



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2010 - 2012

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

“COMPORTAMIENTO DE FEMICIDIOS EN NICARAGUA, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO DE 1999 AL 30 DE JUNIO 2011”.

AUTORA:

Marisol de los Ángeles McRea Quiroz MD

TUTOR:

MSc. Manuel de Jesús Martínez Moreira
Docente Investigador del CIES

MANAGUA, JUNIO 2012

Contenido

OPINION DEL TUTOR	i
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACION.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO REFERENCIAL	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	49
VIII. RESULTADOS	53
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	57
X. CONCLUSIONES	61
XI. RECOMENDACIONES	62
XIII. BIBLIOGRAFIA	64
Anexos.....	67

OPINION DEL TUTOR

El femicidio representa un problema grave no sólo para la Salud Pública en Nicaragua y otras partes del mundo. El femicidio son crímenes contra las mujeres que son perpetrados por hombres desde una superioridad de género. Es lamentable que hasta hoy haya existido tanta reticencia por parte de las autoridades que legislan y ejecutan las leyes relacionadas con la prevención de la violencia hacia la mujer. El Femicidio es un problema social, cultural, histórico y de género, que requiere de estudios científicos teniendo en cuenta estas diversas perspectivas, para obtener una mejor comprensión del fenómeno, que a su vez, constituye un drama para la vida humana, pues, no sólo se violentan los derechos humanos más elementales de la mujer, si no que dejan secuelas como la orfandad de niños y niñas y serios daños a la economía de la familias afectadas.

“La violencia en contra de las mujeres es un instrumento, un ejercicio de poder, que intenta someterla en diversos aspectos de su vida (pensamiento, sentimientos, actos), es un mecanismo de dominación de la sociedad patriarcal.”

La Tesis de la Doctora McRea indaga acerca de las características del femicidio en Nicaragua de acuerdo a los resultados de autopsias médico legales, realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Managua, Nicaragua, en el periodo de 01 de Enero de 1999 al 30 de Junio 2011, para lo cual tomó a 159 afectadas, y se revisaron los expedientes médicos legales y los resultados de las autopsias médico legales, realizadas en el Instituto de Medicina Legal.

Este trabajo de Tesis de la Doctora McRea, representa un aporte al conocimiento de este problema de Salud Pública en Nicaragua. Los hallazgos indican que en la mayoría de los casos de femicidio estudiado, las mujeres afectadas eran mujeres jóvenes entre los 18 y los 30 años, de agresor desconocido.

MSc. Manuel de Jesús Martínez Moraga.

Tutor de Tesis

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, por haberme dado la oportunidad y la sabiduría de poder haber finalizado el presente estudio sobre “femicidio” que considere muy importante realizarlo para la sociedad en su conjunto, así como a los tomadores de decisión para conocer la realidad existente del fenómeno que se vive en el mundo, en donde Nicaragua no está exenta de esta problemática.

Agradecer al Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua, así como a todos mis colegas Peritos Forense del Departamento de Patología Forense, por haberme brindado todo el apoyo incondicional y haber logrado cumplir con los objetivos y metas propuestas en el presente estudio realizado.

También agradezco a mi tutor Lic. Manuel Martínez Moreira. Docente Investigador y demás docentes del CIES UNAN - MANAGUA, quienes con sus aportes contribuyeron a mejor la calidad y objetividad del presente estudio.

Mi agradecimiento a mi Maestro y amigo Dr. Néstor Membreño Arguello y a la Dra. Haydee González Morales, quienes estuvieron hombro a hombro en todo el proceso y culminación de dicho estudio.

Muy especial mi agradecimiento a toda mi familia por su apoyo, comprensión y haberme transmitido la fuerza necesaria para lograr con mucho éxito la culminación del presente estudio tan valioso para toda la sociedad nicaragüense.

DEDICATORIA

El presente estudio es dedicado a todas las personas y familiares que han sido víctima de este fenómeno; quienes han pasado por un sufrimiento incalculable por la pérdida de un ser tan querido.

A todas las mujeres vulnerables de la sociedad, que tienen riesgo de sufrir y ser víctimas de estos asesinatos.

También a los tomadores de decisión, con el propósito de crear conciencia sobre esta problemática, y buscar entre todos los actores de la sociedad alternativas de prevención y disminución de la violencia, la que tiene como máxima expresión el femicidio en nuestro país Nicaragua.

RESUMEN

Desde el punto de vista médico legal, este es el primer estudio de femicidio, realizado en el Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua. Es un estudio de tipo descriptivo; de corte transversal, el cual se realizó, mediante el análisis de los expedientes médicos legales, como resultados de las autopsias, atendidos en el período comprendido del 01 de enero de 1999 al 30 de junio 2011. El universo lo constituyeron 213 casos de homicidios, siendo la población de estudio representada por 159 casos de femicidios, lo cual representó el 74,6% del total del universo.

Los resultados concluyeron que la población afectada fueron mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 30 años de edad, soltera, “ama de casa” o comerciantes, meseras, obreras, domesticas, habitantes de áreas predominantemente urbanas. En la gran mayoría los agresores de las víctimas resultaron ser desconocidos. Así mismo las armas de fuego, armas blancas y las manos del agresor fueron los instrumentos más utilizados. Siendo el cuello y la cabeza los sitios anatómicos mayormente afectados, seguidos de tórax. Las tres principales causas de muerte reportadas fueron heridas por arma de fuego, herida por arma blanca y estrangulamiento, es importante mencionar que en este último se encontraron signos de agresión sexual en un 3,2%. Los resultados toxicológicos realizados a las víctimas en la mayoría fueron Negativos y solamente un 20% del total reportaron ser Positivos. Así mismo las pruebas serológicas y citológicas resultaron positivas en el 14% del total de los casos.

Las recomendaciones van dirigidas al Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia y Ministerio de Salud, así como a la Comisaría de la mujer de la Policía Nacional y al Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, con el propósito de empoderar a todos los sectores involucrados, así como a la sociedad en su conjunto, sobre las diferentes formas de violencia contra las mujeres y estas comiencen a tratar el fenómeno de la violencia como un problema de seguridad y salud pública; promoviendo la realización de foros nacionales, regionales y municipales a partir del cual se construya una agenda nacional que permita a través de políticas públicas ejecutar acciones de prevención y disminución a corto y mediano plazo acerca de esta problemática

I. INTRODUCCION

En los últimos años se ha observado un creciente aumento de las muertes intencionales y violentas de mujeres que están adquiriendo características de epidemia en algunos países. Con esto se alerta de la existencia de un tipo de violencia especial: la que se ejerce de manera sistemática y específica sobre la mujer por su condición de serlo, siendo el agresor el varón el cual, por su condición masculina, se considera con autoridad para perpetrar sobre ella todo tipo de agresiones, escarnios, vejaciones, llegando incluso a provocar la muerte específica o “femicidio”.

Este problema de muertes violentas, llamó la atención del mundo por su dramática dimensión, sobre todo los hechos de femicidio ocurridos en ciudad Juárez, México, hechos que hoy también afecta a los países centroamericanos sin que hasta ahora haya desplegado una acción organizada eficiente para detener su escalada y para prevenir mayor violencia y muerte de mujeres. Si bien este tipo de muerte no es reciente, pero sí lo es su magnitud y sus efectos y a pesar de que la literatura sobre el tema se empezó a producir sobre todo en los Estados Unidos desde principios de los años 90, no es sino hasta finales de la misma década en que el problema empieza a ser evidente en la región de América Latina, específicamente en Ciudad Juárez, México, donde el femicidio presentó dimensiones insospechadas.

La Organización Mundial de la Salud, ha reconocido que la violencia es la principal causa de muerte, cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente, de los cuales un tercio de estas muertes fueron por homicidios. Lo que refleja el impacto a nivel de la salud que este fenómeno integra, en lo que está inmerso el femicidio.

Nicaragua, no se excluye de esta realidad, ya que los principales esfuerzos por dar a conocer este fenómeno han sido realizados por la “Red de Mujeres contra la Violencia” (RMCV) y diversas organizaciones sociales y Organizaciones No Gubernamentales que

la integran¹. Se tiene información del número de homicidios de mujeres, estadísticas que nos pueden orientar acerca del nivel de violencia y como ésta va incrementando progresivamente, sin embargo, aún no existe información sobre las características de los mismos, por lo que es oportuna la realización de este estudio.

Según el informe anual sobre femicidio, registrado por el Instituto de Medicina Legal, sede Managua, Nicaragua, el año 2010 finalizó con 67 mujeres asesinadas, lo que representó el 10% de las muertes homicidas.

Con el presente estudio se pretende describir el comportamiento de los femicidios en Nicaragua, según resultados de autopsia atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Managua, en el período comprendido del 01 de Enero de 1999 al 30 de Junio 2011.

II. ANTECEDENTES

En Centroamérica no se cuenta con estudios realizados acerca del tema por otras organizaciones y los datos estadísticos de la Policía Nacional y Red de Mujeres contra la violencia, reflejando que es un fenómeno que ha estado presente desde los años 90.

En el año 2006 el “Instituto Interamericano de Derechos Humanos secretaria Técnica” realizó un estudio centroamericano donde se analiza la situación de violencia y femicidio. Este concluyó que entre los años 2000 y 2006 se presentaron 269 casos y que una elevada proporción de las mujeres era ocasionada por conocidos, especialmente cónyuges, parejas o ex compañeros de vida que en un momento fueron celosos o violentos².

En Nicaragua en el año 2009, la Dra. Haydee González Morales, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Americana, realizó un estudio específico de femicidio según resultados de autopsias realizadas en el Instituto de Medicina Legal, siendo el primero y el único registrado. El cual concluyó que la población en mayor riesgo son mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 30 años de edad, soltera, “ama de casa” o comerciantes, meseras, obreras, domesticas, habitantes de áreas predominantemente urbanas. En cuanto a lo que corresponde al lugar de los hechos se concluyó que la casa de la víctima es el sitio donde con mayor frecuencia ocurrieron los hechos, los principales agresores en este estudio resultaron ser desconocidos, convivientes y amigos de la víctima.

El estudio también concluyó que el fenómeno del femicidio tiene tres formas de presentación y causas de muerte que predominaron durante todo el periodo de estudio, ellas son las muertes por arma de fuego, muertes por arma blanca y asfixia mecánica, en la cual la estrangulación manual acompañada de agresión sexual fue el tipo de asfixia que con mayor frecuencia se presentó.

Según datos estadísticos de la Comisaria de la Mujer de la Policía Nacional, anualmente se estima que entre 350 a 400 personas mueren por año³, de los cuales aproximadamente 100 casos corresponden a femicidios.

Según el informe anual de monitoreo sobre femicidio, presentado por la Red de Mujeres Contra la Violencia (RMCV), el año 2009 finalizó con 79 mujeres asesinadas un mayor incremento en relación al año 2008, que finalizó con 66 casos, sin embargo en el año 2010, los datos estadísticos reportados indican un total de 89 casos de mujeres asesinadas.

III. JUSTIFICACION

El Instituto de Medicina Legal, sede Managua, Nicaragua, en el año 2010 reportó 1838 casos de muerte de ellos 665 casos son homicidios, de los cuales 67 son mujeres asesinadas, lo que representa el 10% de las muertes homicida.

Frente a la relevancia de este fenómeno, surge la inquietud de realizar el segundo estudio de femicidio desde el punto de vista Médico Legal en la sede Managua, Nicaragua, con el propósito de analizar la problemática del femicidio y que dichos resultados generen puertas para nuevos estudios que profundicen dicha problemática y crear una mayor conciencia social, puesto que la magnitud y gravedad que presenta el femicidio en Nicaragua, cada vez en aumento, requiere que la sociedad civil no sólo conozca su significado, sino que también comprenda los múltiples factores que desencadenan estos delitos.

Mediante la identificación del perfil bio-socio-demográfico de la víctima, las circunstancias en que murió, los resultados de la autopsia, la coexistencia o no de sustancias psicoactivas durante el suceso y la causa básica de la muerte se pretende generar conocimientos nuevos y actualizados que contribuyan con la conceptualización del femicidio, como expresión aguda de la violencia contra las mujeres.

Con este estudio se pretende además dar insumos a la Policía Nacional, Ministerio de la Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia y al Instituto de Medicina Legal, para que se evalúe y se replanteen, los planes de intervención existentes en contra de esta problemática social, que incluye la seguridad y el impacto en la salud, a partir de la cual permita la elaboración de una propuesta o plan estratégico, que deberá ser presentada a los tomadores de decisión y lograr incidir para que el Estado así como todas las Organizaciones No Gubernamentales distribuyan de mejor manera los recursos que vayan en lucha de la prevención de la violencia, que como resultado fatal nos conlleva al femicidio en nuestro país. Dicha intervención deberá ser en un período inmediato, una vez dado a conocer los resultados del presente estudio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El femicidio son crímenes contra las mujeres que son perpetrados por hombres desde una superioridad de género. La fuerza masculina que se traduce en el abuso amparado por una construcción social que acepta naturalizar roles, obedece a características sexistas propias de una sociedad patriarcal, en la cual la mujer carece de valor social.

Esta problemática que afecta a nivel mundial, también afecta a nuestra sociedad nicaragüense. Es importante señalar, que el femicidio intimo como fenómeno posee una imagen estigmatizada en nuestras sociedades, puesto que, si bien se conoce como las muertes de mujeres a manos de sus parejas, estos delitos aún se interpretan como simples crímenes pasionales, simplificando la real magnitud del hecho. Caracterizando de manera más acertada cada uno de los tipos de femicidio, desde este ángulo se contribuirá a un buen plan estratégico de intervención para erradicar este problema social. Es por ello que nos planteamos las siguientes interrogantes que guiaran esta investigación:

¿Cuáles son las características del femicidio en Nicaragua de acuerdo a los resultados de autopsias médico legales, atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Managua, Nicaragua, en el periodo del 01 de Enero de 1999 al 30 de Junio 2011?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir el comportamiento de femicidios en Nicaragua, según los resultados de autopsias médico legal, atendidos en el Instituto de Medicina Legal de la seda Managua, durante el período del 01 Enero de 1999 al 30 de Junio del 2011.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio demográficas que presentan las víctimas del femicidio.
2. Determinar el grado de parentesco del agresor con la víctima.
3. Identificar los principales agentes vulnerantes, asociados a la causa de muerte.
4. Especificar desde el punto de vista médico legal, las principales causas de la muerte en el femicidio.
5. Relacionar las evidencias encontradas en la escena del crimen con los hallazgos de autopsia médico-legal.

VI. MARCO REFERENCIAL

Concepto de Femicidio

En términos generales, el femicidio puede ser definido como la muerte violenta de mujeres, por el hecho de ser mujer. Este constituye la mayor violación a los derechos de las mujeres y el más grave delito de violencia contra la misma⁴.

El concepto de femicidio, fue utilizado por primera vez en inglés por Diana Russell en 1974⁵ ante el tribunal internacional sobre Crímenes contra las Mujeres, realizado en Bruselas, para denominar el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres.

En el año 1992, Jill Radford y Diana Russell plantearon que el femicidio está en el extremo final del “continuum” del terror contra las mujeres, el cual incluye una gran variedad de abusos verbales y físicos, como la violación, la tortura, la esclavitud sexual, el incesto y el abuso sexual infantil, la agresión psicológica, el hostigamiento sexual, la mutilación genital, etc. Incluyendo así el desequilibrio de poder entre los sexos en las esferas económicas, políticas y sociales.

En Costa Rica, las autoras Ana Carcedo y Montserrat Sagot, entienden por femicidio “el asesinato de mujeres por razones asociadas con su género, el femicidio es la forma más extrema de violencia de género, entendida esta como la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres en su deseo de obtener poder, dominación o control. Incluye los asesinatos producidos por la violencia intrafamiliar y la violencia sexual”⁶ con esto las autoras amplían el concepto de femicidio para incluir otras muertes de mujeres, como aquellas ocurridas por misoginia y las relacionadas con redes de tráfico, maras o pandillas. Desde esa perspectiva, la violación, el incesto, el abuso físico y emocional. El acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización, etc., son todas expresiones distintas de opresión de las mujeres y no fenómenos inconexos. En el momento en que cualquiera de estas formas de violencia resulta en la muerte de la mujer, esta se convierte en femicidio.

La autora mexicana Marcela Lagarde, constituyó el concepto de “femicidio”, pues considera que “en castellano femicidio es una voz homologa a homicidio y solo significa asesinato de mujeres”. Según dicha autora, Russell y Radford definen el femicidio como “crimen de odio contra las mujeres, como el conjunto de formas de violencia que, en ocasiones, concluye en asesinatos e incluso en suicidios de mujeres” por lo que en su concepto, será insuficiente utilizar femicidio para denominar estos homicidios que incluyen el elemento de odio contra las mujeres.

La explicación de femicidio, agrega Lagarde⁷ “se encuentra en el dominio de género; caracterizado tanto por la supremacía masculina como por la opresión, discriminación, explotación y sobre todo, exclusión social de niñas y mujeres. Todo ello, legitimado por una persecución social desvalorizadora, hostil y degradante de las mujeres. Es decir, la violencia está presente de formas diversas a lo largo de la vida de las mujeres antes del homicidio. Después de perpetrado el homicidio, continua como violencia institucional a través de la impunidad que caracteriza casos particulares como el de México, por la sujeción de asesinatos de niñas y mujeres a lo largo del tipo”.

En Guatemala, el Centro de Acción Legal de los Derechos Humanos (CALDH), realizó un estudio sobre el tema y planteó que “el femicidio engloba al femicidio, ya que, en sentido estricto este segundo término se refiere, únicamente, a los casos de muertes violentas de mujeres, teniendo el primero un carácter más genérico y amplio ya que abarca otro tipos de violencia en contra de las mujeres, que no necesariamente terminan siempre en muerte”.

Sin embargo, instituciones como Amnistía Internacional, establece que “las organizaciones de mujeres y otros grupos utilizan los términos “femicidio” y más frecuentemente “femicidio” para poner de relieve la motivación de género, es decir, el hecho de que se mate a las mujeres por ser mujeres. También se utilizan estos términos para recoger los aspectos sociales y el trasfondo político de los homicidios de mujeres”⁸.

Aunque no hay un acuerdo sobre el uso de las palabras y son conceptos todavía en construcción, en Nicaragua muchas mujeres organizadas utilizan ambos términos de femicidio y feminicidio, aunque no hayan sido reconocidos legalmente en nuestro país⁹.

Tipología del Femicidio

El femicidio incluye los homicidios de mujeres ocurridos como producto de la violencia de género. Se incluyen aquí tanto las muertes perpetradas por sus maridos o ex maridos, compañeros o ex compañeros, en una relación de pareja, incluyendo el noviazgo, así como aquellos perpetrados por terceros y/o desconocidos, pero en el contexto de la violencia de género contra las mujeres.

Además, se ha demostrado que no existe un solo tipo de femicidio. Este se expresa de muy diversas maneras, configurando diversos tipos. Se habla entonces de femicidio íntimo, de femicidio no íntimo y de femicidio por conexión.

- a) Se entiende por femicidio íntimo aquellos asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima tenía o tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia, o afines a esta.
- b) Por femicidio no íntimo se alude a los asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima no tenía relaciones íntimas, familiares, de convivencia, o afines a esta. Frecuentemente, el femicidio no íntimo involucra el ataque sexual de la víctima.
- c) Además del femicidio íntimo y el no íntimo, existe una tercera categoría para clasificar las muertes por femicidio; los femicidios por conexión. Con esta categoría se hace referencia a las mujeres que fueron asesinadas “en la línea de fuego” de un hombre tratando de matar a una mujer. Este es el caso de mujeres parientes, niñas u otras mujeres que trataron de intervenir o que simplemente fueron atrapadas en la acción del feminicida.

