea y la consecuente cuota de responsabilidad profesional.

Es bien sabido que si resulta un daño en dicha actividad, quien lo produzca tiene la obligación de responder por esas consecuencias ante la justicia.

Es clave poder establecer, en aquellos casos en que no resulta claro, si el hecho denunciado corresponde a una complicación, alejada de la responsabilidad profesional o se inserta en el contexto de esta última.

Presentamos esta situación médica, llegada al *Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional*.

RELATO DEL HECHO

Se trata de un caso denunciado por la madre de un menor de 6 años, de nacionalidad argentina, refiriendo que en octubre de 2005 asistió a un hospital de la Ciudad de Buenos Aires con el fin de que su hijo realice estudios sanguíneos para hepatitis.

En la guardia médica de pediatría procedieron a la extracción de sangre del brazo derecho del paciente dejando constancia que en dicho momento y debido al intenso dolor que le causó la extracción comenzó a llorar y movilizarse.

Luego de finalizada la práctica, la madre observó que el brazo derecho del niño comenzó a hinchar, retirándose a su domicilio.

Al cabo de 48 horas, la madre comenzó a constatar que la zona de extracción se ponía de color morado y negro, decidiendo concurrir nuevamente a la guardia del hospital.

Fueron recibidos por la misma enfermera que había realizado la extracción de sangre a su hijo y junto al profesional de guardia examinaron el brazo y le recetaron antibióticos (Cefalexina) aconsejándole control y volver en 3 días.

Luego de ese tiempo, la madre y el niño se hicieron presentes nuevamente en el hospital por no haber mostrado, este último, mejoría evidente, procediendo a la internación del menor para su estudio y tratamiento durante 5 días, dándosele posteriormente el alta.

En el examen no se evidenciaba mejoría dado que no lograba movi-

Enrique Banti

lizar el miembro superior derecho, procediendo luego su madre a la acción penal contra la enfermera que realizó la extracción de sangre a su hijo.

El niño fue internado en el Hospital el día 28 de octubre de 2005 con motivo de internación: *“Tumoración y dolor en miembro superior derecho”*.

Allí se relata que *“se trata de un paciente de 6 años que según refiere la madre el día 21/10/05 concurre a la guardia por vómitos y dolor abdominal donde se le extrae sangre para su estudio.*

Presentando posteriormente una tumoración y dolor en la zona de extracción, por agregarse hematoma y mayor dolor concurre nuevamente el día martes 25/10/05 donde se le indican antibióticos. En el día de la fecha concurre nuevamente donde se constata dolor e impotencia funcional por lo que se decide su internación para estudio y tratamiento.”

Dentro de los antecedentes de enfermedad actual, perinatológicos y personales no existen datos positivos a destacar.

En el examen físico se comprueba buen estado general, afebril, compensado hemodinámicamente, normohidratado, vigil, reactivo con buena tolerancia gástrica y actitud alimentaria.

Peso: **20,500 kg.**

Talla: **114 centímetros.**

Temperatura: **36,2 grados centígrados.**

En el aspecto dermatológico, presenta tumoración pulsátil de aproxi-

madamente 1,5 por 1,5 centímetros, duro, elástico, doloroso, en cara anterior de codo; con hematoma que rodea a la tumoración y se extiende en forma distal hacia muñeca, con aumento leve de la temperatura local y limitación de la extensión del codo. Presenta también micropápulas eritematosas que desaparecen a la Vitro presión en cara.

El diagnóstico presuntivo fue: *“Traumatismo vascular”*.

Se le solicitó estudios de laboratorio por guardia cuyos resultados fueron normales con radiografía de codo frente y perfil, sin alteraciones.

También se procedió a realizar Interconsulta con el Servicio de Cirugía Vascular de un Hospital Pediátrico.

Dicha Interconsulta fue realizada el día 6/12/05 donde se le realizó una Angiografía del miembro superior derecho: *“Por punción de la arteria femoral derecha se realiza angiografía de miembro superior derecho, se constata que la arteria radial derecha nace del tercio medio de la arteria humeral. Pseudoaneurisma de la arteria radial derecha trombosado. Vascularización completa de la mano por medio de la arteria cubital. Se coloca un balón en el pseudoaneurisma por vía percutánea y se punza, colocándose 2 ml. de Trombina no lográndose permeabilizarlo. Se solicita Interconsulta con Cirugía Vascular”*.

El día 26/1/06 el Servicio de cirugía Vascular realizó la resección del pseudoaneurisma con anastomosis término-terminal de la arteria radial derecha, sin complicaciones.

Evoluciona favorablemente, con miembro superior derecho con temperatura, pulso, relleno capilar, sensibilidad y movilidad conservada.

El día 27/1/06 se le otorgó el alta institucional.

ASPECTOS MÉDICO LEGALES

El aneurisma traumático resulta de una injuria penetrante o un accidente vascular a partir de un traumatismo arterial que trae como resultado una hemorragia que se aloja en la capa adventicia del vaso o en los tejidos del mismo.

Una de las arterias importantes sufre una sección parcial de su circunferencia que interesa todas sus tunicas o por lo menos la adventicia y la media, produciéndose una fuerte hemorragia que inunda los tejidos que la circundan.

Se diferencia del verdadero aneurisma porque en este último el saco está formado por la pared arterial profundamente modificada.

Los aneurismas traumáticos pueden estar causados por procedimientos diagnósticos que requieren la cateterización arterial o la punción o también resultan de la inyección de drogas en los adictos.

Al aumentar el hematoma de los tejidos de la arteria puede alterar los pulsos periféricos y presentarse como una masa pulsátil pudiéndose erróneamente diagnosticar como abscesos, tumor, o hernia y derivar en un pseudoaneurisma crónico.

La prevención del aneurisma traumático crónico requiere un reconocimiento temprano del trauma ar-

terial y maniobras destinadas tempranamente a restaurar la continuidad de la arteria.

El signo cardinal de los pseudoaneurismas traumáticos es la presencia de una masa pulsátil y el dolor, es por ello que ante toda masa que se asocia a una historia de trauma, pulsátil o no, se debe considerar dicho diagnóstico. El dolor ocurre por la compresión de la neuropatía secundaria a la compresión de los nervios periféricos.

Es necesario recurrir a procedimientos diagnósticos (angiografía, ecografía doppler) para evaluar la magnitud del pseudoaneurisma y su ubicación exacta y en muchas ocasiones se debe recurrir a la cirugía con resección del mismo.

En el caso presentado podemos ubicar un antecedente traumático, como fue la extracción de sangre por la enfermera; el comienzo de la sintomatología característica en forma creciente que motivó la reiterada consulta de la madre al hospital, hasta su internación por el dolor y la impotencia funcional.

Es evidente, por la fisiopatología de la producción de esta entidad, que en realidad no se realizó la punción para la extracción de sangre sobre la vena, sino que erróneamente fue realizada sobre la arteria.

Fue necesaria la recolección de los signos y síntomas semiológicos y la realización de una angiografía del miembro superior derecho con el agregado de Trombina local, sin evolución favorable, y luego debiéndose recurrir al procedimiento quirúrgico para resecar el segmento alterado.

CONCLUSIONES

En el caso relatado y que ingresó al Cuerpo Médico Forense por la acción penal contra la enfermera, podemos distinguir determinados elementos a saber:

- en primer lugar, el *Autor*, es decir el profesional que realizó el procedimiento, que en este caso es la enfermera o extraccionista.
- en segundo lugar, el *Elemento Objetivo*, que está dado por el daño producido y que consistió en la concreta realización del trauma sobre el brazo del niño, lo cual motivó su nueva internación para la cirugía vascular.
- en tercer lugar, el *Elemento Subjetivo*, representado por la Impericia, Negligencia, Imprudencia o Inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo puesto de manifiesto por el autor y que serán de exclusivo resorte del Magistrado.
- en cuarto lugar, el *Acto Profesional*, que dio origen al daño y que se estableció en el procedimiento de extracción de sangre en el sitio equivocado (arteria en lugar de la vena).
- en quinto lugar, la *Relación de Causalidad*, entre la acción desarrollada y el daño producido.

Es bien sabido que la Responsabilidad Profesional directa recae sobre la enfermera, en primer término por la Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24.004 y su Decreto Reglamentario que en su parte pertinente dice:

18) Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfa-

cer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital según lo siguiente:

- a) Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.
- b) Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.
- c) Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.
- d) Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.
- e) Colocar sondas y controlar su funcionamiento.
- f) Control de drenajes.
- g) Realizar control de signos vitales.
- h) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.
- i) Colaborar en los procedimientos especiales de diagnósticos y tratamientos.
- j) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parental, mucosas, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.
- k) Realizar curaciones simples y

complejas, que no demanden tratamiento quirúrgico.

I) Realizar punciones venosas periféricas.

II) *Controlar a los pacientes con Respiración y Alimentación Asistida y catéteres centrales y otros.*

m) *Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.*

n) *Brindar cuidados de enfermería a pacientes críticos con o sin aislamiento.*

ñ) *Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.*

o) *Realizar el control y registro de ingresos y egresos del paciente.*

p) *Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.*

q) *Participar en la planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofe.*

r) *Participar en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.*

s) *Realizar el registro de evolución de pacientes y de prestaciones de enfermería del individuo y de la familia, consignando fecha, firma y número de matrícula.*

(Lo colocado en Negrita es nuestro)

En segundo término mediante la articulación de la Ley N° 17.132 del Ejercicio de la Medicina y Actividades de Colaboración que a través del Título VII que se refiere a lo reglamentado sobre la actividad

“De los Colaboradores” y donde dice: (se transcriben los artículos pertinentes)

Art. 45: “limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable”.

Art. 46: “Ejercicio exclusivo en establecimientos asistenciales bajo dirección y control profesional”.

Art. 47 Punto C: “solicitar la inmediata colaboración del profesional cuando en el ejercicio de su actividad surjan o amenacen surgir complicaciones cuyo tratamiento excedan los límites señalados para la actividad que ejerzan”.

El análisis conjunto de este marco legal y el Art. 902 de nuestro Código Civil que establece que “cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos” suscita reflexiones respecto de aquellos casos en los que es necesario delimitar responsabilidades entre el personal no médico capacitado para realizar ciertas técnicas y el médico profesional a cargo, como, por ejemplo, en el caso aquí reseñado el profesional médico a cargo del Servicio de Guardia, ya que la enfermera extraccionista se encuentra bajo su supervisión.

BIBLIOGRAFÍA

Komorowska-Timek, E., T.H. Teruya, A.M. Jr Abou-Zamzam, D. Papa, and J.L. Ballard. Treatment of radial and ulnar artery pseudoaneurysms using percutaneous thrombin injection. Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Loma Linda University, Loma Linda, CA 92534, USA.

- Walton, N.P. and F. Choudhary. Idiopathic radial artery aneurysm in the anatomical snuff box.. Department of Orthopaedics, Peterborough Hospitals, Peterborough, Cambs, UK.
 - Brieda, M., G.L. Nicolosi and D. Zanuttini. A posttraumatic pseudoaneurysm of the radial artery. Its diagnostic assessment by duplex color Doppler]. Divisione di Cardiologia, A.R.C., Ospedale Civile di Pordenone.
 - Kerr, C.D. and T.P. Duffey. Traumatic false aneurysm of the radial artery. Hand Service, Ohio University College of Osteopathic Medicine, Columbus
 - Deodato, G., N. Alberti and A. Lazzaro. Apropos of a case of traumatic false aneurysm of the radial artery. PMID: 5984315 [PubMed - indexed for MEDLINE]
 - Ley 17.132 del Ejercicio Legal de la Medicina y Actividades de Colaboración.
 - Código Civil de la República Argentina.
 - Ley 24.004 y su Decreto Reglamentario N° 2497/93 del Ejercicio de la Enfermería.
-

CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES DE LA RESOLUCIÓN 989/2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA

Mediante la Resolución 989/2005, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post – Aborto¹ e incorporó la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica².

Teniendo en cuenta que el aborto ha merecido en este último tiempo la atención (con diversos fines) de diferentes sectores de nuestra comunidad, entre los que podemos mencionar: el médico-sanitario, el jurídico, el político y el religioso y que estos, en muchos casos, al efectuar consideraciones sobre esta temática, parten o se fundamentan en principios filosóficos, ético-morales y biomédicos distintos, cuando no contrapuestos, considero oportuno y útil, en el contexto analítico propuesto de la Resolución 989/2005 del MSyA:

1º) Realizar algunas *consideraciones generales* sobre la interrupción del embarazo tendientes a precisar el alcance de ciertos conceptos y términos biomédicos, asistenciales, éticos y legales, en relación al aborto para unificar el significado de términos algunas veces utilizados, con diversos sentidos por los diferentes sectores de nuestra comunidad mencionados precedentemente.

2º) Practicar algunas *consideraciones sobre la terminología* utilizada en la norma en cuestión (Res.989/2005 del MSyA) con el fin de aclarar algunas acciones médico-sanitarias establecidas en la misma.

3º) Efectuar algunas *consideraciones médico-legales* sobre el contenido de la Resolución 989/2005 desde la perspectiva de la Bioética Personalista Ontológicamente Fundada.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En la literatura médica contemporánea, la interrupción artificial del embarazo significa provocar la expulsión o realizar la extracción del producto de la concepción, y según la época en que se verifica, se denominará³:

ABORTO: a la interrupción del embarazo y la expulsión del producto de la concepción, antes de la 22ª semana de gestación o con un peso fetal inferior a 500 gramos.

PARTO PREMATURO: al que se produce entre la 22ª y 37ª semanas de gestación.

PARTO DE TÉRMINO: al que se produce entre la 37ª y 42ª semanas de gestación.

