



REVISIÓN

INCESTO: ENFOQUE MÉDICO LEGAL

*Adriana Murillo Calderón**

RESUMEN:

El incesto se refiere a la actividad sexual realizada entre personas de una misma familia, por lo que legalmente no pueden casarse. En nuestra sociedad y cultura se le considera al mismo un tabú y se contemplan las diferentes variantes del mismo en el código penal bajo los delitos de violación. El incesto, por tanto es un tipo de abuso sexual, es una actividad repetitiva y gradual, que va de meses a años antes de la revelación del secreto, ocurre en todas las clases sociales y raciales y se ha establecido que los agresores son predominantemente del sexo masculino y las víctimas corresponden al sexo femenino. La valoración médico legal en casos de incesto es la misma que se realiza en los casos de delitos sexuales, mediante una entrevista abierta y no dirigida, un examen físico completo, contando con el total consentimiento de las y los involucrados, con exámenes de laboratorio y principalmente evitando la revictimización de las víctimas.

PALABRAS CLAVE:

Incesto, Médico legal, Abuso sexual infantil, Valoración médico legal

ABSTRACT:

Incest refers to sexual activity conducted among members of one family, so they can not legally marry. In our society and culture is considered a taboo and the same referred to the different variants of the same in the criminal code under the crime of rape. Incest, so it is a type of sexual abuse is a gradual repetitive activity, ranging from months to years before the revelation of the secret, occurs in all social classes and racial and established that the perpetrators are predominantly male and the victims are female. The forensic evaluation in cases of incest is the same as is done in cases of sexual offenses by an open and non-directed interview, a physical examination, with the full consent of those involved and with laboratory tests and mainly avoiding revictimization of victims.

KEY WORDS:

Incest, Legal Medical, child sexual abuse, forensic assessment

* Médico Residente Medicina Legal, Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial. amurilloca@poder-judicial.go.cr

Recibido para publicación: 11 de diciembre de 2011 Aceptado: 07 de marzo de 2012

INTRODUCCIÓN

La palabra incesto deriva de la voz latina incestus, que significa “impuro”, “mancillado” y hace referencia a la relación sexual entre miembros de una misma familia, entendiéndose así como el coito realizado con personas de la misma familia⁽¹⁴⁾

En su definición más amplia, el incesto significa la relación sexual entre personas que son familiares y no pueden casarse por ley, debe considerarse como el abuso sexual entre parientes por afinidad y o por consanguinidad. La relación de un padrastro y un hijo tiene la misma psicodinámica.⁽¹³⁾

Se habla del tabú del incesto, que es la prohibición primitiva de relaciones incestuosas, variando sin embargo, los límites de la prohibición: en algunas sociedades llega a incluir parientes bastante alejados como tíos o hijastros; en otras, sólo se impide el coito entre ciertos parientes y se acepta en otros (prohibición de coito hijo-madre pero no padre-hija). El tabú sólo se establece por razones prácticas del ordenamiento familiar.⁽¹⁴⁾

El incesto representa probablemente la forma más abominable del abuso sexual porque lesiona el vínculo familiar destructivamente en su base¹³

El incesto **padre-hija** es mucho más frecuente que el incesto madre-hijo (35 casos de incesto padre-hija por sólo 3 casos de incesto madre-hijo en las estadísticas de Lukianowicz.). La noción de incesto puede ampliarse a las relaciones abuelo-nieta, tío-sobrina, tía-sobrino. Aparte los casos de relaciones padre-hija, el grupo hermano-hermana es el más frecuente.

Las relaciones incestuosas son la mayoría de las veces heterosexuales, siendo más raras las de tipo homosexual. La edad del padre en esta clase de relaciones oscila entre los 30 y 45 años y la edad de comienzo de las relaciones incestuosas en la hija está comprendida entre los 5 y los 14 años aproximadamente. La mayoría de las veces, el padre escoge la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas más jóvenes. H. Cavallin observa que el 40% de los casos hubo relación incestuosa con

más de una hija y la duración de las relaciones es variable oscilando entre los 4 meses y 12 años, siendo la media de 8 años (Lukianowicz).