La raíz del femicidio

La violencia de género contra las mujeres tiene repercusión de todo tipo en la vida personal de ellas y en toda la sociedad y puede entenderse en su concepto más general como “cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer por el hecho de ser mujer¹⁰”.

Este tipo de violencia se origina en las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, las cuales responden a un orden socialmente construido, que determina una jerarquía y un poder distintos para ambos sexos. Este orden subordina a las mujeres con respecto a los hombres, quienes ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, utilizando la violencia como manifestación de ese poder, perpetuando la desigualdad.

En los países en que se han realizado estudios sobre su prevalencia, se reportan cifras alarmantes y se establecen consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves entre las cuales se mencionan: homicidio, lesiones, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, vulnerabilidad a las enfermedades, suicidios, problemas de salud mental, efectos en los niños derivados de haber presenciado actos de violencia, costo agregados de atención de salud y efectos sobre la productividad y el empleo¹¹.

Todas estas consecuencias se transforman en un obstáculo para el desarrollo económico, político, social y cultural de los países que la sufren, ya que al debilitar la energía de la mujer, atacando su confianza y comprometiendo su salud, se priva a las sociedades de la plena participación de las mujeres en la construcción de las democracias actuales.

Sin embargo, en el momento en que cualquiera de estas formas de violencia resulta en la muerte de la mujer, se convierten en un femicidio, el cual es considerado como la manifestación más extrema del continuum de violencia que padecen las mujeres¹².

Numerosos estudios y reportes del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como de organizaciones no gubernamentales señalan que la gravedad del femicidio se refleja no solo en términos numéricos, por el aumento de casos año con año, sino también por el grado de violencia y ensañamiento ejercido contra las víctimas.

En los Estados Unidos, un informe publicado en 1979, explicó que para el esfuerzo de mejorar la salud de la Nación, no se podía pasar por alto las consecuencias del comportamiento violento, volviendo así la prevención de esta una prioridad básica en la Comunidad Sanitaria¹³. La violencia no solamente afecta la salud de las personas que la viven sino también de quienes las rodean, fundamentalmente las hijas y los hijos. Deja secuelas profundas en la vida de las personas y requieren de una gran inversión de esfuerzos para sanar, tanto física como psicológicamente.

En la década de los ochenta, los movimientos de mujeres feministas de América Latina y del Caribe, comenzaron a desarrollar acciones para visibilizar la violencia contra las mujeres y su magnitud, así como sus efectos en la integridad física y en la salud. En la segunda mitad del siglo veinte, comienzan a nombrar esta violencia específica como reflejo de la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, con el fin de mantener y perpetuar la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino¹⁴. Es así como a partir del trabajo de las organizaciones de mujeres de la sociedad civil, se constatan y denuncian los asesinatos de mujeres como la expresión más extrema de la violencia de género.

Años más tarde de incorporada, por medio de estudios criminológicos la categoría de género en el análisis del asesinato sexual, visibilizando los factores de poder que interviene en este tipo de crímenes, se comienza a abordar el asesinato sexual como una forma particular de crimen contra las mujeres y las niñas – que incluyen tortura, mutilación, violación y asesinato – una época en que la violencia sexual contra las mujeres se vuelve icono y producto de mercado¹⁵.

Es así como este contexto de visibilización de la violencia contra la mujer, comienza a develarse. Un vivo ejemplo es la situación que viven las mujeres en Ciudad Juárez, México, donde más de trescientas han sido asesinadas desde 1993 hasta la fecha. Las muertas, en su mayoría mujeres jóvenes migrantes, trabajadoras de fábricas que operan bajo el sistema de máquina o zona franca de procesamiento de exportaciones, fueron violadas y mutiladas y sus cuerpos tirados en zanjas o en terreno baldíos sin que hasta el momento se hayan podido esclarecer los hechos ni detener los asesinatos¹⁶.

En el último año, solo en Juárez murieron más de 2 mil 600 personas en hechos de violencias asociados al narcotráfico¹⁷.

En ese mismo año 1993 en Viena, se lleva a cabo la Conferencia de Derechos Humanos la cual constituyó un importante avance en materia de derechos humanos al reconocer la violencia contra las mujeres, tanto en la vida pública como privada, como una grave violación a sus derechos¹⁸.

Los datos de la Comisaría de la Mujer también indican que en Nicaragua la violencia intrafamiliar se ha incrementado en los últimos años. Entre enero y septiembre 2008, estas instancias atendieron 67 mil 371 denuncias. Un año después, en el mismo período, se registraron 99 mil 291. Un aumento de casi 32 mil casos. Igual o más impactante es el hecho que una de cada tres mujeres de Nicaragua, casada o en unión de hecho estable, ha sufrido violencia física o sexual en su vida¹⁹.

En el año 2007, de las 18,748 lesiones registradas a nivel nacional, el 24% fueron por violencia intra familiar y el 19.9% por amenazas. En ese mismo año se atendieron aproximadamente 25,459 denuncias por violencia intra familiar. Managua es el municipio con el mayor índice de violencia, el 56% de las denuncias provenían de dicho municipio, el 7.8% de Carazo y solo el 5.4% de Granada²⁰.

Según estos mismo datos, los días de mayor ocurrencia de violencia intra familiar y sexual fueron los domingos con el 17%, lunes con el 16% y sábados con el 15%.

La violencia contra las mujeres, sin embargo, no conoce de edad, nivel académico ni posición social. Simplemente que los status sociales altos, no denuncian, por razones de apariencias y asuntos económicos. En ocasiones el agresor, somete a la mujer a un aislamiento social progresivo, castigo intimidación, coerción económica y muchas veces concluye con el asesinato.

El femicidio se caracteriza por presentar un antecedente de violencia familiar o violencia entre pareja. Prevenimos el femicidio, previniendo la violencia, así como la salud pública ha logrado prevenir y disminuir complicaciones relacionadas con ciertas enfermedades, es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea las dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

Cuando una mujer muere a causa de violencia, no solamente se trata de la perdida de una vida, con todo lo que eso significa para el desarrollo de su familia, sino también que afecta el desarrollo del país. Por eso, todas las personas y los Estados deben intervenir para erradicar este delito.

Según las estadísticas de la Policía Nacional en Nicaragua en el año 2008, las mujeres fueron víctimas de 50 mil 462 delitos, además se reconoció que de cada diez casos de agresiones reportadas solo dos resultan en denuncias formales ante la Comisaria de la Mujer. Demostrando que pese a ser el principal problema de seguridad ciudadana, es el que menos se denuncia y el que más casos de impunidad refleja.

Así poco a poco, el femicidio, se está posicionando como una categoría de análisis que conduce a evidenciar la especificidad de los asesinatos a las mujeres por razones de género.

Según informe de la OMS, el 70% de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad que son víctimas de asesinatos mueren a manos de su compañero²¹ y América Latina es la segunda Región con los índices más altos de muerte de mujeres por violencia – tanto en el ámbito rural como en el urbano – mientras que alrededor de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados²².

A nivel Centroamericano, Guatemala es el segundo país con el mayor índice de muertes por femicidio, después de Ciudad Juárez, México. Según estudios realizados en ese país por Amnistía Internacional y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la violencia en general se ha agravado. De acuerdo con las estadísticas de la Policía, en 2005 se produjeron 5,338 muertes violentas, la cifra más alta desde el final del conflicto armado interno que asoló el país entre 1960-1996 y muy superior a la del 2004, que fue de 4,346²³. Este estudio señala que la mayor parte de las mujeres asesinadas se ubican en los rangos de edad comprendidos entre 16 y los 30 años y que la población más vulnerable son amas de casa, estudiantes y comerciantes. Según Amnistía Internacional este fenómeno tiene origen en valores históricos y culturales que han mantenido la subordinación de las mujeres y que fueron evidentes durante el conflicto armado interno, el cual se prolongó por 36 años.

El Salvador, es el otro país con altas cifras de femicidio, contando con 1320 muertes violentas durante el período de 2001–2005²⁴. Entre las mujeres víctimas de homicidios en los últimos años se encontraron estudiantes, ama de casa, profesionales, empleadas domésticas, miembros o ex-miembros de maras y trabajadoras del sexo²⁵.

En un estudio realizado en el 2004, por la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (DIGNAS), afirma que mediante un seguimiento realizado a 134 casos de asesinatos concluyeron que el 66% de los casos los agresores fueron parientes masculinos; padre, padrastro, pareja, tío, hermano, nieto, hijo, abuelo, yerno, sobrino y

únicamente el 13% de los casos pudo comprobarse la responsabilidad de la muerte de la mujer a pandilleros o maras.

En Ciudad Juárez, se realizó un estudio en el período de 1993 – 2001, el cual se enfocó en las características de los hechos como el lugar donde fue encontrada la víctima y si el reporte forense indicaba violación o no, también tomaron en cuenta la desnudez del cuerpo, la forma en que se deja el cadáver y las diferentes torturas o mutilaciones a las que fue sometido²⁶. Este concluyó que Ciudad Juárez posee ciertas peculiaridades que no se encuentran en otras ciudades, la extrema violencia con que los cuerpos fueron encontrados, que visibiliza la misoginia en la sociedad, relacionado a una alta actividad migratoria y del negocio de los carteles de drogas. En calidad de ciudad fronteriza, Ciudad Juárez se ha caracterizado por el aumento del delito; crimen organizado, narcotráfico, incremento de la actividad de bandas delictivas y presencia de armas de fuego²⁷.

Este estudio contabilizó 110 víctimas de femicidio, a partir de una segunda fuente secundaria que eran los medios de comunicación escritos, de los 110 casos los crímenes sexuales suman 21. En cuanto al lugar de origen de la víctima el 355 permanecieron sin identificación; del 40% se desconoció su procedencia y el restante 24.55% provenían de ciudades vecinas a Ciudad Juárez. En relación a las edades de las víctimas, el grupo con el porcentaje más alto de 72.7% tenían edades entre 11 y 22 años. En cuanto a su ocupación los grupos con mayor cifra eran maquiladoras y aquellas cuya ocupación fue desconocida, seguida de estudiantes, empleadas, domésticas y amas de casas.

En Puerto Rico se realizó un estudio estadístico en el año 2004, en donde sucedieron 31 asesinatos de mujeres, víctimas de violencia doméstica. Desde el 2000 hasta el 2004, los homicidios a mujeres dentro de sus hogares creció en un 34.8%. El 44% de las víctimas oscilan entre 20 y 34 años de edad. El 32.3% de los agresores era cónyuge de la víctima y el 25.8% era pareja de la víctima²⁸.

En Chile entre el año 2001 y 2002, en la región Metropolitana de Santiago se han reportado 84 casos de femicidio, los autores de estos crímenes fueron parejas o ex pareja sentimentales de las víctimas y familiares. También se han presentado casos de mujeres en prostitución asesinadas por sus clientes²⁹.

En Perú el fenómeno también está presente, según el estudio realizado entre el año 2003 y 2005 los registros concluyen que hubo 265 casos de femicidio. El 58% de las víctimas se encontraban entre 17 y 34 años, el 17.5% tenía entre 35 y 52 años, mientras que un 10% presentó entre 53 y 70 años de edad. En relación al agresor, para los años 2003 -2005, el 70%, 68%, y el 56% correspondían a los esposos, parejas sentimentales o convivientes de la víctima. En totalidad de los casos, el promedio de mujeres que conocían a su agresor asciende al 88%. El estudio concluyó que la gran mayoría de crímenes fueron realizados por personas cercanas al entorno social, familiar, afectivo de la víctima. En correspondencia al ámbito de la agresión el 52% de mujeres sufrieron la agresión en sus propias casas y un 23% en el domicilio de su agresor, el 25% fue perpetrado en hoteles u hostales. En dependencia al medio que utilizó el agresor los datos estadísticos de este estudio demostraron que el 48% de los agresores utilizan cualquier arma blanca para perpetrar su crimen, un 21% de los agresores utilizaron arma de fuego.

Marco Jurídico Referencial

La Constitución Política de Nicaragua reconoce como principios y derechos fundamentales la igualdad entre las mujeres y los hombres, así como la prohibición de la discriminación, entre varias de sus formas, por sexo y condición social.

Se adhiere a los principios del Derecho Internacional y reconoce la plena vigencia de los derechos consignados en las Declaraciones y Convenciones del Sistema Universal e Interamericano de los Derechos Humanos, que se asumen como incorporados al ordenamiento jurídico Nicaragüense.

La *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)* fue aprobada y ratificada por Nicaragua en 1981.¹⁷ A su vez, la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* fue ratificada por Nicaragua en 1995.

El derecho a la vida está también consagrado en la Constitución de Nicaragua acompañado de la prohibición de la pena de muerte.

En el Código Penal para Nicaragua (vigente desde el año de 1876), considera como delitos contra la vida y la integridad de las personas el homicidio, el asesinato, el parricidio y las lesiones.

El delito de homicidio tiene como definición de tipo penal, privar de la vida de otra persona. Por su parte, el delito de asesinato, la conducta definida es privar de la vida a alguna persona concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes: alevosía, precio o promesa remuneratoria, asfixia, incendio o veneno, premeditación conocida, ensañamiento aumentado deliberada e inhumanamente el padecimiento del ofendido, emparedamiento, flagelación u otro tormento semejante, violación del domicilio e intención de robar y cuando el ataque se efectúe con la misma intención, sea en poblado, en despoblado o en caminos.

Especificaciones Médico-Legales del femicidio

La investigación comenzará en el mismo lugar donde se encuentra el cadáver, con el estudio de la escena del crimen y recolección de todos los vestigios que puedan dar luz acerca de las circunstancias de la muerte y continuará con la práctica de la autopsia médico legal propiamente dicha.

La investigación en el escenario de la muerte o levantamiento del cadáver consiste en la búsqueda meticulosa y ordenada de signos o evidencias en el cuerpo y sus inmediaciones.

La intervención del médico forense en el escenario tiene tres objetivos:

- 1) Confirmar o descartar la muerte.
- 2) Determinar la hora de fallecimiento.
- 3) Contribuir a esclarecer la manera de la muerte: homicida, suicida, accidental, natural o indeterminada del suceso. Y la probable causa de muerte.

Para contribuir a esos objetivos, el médico forense debe proceder en el siguiente orden:

- 1) Examen externo del cuerpo.
- 2) Examen de las ropas del mismo.
- 3) Inspección del lugar y de los alrededores.
- 4) Recolección de información que posean investigadores, familiares, amigos, compañeros y vecinos de la persona fallecida³⁰.

Etimológicamente la palabra autopsia (del griego *autos*, uno mismo y *ophis* vista) significa examen con los propios ojos, comprobación personal. Es sinónimo de necropsia (*necros*, cadáver) y tanatología (*thanatos*, muerte). Es un procedimiento que se realiza sobre el cadáver con el fin de estudiar las causas de su muerte y las circunstancias en las que se produjo.

Existen dos tipos de autopsias:

- a) Autopsia Clínica o Anatómo-patológica: En ella se estudian las alteraciones que sufrieron los tejidos como consecuencia de una enfermedad.
- b) Autopsia Médico Legal o Judicial: Cuyo objeto es informar a la autoridad sobre la causa o causas que produjeron la muerte en el caso propuesto y todas las circunstancias que la rodearon, de la exclusión o no como muerte violenta y el esclarecimiento de la etiología médico legal. Siendo este tipo de autopsia una de las diligencias de mayor trascendencia entre las propias de la actividad médico forense.

A la justicia penal, le interesa especialmente la muerte en tanto tenga un origen violento o sospechoso de criminalidad. La muerte violenta, es la producida por agentes externos, traumáticos o tóxicos y la producida en situaciones extremas o medio ambientales desfavorables, tales como las muertes por hambre, sed, frío, calor o ausencia de aire respirable.

El paso previo para considerar una muerte femicida es el diagnóstico certero de que se trata de una muerte violenta de etiología médico legal homicida, no hay muerte femicida que no sea violenta, lo que se alcanza con la determinación de hallazgos que permitan la interpretación científica de que en el mecanismo de muerte ha intervenido mano ajena al propio individuo. Es importante señalar que la muerte femicida no es una etiología médico legal, es una calificación especial de una muerte de etiología médico legal homicida.

Sin embargo, la primera conclusión que se debe llegar tras la realización de la autopsia judicial, es la determinación de la etiología médico legal homicida.

La muerte sospechosa de criminalidad, son todas aquellas muertes súbitas, inesperadas, a veces de personas jóvenes, sin enfermedad alguna que pudiera hacer pensar en el fatal desenlace, sin causa alguna aparente que la pudiera justificar, de sujetos solos, en muchos casos, desconocidos. Es el carácter rápido y sorpresivo el que provoca que sean controvertidas y por tanto, se practica la autopsia con el fin de comprobar que una muerte natural o en su defecto si es muerte violenta.

La autopsia médico legal se caracteriza por:

- a) Determinar la causa de muerte.
- b) Ayudar a establecer la manera de la muerte.
- c) Colaborar en la estimación del intervalo postmortem.
- d) Ayuda a establecer la identidad del fallecido.

Es un proceso que debe ser completo y recorre las siguientes fases:

- a) Todos los hallazgos obtenidos del levantamiento del cadáver, examen técnico pericial del lugar de los hechos.
- b) Examen del cadáver y su peri mundo.
- c) Examen externo del cadáver.
- d) Apertura cadavérica por cavidades y examen de las mismas.
- e) Obtención de muestras en su caso para análisis complementarios de laboratorio.
- f) Reconstrucción del cadáver.
- g) Estudios de los resultados de laboratorio.
- h) Finaliza con la emisión del informe conclusivo médico legal entregándolo a la autoridad judicial competente con la interpretación científica del conjunto de resultados obtenidos.

En el Instituto de Medicina Legal (I.M.L.) de Managua se realizan tres variables de la autopsia legal las cuales son: Reconocimiento externo, autopsia total y autopsia parcial o de bloques. En el reconocimiento externo se reconoce al individuo con sus características, ropas (vestimenta), señales de agresión externa, etc. En la autopsia total se realiza el examen exhaustivo de todo el cadáver tanto externamente como internamente con sus debidos exámenes complementarios y en la autopsia por bloques se realiza el debido examen de sistemas orgánicos específicos como por ejemplo cerebro, corazón, pulmón, etc., sirviendo de ayuda para realizar futuras investigaciones.

Métodos y técnicas de apertura cadavérica

Los métodos de realizar una autopsia se encuentran en mayor o menor medida sistematizados a través de las diversas técnicas, que se deben seguir con el fin de no pasar nada por alto, protocolizado, pero tampoco debe ser rígido, sino adaptado a las circunstancias propias de cada caso.

Este procedimiento se fundamenta en el conocimiento de la anatomía normal y patológica de la forma y estructura de los órganos y vísceras y de las relaciones topográficas entre los sistemas y aparatos que componen el organismo.

Antes de comenzar el examen externo e interno del cadáver, el médico forense debe contar con todos los datos que hasta ese momento se hayan obtenido de las diligencias del levantamiento del cadáver y de las investigaciones policiales y judiciales realizadas.

La confirmación de una muerte violenta como femicida exige una relación minuciosa de todos los elementos que se obtiene de la investigación y estos pueden estar tanto en la escena del crimen como en el cuerpo inerte, pero sobre todo en ambos, complementándose unos datos con los otros.

Las técnicas de autopsia incluye el conjunto de procedimientos operatorios que tienen por objeto facilitar la exteriorización y examen de los órganos y tejidos que integran el organismo.

Además debe ser posible la reconstrucción del cuerpo, de modo que pueda ser devuelto a sus deudos sin lesionar sus sentimientos. Lo importante de cada técnica es utilizarla en determinación al tipo de casos.