Enzo Canonaco*

* Médico Legista – Bioeticista

PARTO POST-TÉRMINO: al que se produce luego de la 42ª semana de gestación.

Queda claro entonces que, la diferencia entre aborto y parto prematuro es de orden cualitativo y temporal ya que por *aborto*, desde el punto de vista médico, se entiende la interrupción del embarazo y la expulsión del producto de la concepción, antes de la 22ª semana de gestación o con un peso fetal inferior a 500 gramos, de modo que en esta etapa del embarazo el producto de la concepción es inviable para mantener la vida fuera del claustro materno, mientras que por *parto prematuro* se entiende al parto que se produce entre la 22ª y 37ª semana de gestación, por lo que aún siendo el feto prematuro, es viable en cuanto que tiene las posibilidades, con las terapéuticas adecuadas, de mantener la vida fuera del claustro materno.

De acuerdo a su etiología (causa) el aborto puede clasificarse de la siguiente forma⁴:

1) **ABORTO ESPONTÁNEO:** es el que se produce por influencias biológicas de carácter espontáneo que interfieren el natural desarrollo de la gestación, éste será:

- *Aborto ocasional:* cuando el aborto se presenta como un hecho aislado u ocasional durante el transcurso de la vida fértil de una mujer.
- *Aborto habitual:* cuando ocurren tres o más abortos espontáneos y consecutivos antes de la 22ª semana de gestación.

2) **ABORTO PROVOCADO O VOLUNTARIO:** es el aborto inducido voluntariamente, es la interrupción artificial del embarazo con la consi-

guiente expulsión o extracción del producto de la concepción, pudiéndose diferenciar en este tipo de aborto dos categorías: el autorizado por la ley o legal y el no autorizado por la ley o ilegal.

El aborto autorizado por la Ley será *Terapéutico* cuando existan razones médicas que lo hagan aplicable y “se impondrá ante el fracaso del tratamiento médico, por existir peligro de la vida de la mujer embarazada y siempre que el éxito de la intervención sea seguro. Las causales de su indicación pueden ser: enfermedades anteriores al embarazo que éste ha agravado: TBC evolutiva, cardiopatías, nefritis crónica, enfermedad de Basedow de evolución grave; enfermedades propias de la preñez: hipertensión gravídica -excepcional-; neoplasias malignas de diferente localización que durante el embarazo muestran un avance evolutivo grave y huevo muerto y retenido.

Este tipo de aborto no necesita autorización judicial para ser practicado, puesto que se halla claramente tipificado en el inciso 1º del artículo 86 del Código Penal Argentino que refiere: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”.

Otro tipo de aborto legal es aquel aborto practicado a una mujer idiota o demente, cuyo embarazo provenga de una violación o de un atentado al pudor. Al respecto el inciso 2º del artículo 86 del Código Penal Argentino refiere: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 2º Si el emba-

razo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

El mal llamado *Aborto Eugénico* o *Parto Prematuro Inducido*: Es el que se lleva a cabo sobre embriones o fetos portadores de enfermedades genéticas o congénitas (por ejemplo embriones o fetos anencefálicos). Este tipo de parto prematuro inducido, si bien no se halla tipificado en el Código Penal Argentino, encuentra su justificación en la jurisprudencia (se ha considerado que en los casos planteados deben concurrir los presupuestos exigidos en el inciso 1° del artículo 86 del Código Penal Argentino: que exista peligro para la vida o la salud de la madre y que este peligro no pueda ser evitado por otros medios y además que el embarazo tenga una edad gestacional mayor a 22 semanas), por lo tanto, para que pueda practicarse, siempre será necesaria la correspondiente autorización judicial solicitada por la persona portadora del embarazo con embriones o fetos que padecen enfermedades genéticas o congénitas⁵. Sobre este particular, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ha legislado mediante la Ley N°1044, Decreto 999 del 17 de julio de 2003, regulándose el procedimiento a seguir ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida: “...embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida”. En estos casos la norma establece en su art.6° Requisitos para el Adelantamiento del Parto: “...que el feto haya alcanzado las 24 semanas de edad gestacional...”.

El aborto no autorizado por la ley o ilegal es el *aborto Criminal*, se practica al margen de lo legal y es el que proporciona mayor número de complicaciones graves. Al respecto la primera parte del artículo 86 del Código Penal Argentino refiere: “incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además inhabilitación especial por el doble de tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperar a causarlo”.

Mientras que el artículo 85 del Código Penal Argentino refiere: “el que causare un aborto será reprimido: 1° Con reclusión o prisión de 3 a 10 años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta 15 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; 2° Con reclusión o prisión de 1 a 4 años, si obrare con consentimiento de la mujer. El maximum de la pena se elevará a 6 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer”, el artículo 88 del Código Penal Argentino refiere: “será reprimida con prisión de 1 a 4 años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible”.

ETAPAS CRONOLÓGICAS DEL ABORTO: Iniciado el aborto, cronológicamente pasa por etapas sucesivas, cada una de ellas representa un *estadio evolutivo* (forma clínica), que a su vez tiene características, signos y sintomatologías distintas. De acuerdo al estadio evolutivo de que se trate se puede hablar de: *amenaza de aborto*, *aborto evitable*, *aborto inevitable* y *aborto inminente*:

1) *Amenaza de aborto*: Es el primer

estadío del aborto y el cuadro clínico se caracteriza por presentar: metrorragia escasa, dolores hipogástricos de tipo cólico o dolor continuo en la zona sacra, al tacto vaginal se constata la ausencia de modificaciones en el cuello uterino: *el orificio cervical interno permanece cerrado*. La amenaza de aborto puede mejorar, desapareciendo los signos y síntomas y el embarazo continuar normalmente, o bien puede seguir una evolución desfavorable y concluir con un aborto completo o incompleto.

2) *Aborto evitable*: El cuadro del aborto evoluciona desfavorablemente: Si la dilatación del orificio cervical interno no permite el pasaje del dedo examinador y por lo tanto no se palpa el polo inferior del huevo, se considera que el aborto aún es evitable, constatándose: aumento de la metrorragia, aumento de la intensidad de los dolores, *el orificio cervical interno comienza a dilatarse, aunque no permite el pasaje del dedo examinador*.

3) *Aborto inevitable*: El cuadro del aborto continúa evolucionando desfavorablemente constatándose:

Persistencia de la metrorragia, persistencia de los dolores, *aumento de la dilatación del orificio cervical interno permitiendo el pasaje del dedo examinador. Se alcanza a tocar el polo inferior del huevo. El estudio ecográfico informa ausencia de vitalidad embrionaria.*

4) *Aborto inminente*: El cuadro del aborto continúa evolucionando desfavorablemente, constatándose:

Acentuado aumento de la metrorragia, acentuado aumento de la intensidad del dolor, *el huevo hace prociencia a través del cuello ute-*

rino y el estudio ecográfico informa ausencia de vitalidad embrionaria.

Ahora bien, el *aborto será completo*, cuando todo el huevo fue expulsado de la cavidad uterina, constatándose: tamaño uterino en involución y consistencia firme de su pared, desaparición progresiva del dolor y cierre progresivo del orificio cervical.

En cambio el *aborto será incompleto*, cuando se diagnostica que hay expulsión parcial del huevo y por lo tanto se constatará: tamaño uterino en involución, consistencia blanduzca de la pared uterina, persistencia de la metrorragia, persistencia de los dolores y el orificio cervical interno continúa dilatado.

El aborto será séptico o infectado cuando haya temperatura superior a 38°, constatándose: reagudización del dolor de tipo permanente, cuadro de intoxicación general (taquicardia, escalofríos, palidez), fiebre (generalmente en picos), metrorragia con flujo purulento fétido que fluye a través del orificio cervical interno y tamaño uterino agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión.

En el cuadro clínico de *huevo muerto y retenido* existe muerte del huevo quedando retenido durante días o meses.

El Aborto será temprano: cuando se produce antes de la 16ª semana de gestación y será *tardío* cuando ocurre luego de la 16ª semana de gestación.

TRATAMIENTO: La ecografía es un estudio complementario de diagnóstico que se ha convertido en el método de excelencia para estas situaciones. Por lo tanto, al diagnóstico clínico evolutivo, se debe sumar la ecografía para lograr un

diagnóstico de certeza del momento del proceso de aborto.

El aborto se inicia con la formación de un hematoma retro-ovular o retroplacentario que provoca contracciones uterinas, las que a su vez van desprendiendo el huevo de su zona de implantación. En estos casos, tratándose de una amenaza de aborto o de un aborto evitable propiamente dicho, el tratamiento será conservador y se indicará: reposo absoluto, tratamiento hormonal (progesterona/estrógenos/gonadotrofinas), útero inhibidores, antiespasmódicos y sedantes corticales.

Pero si el aborto continúa su evolución y entra en la etapa de “aborto en curso”, las probabilidades de recuperación son más escasas, pero debe continuarse con el tratamiento instituido durante la “amenaza”, *si la ecografía demuestra vitalidad embrionaria*⁴.

En el aborto inevitable o inminente la actitud conservadora no será útil, por lo tanto se deberá lograr la más rápida expulsión del huevo, para evitar la hemorragia y el peligro de la infección, colocando un goteo endovenoso con ocitocina.

CONSIDERACIONES SOBRE LA TERMINOLOGÍA UTILIZADA EN LA NORMA EN CUESTIÓN (RES.989/2005 DEL MSYA):

NORMA: Resolución 989/2005 sobre acciones médico sanitarias de aplicación en la atención de pacientes que cursan un estado de post-aborto.

VIGENCIA: Inmediata.

ORGANISMO DE APLICACIÓN: Ministerio de Salud y Ambiente de la

Nación: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

EFFECTORES: Sistemas de Salud de los sectores: público estatal y no estatal o privado

CARÁCTER DE LAS ACCIONES A APLICAR POR LOS EFFECTORES: Promoción, prevención, asistencia y rehabilitación

NIVELES DE ATENCIÓN EN LOS QUE SE APLICARÁN LAS NORMAS: Primario, secundario y terciario

FUNDAMENTACIÓN DE LA NORMA: Vigencia del *Plan Materno Infantil* en el marco del *Plan Federal de Salud* que enfatiza el desarrollo de acciones sobre salud reproductiva.

El aborto es la primera causa de muerte materna en la Argentina, donde ocurren 500.000 abortos anuales de los 36,4 millones del total registrados en América Latina.

Las acciones de atención post-aborto son: 1º un *deber* de todo profesional de la salud. 2º significan el respeto de los *derechos reproductivos* que forman parte de los *derechos humanos de la mujer*.

El aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar.

El aborto resulta de falta de información sobre anticoncepción, de dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos, de falla en los métodos anticonceptivos, de la discontinuidad en la provisión de los elementos de anticoncepción.

El aborto afecta a mujeres de escasos recursos que concurren al hospital público.

En Argentina entre los años 1995 y 2000 la hospitalización por aborto se incrementó un 57%, observándose una inadecuada antibiótico-terapia.

OBJETIVOS DE LA NORMA

1. Promover el respeto que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.
2. Promover el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.
3. Asegurar el acceso de todas las mujeres que cursan un estado clínico de post-aborto a los servicios públicos o privados de salud y poner en práctica una consejería y alternativas anticonceptivas para evitar el recurso a los abortos repetidos.
4. Disminuir la morbilidad materna.
5. Mejorar la calidad de la atención de las pacientes gestantes

TEXTO DE LA RESOLUCIÓN

Artículo 1° — Apruébese el texto del documento *GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION POST ABORTO* que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° — Incorpórase la *GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION POST ABORTO* que se aprueba en el artículo precedente al *PROGRA-*

MA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3° — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa y de la *DIRECCION DE SALUD MATERNO INFANTIL* las citadas normas, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2°.

Art. 4° — Publíquese a través de la *SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS* el documento aprobado por Artículo 1°, a fin de asegurar la máxima difusión.

Art. 5° — Agradécese a las entidades Académicas y Científicas a través de los especialistas y expertos convocados en la materia y a las Autoridades Provinciales participantes de la redacción, la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 6° — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

Luego de precisar los alcances de los términos, Aborto, Aborto Precoz, Aborto Tardío, Amenaza de aborto, Aborto inevitable, Aborto completo, Aborto en evolución o inminente, Aborto incompleto, Aborto retenido, Aborto séptico y Aborto habitual (coincidentes con las definiciones utilizadas en la bibliografía médica citada), se precisa el diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención de la siguiente manera:

DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ABORTO	DATOS CLÍNICOS
<i>Amenaza de aborto</i>	• Amenorrea secundaria. • Prueba inmunológica de embarazo positiva. • Presencia de vitalidad fetal. • Hemorragia de magnitud variable. • Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable. • <i>Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.</i>
<i>Aborto inevitable</i>	• <u>Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea.</u> • Hemorragia abundante o <u>ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico.</u> • Puede haber o <u>no dilatación cervical.</u>
<i>Aborto incompleto</i>	• Expulsión parcial del producto de la concepción. • Hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable. • Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.
<i>Aborto en evolución o aborto inminente</i>	• Expulsión inminente del tejido ovular. • Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia. • Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea. • Hemorragia persistente. • Dilatación cervical ostensible.
<i>Aborto completo</i>	• Expulsión completa del producto de la concepción. • Disminución de la hemorragia y del dolor. • Es frecuente el cierre del orificio cervical.
<i>Aborto diferido o huevo muerto retenido</i>	• Volumen uterino menor que por amenorrea. • Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal). • No hay modificaciones cervicales.
<i>Aborto séptico</i>	• Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. • Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematurpurulenta a través del cérvix con olor fétido. • Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección. • Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero. • Alteraciones del estado general.

TRATAMIENTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ABORTO	MANEJO
<i>Amenaza de aborto</i>	• Disminuir la actividad física, psíquica y sexual. • Reposo en cama. • Hidratación vía oral. • Puede administrarse analgésicos V.O. • Solicitar prueba de embarazo y los siguientes exámenes; hemograma, glucemia en ayunas, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH (en caso de no estar en HC) y VDRL. • Si continúa la hemorragia, referir a la paciente al segundo nivel de atención para su tratamiento.
<i>Aborto incompleto Aborto en evolución o inminente Aborto inevitable Aborto diferido o huevo muerto retenido</i>	• <u>Derivar para hospitalización para realizar aspiración manual endouterina o legrado uterino.</u>
<i>Aborto séptico</i>	• Referir a la paciente al segundo nivel de atención independientemente de la edad gestacional. • Iniciar esquema de antibiótico con Ampicilina, 2g I.V. cada 6 hs, más Metronidazol, 500 mg. a 1g I.V. cada 8 horas, más Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ABORTO	MANEJO
Amenaza de aborto	• Hospitalización a todas las pacientes que continúan con hemorragia transvaginal. • Solicitar dosificación de fracción beta de hormona gonadotrofina coriónica y ultrasonido pélvico para valorar condiciones fetales, placentarias y cervicales. • Solicitar exámenes de laboratorio: hemograma, glucemia en ayuno, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH, VDRL. • Hidratación oral o parenteral. • Administrar analgésicos.
Aborto diferido o huevo muerto Aborto incompleto Aborto en evolución o inminente Aborto completo Aborto inevitable	• Previa valoración clínica, se hospitalizará a la paciente independientemente de las semanas de gestación. • Se realizarán estudios básicos de laboratorio y <u>ultrasonido</u> para corroborar el diagnóstico y valorar la condición hemodinámica de la paciente. • Se realizará aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino instrumental (LUI) como procedimientos de primera y de segunda opción respectivamente: En abortos completos confirmar que la cavidad uterina está vacía y ante la duda manejarlo como aborto incompleto. En embarazos mayores de 12 semanas, se realizará legrado uterino instrumental de acuerdo al lineamiento de cada unidad de salud. • En caso de hemorragia abundante y dilatación cervical mínima, realizar la extracción del huevo por fragmentación. • <u>Sugerir el mejor método anticonceptivo post aborto, previa orientación (consejería)</u> • Si la paciente es RH Negativa con anticuerpos irregulares negativos, gammaglobulina anti D, 1 ampolla. • Aplicar vacuna doble viral (rubéola-sarampión) si la paciente no la recibió previamente. • Aplicar vacuna antitetánica/toxoide tetánica si no hay esquema completo de vacunación previo y documentado.

En el primer estadio, se trata de preservar el embarazo mientras que en los siguientes estadios, se indica completar el aborto con la aspiración manual endouterina - AMEU- o legrado uterino instrumental (LUI).

Inmediatamente refiere sugerir el mejor método anticonceptivo post-aborto previa orientación.

La norma tiene dos bloques:

1º) Protocolo para el tratamiento de emergencia post-aborto: AMEU, LUI

2º) Protocolo para anticoncepción postaborto.

Propósito: promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post - aborto, la cual debe ser ofertada, respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados, y la recurrencia abortiva, fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, informar dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos, orientar sobre las necesidades anticonceptivas y sobre la necesidad de la doble protección (método anticonceptivo más preservativo) y la mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de salud sexual y reproductiva.

Como métodos anticonceptivos, la norma menciona:

- 1) Métodos de abstinencia periódica (Ogino, Knaus, Sintotérmico, Billings).
- 2) Anticoncepción hormonal:
 - Combinada a bajas dosis
 - Progestágenos
 - Inyectable

3) Preservativos

4) Dispositivos intrauterinos: (diu)

5) Métodos vaginales
Espermicidas
Diafragmas

CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES DE LA RESOLUCIÓN 989/2005 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA:

La Bioética Personalista Ontológicamente Fundada se sustenta en cuatro principios básicos⁶:

- 1º Principio de Defensa de la Vida Física.
- 2º Principio de totalidad o Principio Terapéutico.
- 3º Principio de Libertad y Responsabilidad.
- 4º Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad.

Como referí en el artículo citado, estos principios guardan entre sí un orden jerárquico de prevalencia de modo que siempre debe prevalecer el principio de defensa de la vida física por sobre los demás principios.

Ahora bien, considero que desde la perspectiva bioética que estamos analizando, la Resolución 989/2005 podría merecer las siguientes reflexiones:

1. En la Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto⁷, cuando se refiere al diagnóstico del aborto inevitable, en el primer nivel de atención⁸, detalla un cuadro clínico que de acuerdo a los datos allí consignados, podría caracterizarse con volumen uteri-

no igual al esperado por amenorrea, rotura de membranas con pérdida de líquido amniótico, puede no haber dilatación cervical. Este cuadro bien podría interpretarse como amenaza de aborto, sin embargo cuando en el mismo texto de la norma se detalla el tratamiento en el primer nivel de atención indica: derivar para hospitalización para realizar aspiración manual endouterina –AME- o legrado uterino –LUI-.

Los profesionales de la salud conocemos acerca de la importancia que tienen, en el desarrollo de nuestras acciones sanitarias, las guías o algoritmos elaborados por instituciones calificadas, por lo cual estos algoritmos deben ser claros y precisos y no deben dejar espacios para dobles interpretaciones, que podrían inducir a elaborar diagnósticos e instituir terapéuticas inadecuadas⁹. Al respecto el inciso g) del artículo 3° del Decreto N° 1424/97 refiere: “Será función del Programa la normatización de los siguientes aspectos específicos: ...la elaboración de algoritmos diagnósticos y terapéuticos de los problemas sanitarios más frecuentes, basados en criterios de especificidad, sensibilidad y costo beneficio”.

2. En la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post aborto, al referirse al diagnóstico y tratamiento del aborto inevitable en el segundo nivel de atención, no se hace mención expresa de la necesidad de que el estudio ecográfico, que siempre debe practicarse, informe ausencia de vitalidad embrionaria. Como se refirió en la segunda premisa del presente trabajo⁴, aún en la eta-

pa de “aborto en curso”, con escasas probabilidades de recuperación, debe continuarse con el tratamiento instituido durante la “amenaza de aborto”, si la ecografía demuestra vitalidad embrionaria.

3. La Resolución 989/2005 refiere: la anticoncepción debe ser ofertada y la mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado. La utilización del imperativo verbal (debe) podría interpretarse, desde el punto de vista de la bioética personalista, como una colisión con los principios de libertad y responsabilidad y con el artículo 4to. del Decreto 1424/97¹⁰. Además, la Res. 989/2005, en el apartado “Protocolo para Anticoncepción Post aborto - Propósito” refiere: “Promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofertada respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos”. Esta elección libre, en la selección del método de planificación familiar o anticoncepción sólo puede ejercitarse cuando la paciente es informada sobre todos los métodos anticonceptivos incluidos los de “abstinencia periódica” -único método de control de la natalidad aceptado por la bioética personalista-, premisa que difícilmente pueda cumplirse si en la Consejería en anticoncepción no participa personal idóneo -las instructoras- que oriente sobre los métodos de abstinencia periódica.

4. Además, si bien la Resolución

989/2005 menciona los métodos de abstinencia periódica para la planificación familiar o anticoncepción post aborto, en la misma no se hace referencia a la provisión y distribución de elementos para poder adoptar el método natural de control de la natalidad (termómetros, tiras reactivas de LH –EVAPLAN,)-. Estos elementos deberían hallarse debidamente presupuestados y su distribución concretamente especificada en el al gorritmo, a fin de asegurar su provisión (como refiere la norma para todos los métodos anticonceptivos) para aquellas mujeres que, en un estado de post aborto, optaren por los métodos de abstinencia periódica como mecanismo de anticoncepción o planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial N°30.718 del 17 de agosto de 2005
2. Decreto N°1494/97 del 23 de diciembre de 1997.
3. Manual de Obstetricia: Roberto A. Votta, Osvaldo H.Parada y Colaboradores, 5ªEdición, López Editores, págs.372/382.
4. Manual de Ginecología de Gori: Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Editorial El Ateneo, páginas 243/256.
5. Suprema Corte de Justicia de la Provincias de Buenos Aires, Causa Ac. .85.566, "Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón de Gral. San Martín. Autorización" y Suprema Corte de Justicia de la Provincias de Buenos Aires, Causa 91.478 Ac. 2078/05/04, "P.F.V.Amparo".
6. Cuadernos de Medicina Forense Año 3, N° 1: "La Bioética desde la Perspectiva Filosófica del Personalismo Ontológicamente fundado"; Dr. Enzo Canonaco. CMF de la CSJN, pags. 61/78.
7. Guía publicada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, agosto de 2005.
8. APS: Unidades Sanitarias o Centros de Salud Provinciales o Municipales de baja complejidad.
9. Decreto N°1424/97, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
10. "En la elaboración del marco normativo del Programa se tendrán en cuenta los criterios éticos relacionados con los derechos del paciente, la defensa de la dignidad de la persona humana, la eficacia y eficiencia del accionar sanitario, la solidaridad y la equidad social".

EXPERIENCIA PSICOLÓGICA-FORENSE EN UN JUZGADO NACIONAL CON COMPETENCIA EN FAMILIA. VÍCTIMAS INFANTILES DE DIVORCIOS PATOLÓGICOS

Hemos asistido a cambios profundos en los modelos culturales y en la sociedad, donde el fenómeno de la segregación y/o de la exclusión social afectó y afecta al sujeto y a sus valores éticos, derivando a la institución judicial, en particular a los Juzgados de Familia, bajo la forma de conflictos familiares, la pregunta desgarradora por sus derechos humanos, muchas veces desatendida por otras instituciones en primera instancia. ¿O es que sólo en la institución judicial puede hacerse tal pregunta? Esbozaré a continuación una respuesta preeliminar que surge de mi experiencia como Psicólogo Forense a tan importante pregunta.

Este trabajo surge al percibir la dificultad ante los intentos, muchas veces dolorosos y frustrados, de las intervenciones judiciales y no judiciales en los casos de víctimas infantiles de divorcios patológicos y de aportar la experiencia realizada en el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil con Competencia en Familia y Capacidad de las Personas Nº 77, donde se abrió entre los años 1991 a 2004, un espacio de intervención cualitativamente diferente en la institución judicial, que es necesario presentar y transmitir para su evaluación y conclusión.

El rol del psicólogo forense desa-

rollado en dicho Juzgado fue atípico, complejo, múltiple y profundamente revelador. Su lugar fue establecido por la jueza, Dra. Marta del Rosario Mattera, porque entendió que su función decisoria en la administración de Justicia podía mejorarse con el asesoramiento de profesionales (psicólogos y psiquiatras) que en forma ad honorem, trabajaran los casos de familia más complejos y los de difícil resolución, en interacción con el personal del Juzgado y con los otros estamentos que intervenían en las causas, ya sea de la institución judicial o extrajudicial.

Se desarrolló una acción innovadora sustentada en modelos teóricos con permanente aplicabilidad, que determinó en la suscripta el desarrollo de una metodología psicológico-forense aplicable a los casos de graves problemáticas familiares, con la elaboración de un marco teórico forense en relación a los casos de familia, con grados crecientes de consistencia lógica.

No es el objetivo desarrollar aquí la complejidad y riqueza de esta práctica en todos los ámbitos de la intervención psicológico-forense aplicada en las causas de Familia, en las adopciones, en las causas de Protección de Persona (en la actualidad Protección especial), de Violencia Familiar, en los casos de

Ana María Barchietto

El contenido de este artículo ha sido una reelaboración y una ampliación conceptual de una ponencia presentada en el año 2001 en una Jornada Interdisciplinaria de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina y publicada en la Revista de dicha Asociación científica.

violencia familiar con sospecha de abuso sexual, de insanía e inhabilitaciones, en los juicios por filiación o divorcios contradictorios, etc. Sólo es importante señalar que queda pendiente su transmisión por la suma del valioso conocimiento psicológico-forense teórico, en el desarrollo de formas de intervención y sobre todo, por la comprobación del beneficio obtenido en los sujetos involucrados en las causas. Sí forma parte del objetivo delinear algunos de sus aspectos centrales y luego abordar el tema convocante.

El rol desempeñado por el psicólogo forense respondió a un reclamo social, pero no fue vehiculizado en una ley que le instituyera un lugar, una función y un objeto de estudio, sino que respondió a la creciente demanda de la población hacia los Juzgados de Familia, manifestada en un aumento de las crisis familiares, de las conductas violentas hacia los más débiles (mujeres, niños, ancianos) y de los fenómenos de violencia conyugal cruzada, de difícil develamiento y abordaje.

Así mismo, la situación generaba y genera un quantum elevado de impotencia y angustia en los funcionarios y empleados del Juzgado por la imposibilidad de articular una respuesta adecuada al dolor cotidiano, contando con los informes periciales y sus recomendaciones, las cuales muchas veces no pueden cumplirse sin la presencia de un equipo articulador especializado intraJuzgado, que supervise desde el enfoque psicológico-psiquiátrico-social en forma integrada, las medidas judiciales y sus efectos en los sujetos y sus relaciones. Este es un aspecto esencial y que le da sentido a la innovadora intervención profesional desa-

rollada, sustentada por la experiencia realizada con éxito creciente en otros países, especialmente de la Comunidad Europea.

