ESTRANGULACIÓN NO FATAL EN CONTEXTO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: ABORDAJE MÉDICO FORENSE

(NON-FATAL STRANGULATION IN THE CONTEXT OF DOMESTIC VIOLENCE: A FORENSIC MEDICAL APPROACH)

Javier Ignacio Rey[1]

RESUMEN

La estrangulación no fatal es una de las formas más graves de violencia física de pareja. La literatura médico-legal tradicional aborda la asfixia casi exclusivamente en su forma *post mortem*, lo que genera subregistro de episodios en sobrevivientes. Hasta el 50% de las víctimas no presenta lesiones externas visibles, aunque pueden hallarse signos clínicos como disfonía, alteraciones neurológicas, disnea, equimosis, petequias subconjuntivales y lesiones en mucosas, además de indicadores clínicos de riesgo vital. Inglaterra y Gales, así como diversas jurisdicciones de Australia y Estados Unidos, tipifican la estrangulación no fatal como delito autónomo. En esta revisión narrativa se propone una guía de abordaje médico forense orientada a la entrevista, la exploración física y la identificación de indicadores clínicos de gravedad. En conclusión, la estrangulación no fatal es una forma de violencia interpersonal altamente letal que requiere reconocimiento precoz: la ausencia de hallazgos físicos no excluye su ocurrencia ni disminuye su gravedad.

PALABRAS CLAVE: *traumatismos del cuello; asfixia; violencia de género; medicina legal; homicidio.*

ABSTRACT

Non-fatal strangulation is one of the most severe forms of physical domestic violence. Traditional forensic medical literature has addressed asphyxia almost exclusively in the context of postmortem examinations, contributing to the underreporting of strangulation incidents among survivors. Up to 50% of victims show no visible external injuries, although clinical findings may include dysphonia, neurological disturbances, dyspnea, ecchymoses, subconjunctival petechiae, and mucosal injuries, as well as clinical indicators of life-threatening conditions. England and Wales, along with several jurisdictions in Australia and the United States, have established non-fatal strangulation as a separate criminal offence. This narrative review proposes guidelines for forensic medical assessment, focusing on patient interviews, physical examination, and the identification of clinical indicators of severity. In conclusion, non-fatal strangulation is a form of interpersonal violence associated with a high risk of death and requires early recognition. The absence of physical findings neither rules out its occurrence nor diminishes its severity.

KEYWORDS: *neck injuries; asphyxia; gender-based violence; legal medicine.*

[1]*Médico Forense del Cuerpo Médico Forense de la Unidad de Servicios Periciales del Poder Judicial de Neuquén.*

Contacto: javierignaciorey@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La estrangulación no fatal (ENF) constituye una de las formas más letales de violencia intrafamiliar y uno de los predictores más fiables de homicidio en este contexto; [1] sin embargo, la investigación sistemática de la estrangulación fatal y no fatal sigue estando notablemente poco desarrollada. Los estudios existentes se han basado predominantemente en datos *post mortem* relacionados con la estrangulación fatal, [2] lo que invisibiliza los episodios no fatales, que representan eventos de alto riesgo de letalidad. [3]

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, [4] aproximadamente una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual. Dentro de estas agresiones, la estrangulación y la sofocación se destacan por su alta letalidad y por su uso como mecanismo para imponer dominación y control sobre la víctima.[5] Ello no reduce su peligrosidad: el antecedente de ENF por parte de la pareja se asoció con una probabilidad más de seis veces mayor de tentativa de homicidio, más de siete veces mayor de homicidio consumado. [1]

A efectos de esta revisión narrativa se utilizan las definiciones de la clasificación de Madea[6] para los distintos mecanismos asfícticos considerados: **estrangulación por ligadura** (presión ejercida por un elemento constrictor accionado por una fuerza distinta del peso corporal), **estrangulación manual** (presión externa mediante manos, antebrazos u otras extremidades) y **asfixia por sofocación** (privación de oxígeno por atmósfera viciada u oclusión de los orificios respiratorios). El objetivo de este trabajo es integrar la evidencia médico-legal disponible sobre la ENF en víctimas vivas y proponer una guía práctica para su abordaje pericial.