Desde el punto de vista médico legal, toda muerte femicida debe reunir las siguientes características:

- a) Muerte violenta por determinado mecanismo lesivo en el que además se observa multitud de lesiones de diferente data o cronología, reflejo de la violencia ejercida de forma habitual y sistemática.
- b) Muerte violenta tras violación.
- c) Muerte violenta de una masacre donde el denominador común ha sido la muerte de mujeres.
- d) Muerte de una mujer dentro de una secuencia de muertes a mujeres donde el agresor o agresores, dejan alguna "firma" seña propia de identidad que las relaciona.

- e) Muerte de mujeres que inicialmente no estaban asociadas y con motivo de las investigaciones tienen referencias comunes, como edad, profesión, zona geográfica delimitada, etc.
- f) Muerte de mujeres con un mismo denominador común, mecanismo similar específico, en condiciones similares y en un espacio de tiempo determinado.
- g) Muerte de un conjunto de mujeres aunque sea en momentos cronológicos distintos pero con nexos de unión entre sí, dentro de la pertenencia a grupos violentos organizados.

Pero hay que considerar algunos casos, no pocos, en los que la investigación encontrará sus elementos aislados y será la unión de ellos lo que permita su valoración como femicida. Otras veces se tendrá la necesidad de hacer un estudio retrospectivo, cuando se han producido diferentes muertes que no se habían interrelacionado entre sí. Se han estudiado aisladas pero tienen un nexo común entre si, como un mismo ADN, un mismo mecanismo lesivo, circunstancias similares en las que se produjeron, etc.

Los mecanismos de muerte son muy variados y superponibles en la mayoría de los casos a cualquier otro tipo de muerte violenta, en este estudio se abordarán los más frecuentes y dentro de ellos las características propias que podemos encontrar del femicidio.

Mecanismos lesivos de muerte más comunes en el femicidio

Desde el punto de vista médico, se entiende por lesión, toda alteración apreciable de los caracteres anatómicos e histológicos de un tejido u órgano con la consiguiente alteración de su función, ocasionada por agentes externos o internos, y se entiende por arma blanca, todo instrumento, elemento o mecanismo, destinado a ofender o, a defenderse, cuya capacidad lesiva es mayor que la que producirían por si solas las manos.

Es de acuerdo a las características de la lesión que se llegará a la conclusión de que tipo de instrumento fue utilizado por el agresor.

Las lesiones causadas por un agente vulnerante contundente, así como por arma de fuego, arma blanca y las asfixias mecánicas implican siempre que el agresor mantuvo cercanía a la víctima.

Es importante que todo médico forense durante el examen de la autopsia posea conocimientos científicos relacionados a los diferentes tipos de lesiones que este puede encontrar en dependencia del instrumento utilizado por el agresor.

Lesiones contusas producidas por agentes vulnerante contundentes

Son lesiones producto de la acción violenta sobre el cuerpo, de elementos que tienen:

- a) Superficie impactante roma.
- b) Sin punta ni filo.
- c) Peso capaz de producir daño.

Genéricamente: se puede decir que el tipo de lesión contusa depende de:

- a) Naturaleza del instrumento.
- b) Fuerza y ángulo de impacto.
- c) Movilidad del cuerpo.
- d) Área corporal contundida.
- e) Físico de la víctima.

Clasificación de las lesiones contusas

Según sus características morfológicas

a) Erosión

Es la pérdida de la capa epidérmica de la piel, son superficiales, características de lesiones leves.

Sinonimia: Excoriación, abrasión, rozadura, rasguño, arañazo.

Evolución: Como costra rojiza pardusca y desecación de 4 a 7 días.

b) Equimosis

Es la extravasación de sangre a los tejidos por acción contundente, o ruptura de capilares del tejido celular subcutáneo. La coloración de la piel en la equimosis está dada por el infiltrado hemático, el cual cambia de acuerdo a la evolución de la lesión.

En los tres primeros días es de color negrozco. Del cuarto al sexto día es azulosa, de los ocho a los 12 días es verde y de los trece al vigésimo primer día es amarilla, para después desaparecer.

Este tipo de lesiones se producen por golpes directos como puede ser un golpe en riña en la región palpebral (ojo morado), o el impacto de la cabeza contra el parabrisas en un accidente automovilístico, por caídas, etc.

Este tipo de lesión se clasifica regularmente de acuerdo al artículo 289 del Código Procesal Penal de Nicaragua, siempre y cuando no se acompañe de otra más grave como puede ser el traumatismo craneoencefálico, ya que automáticamente cambia el enfoque de la evaluación médico legal.

c) Hematoma

El hematoma se define como un tumor de sangre, producto de la ruptura de medianos o grandes vasos, su evaluación médico legal dependerá de su extensión y localización. Ya que si son superficiales y sin consecuencia es una clasificación, pero si son profundos pueden comprimir estructuras vitales o el riego sanguíneo, poniendo el peligro la vida del paciente. Este tipo de lesiones se encuentran contempladas en el artículo 293 del Código Procesal Penal de Nicaragua y establece que ponen en peligro la vida.

d) Edema (Derrame linfático)

Ocurre por acción tangencial del agente contundente con desprendimiento de la aponeurosis subyacente, fluctúa, pero no crepitan.

e) Traumatismo

Es la alteración o daño, especialmente anatómico, que se presenta cuando sobre el individuo se ha hecho actuar la violencia u otro agente nocivo.

f) Fractura cerrada

Ruptura o solución de continuidad de un elemento óseo, por mecanismo de golpe, aplastamiento, hiperincurvacion, etc.

Según su compromiso corporal

- a) Compromiso tegumentario.
- b) Partes del cuerpo afectadas.

Según la severidad del compromiso corporal

- a) De 1er. grado: Erosión, equimosis.
- b) De 2do.grado: Hematoma.
- c) De 3er.grado: Desgarro.
- d) De 4to.grado: Fractura, atrición.

Lesiones por arma blanca

Toda arma blanca se considera un instrumento lesivo manejado manualmente, que atacan la superficie corporal por su filo o filos, su punta o ambos a la vez. El diagnóstico de herida por arma blanca es de juicio valorativo de los caracteres que presentan la herida, a lo que deben unirse los derivados del lugar de los hechos.

Se clasifican en:

- a) Arma punzante: De forma alargada, circular o elíptica, diámetro variable, con una punta aguda, de cuerpo cilíndrico-cónicos alargados de punta afilada. Como son los alfileres, agujas, punteros, flechas, lanzas, punzones, etc.

- b) Armas incisivas: Poseen una hoja de escaso espesor y sección triangular que actúa solo por el filo, como con las láminas delgadas de metal o trozos de vidrios, cuchillos, navajas, bisturís, etc.
- c) Armas inciso-punzantes: Estos instrumentos poseen una lámina más o menos estrecha terminada en punta y recorrida por una, dos o más aristas afiladas y cortantes, denominándolas según su número en mono cortantes, bi cortantes y pluri cortantes. Dentro de este tipo de armas tenemos las navajas, los cuchillos de punta, los puñales, etc.
- d) Armas inciso-contundente: Son provistos de una hoja con filo y un peso considerable, por lo que su efecto cortante se añade el propio de una gran fuerza viva. Dentro de este tipo tenemos los sables, los cuchillos pesados, azadones y las hachas.

Heridas por armas punzantes

Sus heridas suelen tener un orificio de entrada y uno de salida. El orificio de entrada posee una zona contusa, halo contusivo causado por el impacto del mango con la piel. Si el instrumento es muy fino, el orificio queda reducido a un punto rojizo, si el instrumento es más grueso, el orificio es similar a un ojal, estas características brindarán una buena parte del diagnóstico del tipo de instrumento utilizado. El orificio de salida es más irregular, pues la piel se va perforando de adentro hacia afuera, dando lugar a una especie de estallido, con lo que se produce fisuras y roturas atípicas.

Heridas por armas incisivas

Estas heridas suelen ser de tres tipos: lineales, en colgajo y mutilantes. El degüello, cuyo estudio adquiere un extraordinario interés en caso de femicidio, tiene una disposición preferentemente en la cara anterior del cuello ya sea derecha o izquierda.

a) Lineales

Producidas por los instrumentos que penetran perpendicularmente a la piel a medida que secciona tejidos y estos van perdiendo su elasticidad. La herida tiende a abrirse en

forma de paréntesis y a veces, dan lugar a la formación de dos paredes que confluyen hacia abajo, dibujando una sección triangular de vértice inferior.

Hay situaciones en las que los extremos de estas heridas pueden ser similares a un arañazo superficial que no siempre tiene la misma dirección que el resto de la incisión, a estas características se le denomina “colas”. Hay una cola de ataque que es la iniciación del corte y una terminal. En situaciones en las que la cola de ataque está ausente, el inicio de la herida se le denomina cabeza de ataque.

En todo caso, la cola más larga suele ser la terminal, al ir perdiendo contacto el instrumento con los planos cutáneos, esto nos sirve para indicar el sentido en que fue producido el corte.

b) En colgajo

En este tipo de herida el instrumento ha penetrado la piel en sentido oblicuo, dejando uno de sus bordes en bisel obtuso, mientras que el otro, resulta una lámina o colgajo de sección triangular con el borde libre, largo o corto, grueso o delgado, dependiendo de la longitud del arma, oblicuidad del corte y de su profundidad.

c) Mutilantes

Estas heridas son producidas cuando el instrumento ataca una parte saliendo del cuerpo (la oreja, extremidad de los dedos, la punta de la nariz, el pezón mamario) dando lugar a su separación completa. Su morfología es diferente, lo que nos puede llevar a un error al pensar que ha sido producida por un arma distinta.

Heridas incisas atípicas

Estas incluyen las heridas rozaduras o erosiones, las heridas en puente o “zigzag”, o las heridas irregulares. Las primeras se forman cuando el instrumento no hace más que rozar tangencialmente la superficie cutánea, desprendiendo parcialmente la epidermis. Las segundas suelen ocurrir en zonas de pliegues cutáneos como el abdomen prominente, párpados o escrotos, el arma actúa linealmente pero por el pliegue, una

vez entendemos la piel, se ven corte separados por un puente o una herida en “zigzag”. Las terceras son causadas por armas sin filos.

Heridas por armas inciso-punzantes

Estas lesiones poseen también un orificio de entrada y otro de salida. El orificio de entrada tiene forma de fisura, uno de sus extremos suele ser más agudo, el cual corresponde con el del lado cortante. Cuando la herida es causada por un arma mono cortante, lo característico es la presencia de un lomo, opuesto al borde cortante. Como consecuencia, uno de cuyos extremos de la herida forma ángulo agudo y el otro es casi redondeado o cuadrado. Cuando el arma es bi cortante, la herida tiene la forma de una fisura, con dos ángulos agudos. No tiene “cola” si el arma entró y salió perpendicularmente a la piel. Las heridas por las armas pluri cortantes tienen forma estrellada, pues poseen tantas puntas como bordes cortantes.

El orificio de salida puede ser o no constante, pues las armas corto-punzantes son ordinariamente más finas y agudas por la punta. Cuando las heridas son causadas por tijeras, estas poseen una morfología especial, según el modo como haya entrado el instrumento, uno de ellos puede poseer una forma de ojal si las tijeras penetraron con las dos ramas cerradas, por el contrario, cuando esta penetra con sus ramas abiertas, se producen dos heridas en forma de fisura lineal que dibujan en conjunto una “V”.

Heridas por armas inciso-contundente

Estas heridas poseen una solución de continuidad de la piel a la que se une la contusión por la acción de la masa. Se caracterizan por ser bien profundas, que no respetan las partes duras, el hueso, lo que las diferencia de las demás.

Estos tipos de armas actúan mediante un mecanismo de presión que el agresor ejerce sobre el arma, penetrando en el organismo y superando la resistencia y elasticidad de los tejidos blandos por el filo de la misma.

Lesiones por arma de fuego

Llamadas armas de fuego por el hecho de que en modelos iniciales los disparos iban acompañados de la salida de una llamarada por la boca del arma. Son instrumentos destinados a lanzar violentamente ciertos proyectiles, mediante una fuerza explosiva de gases que se desprenden al inflamarse de forma instantánea sustancias explosivas en un espacio confinado.

Estas armas están compuestas de tres partes:

- a) La culata: destinada a sujetar el arma.
- b) Mecanismo de disparo: formado por un percutor, que se acciona con un gatillo, y de extracción, en su caso, para expulsar el casquillo de la munición una vez hecho el disparo.
- c) El cañón: es un cilindro hueco, de mayor o menor longitud según el arma. Posee un cuerpo y dos orificios o bocas. La posterior es llamada boca de carga y está unida a la cámara de disparo, desde donde pasa el proyectil al cañón en el momento de la deflagración de la carga. El orificio anterior libre, se llama también boca de fuego, por ser donde sale el proyectil al exterior en el momento del disparo. La superficie interna del cañón puede ser lisa o estriada por unas crestas curvilíneas que recorren toda su longitud en sentido helicoidal; estas estrías imprimen al proyectil un movimiento de rotación que mantiene su trayectoria y le da una mayor fuerza de penetración.

A diferencia de las heridas por arma blanca, las heridas por arma de fuego tienen ciertas características que las diferencian, pues dependiendo de la distancia sobre la cual el proyectil es disparado se encontrarán rasgos ya sea en la ropa, piel, vísceras o el plano óseo.

Plano ropa

Es la fase inicial. En este plano es importante valorar la rotura de la ropa con el de los orificios, de manera que hay que ser muy meticuloso al manipular el cadáver, pues las

balas y su disposición hacia la ropa, al igual que los vestigios de sangre, nos orientarán la posición de la víctima en el momento del impacto.

Las ropas deberán ser sometidas a estudios complementarios, pues dependiendo de la distancia en la cual se disparará el proyectil, se tendrán vestigios a analizar.

Plano cutáneo

En el plano cutáneo es importante definir el orificio de entrada y el orificio de salida. El orificio de entrada suele ser redondo u oval, de acuerdo al tipo de proyectil, es posible que se obtenga desde un orificio de entrada por cada disparo, hasta varios orificios si la bala se fragmenta antes de alcanzar el blanco. El diámetro suele ser variable.

La cintilla erosiva – excoriativa, es muy estrecha, apergaminada en el cadáver, de color más o menos oscuro, constituye un elemento característico del orificio de entrada, con forma circular cuando el disparo es perpendicular o de forma ovalada si el disparo fue en dirección oblicua.

Esta cintilla erosiva está formada por la contusión de la piel, por la bala, en el choque, la erosión originada por la distensión de la piel antes de perforarse y que produce verdaderas roturas de las fibras cutáneas y la frotación del proyectil sobre la piel deprimida en dedo de guante.

Aparece también un anillo de enjugamiento o de limpiamiento, en la parte interna del orificio y junto a la cintilla de contusión y se produce al limpiarse la bala de la suciedad que pudiera llevar, a su paso por el orificio. Estos dos últimos elementos que podemos encontrar en el orificio de entrada constituyen lo que se denomina el “anillo de Fish”.

Es importante mencionar que todos los elementos que acabamos de describir, orificio de entrada, en el plano cutáneo o piel, son elementos constantes, es decir, se van a dar

en todos los disparos por proyectil de arma de fuego, independiente de la distancia a la que se dispare.

A larga distancia, solo aparecen los elementos constantes. Si nos vamos acercando, aparecen otros hallazgos. A corta distancia además de los elementos constantes, tendremos el tatuaje o toráceo. El tatuaje consiste en las formaciones resultantes del disparo que se dibujan alrededor del orificio de entrada, producidas por las incrustaciones de pólvora.

Poseen una disposición concéntrica al orificio de entrada en los disparos perpendiculares a la piel, mientras que en los disparos oblicuos adopta una forma oval. Su coloración varía con el tipo de pólvora, desde negruzca hasta grisácea amarillenta o grisácea verdosa. Pueden ser resistentes al lavado, pues se incrustan en los estratos cutáneos.

También podemos encontrar signos de quemadura o el depósito negro de humo, los cuales nos orientan a que el disparo se ha producido a quemarropa o semi contacto. La quemadura se produce por acción de los residuos sólidos de la explosión que se hace incandescente. Son quemaduras de primer o segundo grado. Pueden ser concéntricas o excéntricas, según si el disparo fue perpendicular u oblicuo.

Se suele unir a la quemadura el depósito negro de humo, que puede fácilmente desaparecer con el lavado suave con agua. Otra característica es la herida en boca de mina, la cual surge cuando el disparo se ha hecho en íntimo contacto con el blanco, son los gases que al penetrar refluyen al encontrar un obstáculo óseo, originando un extenso estallido de la piel. Generalmente se produce cuando hay hueso debajo de la piel y sobre todo hueso plano como en la cabeza.

Estos disparos nos indican un disparo a cañón tocante, o llamado también boca de jarro, en el que están presentes los elementos constantes, el tatuaje, las quemaduras y

negro de humo más el efecto descrito de la onda explosiva constituyendo todo ello la denominada boca de mina o cuarto de mina.

El signo de Puppe – Wergartner, es una zona rojiza, eritematosa e incluso excoriada que se produce por el contacto del cañón con la piel. Al estar caliente el cañón por el disparo y este en contacto con la piel, deja su impronta, su huella, su forma más o menos claramente marcada en la piel. Este signo solo se produce cuando el disparo es a cañón tocante.

Durante el examen externo del cadáver es posible que encontremos heridas por proyectil de arma de fuego de características atípicas, como por ejemplo, simples contusiones ya sea porque la bala muerta no llegó a perforar o el proyectil chocó con obstáculos como medallas, carteras, antes de alcanzar a la víctima. Otra herida atípica son los surcos producidos por balas que alcanzan el cuerpo tangencialmente.

En orificio de salida en cambio, depende tan solo en su producción del paso del proyectil (de dentro a fuera) y no intervienen los demás elementos del disparo, carece de cintilla de contusión, de tatuaje, etc. Sus bordes suelen ser evertidos, cuando existen, pues en ciertas situaciones el proyectil permanece en los tejidos.

Plano visceral

Los hallazgos estarán en función de los órganos que afecte el proyectil, sin embargo, en este plano encontraremos el anillo hemorrágico, compuesto por el orificio que deja la bala en la víscera y por un infiltrado hemorrágico alrededor del mismo, aunque en algunos casos, como es el corazón, la bala lo atraviesa tangencialmente dando lugar a una lesión en forma de canal y para establecer la trayectoria de dicho canal es importante que asociemos los hallazgos en el plano visceral con el plano cutáneo.

El calibre del trayecto no suele ser uniforme, sino que se ensancha debido a las deformaciones sufridas por el proyectil y sobre todo a consecuencia de las esquirlas

óseas y cuerpos extraños que la bala moviliza y arrastra a su paso. De manera que podremos distinguir dos trayectos unos rectilíneos y otros trayectos con desviación por choque, sobre todo con huesos.

En situaciones en las que no encontramos el orificio de salida, los rayos X son un método auxiliar para facilitar la localización de la bala, aun en ausencia de este método auxiliar el perito médico no debe cejar en sus esfuerzos hasta encontrar el proyectil.

Plano óseo

La destrucción del hueso por la bala, va a ser irregular en el caso de huesos largos como fémur, humero, cubito, radio, tibia o peroné, dando lugar a fracturas parciales o totales del hueso. Sin embargo, en huesos planos y especialmente en el cráneo podemos observar algunos hallazgos característicos.

El cráneo está compuesto de dos tablas o diploides, el externo y el interno. En la externa encontraremos el signo embudo, que consiste en un orificio de entrada más o menos circular con un diámetro menor que la localizada en la tabla interna y el orificio de salida que poseerá un diámetro menor en la tabla externa que la interna.