Fui parte de ese equipo intraJuzgado varios años, el cual estaba integrado por profesionales peritos de oficio y expertos en Psicología forense, lo que fue esencial para el logro de los objetivos. Fuimos desarrollando una praxis novedosa, en interacción con las asistentes sociales y con los demás integrantes del Juzgado. Se delineó a partir de la práctica, un lugar, una función y un rol para el psicólogo forense en el Juzgado, con un objeto de estudio particular, elaborándose estrategias de abordaje en los distintos casos, en forma dinámica e interdisciplinaria, ya sea en los casos de violencia familiar, de divorcios contradictorios, adopciones complejas o en los expedientes de protección de persona, fijando los límites de las intervenciones pero también las importantes posibilidades de actuación profesional.

Se cumplía con la función de asesoramiento al Juez, ayudándole a éste a entender la dinámica relacional de una familia desde una perspectiva no jurídica, intentando en lo posible brindar ayuda a la propia familia evaluada, en concordancia con los dictámenes periciales e informes clínicos institucionales, pero también con la posibilidad de efectuar un diagnóstico en un eje horizontal, diacrónico, a través de las distintas alternativas vitales que atravesaban los sujetos en relación a los hechos enjuiciables. Este aspecto enriquece el eje del examen pericial, lo desarrolla en sus aspectos esenciales y tiene la posibilidad de revelar otros aspectos, otras aristas de la compleja situación familiar.

El objetivo era que los adultos comprendieran la situación por la que estaban atravesando, teniendo como objetivo aumentar sus recursos, positivizando las relaciones entre sus miembros. También el rol del psicólogo era supervisar a modo de seguimiento el cumplimiento de las medidas judiciales efectuando una lectura psicológica del desarrollo de la interacción familiar, de la situación de los menores involucrados y los efectos de las medidas judiciales.

Todo ello generó, una importante experiencia en los temas de divorcios contradictorios, o con incidentes graves en el régimen de visitas, en especial con el fenómeno patológico de la exclusión de uno de los progenitores, llevado a cabo por los propios niños, con una fuerte resistencia a la intervención judicial y a los cambios propuestos.

Se presentaba en forma descarnada el fenómeno de desequilibrio de la interacción familiar que tempranamente fue estudiado por Theodore Lidz y su equipo en la Universidad de Yale en 1957. Sus concepciones acerca de la transmisión generacional de la irracionalidad y su estudio acerca de los roles familiares y los estados de desequilibrio, que analizó en forma ejemplificadora, denominándolos: cisma marital y sesgo marital, subrayando las consecuencias patológicas en la estructura psíquica de los hijos, tienen hoy una aplicabilidad clínica-forense sin discusiones.

En estos estados el enmascaramiento de las fuentes del conflicto es permanente, así como también de la forma irracional de la comunicación que se mantiene, por lo tanto sus consecuencias son graves, sobre todo de persistir el fe-

nómeno, sin la intervención judicial primaria y adecuada.

En el tema que me convoca, “Victimas infantiles de divorcios patológicos” se advierte la conveniencia de la conformación, en los Juzgados Nacionales con competencia en Familia, de un equipo interdisciplinario intraJuzgado. Es decir, que además de la valiosa acción desarrollada por las asistentes sociales, la dinámica de los casos y su desarrollo se ven favorecidos por el conocimiento aportado por profesionales de otras ciencias auxiliares de la Justicia, como es la Psicología y la Psiquiatría.

La experiencia realizada señaló que la permanente interacción con los miembros del Juzgado, cumplió con el objetivo de lograr la prevención y reducción del riesgo en los problemas de inadaptación, tanto de los menores como de los adultos implicados en los expedientes de divorcio que denominamos patológicos. Tal conceptualización deriva por los rasgos que señalan: una fuerte resistencia al cambio, la repetición de la conducta violenta (psicológica, moral y/o física), por el permanente enmascaramiento de la etiología de la problemática, con el desplazamiento de las motivaciones más profundas a otros argumentos que representan el esfuerzo de el/los adultos y de los niños involucrados de adecuarse a un sistema familiar irracional, propuesto por aquellos y que es lo grado a expensas de la identidad de los hijos.

Estas situaciones familiares revelan una acentuada patología, que se inicia en muchos casos en forma sobrecompensada pero que luego en forma insidiosa van a revelar su cara más violenta, tomando su materialidad en los hijos.

Se tuvo siempre conciencia, en la labor desarrollada, que el programa de intervención con la familia basado en entrevistas, era acotado en el tiempo y que se abría una instancia para luego derivar al grupo familiar a los equipos clínicos especializados extrajudiciales.

Se trataba de un trabajo finamente articulado entre los distintos profesionales, del equipo y del Juzgado, tendiente a convertir, la demanda de los involucrados en el conflicto, siempre urgente y repetitiva a la Justicia de Familia, en una toma de conciencia de un síntoma familiar y/o individual, efectuando luego las derivaciones clínicas pertinentes, es decir la derivación sobreenvenía cuando las personas podían efectuarse una mínima pregunta sobre sí mismas y su posición en el conflicto y no depositar en el otro en forma masiva, su hostilidad y resentimiento.

Para la mejor comprensión de la temática a desarrollar señalaré brevemente algunos conceptos psicológicos relevantes que subyacían a la acción desarrollada:

Desde el punto de vista psicológico, el divorcio es la ruptura de una relación de amor, de una alianza fundada en el amor. El divorcio patológico implica perturbaciones en la ruptura matrimonial.

La modalidad que asume la ruptura está vinculada a cómo los sujetos sufren las pérdidas, la capacidad de elaboración de las mismas y su capacidad de duelo. El desarrollo de esta capacidad es el que permite la sustitución, la creatividad y la invención, posibilidades a las que no todos los sujetos acceden, porque están fuertemente determinadas por sus coordenadas simbólicas históricas, la compren-

sión de las mismas y su superación en los casos de carencias formativas.

Las perturbaciones en los procesos de divorcio, están asociadas a diferentes formas de expresión de la violencia, del resentimiento y del odio. Esta trama vincular de amor-odio entre los adultos donde los niños están implicados, es llevada e instalada en forma resistente a la escena judicial, con la proyección en el Juez de todo tipo de idealizaciones y demandas y con diversas formas de presentación.

Se producen enormes dificultades en la construcción de una respuesta judicial adecuada a esta problemática, lo cuál nos ha conducido en nuestra práctica a interrogarnos y a formular propuestas y respuestas desde la Psicología forense que expondré a continuación.

Para explicar el sentido de la intervención que hemos desarrollado en estos casos es importante, como siempre, descubrir la lógica subyacente en estos procesos, cuál es la estructura básica y no solamente hablar de sintomatología sino no podremos brindar las respuestas adecuadas pues se descuida la complejidad de lo humano y sus diferentes niveles de análisis.

En primer lugar es importante recordar que en los expedientes judiciales se expresa la subjetividad y sabemos que ésta es una construcción singular, bio-psico-social, esencialmente sujeta al Derecho, a la Ley social. Siempre que hablamos de sujeto, de persona, nos referimos al Sujeto del Derecho. No hay otro sujeto posible.

La Ley regula la subjetividad, lo cual es un determinante atemporal no

relacionado a un modelo cultural sino que es estructural pero también es estructural que la Ley no la captura por completo, por lo tanto surgen las transgresiones, pero debemos tener en cuenta que éstas adquieren su sentido y también es posible la comprensión del mismo, porque siempre están en relación a la Ley.

Si hablamos de subjetividad, estamos en la dimensión singular y la ley que opera es la Ley paterna, la función paterna que intenta construir y ordenar los procesos intrapsíquicos que se desarrollan. En esta construcción del psiquismo humano aparece el amor al otro (objeto) en la fase del narcisismo, el eje es amor-odio en esta etapa primaria del desarrollo humano.

Freud distingue en “Introducción del Narcisismo” el amor narcisista, que es el amor a lo mismo, basado en la necesidad y el amor anaclítico, que es el amor a la persona de la cuál uno depende. Es decir que estableció dos estatutos del amor al otro uno a través del desamparo y la indefensión y otro a través de la dependencia.

Freud se dirige a mostrar que el amor que aparece en la adultez es repetición, sólo al final de su obra se entreve la posibilidad del amor como invención, “curándose” del amor en tanto repetición.

Es decir que bajo el ideal romántico del concepto “amor” se esconde una lógica de la vida amorosa que debe ser conocida y aprehendida por los profesionales de la salud mental, por los efectos que causa y las perturbaciones que hallamos. Sabemos también que la renuncia a las pulsiones se hace debido al amor al padre, cuando es capaz de transmitir la ley y no

creer que él (o ella) es la ley, forma distorsionada de la autoridad. Entonces tras la apariencia del amor se pueden enmascarar las peores de las violencias psicológicas y morales, que afectan sobre todo a los niños por encontrarse en etapas especiales de desarrollo biológico, cognitivo, emocional y conductual.

Cuando las funciones parentales son cumplidas, es en nombre del amor que por identificaciones se construye el súper yo, con rasgos disminuidos de ataque y persecución y luego con más posibilidad de otorgarle una valoración a las conductas. El consiguiente desarrollo del sentimiento de culpa que implica toda desobediencia a la ley y el arrepentimiento ante ella, le otorga sentido a la sanción que cumple con su función ética, porque se dirige a un sujeto creando y señalando una alternativa, una oportunidad, un cambio y no sólo quedándose en el nivel del castigo, sino que lo trasciende.

Pero no podemos olvidar que en la estructura elemental, base de toda la construcción subjetiva posterior signada por distintos avatares, allí donde está el amor está la destrucción y que es la otra cara. El eje del amor se transforma en odio, en cualquier tiempo de la vida, el odio que esconde, si hay fijaciones importantes en las etapas primarias del desarrollo. El amor narcisista y el amor anaclítico señalan la necesidad y dependencia al objeto de amor.

Si en una familia existe la ley reguladora que indica al niño que debe renunciar al goce pulsional, al narcisismo “ser con ese objeto” entonces el sujeto tiene la posibilidad de construir una etapa superadora, capaz de elaborar las pér-

didadas, con capacidad de sustitución, de sublimación. Tanto la madre como el padre son los operadores de la Ley paterna, que impulsan hacia las crisis, hacia los desprendimientos para así ganar la propia identidad, la propia vida.

Cuando se produce una caída de las funciones parentales, donde no tiene lugar éste corte simbólico, el niño no tiene una ley singular en la cuál ampararse. Entonces se convierte en sujeto del Derecho Social. El niño y el adulto buscan la ley social, buscan regulaciones porque han fallado la voz de las funciones parentales. La familia desabonada de la Ley Paterna, la busca en la figura del juez, en la instancia judicial: hay una demanda a la Ley. ¿Cómo lograr que más allá de la ruptura de los vínculos singulares, matrimoniales, sigan operando las funciones familiares, el ejercicio de la Ley Paterna?

Los divorcios patológicos denuncian la patología de los miembros o de uno de los miembros, con un déficit importante de las funciones parentales. Entonces el objetivo es reconstruir la función parental, más allá de la ruptura matrimonial.

Nuestra experiencia en un Juzgado de Familia señala que esto no se logra con el derecho, sino a través del Derecho, con el desarrollo de la función de suplencia de la Ley en los casos de disfuncionalidad familiar. El derecho civil cumple en este sentido una función clínica y reparadora.

El psicólogo en los Juzgados de familia es un elemento de este montaje jurídico que ayuda a los sujetos involucrados a realizar un corte, una separación, que no pueden lograr por ellos mismos.

Esta posibilidad esta dada porque se desarrolla una clínica-forense particular, en un espacio ritualizado por la Ley y por la figura del Juez, a través de una modalidad de intervención específica y en interdisciplina, pero apuntalados por el espacio jurídico, sabiendo que siempre se es “pantalla” de la Ley, porque el Juez es la encarnadura de la Ley, operando el psicólogo “a través” como movilizador de las funciones parentales.

Es una experiencia clínica-forense con objetivos precisos en la escena judicial porque el sujeto va ahí, a los Juzgados. No concurre con su demanda al consultorio, a un servicio hospitalario, por el contrario desiste en la mayoría de los casos de los tratamientos psicoterapéuticos indicados, fracasando en la mayoría de las veces los intentos de desjudicializar la problemática, ya que no es entendida por los operadores de la salud o de derecho, la particular demanda a la Ley establecida por esos “padres-niños” que rivalizan, que creen poseer “toda” la razón, subyaciendo a la demanda el pedido de una regulación normativa

Y continúa el daño y el malestar en la subjetividad de los involucrados en el expediente y en los no involucrados, como resultante del desconocimiento de la modalidad simbólica del vínculo violento, que consiste en un persistente desafío a la Ley, cualquiera sea la fachada o vínculo de complicidad que establezca, como modo encubierto de resistencia, además de los hechos en los cuales éste se presente. Pues tiene como sentido último una búsqueda de aquello que resiste, porque sabe que es lo único que lo hace realmente separar de las relaciones simbióticas, dependientes y alienantes,

lograr mediante la Ley la separación y con ello la identidad. Por tal motivo su abordaje no puede ser sólo clínico y/o asistencial en esa etapa primera, al menos en los casos más complejos.

El conocimiento que me ha aportado la práctica profesional desarrollada en numerosos casos, es que hay que dar una respuesta ahí, donde, quizás sin saberlo profundamente ni los profesionales psi ni el derecho, se tienen los elementos para ello. Hay que producir un anclaje en la escena judicial, con un programa interdisciplinario adecuado y objetivos precisos, sistematizando la modalidad de abordaje y sin entrar en el “juego” legal al que permanentemente conducen las partes, lo cual surge de la patología; porque el problema es esencialmente clínico, pero sólo es posible encaminarlo dentro del marco judicial, por la lógica de la estructura de la violencia y sus manifestaciones.