El incesto **madre-hijo** es raro, las madres en este tipo de casos se caracterizan por ser muy dependientes de su hijo mayor y buscan un apoyo moral, una protección y el hijo representa una especie de joven amante idealizado. Los hijos objeto del incesto están la mayoría de las veces gravemente trastornados emotivamente y pueden presentar episodios psicóticos.

El incesto **hermano-hermana** Se trata la mayoría de las veces de juegos o exploraciones sexuales y, más tarde, de relaciones heterosexuales reales. Hay unanimidad de opinión para afirmar que produce menos perjuicios que la relación incestuosa con uno de los padres.

Consecuencias médico-legales de las actividades incestuosas: el código penal francés no sanciona específicamente el incesto, pero está indirectamente bajo la forma de atentado contra las costumbres. Las penas derivadas de este acto dependen de las características del acto y de la edad del niño: si hubo relación sexual impuesta por la violencia, el crimen es de violación, incurriendo el sujeto en la reclusión criminal a perpetuidad; si el atentado se consumó sin violencia por parte del ascendiente habrá que distinguir, según la edad de la víctima, la reclusión criminal de 10 a 20 años en caso de atentado contra un niño menor de 15 años y reclusión criminal de 5 a 10 años cuando el atentado se cometió en un hijo con más de 15 años y no emancipado por un matrimonio; las relaciones incestuosas sin violencia de un padre con su hija mayor de 21 años no constituyen en principio un delito. Como observan estos autores, el aspecto jurídico referente al niño concebido de relaciones incestuosas depende de las legislaciones. En determinados países como el Japón, Finlandia, Dinamarca, Suecia y Alemania se prevé el aborto legal para los embarazos resultantes de la violación o del incesto. Los legisladores franceses no aceptan el aborto en calidad de tal, considerando únicamente que “la filiación incestuosa manifiesta la inmoralidad de los padres”, por esta razón, el legislador concede a estos niños una condición peor que la de los simples hijos naturales.⁽²⁾



En Costa Rica el código penal contempla el incesto y lo incorpora en los artículos que se refieren a los diferentes tipos de violación, por ejemplo, en el artículo 157, en relación a la violación calificada, “la prisión será de doce a dieciocho años cuando el autor fuere un ascendiente, descendiente consanguíneo o hermano, o se produjera la muerte de la ofendida.”⁽¹⁸⁾

Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo, aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad. En los EE.UU. aproximadamente 88,000 niños son víctimas de AS anualmente; 12 a 25% son niñas y 8 a 10% son varones. Cifras similares se describen en España, en pacientes menores de 17 años de edad.⁽⁹⁾

De acuerdo a un estudio venezolano, de los pacientes pediátricos que ingresaron al hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en los 10 años desde 2000 al 2009, el incesto fue el abuso sexual más frecuente, la violación es la forma mayor de presentación, se encontró que ocurre más en edad preescolar y en las niñas siendo abusados incestuosamente en su propia casa. El delito del incesto está relacionado a veces con el de infanticidio, cuando la hija tiene el bebé, la pareja lo mata para ocultar la relación.⁽¹³⁾

En general, la frecuencia del incesto en la sociedad es difícil de evaluar, la mayoría de las publicaciones se refieren a casos dictaminados, es difícil evaluar porcentajes, al mantener la familia a menudo su secreto.⁽²⁾

En nuestro país, posiblemente un gran porcentaje de las conductas incestuosas queda en la sombra, sin implicaciones al exterior, y solo repercute dentro de la familia que sufre esa patología. Las estadísticas nacionales respecto de la epidemiología del incesto son muy limitadas. Los datos presentados a continuación fueron obtenidos por el Programa De Atención Amor Sin Agresión. Los encargados del programa realizaron un trabajo voluntario con familias victimizadas por abusos sexuales, en el que documentaron las características epidemiológicas de 131