Se encontrará por lo general una línea de fractura irregular, alargada en el orificio de entrada como consecuencia de la presión que va a transmitir el proyectil al interior del cráneo en el momento de su entrada. El orificio de salida a nivel craneal; se podrán observar a veces pequeñas líneas de fractura consecuencia de la rotura del hueso de dentro a fuera.

Mención aparte merecen las características de los orificios y trayecto causado por proyectiles múltiples o perdigones. A corta distancia los perdigones se encuentran reunidos formando bala, uniendo su efecto al de los gases de la pólvora para causar trastornos enormes y absolutamente característicos: atrición de las partes blandas, abertura del cráneo, etc. Además junto a los elementos del disparo suelen entrar en el

cuerpo el llamado taco o borra, elemento generalmente de plástico que separa en el cartucho la zona de pólvora de los perdigones.

A mayor distancia, los perdigones se separan y actúan cada uno de ellos aisladamente, repartiéndose por una superficie tanto mayor cuanto más lejos se hizo el disparo. Al actuar cada perdigón como un proyectil independiente, las lesiones ocupan una superficie mucho más extensa, si bien cada una de ellas, por separado, tiene mayor energía cinética y con ello, menor fuerza de penetración. Dada la pequeña masa de cada proyectil, los perdigones suelen ser de escasa longitud y el orificio de salida falta la mayor parte de las veces.

Lesiones por asfixia mecánica

Se definen como aquellas situaciones de anoxia anóxica, (falta o escasez de oxígeno en la sangre) capaz de producir la muerte de la persona y que están causadas por respirar en una atmosfera pobre en oxígeno, como ocurre en situaciones de confinamiento, o bien es consecuencia de la existencia de un impedimento físico que interrumpe el flujo del aire a través de las vías respiratorias, como cuando hay contricción del cuello (ahorcadura o estrangulación) o por sofocación (taponamiento de los orificios respiratorios, compresión tóraco-abdominal, sumersión).

Antes de comenzar a explicar los hallazgos en cada tipo de asfixia mecánica es importante mencionar que hay un cuadro general asfíctico que se caracteriza por cianosis en labio, uñas, congestión visceral generalizada, punteado hemorrágico más frecuentemente visible en la conjuntiva de los ojos y sangre oscura y fluida.

Ahorcadura

Consecuencia de la contricción del cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo, sobre el cual hace tracción el período peso del cuerpo.

Existen tres modalidades etiológicas:

- a) Homicida
- b) Suicida
- c) Accidental

Es la ahorcadura homicida la que expresa concretamente el contexto del femicidio, tiene lugar cuando existe una gran desproporción de fuerza entre agresor y víctima, víctimas infantiles, también se puede dar cuando se encuentra la persona privada de conciencia, por traumatismo previo o uso de tóxicos, o se trata de una agresión en grupo, de un linchamiento y suspensión.

Toda muerte por ahorcadura tiende a presumirse como suicida, lo que es un grave error. Siempre es preciso confirmar la causa de muerte, pues puede tratarse de una muerte femicida por cualquier otro mecanismo y posteriormente ahorcar el cadáver con el fin de simular un ahorcamiento suicida.

Se clasifican de la siguiente manera:

Según la posición del cuerpo

- a) Ahorcadura completa: es aquella que el cuerpo de la víctima está totalmente suspendido en el aire, sin ninguna zona de apoyo.
- b) Ahorcadura incompleta: en este tipo existe cierto tipo de contacto en un punto de apoyo.

Según la posición del nudo

- a) Ahorcadura simétrica: cuando el nudo se encuentra en línea media del cuerpo.
- b) Ahorcadura asimétrica: situación en la que el nudo se encuentra en cualquier otra posición, excepto la línea media.
- c) Ahorcadura típica: es exclusiva a aquella en la que el nudo está situado en la línea media de la parte posterior del cuello.

d) Ahorcadura atípica: corresponde a la situación del nudo en cualquier otra posición.

Según la consistencia del nudo

- a) Blandos
- b) Rígidos

En el examen externo la lesión fundamental a nivel del cuello, es el surco, que forma una depresión longitudinal que rodea aquel llamada “dibujo de la trama del lazo” apergaminado o también encontramos una fina capa rojiza en ambos lados del surco.

El surco en estos casos es encontrado en una dirección oblicua ascendente hacia el nudo, puede llegar a tener una profundidad variable, su continuidad puede estar interrumpida. El número de nudos puede ser variable, desde uno solo hasta múltiples. Por lo general, se encontrará por arriba del cartílago tiroideos.

El rostro puede estar o no congestionado, esto dependerá del compromiso vascular, en casos de ahorcadura asimétrica e incompleta en la que la sangre de las arterias carótidas disminuye su flujo hacia las arterias vertebrales, el rostro se puede encontrar con un aspecto congestivo, cuando la ahorcadura es completa y simétrica en la que tanto la circulación venosa como arterial se obstruyen, el rostro se torna pálido.

La lengua puede encontrarse protruida, los ojos en exorbitismo y la cabeza inclinada hacia el lado contrario al que se encuentra el nudo. En casos de suspensión completa, encontraremos livideces cadavéricas que se sitúan en las porciones distales de las extremidades.

En el examen interno, se hace una cuidadosa disección del cuello, tras la autopsia craneal y torácica, lo que facilita el drenaje de los vasos cervicales y minimiza la aparición de falsas infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas.

Encontraremos las siguientes lesiones en el examen interno:

- a) Línea argentina: condensación del tejido celular subcutáneo.
- b) Signo de Martin: infiltraciones hemorrágicas en músculos y adventicia de los vasos.
- c) Signo de Amussat: desgarros de la capa interna de las arterias carótidas.
- d) Signo de Otto: desgarros de la capa interna de las yugulares internas.
- e) Fracturas de las astas mayores del hueso hioides y de las superiores del cartílago tiroideos.

A los signos anteriores hay que sumar el cuadro general e inespecífico de las asfixias, congestión visceral generalizada, cianosis sobretodo en la cabeza e infiltrados hemorrágicos y sangre oscura y fluida.

Estrangulación

Es consecuencia de la constricción del cuello, mediante la aplicación de una fuerza que actúa por intermedio de un lazo, o por las manos, antebrazo o cualquier otra estructura rígida. Su etiología médico legal más frecuente es la homicida, son raros los casos suicidas o accidentales. Es uno de los mecanismos más utilizados en los femicidios y puede ir asociado a violencia sexual previa.

Se clasifican en:

- a) Estrangulación a lazo: la constricción del cuello se efectúa a través de un lazo. Los lazos pueden ser variados, corbatas, cinturones, medias, cables eléctricos, etc.).
- b) Estrangulación a mano: la constricción del cuello se realiza por medio de una o ambas manos.
- c) Estrangulación antebraqueal: la constricción del cuello se efectúa entre el brazo y el antebrazo sobre la laringe, ocluyendo la vía aérea y comprimiendo las caras laterales del cuello anulando la circulación carotídea. Este tipo de estrangulación presentará escasas lesiones externas a nivel del cuello, aunque si se realiza por medio de un objeto rígido las lesiones son evidentes.

Lo más característico al examen externo es el surco de estrangulación, o depresión longitudinal que rodea todo el cuello, suele tener una dirección horizontal, de profundidad uniforme en todo el entorno, rodea completamente todo el cuello, puede llegar a ser múltiple, por lo general se encuentra por debajo del cartílago tiroideos y su fondo suele ser blando.

En femicidios podemos encontrar en la vecindad del surco, estigmas ungueales semilunar o lineales, que son pequeñas equimosis redondeadas correspondientes a de los dedos del agresor, en un intento previo de estrangulación a mano, o por los esfuerzos de la propia víctima, de librarse del lazo, también se pueden encontrar en torno a la boca y labios por los intentos de acallar a la víctima.

Por ser un mecanismo asociado a la agresión sexual, debe realizarse una cuidadosa exploración ano-genital y recoger muestras de las cavidades vaginal, rectal y bucal, para la detección del semen y de sus características grupo-específicas, en caso de resultado positivo.

En el examen interno del cuello, encontraremos infiltraciones hemorrágicas en las partes blandas y rupturas osteo-cartilaginosas. En el resto del examen encontraremos los hallazgos generales e inespecíficos del síndrome asfíctico.

Sofocación

Este mecanismo incluye diversas modalidades de asfixia mecánica, cuyo nexo de unión es la mayor pureza con que presenta, con respecto a otras asfixias, se produce la muerte por un mecanismo de anoxia anóxica.

Tipos de sofocación

- a) Por oclusión de los orificios respiratorios.
- b) Por compresión externa tóraco-abdominal, aplastamiento por multitudes, derrumbamiento, etc.).

- c) Por obstrucción de las vías respiratorias (aspiración de cuerpo extraños, alimentos, etc.).
- d) Por carencia de aire respirable.

En la sofocación por oclusión extrínseca de los orificios respiratorios, se observará en el examen externo del cadáver vestigios de la acción oclusiva de estos. Podríamos encontrar equimosis redondeadas y excoriaciones, algunas de estas con las características de los estigmas ungueales, de localización alrededor de la nariz y de la boca, además de otras lesiones en la cara. También pueden existir contusiones y desgarros en la cara interna de los labios, que se producen al quedar comprimidos contra las arcadas dentarias.

Si la sofocación fue por oclusión intrínseca de las vías respiratorias, el hallazgo del cuerpo o cuerpos extraños en el interior de la vía respiratoria es la aportación fundamental de la autopsia. Cuando objetos como trozos de tela se introducen de manera forzada se pueden encontrar lesiones contusas en la boca y faringe.

Lo más frecuente es que los de tamaño grande se encuentren obstruyendo la glotis y los de menor tamaño aparezcan alojados en la bifurcación traqueal, en un bronquio principal o relleno completamente las vías aéreas en los casos de sepultamiento.

Sumersión

Se puede definir la sumersión, como la muerte producida por la entrada de un medio líquido, habitualmente agua, en las vías respiratorias.

Se clasifican:

Según el nivel de sumersión

- a) Completa: la totalidad del cuerpo está sumergido.
- b) Incompleta: parte del cuerpo se encuentra sumergido.

Según el tipo de agua

- a) Sumersión en agua dulce.
- b) Sumersión en agua salada.

Puede llegar a tener una etiología médico legal suicida y accidental y homicida. En el femicidio este mecanismo de muerte se llega a utilizar como última instancia, es posible que en la víctima encontraremos golpes, estrangulación u otras violencias con las que se pudo llegar a aturdir previamente a la víctima y colocarla en una situación de indefensión para después consumir el crimen mediante una sumersión.

Debido a que la forma etiológica más habitual es la accidental, se cometen graves errores al no investigar adecuadamente estos casos de sumersión prejuzgando una etiología médico legal accidental cuando en realidad se puede estar disimulando un femicidio causados con otros medios.

Al examen externo el cadáver puede mostrar un conjunto de signos que son consecuencia de diversas circunstancias, por lo que debemos valorar los signos secundarios a la permanencia del cadáver en el agua.

- a) Frialdad de la piel.
- b) Cutis anserino o “piel de gallina”.
- c) Retracción del pene, escroto y pezones.
- d) Maceración epidérmica o “mano de lavandera” (piel blanquecina, arrugada y engrosada).
- e) Lesiones de arrastre y otras lesiones postmortem.
- f) Posibles lesiones de otro origen, previas a la sumersión.
- g) Signos de que la víctima murió en el agua.
- h) Lesiones postmortem (eventuales).

Al examen interno podemos encontrar el hongo de espuma, es un signo atribuible a reacción vital, puede llegar a cubrir boca y ventanas nasales, alcanzando el árbol traqueo bronquial. Su formación se debe a una acción de batido, durante la respiración agónica, de agua, aire y mucosidades bronquiales, se tiñe de rojo por adición de sangre procedente de los desgarros alveolares.

A la apertura del tórax, los pulmones estarán distendidos, aumentados de peso y tamaño. A la palpación se aprecia la crepitación propia de la presencia de agua en la superficie corporal tras romperse los alveolos (enfisema acuoso). Es posible también encontrar las denominadas “manchas de Paltauf” que consisten en equimosis o lesiones hemorrágicas en el pulmón. El corazón presentará dilatación de sus cavidades con sangre fluida no tan negruzca como otros tipos de asfixia. La sangre en general se encontrara fluida, debido a su dilución.

En el abdomen, habrá presencia de líquido de sumersión en las vías digestivas. El estómago de los cadáveres de ahogados contiene agua en la inmensa mayoría de los casos. No es indicio seguro de sumersión vital, pues está demostrada la posibilidad de penetración postmortem de volúmenes incluso superiores a 500cc.

En el intestino delgado también podremos encontrar líquido de sumersión, tanto en duodeno como en yeyuno y excepcionalmente, en íleon. Algunos autores estiman el hallazgo de líquido en el intestino como signo de sumersión vital, por estimar que el píloro no permite el paso después de la muerte; no obstante, este criterio se invalida cuando se establece la putrefacción. Como estudios complementarios de laboratorio, con el examen histopatológico de los pulmones y la investigación de las modificaciones de la sangre, mediante el análisis de la dilución relativa de la sangre.

Agresiones sexuales

Llamamos agresión sexual a todo acto sexual que bien es violento y no consentido, o es fruto del miedo, o bien el consentimiento está viciado por ser la víctima menor o

incapaz. Es uno de los actos más claros de abuso y preponderancia del varón sobre la mujer. Los últimos estudios han demostrado que la agresión sexual es en su mayoría debido a la condición de la mujer per se, es decir, que el único factor de riesgo en la víctima de violencia sexual, es “ser mujer”, ya sea una mujer joven adulta, o niña o una mujer anciana.

Clasificación

- a) Agresión sexual: Acto sexual realizado con violencia e intimidación. Mediante acceso carnal por vía vaginal, vía bucal o vía anal, o introducción de objetos por vía vaginal o anal.
- b) Abuso sexual: Acto sexual no violento, pero no consentido o con consentimiento viciado por ser realizados sobre menores (las distintas legislaciones establecen la edad límite), o sobre personas privadas de sentido por ejemplo narcotizadas o trastornadas mentalmente como un retraso mental. En el caso de abuso sexual no es necesario que medie violencia e intimidación.

En un alto porcentaje los casos de femicidios tienen una relación directa con la agresión sexual. Sin embargo, estos pueden quedar fuera de los datos estadísticos, porque aunque se establezca que se trata de una muerte violenta, no siempre se establece la existencia de una violencia sexual ya que pasa desapercibida si no se realiza la autopsia judicial y aun en el caso que se investigue, la violación queda en un segundo plano y solo consta como homicidio para las estadísticas.

Algunas de las circunstancias por las que el agresor asesina a su víctima después de agredirla sexualmente.

1. Para evitar ser identificado, en este caso normalmente el agresor conoce o pertenece al círculo de la víctima.
2. Como práctica sádica del “depredador” sádico en serie siendo único el agresor.

3. Por estar dentro del contexto de asesinatos por grupos mafiosos o maras, como forma de “escarmiento” a otro grupo. Marcan a sus víctimas como los símbolos propios de su grupo.
4. Como forma extrema de violencia dirigida a la satisfacción de los instintos sexuales y agresión hacia el grupo que consideran “débil”, las mujeres.

Como exponente tenemos el caso de Ciudad Juárez (México), donde este tipo de crimen es especialmente representativo y donde las características de las muertes hacen sospechar la existencia de un o unos grupos dedicados a la satisfacción sexual en grado sádico y especial odio al género femenino. Mujeres jóvenes son secuestradas y durante su secuestro torturadas, violadas por agresores múltiples, para posteriormente mutilarlas y asesinarlas³¹.

Cuando aparece el cadáver de una mujer supuestamente víctima de agresión femicida, debemos considerar si el lugar donde aparece el cuerpo es verdaderamente la escena del crimen o el cuerpo ha sido trasladado, por lo que es sumamente importante estudiar los indicios tanto en el cuerpo como en el entorno. Al examen externo podemos observar lesiones en cualquier área corporal, incluyendo aéreas de interés sexual y áreas genitales perineales.

Toda contusión, fractura, herida de arma, etc. Nos puede indicar el tipo de violencia, la causa de la muerte, la data de la misma y si las lesiones observadas son hechas en vida o postmortem. Al examen interno deberemos considerar la apertura y estudio del aparato genitourinario y autopsia lumbo-pelviana, esta última es de extremo interés en la investigación de aquellos femicidios relacionados con agresión sexual.

La importancia de esta técnica específica de autopsia reside en la extracción de la región perineal en un bloque único con la vulva, ano, vagina, útero y ampolla rectal, única técnica que nos permitirá el estudio completo y minucioso de esta región anatómica.

Antes de cualquier manipulación es importante la recolección de muestras biológicas de pelos, semen, secreciones vaginales, etc. Luego se procede a la apertura de cavidades, craneal y tóraco-abdominal con evisceración de recto hasta su porción más terminal y de las vísceras torácicas y lumbo-pelviana excepto vejiga urinaria, ovarios, trompas, útero, vagina, vulva, ampolla rectal y ano, además del resto del suelo perineal cuya especial técnica que empleemos nos permitirá extraerlos en un paquete único para su estudio completo en la mesa auxiliar.

Para la ablación de los órganos de la cavidad pelviana, se comienza por realizar un corte circular del peritoneo a todo lo largo del estrecho superior y con ayuda de una pinza, se va disecando la serosa peritoneal y los tejidos subyacentes en todo el contorno del corte.

Por delante se despegan los tejidos blandos del pubis, se cortan los ligamentos anteriores de la vejiga. Por detrás se disecan del sacro hasta el esfínter rectal interno. Se forma así a modo de un saco peritoneal, en cuyo interior están alojados todos los órganos pelvianos, que solo se adhieren ya a los tejidos blandos perineales. A continuación, se sitúa el cadáver en el extremo de la mesa. Las rodillas se ponen en flexión y los muslos en aducción máxima, forzando la rigidez cadavérica.

Se coloca un zócalo bajo el sacro. El operador se sitúa entre los muslos y traza con el bisturí dos cortes laterales de concavidad interna que van de pubis a coxis, reuniéndose en sus extremos de modo que dibujen, en conjunto, una elipse de eje mayor antero posterior, en el que quedan comprendidos la vulva y el ano. Se profundiza el corte, llegando con el bisturí hasta la cavidad pelviana. Una vez liberados los órganos en bloque, se depositan sobre la mesita de vísceras para proceder a su examen. Este comienza por el estudio de los genitales extremos, prestando especial atención al orificio vaginal inferior y a la membrana himeneal (aspecto, consistencia, desgarros, cicatrices, etc.).

Se da vuelta al bloque, de modo que el recto se encuentre en la parte superior, con el ano frente al operador, se introduce por él, unas tijeras abotonadas y se abre, así como el recto por la línea media de la cara posterior; se examina su contenido, se lava y se observa la mucosa y el orificio anal.

Se pasa al examen de la vagina y del útero. Abriendo estos por la línea media en su cara posterior, interesando al mismo tiempo en el corte la cara anterior del recto. El corte llega hasta el fondo del saco vaginal.

Se abre la vagina y se examina su contenido; sus paredes, los fondos de saco y el extremo inferior del útero. Se corta a continuación el útero, siguiendo el borde derecho hasta el abocamiento de la trompa; a continuación del borde superior, con lo que se abre las vísceras como un libro sobre su borde izquierdo. Se examina el interior del útero, primero con su eventual contenido y luego de haberlo lavado para estudiar su mucosa. Después de haber reconocido el útero se pasan a reconocer los ovarios y las trompas. Para los ovarios se hace un corte en todo su espesor, desde su borde posterior al ligamento ancho, abriendo y examinando la superficie de sección.