2. ANTECEDENTES LEGALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

2.1 Tipificación penal comparada de la estrangulación no fatal

Diversos países, como Estados Unidos, Australia, e Inglaterra y Gales, han avanzado en la tipificación penal específica de la ENF como delito autónomo en contextos de violencia doméstica. [3,7] En Inglaterra y Gales se estableció un umbral de tipificación amplio: cualquier presión cervical o acto que restrinja la respiración, incluso sin lesiones visibles, puede constituir delito. [5] En Queensland (Australia), durante los dos primeros años de vigencia del delito se dictaron más de 400 sentencias; el 98% de los condenados fueron varones y más del 76% recibió pena de prisión. [8,9] La Corte de Apelaciones de Queensland sostuvo que *"el nuevo delito de estrangulamiento y la importante pena que conlleva reflejan que este comportamiento no solo es intrínsecamente peligroso, sino que es un indicador predictivo de la escalada de la violencia doméstica, incluido el homicidio"*. [10] En consonancia con estos desarrollos se ha extendido el uso de la denominación "estrangulación no fatal", que refleja con mayor precisión la gravedad del hecho. [5]

2.2 Datos nacionales de violencia de género

Si bien en Argentina no existen registros específicos sobre casos de estrangulación o sofocación no fatal, los datos del Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina permiten dimensionar la gravedad de la violencia por motivos de género: en 2025 se registraron 200 víctimas directas en causas judiciales en las que se investigan posibles femicidios. [11]

2.3 Varones como víctimas: un colectivo subrepresentado

De 381 varones adultos evaluados entre 2017 y 2024 en el Centro de Referencia para Agresiones Sexuales (*Sexual Assault Referral Centre*, SARC) Saint Mary's de Manchester, el 5,25% refirió haber sido sometido a ENF; la totalidad de los presuntos agresores fueron varones. [12]

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y LESIONOLOGÍA ASOCIADAS A LA ESTRANGULACIÓN NO FATAL

La ENF constituye una forma extrema de agresión en el contexto de violencia doméstica, con alto potencial letal y repercusión neurológica y psicológica aun en ausencia de lesiones visibles: hasta en el 50% de los casos no se detectan lesiones externas en la cabeza o el cuello. [5] Entre los síntomas descritos figuran dolor cervical, disfonía, disfagia, cefalea, disnea, alteraciones visuales, tinnitus y convulsiones, mientras que la pérdida de conciencia, la incontinencia esfinteriana y las petequias faciales o conjuntivales permiten catalogar el episodio como casi fatal. [13]

Los signos clásicos del síndrome asfíctico (petequias, cianosis, congestión, disnea) no son constantes en víctimas vivas; predominan equimosis, excoriaciones, lesiones cutáneo-mucosas, epistaxis y contusiones cervicales. [5] La hipoxia puede derivar en encefalopatía hipóxico-isquémica, y la lesión de la íntima vascular puede producir trombosis o disección carotídea con accidente cerebrovascular isquémico; asimismo, el edema cervical puede desarrollarse varias horas después del episodio y comprometer la vía aérea. [5]

La fuerza requerida para comprometer las estructuras vasculares y respiratorias del cuello es sorprendentemente baja si se la compara con actividades cotidianas. La presión se expresa en libras por pulgada cuadrada (pounds per square inch, PSI): a modo de referencia, abrir una lata de bebida requiere aproximadamente 20 PSI, mientras que para ocluir las venas yugulares se requieren 4 PSI, para ocluir las arterias carótidas, 11 PSI, y para obstruir la tráquea, 34 PSI. [5]

4. ANAMNESIS EN EL ABORDAJE MÉDICO FORENSE DE LA ESTRANGULACIÓN NO FATAL

Para la elaboración de las siguientes preguntas se priorizaron las recomendaciones de Victoire et al. [14] para el manejo de la ENF en la práctica clínica general y las de White et al. (2023), [5] que destacan la importancia de una anamnesis sensible, estructurada y progresiva, que combine preguntas abiertas y cerradas, dado que muchas víctimas no reconocen de inmediato que fueron estranguladas o pueden tener dificultad para describir lo ocurrido.