¿Cuál es el lugar de los niños en estas familias? El de víctimas; pero los vemos levantar como bandera el reconocimiento de sus derechos, sin comprender que están alienados en sus derechos y en uno de los más importantes, la libertad.

En primer lugar el niño se convierte en el mejor de los casos en un síntoma de la problemática parental y en el peor en un objeto del registro pulsional de las figuras parentales, o de una de ellas, siendo el otro progenitor, muchas veces figura complementaria en la patología que asiste primero asombrado y luego, ya bajo los efectos traumatizantes, al abandono de su hijo/a. En este marco no pueden operar los padres en su función filiatoria, es decir ubicando simbólicamente al niño en el lugar de hijo,

y así asignarle un lugar en la sociedad, sino que éste es la encarnadura de deseos, fantasías e identificaciones que dañan el psiquismo infantil produciéndose la figura de abuso psíquico infantil.

En segundo lugar, el niño se convierte en un objeto judicial porque ha dejado de ser sujeto del amor de los padres, o de uno de ellos. En este último caso, el otro progenitor no puede, por sus dificultades subjetivas y/o por dificultades normativas e institucionales, intervenir activamente, por temor a agravar la situación o por el efecto traumático del abandono y la pérdida del amor de su hijo, logrando la paralización como reacción primaria o el desborde de movimientos, ambos contrarios a la resolución de los conflictos.

El o los padres quieren que el niño sea un testimonio de prueba, porque el o los adultos lo usufructúan como parte de sus reivindicaciones y lucha triunfal sobre el otro. El niño queda inmerso en la lucha, desarrollándose en él diversos cuadros clínicos, agudos y crónicos que se clasifican como trastornos psíquicos post traumáticos.

Tempranamente la psicopatología clásica diferenció los cuadros reactivos en niños, cuya etiología eran traumas únicos, de los cuadros causados por la incidencia crónica de pequeños traumas acumulativos que devenían en cuadros severos y crónicos. El CIE 10 (OMS) llama a estos últimos Trastornos de adaptación siendo el subtipo más grave el acompañado con trastornos de conducta. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMA-R-2000) incluye consideraciones psicodinámicas y multidimensionales de los ejes I y II inte-

grando en forma clínica y psicopatológica, y no sólo un inventario de aspectos sintomáticos y comportamentales, con la subdivisión clínica de las Categorías clínicas de base y la de los Factores anteriores eventualmente etiológicos.

El cuadro reactivo se manifiesta predominantemente con alteraciones del comportamiento en los que hay una violación de los derechos propios o de los demás o de las normas sociales. Los niños involucrados en divorcios patológicos, en donde se excluye de la vinculación con uno de los progenitores, llegan incluso a conductas desafiantes ante los organismos de justicia, movidos por la defensa de sus lealtades inconscientes que son fruto de identificaciones narcisistas y secundarias defectuosas. Estas identificaciones están solidamente enquistadas en el psiquismo infantil, sin poder oficiar nadie como límite de esta alianza con el padre “protector” y al que deben reparar de la ofensa proferida.

Ambos, en una nueva célula simbiótica, reivindican la legitimidad de la elección realizada y la protección de sus intereses, asistiendo el poder legalizado y un ejército de profesionales de la salud mental, al desarrollo y despliegue de una escena omnipotente, desgarradora y sufriente para el niño con el único objetivo de sostener a un padre/madre triunfador, personaje grotesco del principio de paternidad, aun a costa de su sacrificio.

¿Cómo intervenir? Los casos estudiados en el Juzgado de Familia N° 77 y su desarrollo judicial me conducen a afirmar, en primer lugar, la importancia de la labor del psicólogo forense intraJuzgado, con

una función en el que subyace el rol pericial pero lo desborda, ya que debe actuar cuando aparecen los primeros indicios de conflicto, con un diagnóstico preeliminar, de urgencia, y luego desarrollar un programa de abordaje asistencial-forense que consistía en mi práctica, en entrevistas individuales, de pareja, familiares, según la problemática.

El objetivo era lograr mayor eficacia en la intervención con los padres, teniendo como objetivo que la Ley Social opere y que de lugar a la capacidad de los padres para asumir sus funciones parentales con la posibilidad de una adecuada separación psicológica, sin involucrar a sus hijos como instrumento de la acción violenta de uno sobre el otro. Los sujetos involucrados deben dejar de ser objetos unos de los otros, objeto de necesidad, objeto de dependencia, para tener la posibilidad de convertirse en sujetos ético-jurídicos, es decir en sujetos responsables. Además se sustentaba nuestra acción en la información proveniente de los informes periciales, articulándose ambos espacios logrando mayor eficacia en los resultados sobre la familia en crisis.

Por último es importante señalar cierta deformación observada dada mi primera experiencia como psicóloga forense que actuó y se formó profesionalmente en el develamiento de las conductas violentas graves, las que suceden en el seno familiar, muchas veces, sutilmente y otras en forma siniestra.

Es un síntoma de nuestra sociedad, bastante grave, no advertir la importancia de actuar preventivamente en la familia con conflictos, con equipos de profesionales for-

mados en Psicología Forense y Psicopatología Forense en los Juzgados civiles con competencia en Familia, conformando equipos interdisciplinarios, para evitar, en lo posible, conductas donde la locura y la crueldad se ejerzan en forma manifiesta, con la intervención en muchos casos tardía por los efectos causados en las personas, del Fuero Penal.

No se advierte, en nuestra sociedad y en nuestras instituciones, la importancia de la función “civilizadora” del Fuero Civil, en especial de los Juzgados de Familia, primera instancia reveladora del conflicto.

Allí se puede intervenir en los sujetos y en la familia para que ésta pueda cumplir con su rol esencial. Todo el andamiaje institucional debe estar dirigido a ayudar preventivamente a la familia para que cumpla con su misión esencial: instituir hijos para la producción de lazos que ligan constituyéndose una trama vincular y así la continuidad de la vida y la sociedad.

Sólo así estaremos a salvo de las violencias más extremas y no sólo operaremos con programas dirigidos cuando ya el fenómeno violento está instalado, cuando se detectan los casos severos de violencia intrafamiliar en todas sus formas o cualquier otro tipo de conductas violentas auto o heteroagresivas.

En los Juzgados de familia se puede operar para el logro y ejercicio de los principios ético-jurídicos es decir que los sujetos asuman una posición responsable ante las elecciones realizadas y ante los otros. Este es un tema fundamental, yo diría esencial, que todavía espera un debate esclarecedor y luego una

respuesta adecuada de las instituciones.

El presente trabajo constituye un aporte al conocimiento desde la práctica forense cotidiana en un Juzgado en estas causas judiciales tan complejas, con una metodología de abordaje sustentada en principios científicos y con distintas estrategias en el tiempo de trabajo, que dieron en los casos donde los niños excluían a uno de sus padres de su vida cotidiana, esgrimiendo dichos, donde era la voz del otro adulto, con argumentaciones donde el resentimiento y hostilidad de otro adulto era su contenido y su reproche, un resultado altamente positivo, que seguramente será transmitido en otra ocasión con la exposición de algunos casos clínicos –forenses.

En estos casos, el niño pudo “realmente” elegir, tener una real participación, desde su subjetividad produjo su propio decir y fue oído y sin la alienación del discurso parental, logrando mayor comprensión de la situación que estaba viviendo.

La Psicología forense puede y debe aportar sus conocimientos y metodología elaborada desde sus modelos teóricos, desde su práctica y en el marco constitutivo de la institución judicial, para aliviar el sufrimiento de los niños y el cercenamiento de sus derechos más elementales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barchietto, Ana María, “Ley y Familia- Clínica de la Violencia” Ponencia realizada en Jornada Interdisciplinaria. Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica. Año 1995.

2. Barchietto, Ana María, Mattera, Marta del Rosario. "Experiencia del abordaje interdisciplinario de un caso de sospecha de abuso sexual infantil desde un Juzgado de Familia" Revista El Derecho de Familia. N° 24.
3. Barchietto, Ana María "Victimas infantiles de divorcios patológicos" Ponencia en una Jornada Interdisciplinaria de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina y publicada por la Revista de APFRA. Año 2001
4. Beltrán Núñez, Arturo "Psicología y Administración de Justicia" Papeles del Psicólogo, 1999, N° 73. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. España.
5. Bolaños, I. (1993) "El proceso contencioso de separación y/o divorcio: una visión psico-social" En: Los procesos en los Juzgados de Familia. Barcelona: Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya.
6. Delgado Bueno, Santiago "Psiquiatría Legal y Forense" Volumen II. Cap. 85 Edit. Colex
7. Jiménez, L. José. (1999) "La práctica pericial psicológica en los Juzgados de Familia" Papeles del Psicólogo, 1999. N° 73. Revista del Colegio oficial de psicólogos. España.
8. Freud, Sigmund "Obras Completas. Introducción del narcisismo" Volumen XIV. Amorrortu ed.
9. Legendre, Pierre "Lecciones VIII" Capítulo N° 5 Edit. Siglo XXI.
10. Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS/CIE 10)
11. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. (CFTMEA-R-2000) 4ta. Revisión. Federación Francesa de Psiquiatría.
12. Biblioteca de la Asociación de Psicólogos Forenses de la Rca. Argentina. (APFRA)

PORNOGRAFÍA INFANTIL, PAIDOFILIA E INTERNET

La pornografía infantil consiste en cualquier representación, por cualquier medio, de un niño o niña involucrados en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o en cualquier representación de los órganos sexuales de un niño/a con finalidad sexual.

Puede incluir fotografías, negativos, diapositivas, revistas, libros, dibujos, películas, vídeos y archivos o discos de computadora.

Se consideran normalmente dos tipos de pornografía:

- Imágenes que no son sexualmente explícitas pero que incluyen niños/as desnudos/as y en posturas erotizantes
- Imágenes que sí muestran a niños/as involucrados en actividades sexuales explícitas.

La *erótica infantil* puede ser definida como: cualquier material, relativo a los niños, que sirve a propósitos sexuales para un individuo dado. Algunos de los tipos más comunes de la *erótica infantil* incluyen dibujos, fantasías escritas, diarios, recuerdos, cartas, libros acerca de niños, libros psicológicos sobre pedofilia y fotos ordinarias sobre niños. Debe ser evaluada en el contexto en que es encontrada,

usando el buen juicio y el sentido común. La *erótica infantil* no es tan significativa como la pornografía infantil, pero puede ser de valor. Puede ayudar a probar la intención, o bien, ser una fuente de información, para identificar a otros ofensores o víctimas.

Un pedófilo es una persona que muestra preferencias sexuales por los niños/as e intenta satisfacerlas practicando sexo con ellos¹. Los pedófilos pueden convertirse en explotadores sexuales de la infancia si transforman sus fantasías en actos reales, pero no todos necesariamente realizan ese paso en un primer momento. Por otra parte, no todos aquellos que explotan sexualmente a niños/as son necesariamente pedófilos. Muchos coleccionistas de pornografía infantil no abusan de los niños y muchos abusadores de niños no poseen ni coleccionan pornografía infantil. La pornografía infantil puede estar presente en casos intrafamiliares. Algunos abusadores de niños, especialmente aquellos que operan en redes de sexo con niños, casi siempre coleccionan pornografía infantil o erótica infantil. Si un abusador sexual situacional posee pornografía infantil, usualmente tiene fotos de sus propias víctimas.

El término pedofilia significa, en sentido literal, amor a los niños,

Virginia Berlinerblau

pero es usado en general para referirse a la desviación sexual en la que un individuo experimenta deseos anormalmente sexuales hacia los niños.

La pedofilia es uno de los ocho tipos de desviación sexual -llamadas parafilias- listadas en la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatras (1994). Las ocho parafilias son: Exhibicionismo, Froteurismo, Fetichismo, Pedofilia, Masoquismo sexual, Sadismo Sexual, Travestismo Fetichismo y Voyeurismo. Los pedófilos frecuentemente tienen otras parafilias también. La probabilidad de parafilias múltiples se extiende a los abusadores incestuosos. Muchos hombres que abusan sexualmente de sus propios niños también abusan de otros niños. La investigación sugiere que entre un tercio y la mitad de los hombres que abusan de sus propios niños abusan de otros niños².

La pedofilia puede ser homo o heterosexual³. El pedófilo suele ser considerado como un “monstruo que espera en la esquina” dispuesto a capturar a algún niño inocente. Por tanto, los profesores y los padres advierten a los niños que nunca hablen con desconocidos. Existen diversos individuos que son pedófilos en su orientación, que se involucran en aventuras de persecución y que van detrás de los niños. Sin embargo el tipo de expresión pedofílica más común se da entre parientes, amigos y vecinos. A menudo el problema surge cuando un adulto se ve privado de la gratificación sexual femenina y dirige su atención hacia los niños.

El pedófilo puede considerarse impotente o incapaz de conducir

se normalmente con mujeres adultas. Otras veces, su conducta pedofílica puede ser expresada luego de experiencias sexuales frustrantes, donde su rendimiento lo hizo considerarse incapaz, haciendo que el futuro pedófilo se sienta inferior como hombre. Los sentimientos inconscientes de hostilidad, resentimiento y reivindicación pueden ser expresados a través de la conducta pedofílica. El pedófilo elige un objeto sexual inmaduro -un niño proporcionará un amor no amenazante, que no cuestionará en su rendimiento sexual- por su miedo a la castración y a la agresiva mujer adulta esposa-madre.