La trompa se examina mediante cortes transversales, separados unos de otros un centímetro, que interesan todo el espesor del conducto. Para examinar la vejiga y la uretra, se da vuelta al bloque de vísceras, de modo que la vejiga este arriba y dirigida hacia el disector. Se abre un ojal, se recoge la orina, si la hay (habitualmente, la vejiga femenina está vacía dada la menor longitud de la uretra y su dirección más rectilínea) y se amplía el ojal a lo largo de la pared anterior de la vejiga, siguiendo el corte por la uretra hasta el meato. Una vez abierto se examina la mucosa y el abocamiento de los uréteres.

Una vez hecha la disección longitudinal vulvo-vaginal y ano-rectal, se procederá de nuevo a la toma de muestra con hisopo, en cada una de ellas y en toda su extensión y

a continuación la exploración de la pared, anotando cuantos hallazgos encontremos. Si hay lesiones himeneal, desgarros, cicatrices.

Las lesiones vulvares ya habrían sido observadas en el examen externo por desproporción de las partes copulativas u otras veces de origen sádico. Podremos encontrar lesiones realizadas por maniobras con la mano u objeto, en forma de eritemas, erosiones y excoriaciones incluso heridas Incisas o punzantes siendo estas producidas habitualmente por cuerpos rígidos, que dan lugar a roturas en el fondo del saco vaginal o lesionan el cuello del útero.

Otros hallazgos incluyen la presencia de cuerpos extraños, procesos inflamatorios, etc.

En el examen del recto tiene interés el descubrimiento de lesiones agudas, erosiones, excoriaciones y a veces desgarros con perforación de la pared, presencia de semen en su interior o de cuerpos extraños.

Lo más probable, es que la muerte de la mujer o de la niña se haya producido tras la agresión sexual pero también se pueden producir lesiones en órganos sexuales tras su muerte, en cuyo caso serán lesiones postmortem con sus debidas características anatomopatológicas, sin olvidarnos de los casos de relaciones sexuales postmortem o necrofilias.

Los restos de interés anatómico deberán preservarse para su estudio microscópico los cuales, junto con los restos para estudio de tóxicos, quedarán en custodia para cualquier requerimiento judicial con respecto al caso en estudio.

Lesiones de lucha y defensa

Todas las lesiones pueden tener un especial significado, pero las lesiones de defensa y lucha requieren una especial atención, pues inicialmente son lesiones que pueden ser similares a otras que presente el cuerpo pero su interpretación como tales nos conduce

definitivamente a una etiología médico-legal homicida y de ahí posiblemente a incluirla como femicidio.

Este tipo de lesiones nunca se dan en muertes de otra etiología médico-legal suicida o accidental. Pueden estar creadas por el arma que da muerte a la víctima o no. Cuando la víctima es agredida, suele defenderse con las manos y piernas y cuando se ve reducida tiende a adoptar la posición fetal de defensa. Así son muy características estas lesiones en antebrazos y piernas pues la víctima intenta con estos miembros parar los golpes.

También son frecuentes los cortes en antebrazos y en la palma de la mano cuando el agresor porta un arma blanca. Los primeros, en antebrazo por la razón ya explicada y los segundos quitársela, haciéndolo por el único sitio que se puede, que es por la hoja, momento en que el agresor desde el mango o empuñadura, tira del arma hacia sí mismo, creando esos cortes característicos.

Otras veces son contusiones, por patadas en piernas, o espalda y brazos aunque pueden estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Las contusiones digitales en brazos, sujetando a la víctima son muy características al igual de los muslos en su cara interna cuando se ha producido agresión sexual previa. En algunos casos son muy llamativas, en otros, pueden pasar más desapercibidas. Siempre el investigador deberá tenerla en cuenta por su importancia ya que aportan al jurista elementos de prueba de un valor indiscutible.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de Estudio

El presente estudio, es de tipo descriptivo; de corte transversal, según su orientación en el tiempo, debido a que se revisaron los expedientes médicos legales y los resultados de las autopsias médico legales, atendidos en el Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, en el período comprendido del 1 de enero de 1999 al 30 de junio de 2011.

b) Área de Estudio

El presente estudio se realizó en Managua, mediante el análisis de los expedientes médicos legales, según resultados de las autopsias, atendido en el Instituto de Medicina Legal. Estos casos provienen de la capital Managua y otros departamentos como Estelí, Matagalpa, Granada y Región Autónoma Atlántico Norte. Casos que por tratarse de una muerte violenta el perito de dicho departamento pidió trasladar dicho caso al Instituto.

c) Universo

Lo constituyeron 213 casos de homicidios, cuyas víctimas pertenecieron al género femenino registrados en el Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua, en el período comprendido del 1 de enero de 1999 al 30 de junio 2011.

d) Población de Estudio

La representaron 159 casos de femicidios, que se le realizaron autopsia médico legal en el Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua, en el período comprendido del 1 de enero de 1999 al 30 de junio 2011.

e) Unidad de Análisis

Los expedientes médicos legales, del Departamento de Archivo y Estadísticas del Instituto de Medicina Legal, al igual que diferentes referencias bibliográficas según libros relacionados al tema o en página web.

Criterios de Selección

➤ Criterios de Inclusión

Son todos los expedientes de femicidios, cuya autopsia se realizó en el Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua, en el período comprendido del 1 de enero de 1999 al 30 de junio del 2011.

➤ Criterios de Exclusión

Todos los casos que no sean expedientes de femicidios.

f) Variables de Estudio:

1. Describir las características socio demográficas que presentan las víctimas del femicidio.
 - a. Edad
 - b. Estado Civil
 - c. Procedencia
 - d. Ocupación
 - e. Distrito
2. Determinar el grado de parentesco del agresor con la víctima.
 - a. Vínculo agresor - víctima
3. Identificar los principales agentes vulnerantes, asociados a la causa de muerte.
 - a. Instrumentos utilizados
 - b. Lugar de ocurrencia
 - c. Tipo de lesiones
 - d. Ubicación de las lesiones
 - e. Data de la muerte
 - f. Día de ocurrencia del hecho
 - g. Mes de ocurrencia del hecho
4. Especificar desde el punto de vista médico legal, las principales causas de la muerte en el femicidio.
 - a. Causa de muerte
5. Relacionar las evidencias encontradas en la escena del crimen con los hallazgos de autopsia médico-legal.
 - a. Nivel de alcoholemia
 - b. Pruebas serológicas y citológicas

g) Fuente de Información

La fuente de información fue secundaria, ya que se recolectó a través de los expedientes médicos legales, del Departamento de Archivo y Estadísticas del Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, al igual que diferentes referencias bibliográficas según libros relacionados al tema o en página web.

h) Técnica de Recolección de Información

La técnica utilizada consistió en la revisión documental de los expedientes médicos legales, registrados en el Instituto de Medicina Legal de Managua, en el período comprendido del 1 de enero 1999 al 30 de junio 2011, actividad realizada por la investigadora.

i) Instrumento de recolección de información

El Instrumento de recolección de la información fue una guía de revisión de expediente (ver anexos No.1), previamente elaborada, en la que se reflejen los datos de interés del estudio y que aparecen en cada documento médico-legal relacionados a la víctima, al agresor y la autopsia médico legal.

j) Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes. Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas fueron analizados por la investigadora para luego proceder a la elaboración del informe final.

k) Consideraciones Éticas

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio. Por respeto a las víctimas se tomó el número de dictamen registrado en archivo y no el nombre y apellido, ni el forense que realizó la autopsia. Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes del Instituto de Medicina Legal de la sede Managua.

l) Trabajo de Campo

Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso al Coordinador del departamento de Patología del Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, Nicaragua, para lo cual se autorizó la revisión de los expedientes médicos legales, obteniendo la información a través de fuente secundaria.

VIII. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio en relación a las características socio demográficas que presentaron las víctimas de femicidios se muestran a continuación:

Edad

De los 159 casos reportados las víctimas entre la edad de 18 y 30 años fueron el grupo que presentó el mayor porcentaje con un 41.50% seguida con un 35.20% por aquellas víctimas entre las edades de 31 y 74, resultando interesante también mencionar que el siguiente grupo con un porcentaje de 10.7% fueron víctimas con las edades entre 0 a 13 años, de manera que no se pueden dejar fuera a las niñas aun bajo este fenómeno del femicidio (ver tabla 1 en anexos).

Estado Civil

Según sus resultados se pudo observar que las víctimas con un estado civil soltera y de unión de hecho estable fueron los dos grupos con mayor porcentaje, el primero con 45.9% y el segundo grupo con un 31.4%, en cambio, las casadas revelaron un porcentaje de 15.7% (ver tabla 2 en anexos).

Procedencia

De los 159 casos estudiados el 76.7% de las víctimas que fueron asesinadas eran procedente del área urbana y el 23.3% del área rural (ver tabla 3 en anexos).

Ocupación

En relación a la ocupación de la víctima, los resultados demuestran que mujeres “amas de casa” que no tenían ningún tipo de trabajo al momento del hecho y mujeres “comerciantes, mesera, obrera, doméstica”, mujeres que sin título universitario tenían responsabilidad financiera, presentaron las mismas cifras totalizando un 57.8%, en cambio, las víctimas de ocupación estudiante fueron las que presentaron un porcentaje de 15.7% (ver tabla 4 en anexos).

Distrito

Según en donde fue reportado el hecho se demostró que los diferentes departamentos (Estelí, Matagalpa, Granada y Región Autónoma Atlántico Norte), reportaron los mayores casos que corresponden al 23.20%, seguido de los Distritos Policiales No. VI y No. III, que reportaron el 20.8% y 18.90% respectivamente (ver tabla 5 en anexos).

El grado de parentesco entre el agresor y la víctima se muestra a continuación:

Vínculo del agresor-víctima

Según los resultados de este estudio se puede decir que de los 159 casos analizados el 56% correspondían a agresores desconocidos, en un 13.2% de los casos el agresor resultó ser conviviente, en un 9.4% resultó ser un familiar, seguido por amigo de la víctima en un 7.5%, el esposo con un 6.9%, el agresor resultó ser el padrastro con un 3.1% y ex conviviente y novio con un 1.9% cada uno (ver tabla 6 en anexos).

Los principales agentes vulnerantes más frecuentes, asociados a la causa de muerte se muestran a continuación:

Instrumentos

Se demostró que en un 34% de los casos el instrumento utilizado fueron armas de fuego, en un 28.3% armas blanca, en un 20.8% el agresor utilizó las manos para asfixiar a la víctima, siendo estos tres instrumentos los elementos con más alto porcentaje (ver tabla 7 en anexos).

Lugar

Según el lugar donde se cometió el crimen, este estudio demostró que el 41% de las muertes ocurrieron en la vía pública y el 40.3% en la casa de la víctima, siguiendo con un 8.2% tenemos a aquellos que ocurrieron en la casa de habitación de ambos, un 3% ocurrieron en la casa del agresor, el 3% de los casos la muerte ocurrió en un hospedaje particular y solo el 1.9% ocurrió en la casa de algún familiar (ver tabla 8 en anexos).

Tipos de lesiones

Las heridas por arma de fuego con un 32.7% muestran ser las heridas que mayormente se encontró durante la autopsia, seguidas de las heridas por arma blanca con un 26.4%, y las excoriaciones con un 24.5%, así también las contusiones presentaron un 13.8%, seguidas por amputaciones y quemaduras las que presentaron el 1.9% y 0.6% respectivamente. (Ver tabla 9 en anexos).

Ubicación

En relación a la ubicación de la lesión, el cuello con un 32.7% resultó ser el área anatómica más atacada por el agresor, seguida por la cabeza con un 30.2% y el tórax con un 25.2%, áreas que ante una lesión grave son mortales (ver tabla 10 en anexos).

Data de muerte

Según la hora de la muerte, la mayor parte de los casos de femicidio presentaron una data entre 0-6 horas postmortem representado por un 34.6%, seguido con el 28.3% que corresponden a la data entre las 7 y 12 horas postmortem, y el 23.2% representaron aquellas muertes que presentaron una data entre 13 y 18 horas postmortem y solo el 13.9% fueron muerte mayor de 24 horas (ver tabla 11 en anexos).

Día de ocurrencia

El día sábado con un 18.9% resultó ser el día en el que mayor casos de femicidio fueron reportados, seguida por el día jueves con un 16.4%. El día domingo presentó un 15.1% seguido por el día viernes con un 13.8% (ver tabla 12 en anexos).

Mes de ocurrencia

En relación al mes de ocurrencia del hecho, el estudio demostró que los meses de febrero con un 13.8%, diciembre con el 12.6%, enero con el 10.7% y el mes de junio con un 8.8% fueron los meses que presentaron mayor número de casos (ver tabla 13 en anexos).

En relación a las principales causas y etiología médico legal de femicidios los resultados fueron los siguientes:

Causa de muerte

Los resultados de este estudio demuestran que la causa de muerte más frecuente fueron las heridas por arma de fuego con un 34.6%, seguidas por heridas por arma blanca con un 28.3%, la estrangulación manual presentó un 11.3%, los traumatismos reportaron un 10.70%, la estrangulación a lazo reveló un 6.30%, seguida por estrangulación con agresión sexual con un 3.2% (ver tabla 14 en anexos).

Las evidencias más relevantes encontradas en la escena del crimen los resultados fueron los siguientes:

Nivel de alcoholemia

Según las pruebas toxicológicas realizadas a la víctima, se observó que en un 66.7% de los casos las pruebas resultaron negativas, en un 11.4% la víctima presentó un nivel de intoxicación leve y el 1.9% de las víctimas presentaron intoxicación moderada y solamente el 1.3% correspondieron a intoxicaciones severas (ver tabla 15 en anexos).

Pruebas serológicas

Según los resultados de las pruebas serológicas realizadas en las víctimas con sospecha de agresión sexual y violación, se demostró que solamente un 7.5% de las víctimas presentaron pruebas positivas (ver tabla 16 en anexos).

Pruebas citológicas

A todos los casos de agresión sexual o violación se les realizó también estudios citológicos demostrando que un 6.3% de los casos los resultados fueron positivos (ver tabla 17 en anexos).

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

A diferencia de los estudios realizados en Centroamérica que demuestran que los femicidios proceden de ámbitos rurales y urbanos, las víctimas de femicidio en Nicaragua mostraron una mayor procedencia del área urbana con un 76.7% (ver tabla 3 en Anexos).

Las víctimas entre la edad de 18 y 30 años fueron el grupo que presentó el mayor porcentaje con un 41.5%, seguida con un 35.2% por aquellas víctimas entre las edades de 31 a 74, y con un porcentaje de 10.7% fueron las víctimas entre 0 a 13 años, de manera que no se pueden dejar fuera a las niñas aún bajo este fenómeno del femicidio (ver tabla 1 en anexos). Un 45.9% de las víctimas eran solteras y un 31.4% tenían un estado civil de acompañadas o unión de hecho estable, en cambio, las casadas mostraron un porcentaje de 15.7% (ver tabla 2 en anexos).

En relación a la ocupación de la víctima, los resultados demuestran que el 28.9% de las víctimas eran “amas de casa”, es decir, no tenían ningún otro tipo de trabajo remunerado al momento del hecho, un 28.9% por el otro lado, eran víctimas comerciantes, meseras, obreras o domésticas, es decir aún sin tener un título universitario, estas víctimas tenían una responsabilidad financiera en la familia. El 9.4% de las víctimas eran profesionales, es decir contaban con un título universitario, en cambio que el 5.7% eran desempleadas y solamente el 3.8% eran trabajadoras del sexo (ver tabla 4 en anexos).

Estos resultados concuerdan con otros estudios a nivel Centroamericano y Estados Unidos donde la población en riesgo son mujeres en edad reproductiva. En C. Juárez, el grupo con el porcentaje más alto de 72.7% tenían edades entre 11 y 22 años y eran maquiladoras o de ocupación desconocida, seguida de estudiantes, empleadas domésticas y “amas de casas”.

De igual manera en otros países como en Puerto Rico el 44% de las víctimas oscilan entre 20 y 34 años de edad. El 32.3% de los agresores era cónyuge de la víctima y el 25.8% era pareja de la víctima. En Perú, el 58% de las víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años, el 70%, 68%, y el 56% correspondían a los esposos, parejas sentimentales o convivientes de la víctima. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, entre las mujeres víctimas de homicidios en los últimos años se encontraron estudiantes, amas de casa, profesionales, empleadas domésticas, miembros o ex - miembros de “maras” y trabajadoras del sexo, concluyendo que el 70% de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad que son víctimas de asesinato mueren a manos de su compañero.

Según el lugar en donde el hecho fue reportado se demostró que los diferentes departamentos reportaron un 23.2%, seguido por el Distrito VI con un 20.8% (ver tabla 5 en anexos), los diferentes departamentos son distritos que no corresponden al municipio de Managua. Coincidiendo con los datos brindados por la Comisaría de la Mujer que establecen que Managua es el municipio con el mayor índice de violencia, seguido por Carazo y luego Granada.

En relación a las principales causas de muerte más frecuente fueron las heridas por arma de fuego con un 34.6%, seguidas por heridas por arma blanca con un 28.3%. Estrangulación manual representó un 11.3%, traumatismos con un 10.7% y estrangulación a lazo con 6.3% (ver tabla 14 en anexos).

Las heridas por arma de fuego con un 32.7% muestran ser las heridas que mayormente se encontraron durante la autopsia, seguidas por las heridas por arma blanca con un 26.4%. Las excoriaciones presentaron un 24.5%, seguidas de contusiones, amputaciones y quemaduras con un 13.8%, 1.9% y 0.6% respectivamente (ver tabla 9 en anexos).

De manera que el agresor en un 34% de los casos el instrumento que utilizó fue arma de fuego, en un 28.3% arma blanca, en un 20.8% el agresor utilizó las manos para asfixiar a la víctima, siendo estos tres instrumentos los elementos con más alto porcentaje (ver tabla 7 en anexos). Resultados que muestran similitud con Perú, donde sus resultados concluyen que el 48% de los agresores utilizan cualquier arma blanca para perpetrar su crimen, un 21% de los agresores utilizaron arma de fuego.

Según información brindada por La Comisaría de la Mujer, los días de mayor ocurrencia de violencia intrafamiliar y sexual fueron los domingos con el 17%, lunes con el 16% y Sábados con el 15%. Semejantes a los resultados de este estudio donde el día sábado con un 18.9% resultó ser el día en el que mayor casos de femicidio fueron reportados, seguida por el día jueves con un 16.4% (ver tabla 12 en anexos). Demostrando que durante estos días hay mayor ingesta de alcohol por parte del agresor y en ciertos casos por parte de la víctima.

Dentro de los meses que presentaron mayor incidencia de casos femicidios fueron Febrero con un 13.8% y Diciembre con 12.6% seguido por el mes de Enero con 10.7% (ver tabla 13). Meses con mayores actividades festivas, especialmente el mes de Febrero con su “Día de los Enamorados”.

De los 159 casos analizados el 56% correspondían a agresores desconocidos, en un 13.2% de los casos el agresor resultó ser conviviente, en un 9.4% resultó ser un familiar, seguido por un amigo en un 7.5%, el esposo con un 6.9%, el agresor resultó ser un padrastro en el 3.1% de los casos y ex conviviente con un 1.9% (ver tabla 6 en anexos). Datos similares a los proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, que establece que más de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados.

En los estudios hechos en el Salvador, el 66% de los casos los agresores fueron parientes masculinos: padre, padrastro, pareja, tío, hermano, nieto, hijo, abuelo, yerno, sobrino; y únicamente el 13% de los casos pudo comprobarse la responsabilidad de la muerte de la mujer a pandilleros o maras. En Chile entre el año 2001 y 2002, en la región Metropolitana de Santiago, los autores de estos crímenes fueron parejas o ex parejas sentimentales de las víctimas y familiares.