personas tratadas entre julio de 1990 y 1991, y con ellas puede hacerse una idea del fenómeno sociológico llamado incesto. De esa muestra se pueden generar algunas conclusiones, entre ellas, que la mayoría de las víctimas del incesto son mujeres, mientras que la mayor parte de los victimarios pertenecen al género masculino. Se comprueba que el caso de incesto en que la madre es la victimaria, es raro. Los principales victimarios del incesto son los padres de las niñas, lo que contrasta con la creencia popular de que son los padrastros los principales ofensores. La investigación reveló que el número de agresores es mayor que el número de víctimas, lo que destaca que las niñas son agredidas por más de un miembro de la familia a la vez. Desde muy temprana edad, las niñas comienzan a ser víctimas del incesto. Según la investigación, la mayoría de las victimizadas (50.66%) empezaron a ser violadas antes de los 9 años y un 18.66% tenían menos de 5 años. En la medida que la niña crece, son menos frecuentes estos casos. El 9.33% de las mujeres en estudio no recordó cuándo inició el incesto, esto se puede explicar de dos maneras, el incesto pudo haber ocurrido por primera vez a una edad muy temprana, o que el efecto postraumático impide que la víctima recuerde su primera violación. El período de duración del incesto se da, generalmente durante varios años, el 29.33% de los casos estudiados sufrió este acoso por espacio de 3 a 7 años, el 24% de las niñas, de 8 a 12 años y el 16 % durante menos de tres años. La prolongación del período del incesto va de la mano con el secreto del delito por parte de la víctima. Las niñas sometidas a esta agresión no revelan estas acciones por temor a amenazas o a la credibilidad de sus declaraciones. La mayoría de las pacientes provenía de la gran área metropolitana. Los cantones de procedencia son: San José (Centro, Desamparados, Montes de Oca y Moravia), Heredia (Centro y Barva), Alajuela (Centro), Cartago (La Unión). Esto viene a desmitificar la idea de que el incesto es un problema limitado a zonas rurales. De acuerdo con la ocupación de las víctimas, al momento de la encuesta, se determina que el 30.66% son estudiantes y que una gran cantidad (28%) trabaja en oficios domésticos. Por otro lado, un 9.33% de las víctimas son profesionales y un 5.33% son menores de edad.¹⁹

Contemporáneamente, la práctica del incesto es frecuente y obedece muchas veces a razones socio-económicas (hacinamiento, habitaciones deficientes, falta de educación).⁽¹⁴⁾

Variables asociadas con el alto riesgo de abuso sexual intrafamiliar en adolescentes son: menor edad de la adolescente y de la madre, adolescente estudiante, maltrato físico previo, criada por la madre y padrastro, madre dueña de casa y alcoholismo paterno.⁽¹⁰⁾

Se ha admitido que los incestos eran más frecuentes en medio subculturales, rurales y urbanos aislados, así como la influencia que puede tener una vivienda demasiado pequeña y superpoblada. Cavallin no cree que la carencia, una inteligencia baja, el amontonamiento y el aislamiento sean factores significativos en el incesto. Admitir que un incesto es menos frecuente en las clases acomodadas es difícil de aceptar porque en estas clases este tipo de actividades es menos llamativo, más difícilmente descubierto y más raramente denunciado, quedando como secreto de familia.⁽²⁾

Una situación de marginalidad y pobreza favorece en mayor medida el desarrollo de situaciones generadoras de tensión y estrés familiar, en estos contextos desfavorecidos, el maltrato y la negligencia es más fácil que aparezcan. En las clases altas, la invisibilidad es más alta y es más frecuente que se dé el maltrato psicológico, ya que se registra, por lo general, en los espacios más íntimos de la convivencia familiar. En lo que respecta al abuso sexual, no hay diferencia en la incidencia, entre razas, religión o clases sociales⁽⁸⁾

Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de la ocultación de las conductas incestuosas: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo a destruir la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales. A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en

algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia. De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido, a veces a otros niños o a un profesor, o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes.⁽⁷⁾

El abuso sexual infantil (ASI) es causado por personas que conviven estrechamente con el menor en el 90% de los casos, pueden tener vínculos familiares o ser conocidos del menor.⁽⁹⁾

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad (factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida), lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción (explícita o implícita). No deja, por ello, de ser significativo que el 20% del abuso sexual infantil está provocado por otros menores.⁽⁷⁾

- **Abuso sexual familiar o incesto.** Es la forma más común en un 65% de los casos. El agresor más frecuente es el padre; también pueden ser el padrastro, el hermano, el primo, el tío, el abuelo, entre otros.

- **Abuso sexual extrafamiliar.** El ASI también es causado por conocidos de la víctima en el 25% de los casos. El agresor puede ser un vecino, un conocido o un amigo de la familia; un maestro (a), el padrino, el sacerdote u otros. En el 10% el agresor es un desconocido.

El tipo de conducta sexual abusiva, puede tener o no contacto físico:

- **Abuso Sexual con contacto físico.** Incluye todas las conductas en las que el agresor toca zonas del paciente con claro significado sexual, las conductas pueden ser del agresor a la víctima (forma más frecuente) o viceversa: Puede tratarse



de caricias o tocamientos de pechos, de genitales; contacto digito-genital, genito-genital, genito-oral, introducción de objetos en genitales y penetración vaginal, anal u oral.

- El tipo de agresión más frecuente es de tocamientos en un 90% de los casos; únicamente 4 a 10% de las experiencias entre adultos y niños implican coito. La importancia de este hecho permite explicar una de las razones por las que frecuentemente no existen lesiones en el área genital, anal o en las dos cuando se explora a un niño con historia de AS.

- **AS sin contacto físico.** Aunque no lo hay entre el agresor y la víctima; existen repercusiones psicoemocionales. Las formas habituales son exhibicionismo, petición de realizar actividades sexuales o intimidación, voyerismo; involucrar al niño como espectador o ser usado para realizar material pornográfico y fomento a la prostitución.

El diagnóstico del AS es un reto para el médico y se basa en una evaluación interdisciplinaria, sistematizada, metódica y ética. Para ello, es necesario analizar el tiempo transcurrido y el tipo de agresión sexual:

- Agresión sexual aguda o violación (menos de 72 horas). Puede ocurrir en niños aunque es más frecuente en adolescentes. En la exploración física es posible encontrar evidencias que apoyen el diagnóstico, principalmente cuando la revisión se realiza en las primeras 72 horas.

Abuso sexual crónico. Lo más frecuente es que se trate de tocamientos o que hayan transcurrido meses o años después de una penetración vaginal o anal. A menudo la agresión se ha repetido varias ocasiones. En estos casos es probable que no existan evidencias físicas, en cuyo caso el diagnóstico se basa en las evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos o psiquiatras).⁽⁹⁾

Al diagnóstico de abuso se puede llegar en una consulta de control, de rutina, en ese caso puede surgir como un relato espontáneo del paciente como un hecho reciente o antiguo, pero también puede ser sospechado por el profesional de la

salud por actitudes del paciente y hallazgos físicos no explicados además también la sospecha puede originarse en un tercero (maestro, familiar, cuidador) que conduce al niño a la consulta.⁽⁴⁾

Con frecuencia la solicitud de atención médica o psicológica es por situaciones aparentemente no relacionadas con el evento: alteración de la conducta del menor, presencia de vulvovaginitis o una infección de transmisión sexual (ITS), hiperemia o lesiones genito-anales; versión del menor; embarazo no esperado en la edad de la menor; sospecha de un familiar o hallazgo durante una exploración médica.⁽⁹⁾

Cuando los hechos de presunto abuso sexual ya han sido develados, la denuncia es una de las acciones que dan paso a que se tomen las medidas pertinentes encaminadas a proteger a la víctima, restaurar sus derechos y ayudar a que el daño hecho sea elaborado de forma adecuada a nivel físico, psíquico y social; es en estas tres áreas en donde los profesionales de las diferentes instituciones entran a intervenir, ya que es necesario abordar todos aquellos factores que se vieron afectados por los hechos de abuso sexual; para que esta intervención sea efectiva se recomienda la realización de chequeos médicos periódicos a partir del examen médico-legal inicial, tratamiento psicológico pertinente para la gravedad de los hechos con seguimientos posteriores a su culminación.⁽¹⁷⁾

El diagnóstico médico legal se integra de tres grandes ítems: examen físico de la víctima, del abusador y de la escena, cada uno de ellos además es integrado por varias partes dependiendo de cómo se hayan producido los hechos. Entonces si el relato es espontáneo es necesario atenderlo y realizar un interrogatorio acorde a ese relato con el fin de completar la anamnesis.

La asistencia será diferente si se trata de un hecho reciente o crónico, de si existen lesiones o no, que pueden ser objetivables o confirmarse posteriormente mediante estudio de muestras (enfermedades transmisibles, embarazo, sin olvidar afectación psicológica). Respecto del abusador o probable abusador importa el examen físico y la compatibilidad anatómica del relato, del

ADN con las muestras y el examen psicológico. En los casos de abuso agudo de denuncia rápida se pueden recolectar muestras del lugar o escena (pelos, fibras, semen, sangre) que se derivan conservando la cadena de custodia.

Una herramienta útil que es utilizada en varios países (EE.UU., Canadá, Francia, Alemania y Bélgica) es el Statement Validity Analysis (SVA). Procede progresivamente en etapas pautadas con un equipo entrenado, protegiendo la salud mental del niño y evitando la victimización secundaria del reinterrogatorio por varias disciplinas. Genera una relación de confianza para que el niño se exprese y utiliza medios técnicos de filmación para poder repasar sobre las respuestas y actitudes sin recurrir nuevamente al interrogatorio. Además todo se aplica en una cámara de Gessell, permitiendo de esta forma que se pueda presenciar la entrevista y en algún caso profundizar en un punto.⁽⁴⁾

En materia de consentimiento informado que en caso de conflicto entre la voluntad del menor con suficiente capacidad de juicio y discernimiento y la de sus padres o representantes legales, debe prevalecer la voluntad del menor, por cuanto estamos ante un acto que afecta bienes como la libertad, la salud y la vida del paciente.⁽¹⁾

1. Entrevista con el cuidador y el paciente

La entrevista se efectuará por separado y debe iniciarse con el cuidador principal o el adulto que solicita la atención y posteriormente con la niña o el niño agredido.

- El tipo de entrevista es semiestructurada (sin cuestionario previo, preguntas libres) y se realizará de preferencia por un médico y un psicólogo o psiquiatra. Si se considera necesario, podrán participar otros profesionales como observadores a través de una cámara de Gesell.
- Utilizar un lugar privado y tranquilo, donde exista un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad.
- Explicar a la familia y al menor la finalidad de la entrevista y el procedimiento a realizar.

2. Exploración física.

- La exploración física en los casos de ASc no es una urgencia; por ello es necesario esperar a que sea realizada por los profesionales especializados.
- Es necesario obtener consentimiento informado de los familiares antes de realizar cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas).
- Durante la exploración física, deben estar presentes la madre u otro familiar y la enfermera.
- Si se trata de un adolescente, se solicitará su consentimiento para que permanezca el familiar; la enfermera debe estar presente.
- No se debe forzar la exploración física.
- Informar al paciente (de acuerdo a su edad) y al familiar, en qué consiste la exploración genitoanal; con mayor razón si se emplea un colposcopio u otro instrumento.
- La información que se brinde al paciente debe tener en cuenta la edad, el desarrollo y las características de su personalidad; utilizando un lenguaje comprensible e intentando establecer una relación cálida y de confianza que disminuya su temor. Hay que explorar al paciente de manera ordenada por zonas: extra-genital (cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen, extremidades); paragenital (muslos, glúteos) y finalmente área genitoanal.
- Posición: En prepúberes se utiliza la posición supina con las piernas en abducción o "posición de rana".

Se puede utilizar la misma posición con ayuda de la madre. También se utiliza la posición de rodilla-pecho (genupectoral) para mejor visualización igual que en los púberes. En varones la revisión se inicia en posición supina para examinar pene, testículos, escroto y periné. Para visualizar la región anal se usa la posición supina-lateral/rodilla-pecho o genupectoral. También se puede solicitar la ayuda del familiar.

- En el abuso sexual crónico es común que no haya datos físicos evidentes debido a que en los tocamientos no hay lesiones o han



transcurrido meses o años de una penetración vaginal o anal. La ausencia de lesiones no descarta el abuso sexual.

- En caso de encontrar lesiones se deben describir detalladamente y con dibujos. La localización de las lesiones se debe describir de acuerdo a las manecillas del reloj, en donde la uretra indica la posición de las 12 horas.⁽⁹⁾

3. Exámenes de laboratorio: contenido vaginal, contenido rectal, contenido bucal, flujo vaginal, anal y/o rectal para cultivo, examen bacteriológico, examen de ADN en espermios o fluidos biológicos, estudio de manchas en ropa, subunidad beta para diagnóstico de embarazo, ultrasonografía, colposcopia. Exámenes que requieren autorización adicional de la víctima. HIV, alcoholemia, examen toxicológico para drogas de abuso (sangre, orina).⁽¹¹⁾

Son pocos o ninguno los signos físicos en los casos de abuso sexual, son las secuelas emocionales los principales indicadores de la presencia del abuso más que el indicio físico.⁽⁵⁾

El psiquiatra forense tiene la misión después del diagnóstico y pronóstico, de indicar lo que es más importante desde el punto de vista legal, es decir, cómo la alteración psíquica influye sobre la facultad de conocimiento de la penalidad del hecho y sobre la capacidad de actuar de acuerdo a este conocimiento, lo cual no siempre está en simple relación con el diagnóstico de salud o enfermedad.⁽⁶⁾

Cuando la violación es de naturaleza incestuosa las secuelas psicológicas pueden ser más graves y su tratamiento más complejo. La violación es siempre reiterada, bajo intimidación y en el hogar de la adolescente, lo que implica la presencia y constante amenaza del agresor, situación que favorece la denuncia tardía.⁽¹⁰⁾

Con respecto al ámbito legal, las denuncias de Abuso Sexual Infantil son especialmente difíciles de adjudicar ya que presentan ciertas particularidades, las cuales hacen referencia a por ejemplo: que la naturaleza de este delito lo convierte en un evento privado, raramente hay testigos más allá del acusado y del niño/a,

frecuentemente involucra a niños/as pequeños los cuales poseen habilidades verbales limitadas, no hay un conjunto de criterios diagnósticos y/o algún síndrome de Abuso Sexual Infantil unívoco y formalmente reconocido.⁽¹⁵⁾

La inconsistencia en las declaraciones de las víctimas puede tener su explicación bien fundamentada en el impacto traumático del incesto y abuso sexual sobre la memoria de éstas y sobre su estado emocional, además de la indefensión en que se encuentran y la desventaja de poder que tienen ante el ofensor.⁽⁵⁾

La prevención de la revictimización, una política establecida en el Poder Judicial de Costa Rica desde hace más de diez años, dio como fruto la conformación de los equipos interdisciplinarios. Al inicio, estos abarcaron una serie de disciplinas tan disímiles entre sí, que comprendían tanto el derecho, como la medicina, la psicología, el trabajo social y la psiquiatría. Con el paso de los años los equipos se fueron reduciendo hasta quedar conformados por el psicólogo, el trabajador social y el médico forense, que asiste a una reunión semanal con ellos y en donde se discuten las diferentes conclusiones de las tres disciplinas. Hoy en día son equipos establecidos prácticamente en todas las cabeceras de provincia de nuestro país con funciones periciales muy específicas en el tratamiento legal de las causas de los delitos sexuales.⁽¹²⁾

RIESGOS DEL INCESTO:

El caso en que dos personas de sexo diferente nacidas por inseminación artificial con espermatozoides de un mismo hombre podrían llegar a casarse dando lugar así, aunque involuntariamente, a un caso de incesto. Si bien esta posibilidad sea mínima no se le puede obviar, por lo que se han propuesto dos medios para prevenirla: retirar la condición y aptitud de donante a todo hombre cuyo espermatozoides haya dado lugar a cinco embarazos y, retirar dicha aptitud también a todo sujeto que haya sido donante durante 10 años con independencia de las gestaciones producidas.⁽³⁾

La descendencia de uniones incestuosas entre hermanos, o entre padre e hija tiene un valor de entrecruzamiento constante de 0,25, o sea 4 veces

más de riesgo genético que el que ocurre en la descendencia de uniones entre primos hermanos, cuyo coeficiente es de 0,0625. Estos valores pueden potencializarse a extremos insospechables, si en generaciones anteriores de la misma familia hubo otros matrimonios entre primos. Como consecuencia de lo anteriormente expresado, la mayor frecuencia homocigótica poligénica pondrá en relieve gran cantidad de defectos físicos, taras enzimáticas y enfermedades congénitas que estaban simplemente como caracteres recesivos, o en formas de herencia subletal y que hubiesen quedado disfrazados generación tras generación, como herencia poligénica, o en algunos casos como recesiva y multifactorial. La descendencia de uniones incestuosas sufre una alta incidencia de mortinatos, defectos congénitos y retraso mental. Predominaron las malformaciones del sistema nervioso central, como anencefalia, hidrocefalia, meningocele y raquisquisis. Ocho niños más murieron en los 4 años siguientes de fibrosis quística, grandes malformaciones vasculares y viscerales. Entre los que sobrevivieron predominaron patologías, todas con retraso mental, que van desde una mucopolisacaridosis a la sordomudez.⁽¹⁶⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. Adriasola, G. (2008). Aproximación al secreto médico del adolescente Rev Med Urug, 24, 212-221
2. Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatría infantil. Recuperado de: <http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/psiconinios/ajuriaguerra1.pdf>
3. Calabuig, G., (2001). Medicina Legal y Toxicología. (5º ed.). Barcelona, España: Masson.
4. Cano, J. (2010). Violencia doméstica. Abordaje en el primer nivel de atención. Enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual. Arch Pediatr Urug, 81(3), 192-194
5. Castillo, S. Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152001000300009&script=sci_arttext
6. Castillo, S. Importancia de la psiquiatría forense en el proceso penal. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00151999000200005&script=sci_arttext
7. Echeburúa, E. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
8. El maltrato infantil. Recuperado de: http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/maltrato/imaltrato_infantil.pdf
9. García, C. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. Acta Pediatr Mex, 30(2), 94-103.
10. González, E. Violación intra y extrafamiliar en adolescentes: variables personales y familiares seleccionadas. Recuperado de: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1997/IV1violacion.pdf>
11. Montero, A. (2002). Principales necesidades de atención de las víctimas de delitos sexuales. Rev. Sogia, 9(3), 31-36.
12. Navarro, P. (2008). El primer equipo interdisciplinario de Costa Rica. Med Leg Costa Rica, 25(1), 45-51.
13. Pérez, N. Abuso sexual infantil incestuoso. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, Venezuela años 2000 al 2009. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3152/1/Abuso-sexual-infantil-incestuoso.html>
14. Ramírez, Y. Incesto: una plaga silenciada. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000100008&script=sci_arttext
15. Rivera, J. Peritaje en víctimas de abuso sexual infantil: un acercamiento a la práctica chilena. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232007000300011&script=sci_arttext
16. Saborío, M. Observaciones sobre un caso de incesto y revisión de la literatura actual. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v4n2/art9.pdf>
17. Sotelo, a. (2006). Análisis de seguimiento por denuncias de presuntos actos sexuales abusivos cometidos contra niños, niñas y adolescentes univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 5(2), 397-418.
18. Vargas, E. (1999) Medicina Legal. (2º ed). México. D. F.: Trillas.
19. White, O. El incesto: su perspectiva histórica y jurídica. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152004000200005&script=sci_arttext