4.1 Entrevista: indagación general

Comenzar con una **pregunta clara y directa** puede ayudar a identificar el evento sin inducir la respuesta: *"¿Alguien aplicó presión sobre su cuello?".*

Luego, se recomienda explorar el **relato espontáneo de la víctima** mediante preguntas abiertas que permitan obtener una narrativa libre: *"¿Puede contarme qué recuerda sobre lo que ocurrió?".*

Exploración dirigida: una vez introducido el tema, se deben realizar preguntas cerradas y específicas para establecer detalles clínicamente relevantes: *"¿Puede describir cómo le aplicaron presión en el cuello?", "¿Cuándo ocurrió? ¿Dónde? ¿Cuánto tiempo duró? ¿Cómo terminó?".*

Es fundamental indagar sobre los signos y síntomas agudos experimentados durante el episodio: *"¿Tuvo dificultad para respirar o hablar?", "¿Sintió que iba a perder el*

conocimiento?", "¿Notó cambios en su visión?", "¿Tiene lagunas en su memoria de ese momento?", "¿Perdió el control de la vejiga o de los intestinos?".

Síntomas posteriores a la agresión: las preguntas orientadas a la evolución del cuadro permiten detectar secuelas o complicaciones: *"¿Ha notado cambios en la visión, debilidad o torpeza en brazos o piernas, mareos, episodios extraños o convulsiones, dificultad para hablar, tragar o respirar, o moretones o hinchazón en alguna parte del cuerpo?".*

4.2 Exploración física en casos de estrangulación o sofocación no fatal

Cabe señalar que gran parte de la bibliografía aborda estas manifestaciones en el contexto de la autopsia, por lo que se seleccionaron aquellos hallazgos que pueden observarse en pericias realizadas a personas con vida.

4.2.1 Signos de violencia: lucha, defensa y sujeción

En la estrangulación manual no fatal, los hallazgos físicos más característicos incluyen equimosis digitiformes y estigmas ungueales en la región cervical, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. Las equimosis digitiformes pueden reflejar la compresión ejercida por los dedos, constituyen un signo de sujeción física y pueden acompañarse de lesiones de estructuras cervicales profundas. Los estigmas ungueales se manifiestan como excoriaciones lineales o semilunares; su dirección no permite inferir la posición del agresor y, en ocasiones, pueden ser autoinfligidos durante los intentos de retirar la compresión o restablecer el flujo aéreo. También pueden observarse excoriaciones en el mentón, vinculadas a movimientos defensivos de la víctima - incluida la flexión cervical - destinados a proteger la vía aérea, así como lesiones contusas en la región cefálica, que pueden formar parte de la dinámica violenta asociada y anular la capacidad de resistencia de la víctima. [5,13,15,16,17]

4.2.2 Signos generales relacionados con la compresión cervical

Las petequias faciales (hemorragias puntiformes) son indicativas de congestión vascular secundaria a la obstrucción del retorno venoso cefálico; dado que pueden presentarse en otras situaciones que comprometen el retorno a través de la vena cava superior, como la compresión torácica, no son patognomónicas de estrangulación o sofocación. [18,19] En el estudio de Babigian et al. [18] las petequias se observaron en el 10% de los casos (54 de 541 pacientes). Su detectabilidad depende del tiempo transcurrido y de la localización: en las fases tempranas predominan a nivel conjuntival, mientras que en la región retroauricular persisten durante más tiempo. Su presencia resulta indicativa de un compromiso hemodinámico sostenido durante al menos 10 a 30 segundos, aunque no discrimina entre los distintos mecanismos compresivos (manual, por ligadura u otros). [18]

4.2.3 Signos de estrangulación a lazo

El surco de compresión en la estrangulación a lazo suele ser múltiple, ubicado a la altura del cartílago tiroides o por debajo de él, de dirección horizontal u oblicua descendente y con una longitud que habitualmente rodea todo el perímetro cervical; presenta fondo sin signos de apergaminamiento y bordes frecuentemente equimóticos, y puede acompañarse de lesiones contusas en las regiones adyacentes. [16]

La interpretación de los hallazgos debe considerar los factores que pueden enmascarar los signos habituales: la compresión a lazo puede no dejar un

surco objetivable cuando existe interposición de un elemento entre el constrictor y la piel (ropa, bufanda, ropa de cama) o cuando el material es acolchado y actúa sobre una superficie amplia; asimismo, la marca puede ser tenue o poco visible cuando intervienen la barba o prendas de vestir, se utiliza un material blando o la víctima es liberada de forma inmediata. [20]