Según el lugar donde se cometió el crimen, este estudio demostró que el 41% de las muertes ocurrieron en la vía pública y el 40.3% en la casa de la víctima, siguiendo con un 8.2% tenemos a aquellos que ocurrieron en la casa de habitación de ambos, 3% ocurrieron en algún hospedaje, y 1.9% ocurrió en la casa de algún familiar (ver tabla 8 en anexos). En Perú, en correspondencia al ámbito de la agresión el 52% de mujeres sufrieron la agresión en sus propias casas y un 23% en el domicilio de su agresor, el 25% fue perpetrado en hoteles u hostales, presentado similitud con los resultados de este estudio.

Según las pruebas toxicológicas realizadas a la víctima, se observó que en un 66.7% de los casos las pruebas resultaron negativas, en un 11.4% la víctima presentó un nivel de intoxicación leve y un 1.9% de las víctimas presentaron intoxicación moderada (ver tabla 15 en anexos). Mostrando la manera en que el posible agresor desea inhabilitar a la víctima.

Según los resultados de las pruebas serológicas realizadas en las víctimas con sospecha de agresión sexual y violación, se demostró que solamente un 7.5% de las víctimas presentaron pruebas positivas (ver tabla 16 en anexos). De igual manera a todos los casos de agresión sexual o violación se les realizó también estudios citológicos demostrando que un 6.3% de los casos los resultados fueron positivos (ver tabla 17 en anexos). Sin embargo, aunque esto nos orienta si hubo actividad sexual o no, sin embargo, las pruebas negativas no descartan que no hubiera actividad sexual.

X. CONCLUSIONES

1. La población en mayor riesgo fueron mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 30 años de edad, soltera, “ama de casa” o comerciantes, meseras, obreras, domésticas, habitantes de áreas predominantemente urbanas.
2. Los principales agresores de las víctimas resultaron ser personas desconocidas.
3. Armas de fuego, armas blancas y las manos del agresor fueron los instrumentos más utilizados. Siendo el Cuello y Cabeza los sitios anatómico mayormente afectados, seguidos de tórax.
4. Las tres principales causas de muerte fueron las heridas por arma de fuego, herida por arma blanca y el estrangulamiento. Encontrando signos de agresión sexual solamente en víctimas de estrangulación.
5. Los análisis toxicológicos, así como las pruebas serológicas y citológicas realizada a las víctimas, en la gran mayoría resultaron ser Negativas.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas al Poder Judicial, Poder Ejecutivo y Organismo No Gubernamentales:

A la Corte Suprema de Justicia:

- a) Dar a conocer a todos los sectores involucrados y población en general la LEY INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y DE REFORMAS A LA LEY No. 641 “CODIGO PENAL”, que recién acaba de aprobarse en la Asamblea Nacional y que entrará en vigencia a partir del 21 de Junio del 2012, con el propósito de empoderar a la sociedad en su conjunto sobre las diferentes formas de violencia, que como máxima expresión conlleva al “femicidio”.

Al Ministerio de Educación (Universidades y Centros superiores de la Educación:

- a) En coordinación con otros actores involucrados, promuevan la realización de foros nacionales, regionales y municipales con el propósito de debatir sobre la problemática de la violencia de género con un enfoque socioeconómico, cultural y político, a partir del cual se construya una agenda nacional que permita a través de políticas públicas ejecutar acciones de prevención y disminuir a corto y mediano plazo acerca de esta problemática.

Al Ministerio de la Familia e Instituto Nicaragüense de la Mujer:

- a) El reconocimiento de las diferentes forma de discriminación, de las mujeres, como una política de estado.
- b) Brindar protección a todas las mujeres que son víctima de violencia intrafamiliar y sexual.
- c) Concientizar y sensibilizar a hombres y mujeres en cuanto a la violencia intrafamiliar y sexual.

A la Comisaria de la Mujer de la Policía Nacional y al Ministerio de Salud:

- a) Comiencen a tratar el fenómeno de la violencia contra la mujer como un problema de seguridad y salud pública.

Al Instituto de Medicina Legal de la sede Managua y sus Delegaciones:

- a) Cumplir con las Normas y Protocolos de Actuaciones en las valoraciones médico legales de casos de Violencia Intrafamiliar y Sexual.
- b) Elaborar las normas y protocolos de actuaciones en los peritajes médico legal de autopsias para los casos de femicidios.
- c) Realizar estudios sobre incidencia y prevalencia, las causas y las consecuencias políticas, económicas, sociales y culturales de todas las formas de violencia contra la mujer, incluida la violencia intrafamiliar, sexual, y el femicidio en Nicaragua.
- d) El Instituto de Medicina Legal y la Policía Nacional deben crear un registro nacional, único sobre los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, así también los casos de femicidios que se presentan en Nicaragua.

A los Organismos no Gubernamentales (ONG):

- a) En coordinación con el Ministerio de Educación y las Universidades, así como el Ministerio de la Familia, Ministerio de Salud y la Comisaria de la Mujer de la Policía Nacional, comiencen a ejecutar acciones de prevención de todas las formas de violencia hacia las mujeres, incluyendo la educación, concientización y sensibilización a hombres y mujeres en cuanto a la violencia intrafamiliar y sexual que ejercen sobre las mujeres.
- b) Gestionar recursos económicos y poner a disposición para implementar acciones de prevención y disminución de las diferentes formas de violencia en contra las mujeres, de forma ordenada para no duplicar esfuerzos.
- c) Coordinar con las instituciones involucradas, la armonización de la información estadística en cuanto a las diferentes formas de violencia, incluido el femicidio, con el propósito de crear un registro único en el país.

XIII. BIBLIOGRAFIA

¹Red de Mujeres Contra la Violencia. Queremos vivir sin violencia. La Boletina. 2009. pg.3

² IIDH, 2006. Situación y análisis del femicidio en la región Centroamericana. Consejo Centroamericano de procuradores de Derechos Humanos. Agosto.

³ INIDE, 2007: VIII Censo de la Población y IV de Vivienda 2005.

⁴ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Situación y análisis del femicidio en la región de Centroamérica. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Agosto, 2006.

⁵ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Femicidio en Chile. S.I 2004. Santiago. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Femicidio en Costa Rica. San José, Costa Rica. 1990-1999

⁷ Ciudad de Mujeres. Femicidio. Marcela Lagarde. México. Mayo. 2006 Disponible en: <http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/Feminicidio>

⁸ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Situación y análisis del femicidio en la región de Centroamérica. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Agosto, 2006.

⁹ Organización Puntos de Encuentro. Cuando nos matan por ser mujeres. Boletina No. 77. Disponible en: <http://www.puntos.org.ni/boletina/contenido.php?CodBole=150&key=2150>

¹⁰ Artículo 2 de la Ley Contra la Violencia Doméstica, N. 7586, aprobada por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, el 25 de marzo de 1996

¹¹ WHO-Women's Health and Development. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. <http://www.who.int/frhwhd/VAW/infopack/spanish/violencia.infopack.htm>

¹² Femicidio sexual serial en Ciudad Juárez: 1993-2001. Debate feminista, año 13, vol.25. Abril. 2002.

¹³ Organización Mundial de la Salud “Informe Mundial sobre la violencia y La Salud” Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

¹⁴ RICO, Nieves (1996). Violencia de género: un problema de Derechos Humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Unidad mujer y desarrollo, Naciones Unidas.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Femicidio en Chile. S.I.2004. Santiago. Disponible en: [www.http://www.bcn.cl/erecomen/Femicidio](http://www.bcn.cl/erecomen/Femicidio)

¹⁷ De los Asesinatos en Ciudad Juárez. La Brújula Semanal. Semana del 18 al 24 Marzo.2010.P5.

¹⁸ Declaración y Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena 1993.

¹⁹ Una Epidemia Silenciosa. La Brújula Semanal. Semana del 18 al 24 Febrero. 2010. P8

²⁰ INIDE, 2007: VIII Censo de la Población y IV de Vivienda 2005.

²¹ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2002. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AM?PUB/Contenido.pdf

²² *Ibíd.*

²³ Amnistía Internacional. Ni protección ni justicia: homicidios de mujeres en Guatemala. Guatemala 2005.

²⁴ Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz. Análisis de los Femicidios en El Salvador. Salvador 2005.

²⁵ Amnistía Internacional. Mujeres, Violencia y Salud. Salvador. Junio 2005.

²⁶ Femicidio sexual serial en Ciudad Juárez: 1993-2001. Debate Feminista, año 13, vol. 25. Abril. 2002.

²⁷ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Femicidio: Mas allá de la violación del derecho a la vida. México. Noviembre, 2007.

²⁸ Procuraduría de las Mujeres del Estado Libre asociado de Puerto Rico. Informe Estadístico. 2005.

²⁹ Banco de datos. Isis Internacional. El Femicidio en Chile 2001-2002.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Fundación CEDDET. Diagnóstico de las lesiones Físicas en la Mujer Maltratada con resultado de Femicidio. Investigación y Violencia Femicida. 2da Ed. 2009.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características socio demográficas que presentan las víctimas del femicidio.

TABLA 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
EDAD	Clasificación de acuerdo al rango de edad en años cumplidos según datos del dictamen médico-legal	Según datos del Expediente médico-legal	0-13 14-17 18-30 31-74 >75
ESTADO CIVIL	Status legal de la víctima según datos del dictamen médico-legal	Según datos del Expediente médico-legal	Soltera Casada Unión de Hechos Estable Divorciada Viuda Desconocida
PROCEDENCIA	El sitio de origen de la víctima según datos del dictamen médico-legal	Según datos del Expediente médico-legal	Rural Urbano
OCUPACIÓN	Función laboral de la víctima según reporte del dictamen médico legal	Según datos del Expediente médico-legal	“Ama de casa” Comerciante-mesera- obrero-domestica Estudiante Universitaria Profesional Meretriz “Desempleada” Jubilada Desconocida
DISTRITO JUDICIAL QUE SOLICITA EL PERITAJE	Demarcaciones que subdividen a una población según datos del dictamen médico-legal.	Según datos del Expediente médico-legal	I II III IV V VI VII VIII IX X XI Otros

Objetivo 2: Determinar el grado de parentesco del agresor con la víctima.

TABLA 2:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
VÍNCULO AGRESOR VÍCTIMA	Relación interpersonal entre el agresor y la víctima	Según datos del Expediente médico-legal	Esposo Conviviente Ex conviviente Padrastro Novio Familiar Amigo Desconocido

Objetivo 3: Identificar los principales agentes vulnerantes, asociados a la causa de muerte.

TABLA 3:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
INSTRUMENTO UTILIZADO POR EL AGRESOR	Tipo de arma utilizada para causar la muerte	Según datos del Expediente médico-legal	Arma blanca Arma de fuego Objeto contuso Mano Lazo Sustancias toxicas o veneno
LUGAR DE OCURRENCIA DEL FEMICIDIO	Sitio específico donde se cometió el suceso	Según datos del Expediente médico-legal	Casa de habitación de ambos Casa de habitación de la víctima Casa de habitación del agresor Casa de habitación de algún familiar Hospedaje particular Vía publica
TIPO DE LESIÓN	Cualquier alteración provocada en la piel	Según datos del Expediente médico-legal	Herida por arma blanca Herida por arma de fuego Excoriaciones Contusiones Amputaciones Quemaduras
UBICACIÓN DE LA LESIÓN	Región anatómica donde se produjo la lesión	Según datos del Expediente médico-legal	Cráneo Cuello Tórax Dorso Abdomen Pelvis Miembros superiores Miembros inferiores
DATA DE LA MUERTE	Tiempo horario específico de la muerte	Según datos del Expediente médico-legal	0-6 horas 6-12 horas 12-18 horas 18-24 horas Mayor de 24 horas
DÍA DE OCURRENCIA DEL FEMICIDIO	Día de la semana que ocurrió el suceso	Según datos del Expediente médico-legal	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
MES DE OCURRENCIA	Mes del año en el que sucedió el hecho	Según datos del Expediente médico-legal	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Objetivo 4: Especificar desde el punto de vista médico legal, las principales causas de la muerte en el femicidio.

TABLA 4:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
CAUSAS DE MUERTE	Causa de muerte diagnosticada según resultados de autopsia médico legal	Según datos del Expediente médico-legal	Herida por arma de fuego Herida por arma blanca Estrangulamiento manual Quemaduras Traumatismo Intoxicación Estrangulación con agresión sexual Sofocación Sumersión Sumersión con agresión sexual

Objetivo 5: Relacionar las evidencias encontradas en la escena del crimen con los hallazgos de autopsia médico-legal.

TABLA 5:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
ALCOHOLEMIA	Concentración del alcohol en sangre y humor vítreo	Según datos del Expediente médico-legal	Positivo Intoxicación Aguda Leve Intoxicación Aguda Moderada Intoxicación Aguda Severa Negativo No se realizó
ESTUDIO SEROLÓGICO	Detección de la enzima fosfatasa alcalina en fluidos de la víctima	Según los datos del Expediente médico-legal	Positivo Negativo No se realizó
ESTUDIOS CITOLÓGICOS	Detección de células espermáticas en células de la víctima	Según los datos del Expediente médico-legal	Positivo Negativo No se realizó

ANEXO 3: PRESUPUESTO

No.	Actividad/Concepto	UM	Cantidad	Precio Unitario US \$	Total US \$
1	Recolección de información de los expedientes médicos legales				150.00
1.1	Diseño y reproducción de encuesta	Encuesta	159	1.00	159.00
2	Revisiones Bibliográficas				48.00
2.1	Costos de Cyber	Horas	48	1.00	48.00
3	Redacción del Protocolo				30.00
3.1	Papelería y útiles de oficina	Global	1	30.00	30.00
4	Prueba o validación de Instrumentos	Global	1	0.00	0.00
5	Obtención de la Información				200.00
5.1	Levantamiento de información	Encuesta	159	1.50	238.5.00
6	Estudio de los archivos del IML	Global	1	0.00	0.00
7	Procesamiento y Análisis Estadístico				200.00
7.1	Papelería y útiles de oficina	Global	1	80.00	80.00
7.2	Utilización programa estadístico SPSS	Global	1	120.00	120.00
8	Discusión de Resultados	Global	1	0.00	0.00
9	Redacción del Informe Final				235.00
9.1	Equipo de digitalización	Global	1	150.00	150.00
9.2	Redacción de informe	Global	1	50.00	50.00
9.3	Organización y presentación de informe	Global	1	35.00	35.00
10	Presentación del Trabajo Final				60.00
10.1	Reproducción de documento final	Documento	3	90.00	90.00
	GRAN TOTAL				1,000.5.00

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



No. de caso: _____

1. Edades:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| a) 0 - 13 años _____ | b) 14 -17 años _____ |
| c) 18 - 30años _____ | d) 31 - 74 años _____ |
| e) >75 años _____ | |

2. Estado Civil:

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| a) Soltera _____ | b) Casada _____ |
| c) Unión de Hecho Estable _____ | d) Divorciada _____ |
| e) Viuda _____ | |

3. Procedencia:

- | | |
|----------------|-----------------|
| a) Rural _____ | b) Urbano _____ |
|----------------|-----------------|

4. Ocupación de la Víctima:

- | | |
|----------------------|---|
| a) Ama de casa _____ | b) Comerciante-mesera-obrera
domestica _____ |
| c) Estudiante _____ | d) Universitaria _____ |
| e) Profesional _____ | f) Trabajadora del sexo _____ |
| g) Desempleada _____ | |

5. Distrito que solicita el peritaje:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| a) Distrito No. _____ | b) Otros _____ |
|-----------------------|----------------|

6. Lugar de Ocurrencia del homicidio:

- | | |
|--|--|
| a) Casa de habitación de
ambos _____ | b) Casa de habitación de la
víctima _____ |
| c) Casa de habitación del
agresor _____ | d) Casa de habitación de algún
familiar _____ |
| e) Hospedaje particular _____ | f) Vía pública _____ |
| g) Otro _____ | |

7. Causa de muerte:

- a) Herida por arma de fuego _____
- b) Herida por arma blanca _____
- c) Estrangulación manual _____
- d) Quemaduras _____
- e) Traumatismo _____
- f) Intoxicación _____
- g) Estrangulación con agresión sexual _____
- h) Sofocación _____
- i) Sumersión _____
- j) Sumersión con agresión sexual _____

8. Tipo de lesión:

- a) Excoriaciones _____
- b) Contusiones _____
- c) Amputaciones _____
- d) Herida por arma blanca _____
- e) Herida por arma de fuego _____
- f) Quemaduras _____

9. Ubicación de la lesión:

- a) Cráneo _____
- b) Cuello _____
- c) Tórax _____
- d) Dorso _____
- e) Abdomen _____
- f) Pelvis _____
- g) Miembros superiores _____
- h) Miembros inferiores _____

10. Data de muerte:

- a) 0-6 horas _____
- b) 6-12 horas _____
- c) 12-18 horas _____
- d) 18-24 horas _____
- e) Mayor de 24 horas _____

11. Días de ocurrencia del hecho:

- a) Lunes _____
- b) Martes _____
- c) Miércoles _____
- d) Jueves _____
- e) Viernes _____
- f) Sábado _____
- g) Domingo _____

12. Mes de ocurrencia:

- a) Enero _____
- b) Febrero _____
- c) Marzo _____
- d) Abril _____
- e) Mayo _____
- f) Junio _____
- g) Julio _____
- h) Agosto _____
- i) Septiembre _____
- j) Octubre _____
- k) Noviembre _____
- l) Diciembre _____

13. Vinculo Agresor Victima:

- a) Esposo _____
- b) Conviviente _____
- c) Ex conviviente _____
- d) Padrastro _____
- e) Novio _____
- f) Familiar _____
- g) Amigo _____
- h) Desconocido _____
- i) _____

14. Instrumento Utilizado por el agresor:

- a) Arma blanca _____
- b) Arma de fuego _____
- c) Objeto contuso _____
- d) Mano _____
- e) Lazo _____
- f) Sustancias toxicas o veneno _____

15. Estudios Complementarios:

a) Alcholemlia:

- Positiva _____
- Intoxicación Moderado _____
- Negativa _____
- Intoxicación Leve _____
- Intoxicación Severa _____
- No se realizó _____

b) Estudio serológico:

- Positivo _____
- Negativo _____

c) Estudio Citológico:

- Positivo _____
- Negativo _____

ANEXO 5: TABLAS DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Edad de la víctima de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-13 años	17	10.70%
14-17 años	14	8.80%
18-30 años	66	41.50%
31-74 años	56	35.20%
>75 años	6	3.80%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 2 Estado Civil en víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	73	45.90%
Union de Hecho estable	50	31.40%
Casada	25	15.70%
Divorciada	2	1.30%
Viuda	2	1.30%
Desconocido	7	4.40%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 3 Procedencia de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	122	76.70%
Rural	37	23.30%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 4 Ocupación de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	46	28.90%
Comerciante-mesera-obrera-domestica	46	28.90%
Estudiante	25	15.70%
Profesional	15	9.40%
Desempleada	9	5.70%
Trabajadora del sexo	6	3.80%
Jubilada	1	0.60%
Desconocida	11	6.90%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 5 Distrito Policial. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua Enero 1999 – Junio 2011