Los agresores sexuales pueden dividirse para su mayor comprensión en dos categorías principales⁴:

Agresores circunstanciales. No presentan una verdadera preferencia sexual por los niños/as, pero practican el sexo con ellos por carecer de límites morales claros y por satisfacer un deseo de experimentar con compañeros sexuales jóvenes. Algunos agresores también pueden quedar impresionados por situaciones en las que el sexo con niños/as se presenta como algo extremadamente accesible y normal, como suele ocurrir en muchos sitios turísticos. Estas circunstancias contribuyen a desinhibir al turista y a que deje de lado sus propias ideas sobre la edad de consentimiento y la relación entre los niños/as y las actividades sexuales. La explotación sexual de la infancia pasa entonces a ser considerada por el turista como un “estilo de vida” en época de vacaciones y puede desarrollar a la larga en él, un patrón de conducta de personalidad abusadora. Según Kenneth Lanning (experto de la Unidad de Ciencias de la Conducta del FBI) los miembros de gru-

pos socioeconómicos deprimidos tienden a estar sobre representados en la categoría de los agresores circunstanciales. Parece que éstos tenderían a contar con bajos niveles de autoestima que los volvería muy inseguros y los llevaría a intentar compensar su incapacidad de establecer relaciones gratificantes con otros adultos utilizando el abuso sexual con menores.

Agresores preferenciales. Muestran una preferencia definida y clara por el sexo con niños/as. Los estudios psicológicos muestran que este tipo de personas presentan un desorden de personalidad (hebefilia) que les incita a buscar compañeros sexuales inmaduros y vulnerables. Los agresores preferenciales constituyen una pequeña minoría dentro del grupo de agresores sexuales, pero pueden abusar potencialmente de un gran número de menores. No son un colectivo homogéneo en su forma de actuar, pero se han identificado tres grandes tipos de conducta:

1. *Los seductores* que utilizan el afecto, la atención y/o los regalos para atraer a los niños/as. Son capaces de esperar largos periodos de tiempo mientras seducen a sus víctimas hasta que éstas aceptan el abuso y usan la amenaza y la violencia física para evitar que revelen lo sucedido.
2. *Los introvertidos* tienen dificultades para interactuar con los niños/as. Mantienen un nivel mínimo de comunicación con ellos y tienden a abusar de niños/as desconocidos o extremadamente pequeños.
3. *Los sádicos* constituyen el grupo más numeroso. Consiguen

la gratificación sexual infligiendo daño a sus víctimas. Este tipo de agresores pueden utilizar a menudo la fuerza física para acceder al niño/a, incluido el secuestro y, en algunos casos, el asesinato posterior.

Respecto de los abusadores incestuosos, mucho más numerosos de lo que supone el imaginario colectivo como subrayáramos más arriba, Boris Cirulnik, en su libro “del Incesto”⁵ expresa “creo que se puede asociar estas dos palabras, impostura y auténtica, en aquellos individuos cuyo desarrollo de la personalidad no permite la empatía. (...) Desprovistos de empatía, no sienten sino su propio mundo mental, y es de un modo genuinamente sincero que gozan con su hija o con el hijo al que quieren mucho, realmente, hasta el momento en que dejan de amarlo y lo arrojan sin ninguna representación de las perturbaciones que le han infligido. (...). Así los perversos, desprovistos de empatía, no se representan el mundo de las emociones del otro y juegan con el sexo de su propio hijo lo más alegremente y a veces lo más amorosamente del mundo. Su asombro es grande cuando el discurso social pronuncia para ellos, la palabra “incesto” y se defienden con una real sinceridad diciendo: “¡pero no es grave, ya que ella ha gozado!”. Para ellos lo único que cuenta es el juego sexual, pues no tienen acceso a la representación de las emociones o de las ideas culpables que este “juego” inspirará en el mundo mental del niño, quien, por el contrario, entiende el discurso social y experimentará este juego como un crimen. (...)”.

Las nuevas tecnologías han modificado sustancialmente la naturaleza de la pornografía. Las cáma-

ras digitales y las grabadoras de vídeo permiten una producción fácil y de coste reducido, así como un menor riesgo de detección, ya que no es necesario procesar el material en establecimientos especializados como requiere la fotografía convencional. La reproducción también ha mejorado, las imágenes digitalizadas no envejecen ni pierden su calidad al copiarlas. La distribución del material pornográfico se ha convertido ahora en algo fácil, barato y rápido mediante Internet. La naturaleza especial de la Red de Redes, su carácter global que suprime los límites tradicionales de las leyes nacionales, ha convertido la detección y persecución de este tipo de delitos en algo notablemente difícil.

El uso de programas informáticos de tratamiento de gráficos permite combinar dos imágenes en una sola, o distorsionar fotografías para crear una totalmente nueva (el llamado morphing). De este modo, imágenes reales de niños/as que no eran pornográficas en su origen, pueden transformarse fácilmente en material pornográfico. De igual forma, pueden generarse también imágenes pornográficas de “niños y niñas virtuales”, la llamada pseudo-pornografía.

La pseudo-pornografía plantea una serie de cuestiones importantes. ¿Qué edad tiene un niño/a virtual? ¿Puede cometerse un delito sin una víctima real? ¿Cuándo se comete el delito? ¿Cuando la imagen se produce, cuando la imagen se distribuye o cuando la imagen es visionada?

Muchas leyes contra la pornografía se aplican solamente en el caso de niños/as reales y sobre actos que efectivamente han ocurrido. Los defensores de este tipo de

pornografía argumentan que una imagen transformada (morphed) no es real, y por tanto no puede ser considerada ilegal. No obstante, la pornografía infantil no se reduce tan solo a imágenes de niños/as desnudos/as. *Existe un vínculo claro entre la pornografía infantil (virtual o real) y el abuso sexual en el mundo real.*

La utilización más obvia de la pornografía infantil es producir el estímulo y la gratificación sexual de quien la ve. No obstante, también puede usarse para:

- Justificar una conducta sexual como normal
- Seducir a niños/as y anular sus inhibiciones
- Chantajear a niños/as
- “Congelar” la imagen de un niño/a en una edad de preferencia determinada
- Intercambiar material con otros pedófilos
- Conseguir la entrada en determinados “clubes” privados
- Producción con ánimo comercial

No todos los pedófilos poseen colecciones de pornografía infantil, pero muchos de ellos consideran éstas como algo extremadamente importante y emplean considerable tiempo y dinero en mantenerlas y ampliarlas. Según la INTERPOL, los pedófilos tienen con frecuencia la necesidad o el deseo de mostrar su material acumulado a otros como forma de premiar sus esfuerzos en recopilarlo.

Los Gobiernos han comenzado a movilizarse para combatir la porno-

grafía infantil mediante la adecuación de sus legislaciones nacionales. El Parlamento de Japón, a la vista de los vacíos legales que han propiciado en los últimos años un gran florecimiento de este tipo de contenidos en su país, ha adoptado recientemente una ley que penaliza la visualización, distribución y venta de pornografía infantil. En el Reino Unido la nueva legislación se adapta a los cambios producidos por la irrupción de las nuevas tecnologías, así, la pseudo-pornografía también es considerada ahora delito en ese país. En España, las modificaciones que se produjeron en 1999 en el Código Penal han reforzado la persecución de la pornografía infantil, aunque su posesión todavía sigue sin estar penada.

ECPAT es una red de organizaciones e individuales que trabajan en conjunto para la eliminación de la prostitución infantil, la pornografía infantil y el tráfico de niños y niñas con propósitos sexuales. Se dedica a motivar a la comunidad mundial para asegurar que la niñez en todas partes disfrute de sus derechos fundamentales, libres y seguros de todas las formas de explotación sexual comercial. ECPAT posee Estatus Consultivo ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC).

Diversos Grupos de ECPAT en Nueva Zelanda, Suecia, España, Mauricio y Taiwán han iniciado proyectos de navegación segura en Internet con el objetivo de proteger a los niños/as cuando la utilizan. Otras iniciativas de la sociedad incluyen operaciones de seguimiento y establecimiento de líneas telefónicas de denuncia (hotlines), a menudo en colaboración con organizaciones locales e internacionales. Una de estas líneas, puesta

en marcha por ECPAT Taiwán, recibió más de 4200 denuncias durante el primer año de servicio.

La iniciativa privada ha jugado un papel muy activo en la lucha contra la pornografía infantil en Internet. En muchos países, los proveedores de servicios de Internet (PSI) han establecido códigos de conducta para clarificar su posición y sus responsabilidades respecto al contenido ilegal presente en la Red. Según el código británico, los miembros de la Internet Service Providers Association deben cumplir los requerimientos de la organización local Internet Watch Foundation para borrar todo aquel material ilícito que se detecte en las máquinas de aquéllos en un lapso de tiempo razonable. En Estados Unidos varias compañías de telecomunicaciones han creado un sistema llamado Neighbourhood Watch con el objetivo de ofrecer guías de navegación segura en Internet para todas las edades, así como información legal y técnica sobre el tema.

La industria tecnológica ha respondido con el desarrollo de programas informáticos de clasificación y filtrado de contenidos. Esta clase de herramientas están diseñadas para identificar contenidos de Internet que no son adecuados para ser visionados por menores. Permite a padres y educadores regular el acceso de los niños/as a determinados sitios de la Red, pero sin ánimo de interferir en la libertad de expresión. Los programas de filtrado pueden ser instalados por los propios padres y educadores o por el proveedor de servicios de Internet. Estos programas incluyen varios mecanismos de protección:

- Denegación de acceso a deter-

minados sitios con contenidos inadecuados y que se incluyen en una lista de bloqueo actualizada regularmente.

- Acceso tan solo a los sitios seguros que se incluyen en una lista que se actualiza periódicamente.
- Clasificación de sitios mediante etiquetas que informan claramente de las características de sus contenidos, de forma que es el propio usuario el que decide libremente si quiere realizar el acceso.

Los llamados canales de conversación (chat rooms) de Internet constituyen actualmente un lugar muy frecuentado por pedófilos que se hacen pasar por menores para así poder contactar fácilmente con niños y niñas. En 1997 el FBI y otras agencias gubernamentales de Estados Unidos consiguieron procesar aproximadamente a 200 adultos que habían utilizado esta vía para proponer la realización de actos sexuales a niños/as. Normalmente los explotadores entran en estos canales de conversación e inician un proceso largo de acercamiento a un niño/a en particular. Después de un cierto periodo de tiempo, una vez que se han ganado la confianza de la víctima, intentan iniciar una relación más próxima. El siguiente paso consiste en conseguir una cita real con ella o persuadirla de que envíe o acepte recibir material pornográfico. Unidades especializadas de la policía actúan en muchos países infiltrándose en estos canales: ocultan su identidad real haciéndose pasar por niños para así detectar potenciales abusadores adultos.

Uno de los casos más conocidos

de redes pedófilas que han operado a través de Internet es el llamado Wonderland Club (Club de las Maravillas). Esta red tenía presencia en al menos doce países. Para conseguir ingresar en ella el posible candidato tenía que demostrar la posesión de al menos 10.000 imágenes de pornografía infantil. Los miembros podían tener acceso a centenares de miles de fotografías y a participar en encuentros virtuales. En septiembre de 1998 la policía arrestó a 100 miembros de este club y descubrió la existencia de más de un millón de imágenes pornográficas de niños y niñas. Solamente se han identificado hasta la fecha a 17 de las 1260 víctimas encontradas en los archivos fotográficos. Hasta abril de 2001 se habían dictado cincuenta sentencias sobre este caso concreto en todo el mundo.

En una publicación de UNICEF *La Niñez Prostituida*⁶ se exponen también algunas propuestas dirigidas a enfrentar este problema, teniendo en cuenta las distintas dimensiones de la explotación sexual comercial infantil, dado que la multidimensionalidad de la problemática hace que ninguna acción aislada puede resultar exitosa. De estos destaco entre los objetivos:

- Fortalecer a niñas, niños y adolescentes, facilitando su acceso a información pertinente - reconocer situaciones de riesgo, conciencia sobre sus derechos y sobre qué hacer cuando son vulnerados- desde una perspectiva que incluya sus voces y sus intereses.
- Impulsar políticas públicas de niñez que contribuyan a superar las situaciones de vulnerabilidad infantil, garantizando procesos de inclusión de las niñas

y niños en redes comunitarias previniendo las situaciones de desamparo y las relaciones de explotación.

- Fortalecer la capacidad del Estado para responder a las situaciones de violación de los derechos de los niños.
- Implementar instancias de control del cumplimiento de la legislación vigente que proteja los derechos de los niños.
- Coordinar e intercambiar información con los organismos encargados del cumplimiento de la ley, los sistemas judiciales de otros países, los organismos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil a fin de promover la investigación, el enjuiciamiento y la condena y fundamentalmente la protección de las víctimas.
- Promover la investigación sobre las distintas dimensiones de la problemática de la explotación sexual infantil.
- Visualizar la demanda y sus efectos sobre el sostenimiento de la oferta, es decir, la organización.

Entre las acciones propuestas se destacan:

- Sensibilización y prevención: estrategias para incrementar la conciencia sobre la dimensión y gravedad del problema y lograr un mayor compromiso de distintos sectores sociales para la articulación de respuestas efectivas.
- Información y capacitación: actividades más específicas de información y capacitación a sectores de la sociedad que tienen

o pueden tener una función de detección, prevención y también de recuperación y reparación.

- Fortalecimiento de redes: para la prevención y asistencia y recuperación de las víctimas, fortaleciendo los recursos existentes.