4.2.4 Estrangulación manual

En la estrangulación manual, las equimosis y excoriaciones en el área laríngea serán más abundantes. Las contusiones cervicales pueden adoptar la forma de equimosis numulares cuando la compresión manual es completa, y las excoriaciones en el cuello pueden ser autoinfligidas cuando la víctima intenta liberarse. [2] En víctimas vivas, las marcas de estrangulación pueden consistir únicamente en un eritema transitorio. [5]

4.2.5 Signos de sofocación

En los casos de sofocación mecánica pueden observarse equimosis y excoriaciones en las mejillas y en la región peribucal, así como lesiones en los labios o en el interior de la cavidad oral, como resultado de la obstrucción directa de la boca y la nariz; en los labios pueden hallarse contusiones tanto en su cara externa como en la interna. [21] Por ello, el examen del interior de la cavidad oral resulta fundamental.

4.3 Indicadores clínicos en el examen físico de la estrangulación no fatal

En la evaluación física de la víctima deberán identificarse los siguientes indicadores de alarma clínica y médico-legal, cuya presencia requerirá priorizar la atención asistencial y valorar la necesidad de estudios complementarios, observación hospitalaria o derivación especializada:

- dificultad para tragar, hablar o respirar.
- signos neurológicos focales (debilidad, alteraciones sensitivas o disartria).
- soplo carotídeo sugestivo de lesión vascular o disección.
- signos de aumento de la presión intravascular (petequias faciales o conjuntivales, hemorragias subconjuntivales o eritema demarcado por encima del nivel de la ligadura).
- enfisema subcutáneo cervical o del tórax superior.
- antecedente de pérdida de conciencia, con o sin incontinencia esfinteriana asociada.
- equimosis cervical visible, particularmente sobre los trayectos carotídeos.
- deformidad ósea palpable o visible en el cuello.
- sangrado vaginal en pacientes embarazadas.[5,14]

5. CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES

La ENF es un evento clínicamente heterogéneo cuya principal dificultad diagnóstica radica en la discordancia entre la gravedad potencial del mecanismo y la escasez de hallazgos objetivables. La selección de signos propuesta responde a que la bibliografía clásica aborda la lesionología casi exclusivamente desde la autopsia.

Los indicadores clínicos funcionan como herramienta de estratificación del riesgo vital aun en ausencia de lesiones cutáneas. La escasa presión requerida para comprometer las estructuras vasculares y respiratorias del cuello (4 a 34 PSI), frente al daño potencial, refuerza la necesidad de que todo profesional interviniente conozca estos umbrales. [5]

Por tratarse de una revisión narrativa, no se efectuó una búsqueda sistemática ni

una evaluación crítica de la calidad de los estudios incluidos, por lo que las recomendaciones aquí propuestas deben interpretarse como orientativas.

6. COCLUSIONES

La ENF es una forma de violencia interpersonal de alta letalidad, asociada a mayor riesgo de homicidio posterior; [1] la ausencia de lesiones visibles no excluye su ocurrencia ni disminuye su gravedad, por lo que la evaluación pericial debe basarse en una anamnesis dirigida, la pesquisa activa de signos sutiles y la identificación de indicadores clínicos de riesgo vital.

La capacitación de los equipos de salud, justicia y seguridad, junto con protocolos estandarizados de evaluación, es clave para la detección temprana, la protección de las víctimas y la respuesta judicial frente a una violencia no mortal, pero de riesgo vital significativo y persistente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Glass N, Laughon K, Campbell J, Block CR, Hanson G, Sharps PW, et al. Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. The Journal of Emergency Medicine. 2008;35(3):329-335. doi:10.1016/j.jemermed.2007.02.065.

2. Jinghede Sundwall A, Caman S, Zilg B. Fatal and non-fatal strangulation in Sweden: A retrospective analysis of injury patterns and forensic implications. Forensic Science International. 2025;377:112614. doi:10.1016/j.forsciint.2025.112614.

3. Núñez Garrido M, Herrera Umanzor S. Estrangulación/sofocación no fatal en el contexto de violencia de género: Aspectos médico-legales e implicancias para la práctica clínica. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2024;24(1):162-168. doi:10.25176/rfmh.v24i1.6333.

4. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

5. White C, Stark M, Butler B. Non-fatal strangulation in physical and sexual assault [Internet]. Faculty of Forensic & Legal Medicine; 2023. Disponible en: https://fflm.ac.uk/wp-content/uploads/2023/02/Non-fatal-strangulation-in-physical-and-sexual-assault-Prof-C-White-July-2023.pdf

6. Madea B, editor. Asphyxiation, suffocation, and neck pressure deaths. 1st ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2020. doi:10.1201/9780429188947

7. Douglas H, Fitzgerald R. Strangulation, domestic violence and the legal response. Sydney Law Review. 2014;36(2):231-254. Disponible en: https://classic.austlii.edu.au/au/journals/SydLawRw/2014/11.html

8. Douglas H. Victoria's commitment to a non-fatal strangulation offence will make a difference to vulnerable women. The Conversation [Internet]. 2019 jul 3. Disponible en: https://theconversation.com/victorias-commitment-to-a-non-fatal-strangulation-offence-will-make-a-difference-to-vulnerable-women-119743

9. Queensland Sentencing Advisory Council. Sentencing spotlight on choking, suffocation or strangulation in a domestic setting [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sentencingcouncil.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/614749/sentencing-spotlight-on-choking-suffocating-or-strangulation-in-a-domestic-setting.pdf

10. R v MCW [2018] QCA 241 (Queensland Court of Appeal, Australia) [Internet]. Disponible en:

https://ndfv.jade.io/article/1080025?ref=169700#t-169700
11. Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina (RNFJA): Edición 2025 [informe estadístico en Internet]. 2026.
12. White C, Martin GP, Smailes H, Majeed-Ariss R. An analysis of non-fatal strangulation in adult males reporting rape or sexual assault between 2017 and 2024. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2025;116:102992. doi:10.1016/j.jflm.2025.102992.
13. Parekh V, Brkic A, McMinn J, Williams D, Boxx C, Bailey L, et al. Informing therapeutic care and legal process in assault cases involving non-fatal strangulation. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2025;110:102826. doi:10.1016/j.jflm.2025.102826.
14. Victoire A, De Boos J, Lynch J. 'I thought I was about to die': Management of non-fatal strangulation in general practice. Australian Journal of General Practice. 2022;51(11):871-876. doi:10.31128/AJGP-10-21-6195.
15. Amadasi A, Windgassen M. The issue of "combined homicide": A review of the literature and an explanatory case including blunt force trauma, strangulation and stab wounds. Forensic Science, Medicine and Pathology. 2026;22(1):1-9. doi:10.1007/s12024-025-01007-6.
16. Gisbert Grifo MS, Castellano Arroyo M, Luna Maldonado A, editores. Gisbert Calabuig, Villanueva Cañadas. Medicina legal y toxicología. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
17. Malta G, Puntarello M, Midiri M, D'Anna T, Zerbo S, Argo A. Forensic homicidal strangulation in women: Case series and systematic literature review. Forensic Science International: Synergy. 2025;10:100577. doi:10.1016/j.fsisyn.2025.100577.
18. Babigian J, Berti L, Oesterhelweg L, Amadasi A. Petechiae in non-fatal strangulation: Prevalence, predictors and time-dependent detectability in forensic assessment. Forensic Science International. 2026;378:112730. doi:10.1016/j.forsciint.2025.112730.
19. Senoglu M, Senoglu N, Oksuz H, Ispir G. Perthes syndrome associated with intramedullary spinal cord hemorrhage in a 4-year-old child: A case report. Cases Journal. 2008;1:17. doi:10.1186/1757-1626-1-17.
20. Sánchez Ugena F, Ibáñez Bernáldez M. Importancia del estudio de la trama del lazo en el surco de estrangulación. Boletín Galego de Medicina Legal e Forense. 2023;34:37-46. Disponible en: https://agmf.es/az/boletin34%20IMPORTANCIA%20DEL%20ESTUDIO%20DE%20LA%20TRAMA%20DEL%20LAZO%20EN%20EL%20SURCO%20DE%20ESTRANGULACION.pdf
21. Das S, Jena MK. Homicide by a combination of three different asphyxial methods. Egyptian Journal of Forensic Sciences. 2016;6(3):298-302. doi:10.1016/j.ejfs.2015.04.001.