Distrito	Frecuencia	Porcentaje
I	18	11.30%
II	12	7.50%
III	30	18.90%
IV	2	1.30%
V	8	5.00%
VI	33	20.80%
VII	8	5.00%
IX	2	1.30%
X	9	5.70%
Otros	37	23.2%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 6 Vínculo del agresor y la víctima de femicidio. Instituto de Medicina. Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Vínculo	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	11	6.90%
Conviviente	21	13.20%
Exconviviente	3	1.90%
Novio	3	1.90%
Familiar	15	9.40%
Amigo	12	7.50%
Padrastro	5	3.10%
Desconocido	89	56.00%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 7 Instrumentos utilizados en los casos de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Instrumento Utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Arma de fuego	54	34.00%
Arma Blanca	45	28.30%
Mano	33	20.80%
Objeto Contuso	16	10.10%
Lazo	10	6.30%
Sustancias Tóxicas o veneno	1	0.60%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 8 Lugar de ocurrencia del hecho. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Lugar de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Vía Publica	65	41%
Casa de víctima	64	40.30%
Casa de ambos	13	8.20%
Casa del agresor	5	3%
Hospedaje particular	4	2.5%
Casa de Familiar	3	1.9%
Otros	5	3%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 9 Tipos de lesiones presentes en las víctimas. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Tipo de lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Herida por arma de fuego	52	32.70%
Herida por arma blanca	42	26.40%
Excoriaciones	39	24.50%
Contusiones	22	13.80%
Amputaciones	3	1.90%
Quemaduras	1	0.60%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 10 Ubicación de las lesiones. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Ubicación de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Cabeza	48	30.20%
Cuello	52	32.70%
Torax	40	25.20%
Dorso	2	1.30%
Abdomen	12	7.50%
Pelvis	2	1.30%
Miembros Superiores	3	1.90%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 11 Data de muerte de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Data de Muerte	Frecuencia	Porcentaje
0-6 hrs	55	34.6%
7-12 hrs	45	28.3%
13-18 hrs	37	23.2%
> 24 hrs	22	13.9%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

**Tabla No. 12 Día de ocurrencia del hecho. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua.
Enero 1999 – Junio 2011**

Día de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Lunes	20	12.60%
Martes	21	13.20%
Miércoles	16	10.10%
Jueves	26	16.40%
Viernes	22	13.80%
Sábado	30	18.90%
Domingo	24	15.10%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

**Tabla No. 13 Mes de la ocurrencia del hecho. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua.
Enero 1999 – Junio 2011**

Mes de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Enero	17	10.70%
Febrero	22	13.80%
Marzo	13	8.20%
Abril	13	8.20%
Mayo	13	8.20%
Junio	14	8.80%
Julio	8	5.00%
Agosto	12	7.50%
Septiembre	4	2.50%
Octubre	9	5.70%
Noviembre	14	8.80%
Diciembre	20	12.60%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 14 Causa de muerte de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Causa de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Herida por Arma de fuego	55	34.60%
Herida por Arma Blanca	45	28.30%
Estrangulación Manual	18	11.30%
Estrangulación a lazo	10	6.30%
Estrangulación con agresión sexual	5	3.20%
Traumatismo	17	10.7%
Sofocación	4	2.50%
Sumersión	3	1.90%
Sumersión con agresión sexual	1	0.60%
Quemaduras	1	0.60%
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 15 Nivel de alcoholemia de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Alcoholemia	Frecuencia	Porcentaje
Positivo No clasificable	9	5.7
Intox. leve-euforia	9	5.7
Intox. Leve-Excitacion	9	5.7
Intox. Moderada	3	1.9
Intox Severa	2	1.3
Negativo	106	66.7
No se Realizó	21	13.2
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla No. 16 Pruebas Serológicas de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Prueba Serologica	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	12	7.5
Negativa	88	55.4
No se realizó	59	37.1
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

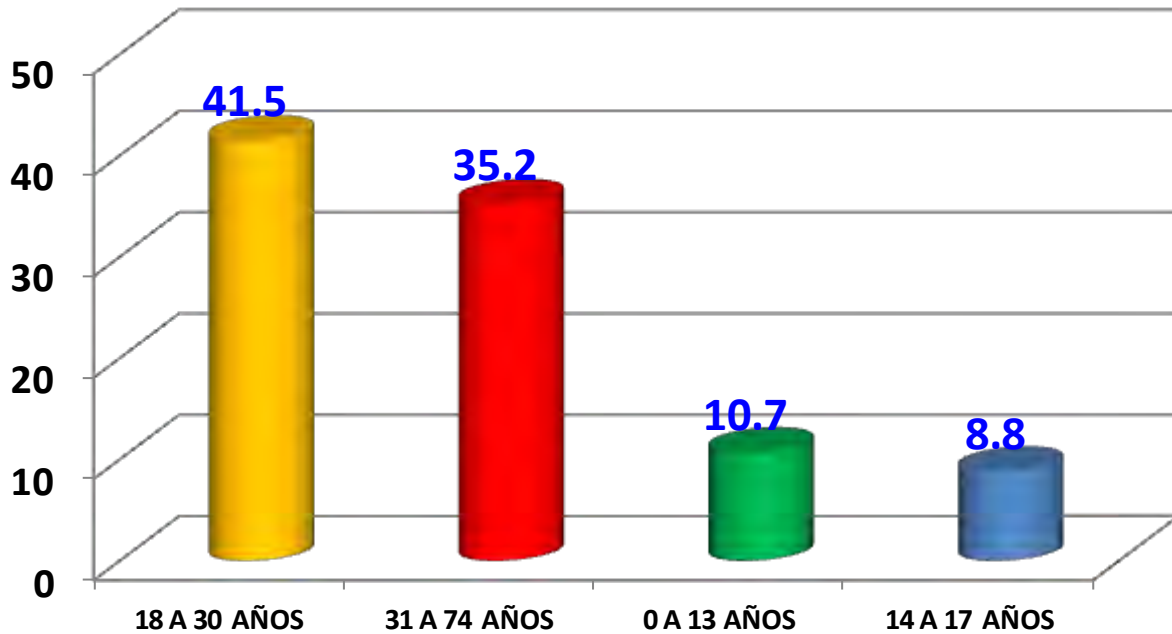
Tabla No. 17 Pruebas citológicas de las víctimas de femicidio. Instituto de Medicina Legal de Nicaragua. Enero 1999 – Junio 2011

Prueba Citologica	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	10	6.3
Negativa	88	55.3
No se realizó	61	38.4
Total	159	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de la información

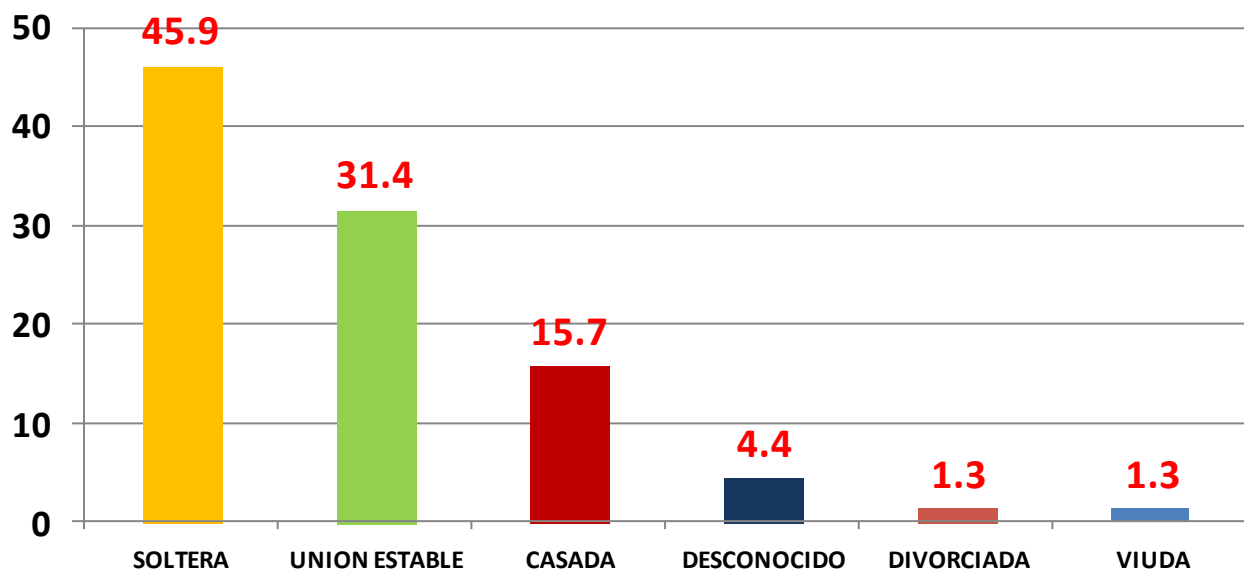
ANEXO 6: GRAFICOS DE RESULTADOS

GRAFICO 1: GRUPOS ETAREOS EN LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



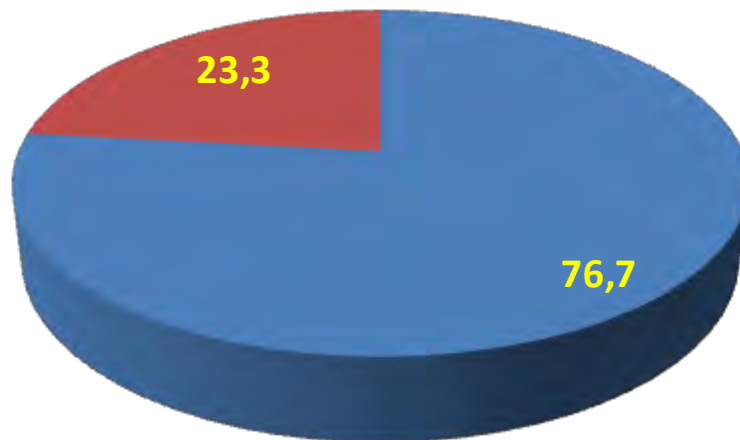
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 2: ESTADO CIVIL DE LAS VICTIMAS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

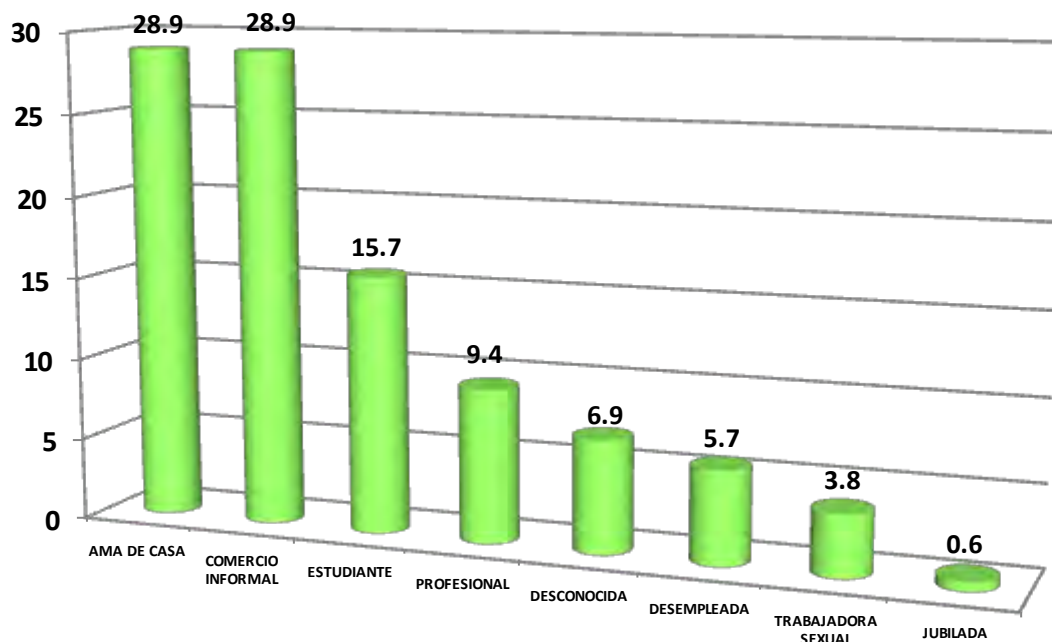
GRAFICO 3: PROCEDENCIA DE LAS VICTIMAS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



■ URBANO ■ RURAL

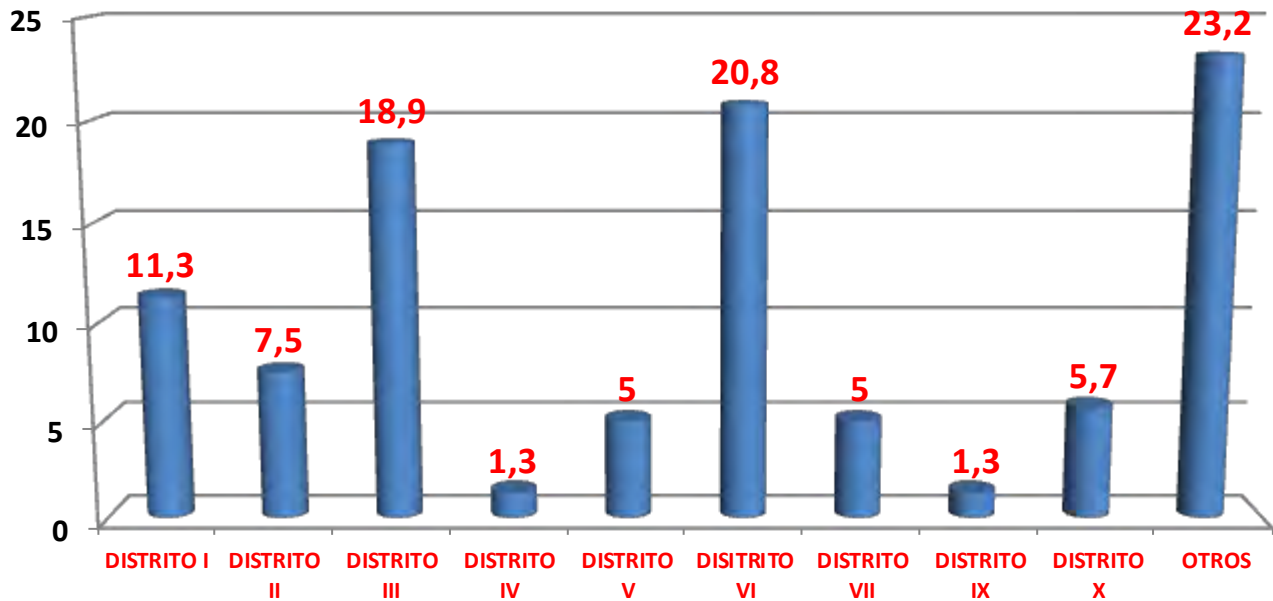
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 4: OCUPACION DE LAS VICTIMAS DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



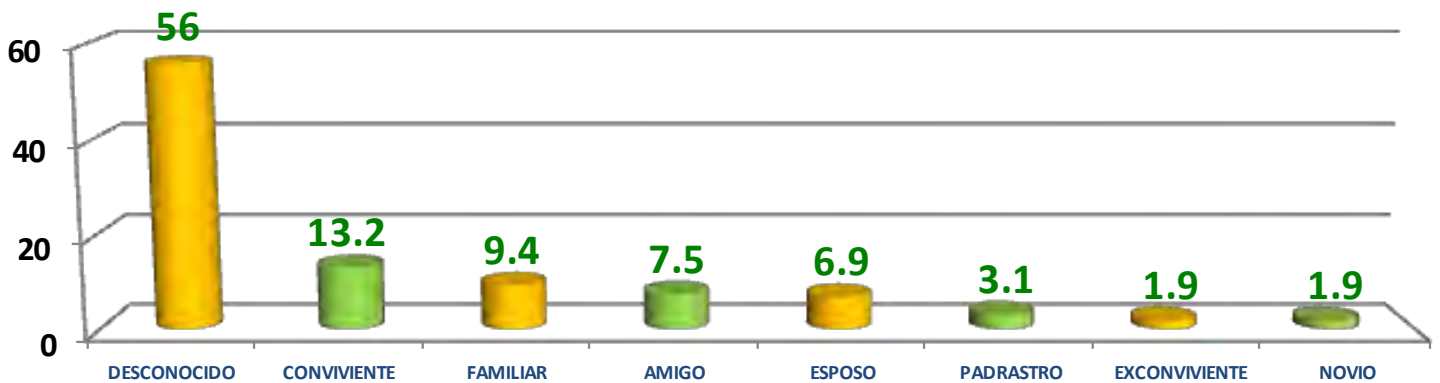
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 5: DISTRITO POLICIAL DE PROCEDENCIA DE LAS VICTIMAS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



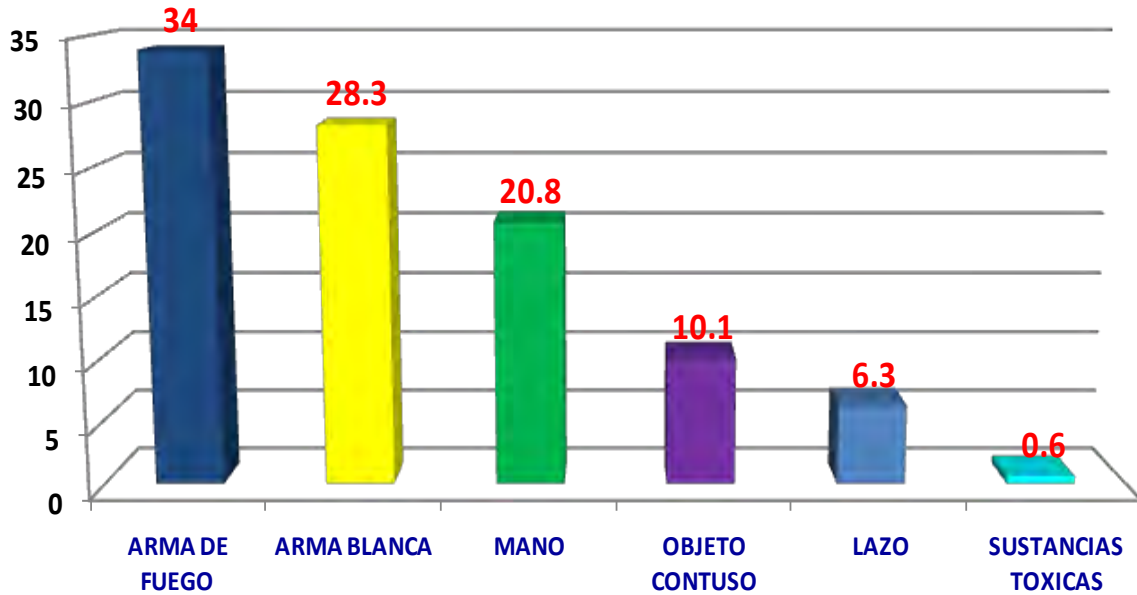
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 6: VINCULO DEL AGRESOR DE LAS VICTIMAS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



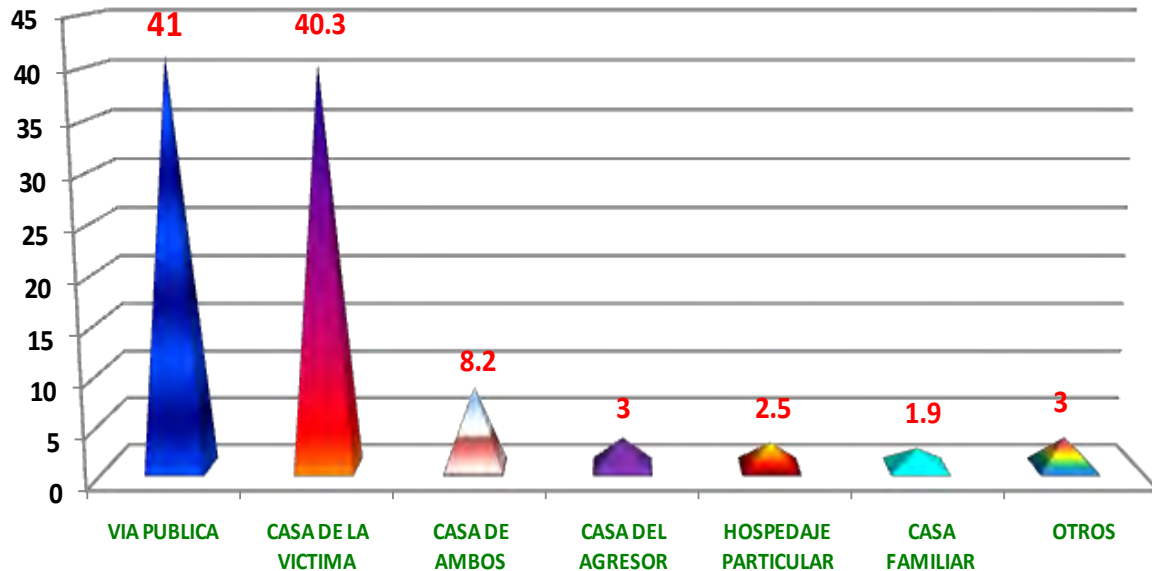
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 7: INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