CONCLUSIONES

La pornografía infantil ha cobrado una dimensión de proporciones alarmantes dado su potenciación por la Internet. Los pedófilos han encontrado altamente facilitado por las nuevas tecnologías el acceso e intercambio de imágenes y videos propios y ajenos de niños y niñas víctimas de abuso sexual. Los niños involucrados pueden además estar capturados por redes de prostitución infantil, delito de escasa llegada a la Justicia, en comparación con otros tipos de delitos sexuales en perjuicio de niños, tales como el incesto paterno filial y abuso sexual infantil.

Es necesario revisar la legislación y prácticas judiciales y proponer y realizar modificaciones legales y procesales para la protección integral de las víctimas infantiles. También es necesario detectar los obstáculos –, ideológicos o de otro tipo, que impiden una acción más efectiva de represión del delito de pornografía y explotación sexual infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Editors John Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny, Theresa Reid. Sage Publications, 1996.
2. A mother's Nightmare - incest. A

- practical Legal Guide for Parents and Professionals. John E. B. Myers. Sage Publications. 1997.
3. Tratado de Psiquiatría. A.M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock. Salvat Editores, S.A. 1982.
 4. <http://www.ecpat-esp.org/esci/explotador.htm>
 5. Héritier F., Cirulnik Boris, A. Naouri, D. Vrignaud, M. Xanthakou "Del Incesto" Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1995
 6. "La niñez prostituída". Estudio sobre explotación comercial infantil en la Argentina. UNICEF, octubre de 2001, dirigida Silvia Chejter
-

ESTUDIOS DE ADN, SITUACIONES DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN. DISCRIMINACIÓN ENTRE HERMANOS Y MEDIOS HERMANOS

INTRODUCCIÓN

A partir de los últimos años de la década de 1980 la medicina legal inició el empleo de las técnicas moleculares para la identificación, este hecho implicó un salto importante y abrupto que cambió cualitativamente el aporte de la prueba biológica y significó un tránsito hacia una certeza equiparable a las de las huellas dactilares, pudiéndose mencionar como hitos en esta trayectoria la caracterización del sistema mayor de histocompatibilidad primero y la tipificación de polimorfismos del ADN después.

La introducción del sistema mayor de histocompatibilidad (HLA) en la práctica médico forense como recurso para el análisis de vínculos biológicos en personas vivas, significó una ruptura con los grados de certidumbre biológica que en materia de marcadores genéticos se conocían hasta el momento.

Añadiendo aún más certidumbre biológica y con la posibilidad de su empleo en cualquier tipo de rastro biológico, la tecnología de ADN permitió lograr un recurso identificatorio cuya potencial especificidad individual redimensionó otra vez el aporte de las pruebas biológicas destinadas a identificación¹. Hoy se sabe que el 90% del genoma hu-

mano está conformado por secuencias no codificantes, con capacidad de definir la identidad biológica de una persona con una altísima confiabilidad². Esta cualidad convierte a las tecnologías basadas en la tipificación de polimorfismos del ADN en paradigmas de identificación médico-legal.

Por todo esto, el uso del ADN en los estudios de vínculos de parentesco, ha permitido incrementar de manera considerable los niveles de certeza alcanzados en dichos análisis. Esto es así, especialmente cuando el tipo de parentesco estudiado es el de filiación y se dispone de material biológico de todos los involucrados, es decir, del trío conformado por el titular, el progenitor reconocido -que usualmente es la madre- y el progenitor alegado -usualmente el padre-. Bajo estas circunstancias y de no mediar errores de procedimiento, es posible afirmar que los estudios de ADN son conclusivos para casi la totalidad de los casos; ya sea permitiendo descartar la existencia del parentesco alegado, ya sea no excluyéndolo con una probabilidad superior al 99.99 %.

Justamente este enorme poder de discriminación que ofrece el uso del ADN, ha permitido explorar e identificar la existencia de vínculos más lejanos, como son los de se-

*Armando M. Rennella,
Graciela F. Eleta y
Rosario Alicia
Sotelo Lago*

gundo grado (relación entre hermanos) y los de tercer grado (entre tíos y sobrinos, abuelos y nietos o medios hermanos). Sin embargo, para este último tipo de escenarios, existen ciertas limitaciones.

Por un lado, a medida que el vínculo se vuelve más remoto, el grado de certeza disminuye y por ello no siempre es posible arribar a dictámenes conclusivos. De hecho, si bien existen métodos para el análisis de vínculos más allá del tercer grado de relación, hay autores que, a los fines prácticos, consideran a personas relacionadas por un vínculo más distante que el de tercer grado como no emparentadas³.

Por otra parte, en los estudios de parentesco paterno-filial, conocido como vínculo de primer grado, es posible determinar de manera absoluta la exclusión del vínculo. En efecto, según las leyes de la herencia padres e hijos deben compartir material genético en la totalidad de los marcadores analizados, cuando no se constatan dichas coincidencias el vínculo alegado es sin dudas inexistente. Esta posibilidad no se presenta cuando el parentesco analizado es de segundo o tercer grado, ya que en tales vínculos no es obligatorio que el titular y el familiar alegado compartan material genético en todos los marcadores estudiados y por lo tanto el método pierde su capacidad de excluir⁴. En estos casos es posible, aunque poco probable, que dos individuos verdaderamente relacionados entre sí no compartan alelos en la mayoría de los marcadores analizados, es por ello que nunca es posible garantizar de manera absoluta la exclusión del vínculo.

Dadas estas circunstancias, la

responsabilidad de asignar el parentesco a nivel genético recae fundamentalmente sobre los indicadores estadísticos, específicamente el índice y la probabilidad de parentesco y, en menor grado, el número de sistemas con material genético compartido, la frecuencia poblacional de dicho material y la probabilidad de que los familiares involucrados compartan material genético por azar. Por otra parte, como hemos dicho, los atributos del método referidos a su sensibilidad y especificidad decrecen cuando se trata de investigar el parentesco entre familiares del segundo grado y son aún menores con familiares del tercer grado, siendo habitual la obtención de índices y probabilidades de parentesco de muy bajo valor. A pesar de que en casos de existencia de vínculo biológico, la probabilidad de compartir material genético se incrementa por la sumatoria de la probabilidad generada por la acción del vínculo y por la acción del azar, ello no impide la existencia de familiares que por ley de herencia biológica compartan escaso material genético transmitido por esta vía, y de personas no relacionadas que presenten por acción del azar similitud de alelos en varios marcadores, con capacidad de generar indicadores de parentesco con valores no despreciables.

Por lo tanto, todo estudio de ADN requiere que una vez obtenidos los perfiles genéticos de los involucrados, se proceda por medio de cálculos estadísticos a establecer el índice de parentesco correspondiente al tipo de relación alegada. En los estudios de filiación con ambos progenitores presentes, existen criterios preestablecidos, ampliamente aceptados, que permiten sostener si un determina-

do valor del índice es lo suficientemente elevado como para no descartar el vínculo estudiado con un grado de certeza aceptable. No existen, sin embargo, criterios ya pautados que contemplen toda la diversidad de situaciones que pueden presentarse al analizar parentescos más alejados. Más aún, por lo general, los estudios de ADN están orientados a confrontar entre dos hipótesis alternativas, que son la existencia de un vínculo determinado entre dos personas o la ausencia de dicho parentesco. Una situación diferente, pero que suele presentarse, es la de discriminar si dos personas son hermanos o medios hermanos entre sí. En este caso no se evalúa la existencia o ausencia del vínculo alegado sino que se debe valorar entre dos tipos de parentescos alternativos.

En aquellos casos en los que se cuenta con muestras de material biológico de los progenitores alegados y reconocidos, el problema se circunscribe a la realización de sendos estudios de filiación. Resulta evidente que si se demuestra que dos personas son hijos del mismo padre y de la misma madre, queda comprobado el vínculo de hermandad entre ellos. Por el contrario, si se concluye que tienen un solo progenitor en común, entonces serán medios hermanos. Tal abordaje del problema planteado no es viable cuando no se cuenta con material biológico de los posibles padres.

El objetivo del presente trabajo es justamente explorar criterios de valoración que permitan discriminar entre vínculos de hermandad y de media hermandad cuando no se dispone de material biológico de los progenitores tanto reconocidos como alegados.

METODOLOGÍA

Fue posible contar con perfiles genéticos correspondientes a 15 pares de hermanos y 16 pares de personas cuyo vínculo era de tercer grado. Este último grupo estaba compuesto tanto por medios hermanos como por abuelos-nietos y tíos-sobrinos. Sin embargo todos serán considerados como medios hermanos, en virtud de que por las leyes de la herencia estos tipos de parentesco son equivalentes entre sí respecto de la cantidad de material genético compartido. Por otra parte, con el fin de mejorar los niveles de certeza se incrementó por simulación el número de hermanos y de medios hermanos. A partir de 392 perfiles genéticos de individuos no emparentados entre sí, fue posible conformar por azar 196 pares independientes de individuos que se usaron como progenitores para generar por simulación 196 pares de hermanos. Asimismo, a partir de los genotipos de los mismos 392 individuos no emparentados se conformaron 130 tríos de perfiles con el objeto de generar a partir de ellos, también por simulación, 130 pares de medios hermanos.

En todo los casos, para la obtención de los perfiles genéticos fueron utilizados los siguientes 15 marcadores autosómicos: D3S1358, TH01, D21S11, D18S51, PENTA E, VWA, D8S1179, TPOX, FGA, D5S818, D13S317, D7S820, D16S539, CSF1PO y PENTA D. Posteriormente para cada uno de los pares de individuos descriptos, se determinaron los índices de hermandad y media hermandad propuestos por Wenk⁵.

Finalmente se calculó la sensibilidad y la especificidad de distintos criterios de discriminación entre hermanos y medios hermanos. Se

define como sensibilidad de un test a la probabilidad de que dicho test arroje un resultado positivo cuando las dos personas bajo análisis están realmente emparentadas. Por otra parte, la especificidad de un test es la probabilidad de que el test resulte negativo cuando los involucrados no están relacionados⁶.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Wenk⁵ exploró y propuso como criterio para discriminar entre hermanos y medios hermanos el uso del cociente entre el índice de hermandad y el de media hermandad (I.H./I.M.H.). En el citado estudio, que estaba basado en el uso de marcadores VNTR -un tipo de fragmentos de ADN-, el cociente adquiriría valores mayores que uno cuando el vínculo era efectivamente de hermandad y menores que uno si el vínculo era de media hermandad.

Los marcadores VNTR han caído tanto en la Argentina como en el ámbito internacional prácticamente en desuso. Es por eso que resulta conveniente revisar y mejorar los criterios de discriminación en función de los marcadores genéticos que son de rutina en la actualidad, los denominados STR que también son fragmentos de ADN pero de menor tamaño que los VNTR.

Nuestros resultados, basados en estos últimos marcadores, reflejan ciertas coincidencias con los obtenidos por Wenk. En 30 de los 36 pares de hermanos y medios hermanos analizados, el parentesco sería correctamente asignado si se siguiera el criterio de dicho autor, esto le otorgaría al método, utilizando marcadores STR, una sensibilidad del 83 %. En efecto para

16 de los 20 pares de hermanos el cociente I.H./I.M.H. adquiere valores mayores a uno y en 13 de los 16 pares de medios hermanos dicho cociente resulta menor que uno. Si se considera sólo la correcta asignación del vínculo de hermandad, la sensibilidad sería del 80 % y la especificidad del 76 %.

En la figura 1 se presenta el modo en que varía el cociente propuesto por Wenk (I.H./I.M.H.) en función del índice de hermandad. La tendencia general es de un incremento gradual de dicho cociente a medida que aumenta el índice de hermandad. Al mismo tiempo, como era de esperar, el índice de hermandad y el cociente alcanzan los valores máximos cuando se comparan personas que realmente son hermanos y presentan valores mínimos cuando el tipo de vínculo es de medios hermanos.

Al comparar las distribuciones de los valores del cociente entre los grupos de hermanos y medios hermanos, es posible observar una zona de superposición. Esta zona se presenta cuando los índices de hermandad adquieren valores entre 16 y 450 y el cociente I.H./I.M.H se aproxima a la unidad (Figura 1).

Una característica observable para dicha región de solapamiento es el bajo nivel de precisión que presenta el criterio propuesto por Wenk para distinguir entre hermanos y medios hermanos. De hecho, de cinco pares de medios hermanos ubicados en dicha zona, tres presentan valores del cociente mayores a uno, al tiempo que de cinco pares de hermanos dos están por debajo de dicha cifra.

Resulta conveniente considerar esta zona de superposición, como

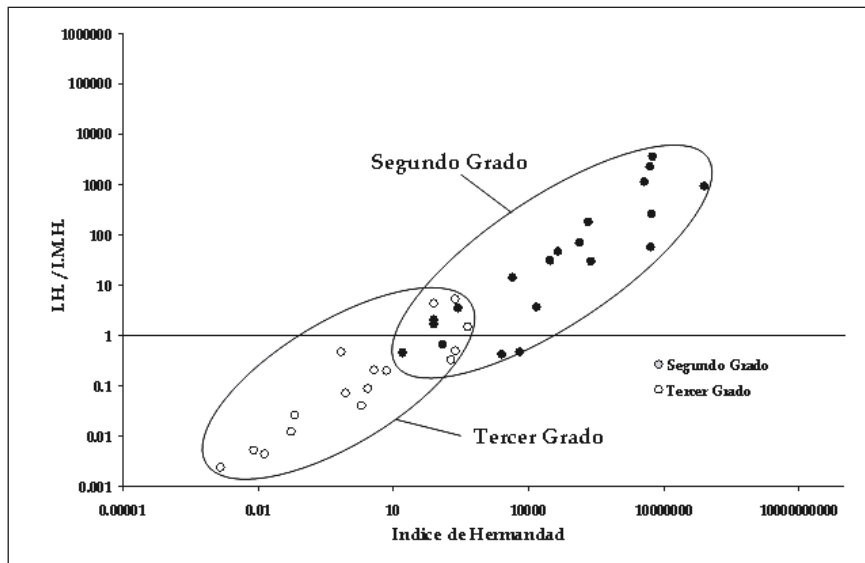


Figura 1. Variación del cociente de los índices de hermandad y media hermandad en función del valor del índice de hermandad para parentescos de segundo y tercer grado. La línea horizontal marca el límite propuesto por Wenk para discriminar entre hermanos y medios hermanos, ver texto. I.H.: Índice de Hermandad, I.M.H.: Índice de media hermandad.

una región de incertidumbre dentro de la cual no es posible discriminar entre sendos tipos de parentesco⁷. Por lo tanto, podría proponerse para diferenciar entre hermanos y medios hermanos el siguiente criterio: *obtención de un índice de hermandad superior a 450, para establecer un vínculo de hermandad e inferior a 16 para asignar el vínculo de media hermandad*. Con este nuevo criterio, en términos promedios, el 28 % de los estudios realizados arrojaría resultados no conclusivos pero en el 72 % restante se asignaría el tipo de parentesco con una sensibilidad del 100 %, lo que quiere decir que el margen de error sería prácticamente nulo.

Por lo tanto, utilizando sólo el índice de hermandad y sin recurrir al cociente propuesto por Wenk se logra generar un criterio adecuado para la discriminación entre hermanos y medios hermanos. Sin embargo, los perfiles genéticos a par-

tir de los cuales se realizaron las comparaciones del presente trabajo, fueron obtenidos a partir de los estudios de ADN llevados adelante en el marco de los expedientes y causas judiciales que tramitan ante el *Cuerpo Médico Forense*. Es por ello que el número de parentescos de hermandad y de media hermandad que pudieron ser incorporados fue restringido. Esta situación representa una limitación en el análisis presentado, dado que es de esperar que un incremento en el número de casos estudiados conlleve un aumento en el rango de dispersión de los datos, con lo que podría intensificarse el solapamiento descripto previamente. Es por ello que se decidió confeccionar por simulación perfiles genéticos correspondientes a hermanos (196 perfiles) y medios hermanos (130 perfiles).

En la Figura 2 se presentan los resultados obtenidos a partir de los perfiles generados por simulación.

Tal como era de esperar, con el aumento del número de casos el grado de superposición entre hermanos y medios hermanos incrementa notablemente. De todos modos, el patrón general descrito previamente se mantiene, esto es, tanto el índice de hermandad como el cociente I.H./I.M.H. en términos promedio resultan más elevados para hermanos que para medios hermanos.

El criterio de discriminación propuesto por Wenk tendría, para los casos simulados, una sensibilidad del 80 %, que es levemente inferior a la encontrada para los casos reales. En efecto 175 de los 196 pares de hermanos simulados presentan valores del cociente I.H./I.M.H. mayores a uno y en 106 de los 130 pares de medios hermanos simulados el cociente alcanza valores menores que uno.

Por otra parte, si se mantiene la premisa de declarar el área de máxima superposición como una zona de incertidumbre donde no es posible alcanzar resultados conclusivos, el rango de valores del índice de hermandad para dicha región aumenta en virtud del mencionado incremento en el solapamiento de los datos. De este modo, el criterio de discriminación antes propuesto cambiaría por el siguiente: *obtención de un índice de hermandad superior a 15000 para determinar un vínculo de hermandad y*

de un índice de hermandad inferior a 10.5 para un parentesco de media hermandad.

Siguiendo estas pautas se obtendría un 40 % de resultados no conclusivos, valor que resulta ser muy superior al encontrado cuando se analizaron los casos reales. Para disminuir este porcentaje resulta necesario recurrir al cociente propuesto por Wenk y establecer un doble criterio de discriminación. De este modo se requeriría la *obtención de un índice de hermandad superior a 15000 o un valor para el cociente I.H./I.M.H. mayor a 6.6 para establecer un vínculo de hermandad*. Mientras que para determinar una relación de *media hermandad la consigna sería un índice de hermandad inferior a 10.5 o un valor del cociente I.H./I.M.H. inferior a 0.4* (Figura 2).

De este modo los resultados no conclusivos disminuyen al 23 % de los casos simulados, que es incluso inferior al obtenido para los casos reales. En efecto 46 de los 196 pares de hermanos simulados y 28 de los 130 pares de medios hermanos simulados se encontrarían en la zona de incertidumbre (Tabla 1 y Figura 2). Asimismo, para el 77 % restante la sensibilidad resultante sería de un aceptable 95 %, en virtud de que sólo 9 hermanos simulados y 3 medios hermanos simulados de los 252 restantes, serían incorrectamente discriminados (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de resultados para los perfiles de hermanos y medios hermanos obtenidos por simulación.

	Correctos	No conclusivos	Incorrectos	Total
Hermanos	141	46	9	196
Medios Hermanos	99	28	3	130
Total	240	74	12	326

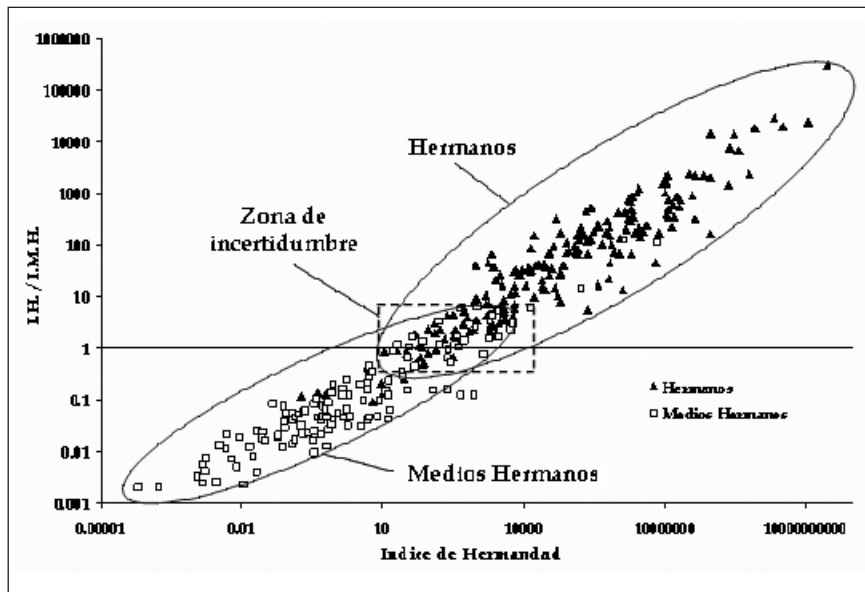


Figura 2. Variación del cociente de los índices de hermandad y media hermandad en función del valor del índice de hermandad para 196 pares de hermanos y 130 pares de medios hermanos obtenidos por simulación. La línea horizontal marca el límite propuesto por Wenk para discriminar entre hermanos y medios hermanos, ver texto. I.H.: Índice de Hermandad. I.M.H.: Índice de media hermandad.

Como se ha descrito, para nuestros datos existe una zona de incertidumbre cuando los valores del índice de hermandad se encuentran entre 10.5 y 15000 o el cociente de I.H./I.M.H. se encuentra entre 0.4 y 6.6. En tales situaciones, se dijo que el estudio debería ser considerado no conclusivo, sin embargo, existen procedimientos complementarios que podrían aportar información de valor. Estos procedimientos, que deben ser considerados e instrumentados según las condiciones de cada caso, son: estudios de marcadores del cromosoma Y, estudios de ADN mitocondrial o aumento del número de marcadores autosómicos analizados.

Los polimorfismos del cromosoma sexual Y se transmiten en bloque y sin modificaciones de una generación a otra de varones, conformando patrones genéticos que sólo pueden ser modificados por fenómenos mutacionales. Los des-

cendientes de sexo masculino pertenecientes a una misma línea paterna presentan el mismo patrón Y, característica que hace a estos marcadores aplicables a investigaciones de parentesco, donde los involucrados (titulares y familiares alegados) son de sexo masculino, y en las cuales los marcadores Y adquieren un rol protagónico, con capacidad discriminadora muy frecuentemente superior a su contraparte autosómica. Se recomienda un haplotipo de no menos de 9 marcadores para su empleo forense, si bien un mayor número de marcadores empleados intensificaría el poder identificatorio del método^{8, 9}. Por lo tanto, aunque restringido para personas de sexo masculino, los marcadores del cromosoma Y podrían ser importantes en el esclarecimiento del 23 % de estudios no conclusivos, esperados en los estudios de ADN autosómico usando los marcadores STR, cuando se requiere discriminar entre hermanos y medios her-

manos. En efecto, si el vínculo cuestionado es el paterno y no está en duda la relación por vía materna, entonces la coincidencia de la información genética en el cromosoma Y permitiría establecer que ambos individuos comparten la misma patrilinea. Por el contrario, de existir divergencias en la información genética en dicho cromosoma entonces se podría asegurar que esa patrilinea no es compartida y por lo tanto son medios hermanos.

Análogamente, pero no restringido por el sexo, es posible el estudio de parentescos por vía materna mediante el análisis del ADN mitocondrial. El estudio de las regiones hipervariables I y II complementa la técnica del ADN nuclear en instancias donde el análisis de parentesco debe efectuarse con familiares maternos, ya que el patrón mitocondrial se hereda en bloque de madres a hijos, tanto varones como mujeres, presentando los descendientes de una misma línea materna igual patrón mitocondrial, cuyas variaciones sólo pueden generarse a través de mutaciones ^(10, 11). Por ello, aunque no sea la situación que se presenta con mayor frecuencia, el estudio de ADN mitocondrial permitiría determinar la existencia de vínculos por vía materna, si estos estuvieran cuestionados o en duda.

Por último, una alternativa válida para mejorar los niveles de certeza cuando un estudio resulta no conclusivo, consiste en el aumento de la cantidad de marcadores genéticos autonómicos analizados. Si bien el número de 15 marcadores utilizados en el presente estudio es de por sí elevado y suele bastar para alcanzar resultados conclusivos en la mayoría de las situaciones en que habitualmente

debe intervenir el Cuerpo Médico Forense, un número aún mayor permitiría incrementar los niveles de certeza en situaciones excepcionales como las abordadas en el presente trabajo, disminuyendo por consiguiente el porcentaje de estudios con resultados no concluyentes.

CONCLUSIONES

El criterio propuesto por Wenk, al ser aplicado a perfiles obtenidos a partir de marcadores STR pierde especificidad y por lo tanto resulta necesario definir nuevas pautas para discriminar entre hermanos y medios hermanos.

Del estudio de la distribución de los índices de parentesco de los 36 casos reales y los 326 casos simulados, se reconoce la existencia de una zona de superposición entre hermanos y medios hermanos dentro de la cual no sería posible obtener resultados que sean claramente orientadores para la asignación de un tipo de parentesco determinado.

Se propone un criterio de discriminación que contempla la existencia de dicha zona y que considera tanto los valores del índice de hermandad como los del cociente I.H./I.M.H.

El criterio sugerido establece como requisito para orientar hacia un parentesco de hermandad la obtención de un índice de hermandad superior a 15000 o un valor para el cociente I.H./I.M.H. mayor a 6.6. Mientras que para establecer un vínculo de media hermandad la consigna sería la obtención de un índice de hermandad inferior a 10.5 o un valor del cociente I.H./I.M.H. inferior a 0.4

Siguiendo estas premisas se obtendría un 23 % de resultados no conclusivos, valor que podría disminuir mediante el uso de procedimientos alternativos y complementarios de enorme valor informativo como son los marcadores del cromosoma Y, los estudios de ADN mitocondrial o el incremento del número de marcadores autonómicos utilizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. Chakraborty, S. Kidd. The utility of DNA typing in forensic work. *Science* 1991, 254: 1735-1739.
2. Research News, Mining treasures from "Junk DNA". *Science*. Vol. 263. February 4. 1994.
3. J.Lee, H-S. Lee, M. Park, J-J. Hwang. Paternity probability when a relative of the father is an alleged father. *Science and Justice* 1999, 39: 223-230.
4. R. Wenk, M. Traver, F. Chiafari. Determination of sibship in any two persons. *Transfusion* 1996, 36: 259-262.
5. R. Wenk, F. Chiafari. Distinguishing full siblings from half-siblings in limited pedigrees. *Transfusion* 2000, 40: 44-47.
6. R. Gaytmenn, D. Hildebrand, D. Sweet, I.A. Pretty. Determination of the sensitivity and specificity of sibship calculations using AmpF/STR Profiler Plus. *Int. J. Legal Med.* 2002, 116: 161-164.
7. R.W. Allen, J. Fu, T.M. Reid & Michael Baird. Considerations for the interpretation of STR results in cases of questioned half-sibship. *Transfusion* 47: 515-519.
8. D. Corach, L. Filgueira Risso, M. Marino, G. Penacino, A. Sala. Routine Y-STR typing in forensic casework. *Forensic Science International* 2001, 118: 131-135.
9. B. Rolf, W. Keil, B. Brinkman, L. Roewer, R. Fimmers. Paternity testing using Y-STR haplotypes: assigning a probability for paternity in cases o mutation. *Int J Legal Med* 2001, 115: 12-15.
10. S. Lutz, J. Weisser, J. Heizmann, S. Pollak. MtDNA as a tool for identification of human remains. *Int J Legal Med* 1996, 109: 205-209.
11. M. Wilson, J. Dizinno, D. Polanskey, J. Replogle, B. Budowle. Validation of mitochondrial DNA sequencing for forensic casework analysis. *Int J Legal Med* 1995, 108: 68-74.