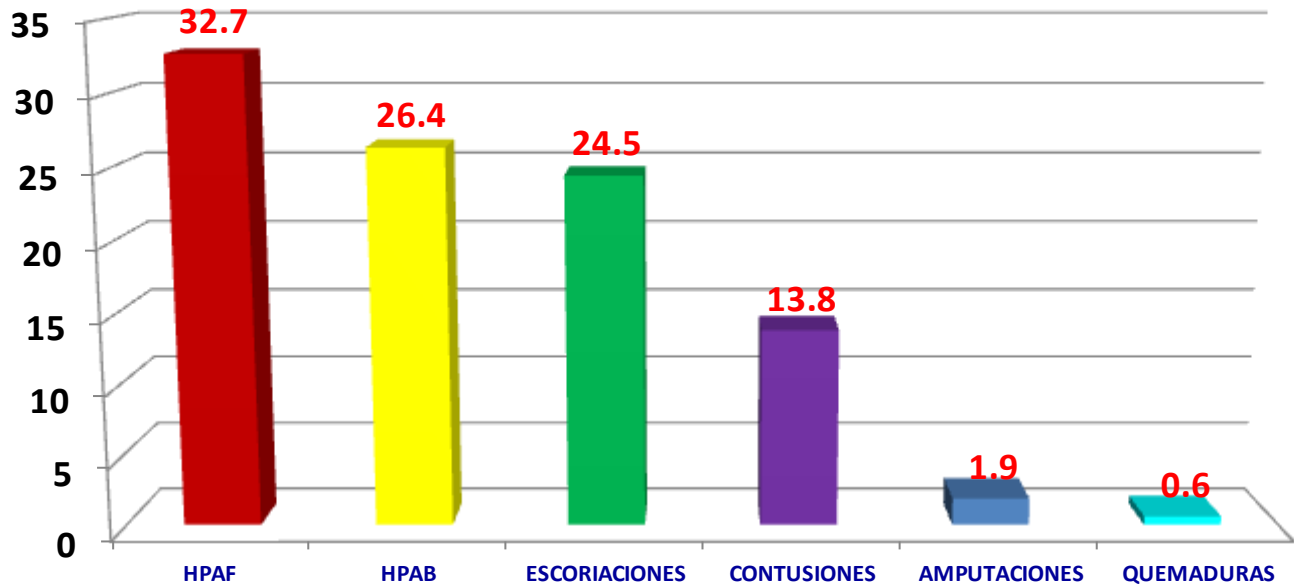
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 8: LUGAR DE OCURRENCIA DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



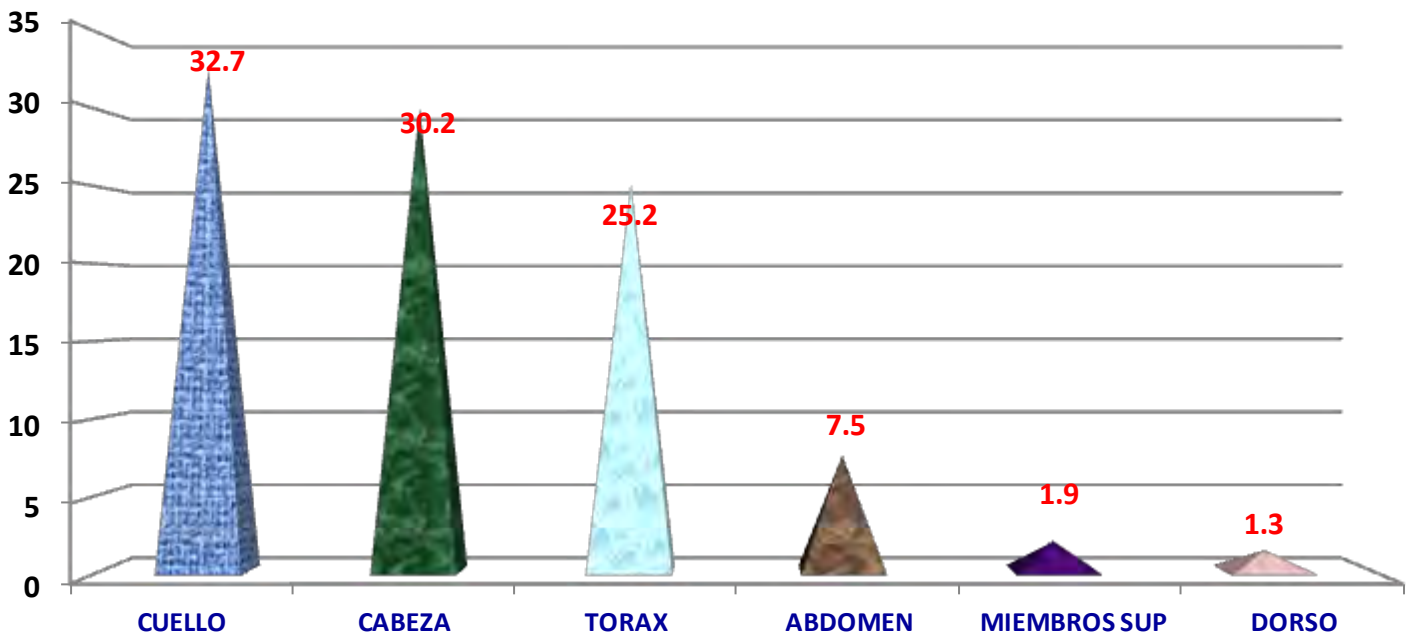
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 9: TIPO DE LESIONES ENCONTRADAS EN LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



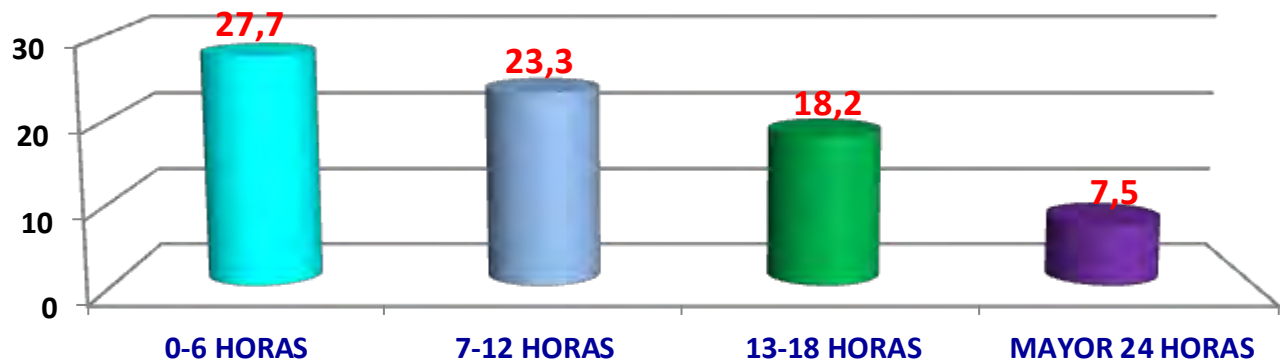
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 10: UBICACIÓN DE LAS LESIONES ENCONTRADAS EN LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



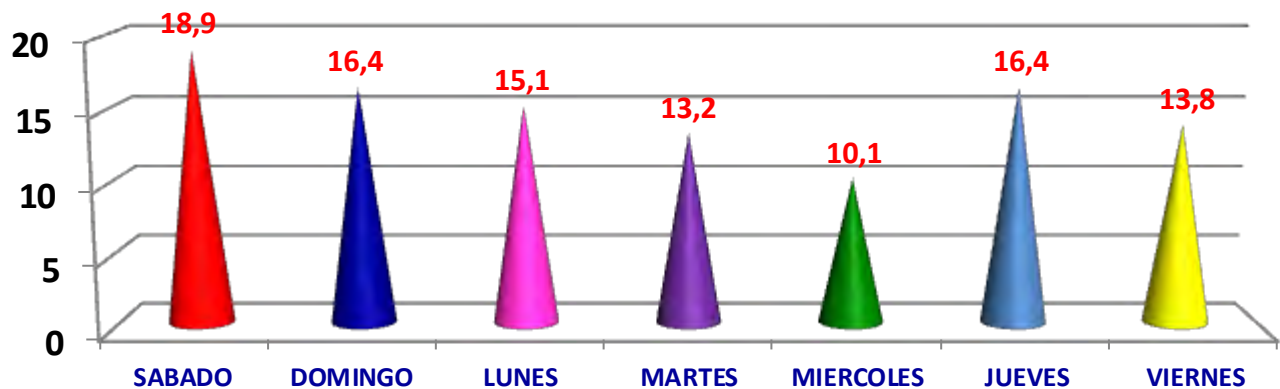
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 11: DATA DE LA MUERTE DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 12: DIA DE LA OCURRENCIA DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



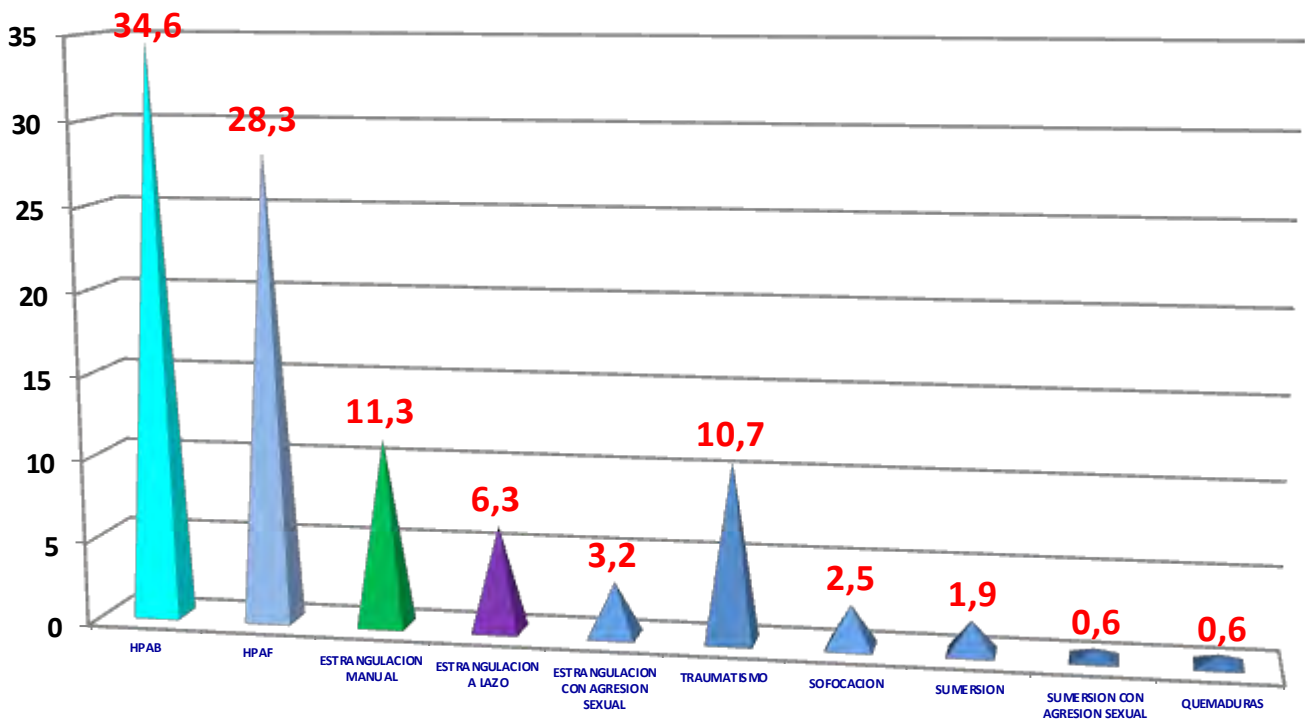
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 13: MES DE OCURRENCIA DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



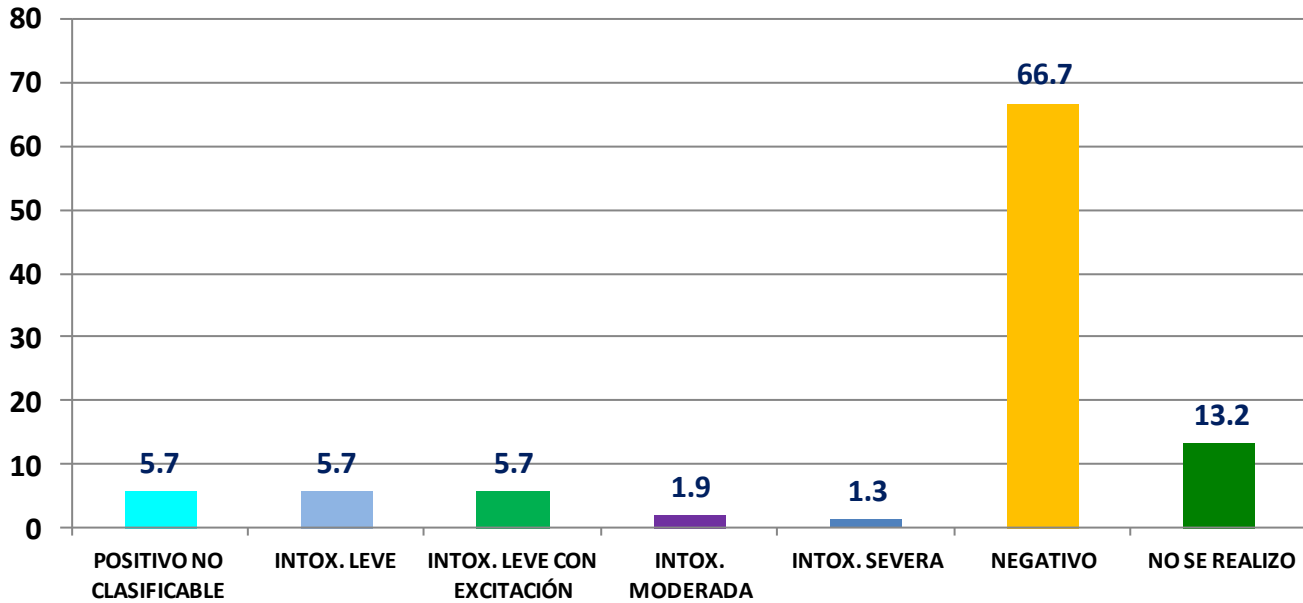
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 14: CAUSA DE MUERTE EN FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



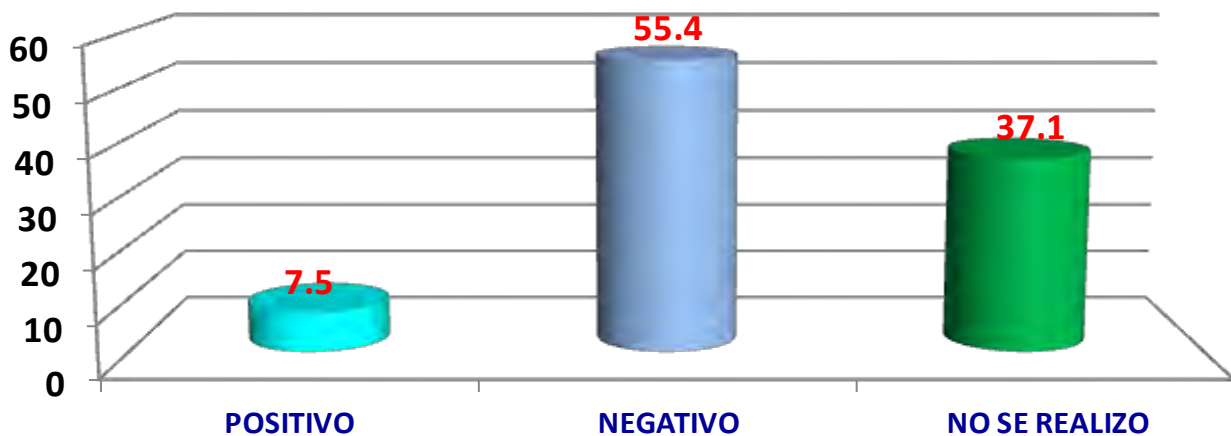
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 15: NIVEL DE ALCOHOLEMIA EN LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



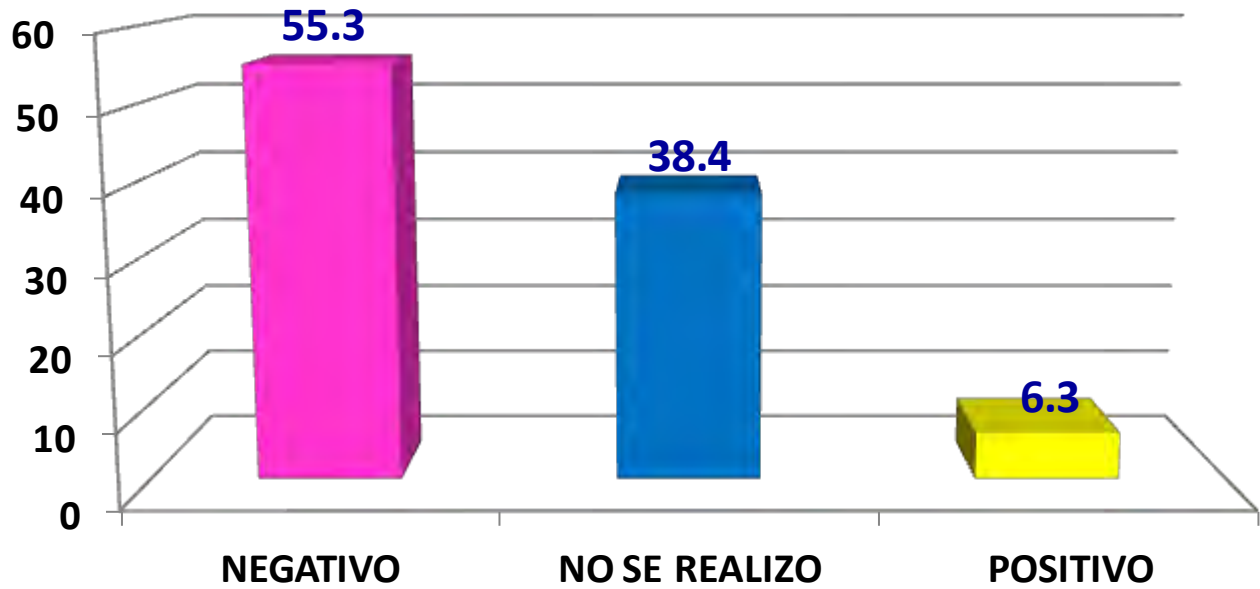
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 16: PRUEBAS SEROLOGICAS DE LOS CASOS DE FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, EN EL PERIODO 1 DE ENERO 1999 AL 30 DE JUNIO 2011



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

GRAFICO 17: PRUEBAS CITOLOGICAS DE LAS VITIMAS EN FEMICIDIOS, SEGÚN RESULTADOS DE AUTOPSIAS, ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE LA SEDE MANAGUA, NICARAGUA, ENERO 1999 A JUNIO 2011



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS