

## Trabajo Fin de Grado

Consideraciones médico-legales en torno a las  
agresiones sexuales: puesta al día e importancia de las  
características lesionales de las víctimas

Medico-legal considerations about sexual assault:  
updating and importance of lesional characteristics of  
victims

Autor/es

Castel González Beatriz

Director/es

Bernad Pérez M<sup>a</sup> Luisa

Facultad de Medicina  
02/06/2016

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	3
PALABRAS CLAVE .....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS .....	7
3. FACTORES DE RIESGO FACILITADORES DE LA AGRESIÓN SEXUAL.....	8
3.1 Sumisión química y vulnerabilidad química.....	8
3.1.1 Epidemiología de la sumisión química y el uso de drogas facilitadoras.....	8
3.1.2 Comparación de los estudios realizados en España .....	9
3.1.3 Drogas facilitadoras de la agresión sexual (DFAS).....	10
3.1.4 Actuación ante la sospecha de un caso de sumisión química.....	11
3.1.5 Perspectiva legal.....	12
3.2 Relación entre consumo de alcohol y drogas, el patrón social y agresión sexual.....	13
3.3 Relación entre la víctima y el agresor .....	14
3.4 Consumo de alcohol y drogas por parte del agresor .....	14
3.5 Vulnerabilidad por discapacidades físicas, intelectuales, cognitivas .....	15
4. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL Y GINECOLÓGICA.....	15
4.1 Exploración genital y toma de muestras .....	15
4.2 Documentación e interpretación de las lesiones .....	18
4.2.1 Diagnóstico diferencial de las lesiones .....	18
4.2.2 Clasificación.....	18
4.2.3 Valoración de la cicatrización de las lesiones .....	20
4.2.4 Lugar más frecuente de lesión según la naturaleza de la penetración.....	21
4.2.5 Lesiones producidas en relaciones sexuales consentidas y las producidas en las relaciones no consentidas. ....	22
4.2.6 Factores que influyen en la aparición de lesiones .....	25
4.2.7 Exploración de la superficie corporal.....	27
4.2.8 Comentario Protocolo Español.....	30
4.2.9 Discrepancias entre el testimonio de las víctimas y los hallazgos clínicos.....	31
4.2.10 Preguntas que intenta contestar el médico forense en su informe.....	32
5. EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	34
5.1 Características de la entrevista psiquiátrica/psicológica forense .....	34
5.2 Evaluación psicológica forense de la víctima .....	35
5.3 Consecuencias psicológicas en la víctima de agresión sexual.....	36
5.4 Evaluación forense psiquiátrica/ psicológica en el detenido/presunto agresor.....	37
5.5 Características psicopatológicas del agresor sexual.....	38
6. CONCLUSIONES .....	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

## **RESUMEN**

La agresión sexual constituye una violación de los derechos humanos y además, un problema de salud pública. Desde un punto de vista forense, es importante que la evaluación e interpretación de las lesiones y la toma de muestras sean realizados por un médico especializado para ayudar a la administración de justicia en su esclarecimiento, sin embargo este proceso no siempre es fácil.

Por ello, este trabajo revisa los distintos elementos médico-legales que disponemos en la determinación de una posible agresión sexual, siendo el principal elemento el análisis de las lesiones genitales, si bien no es el único. Para este análisis no existe un consenso internacional en la elección de las técnicas de examen ni en la clasificación de las lesiones. Este hecho se refleja en las investigaciones recientes sobre la comparación de las lesiones en las relaciones sexuales consentidas y no consentidas. Estas concluyen que la presencia de lesiones no indica que se haya producido una agresión sexual porque también se observan en las relaciones sexuales consentidas.

De esta forma, en este trabajo, se han abarcado otras perspectivas de la actuación médico forense que pueden ayudarnos en el estudio de una posible agresión sexual. El estudio de los factores asociados a las lesiones genitales incluye la menopausia, la toma de anticonceptivos, el ciclo hormonal, la experiencia sexual previa, la etnia y el conocimiento del agresor por parte de la víctima. La exploración física general nos proporciona información del grado de violencia del acto sexual. La presencia de determinados síntomas en la víctima nos hará sospechar del empleo de drogas facilitadoras de la agresión sexual y la relación víctima-agresor también es importante siendo más frecuente que este sea conocido por la víctima. Además, la exploración psiquiátrica puede aportar datos de simulación del testimonio, así como una valoración de posibles secuelas.

Así, se concluye que una visión global y contextualizada de todo lo que ha podido suceder es imprescindible para evaluar una posible agresión sexual.

## **ABSTRACT**

Sexual assault is a violation of human rights and also, it is a major public health problem. Clinical forensic examination includes systematic evaluation and interpretation of physical injuries and sampling of biological evidence. This exam must be carried out by an expert, in order to help the administration of justice in their clarification; however this process is not always easy.

Therefore, this paper reviews the available medico-legal evidence in determining a possible sexual assault, being the main element analysis of genital lesions, although it is not the only one. For this analysis there is not any international consensus on the choice of examination techniques nor the classification of the injuries. This fact is reflected in recent research on the comparison of genital injuries consensual and non-consensual intercourse. They conclude that the presence of lesions does not indicate that a sexual assault has taken place, because lesions are also seen in

consensual intercourse.

In this way, this paper has covered other perspectives of forensic medical action; they can help in the study of a possible sexual assault. The study of the factors associated with genital lesions including menopause, taking contraceptives, ovulatory cycle, previous sexual experience, ethnicity and knowledge of the aggressor by the victim. The general physical examination provides information on the use of violence in the sexual act. The presence of certain symptoms in the victim make us suspect the use of drugs facilitating sexual assault and the victim-offender relationship is also important to be more frequent than this is known to the victim. In addition, psychiatric examination can provide some testimony simulation data and an assessment of possible mental consequences after a sexual assault.

Thus, we conclude that a comprehensive and contextualized vision of the medico-legal examination is essential to evaluate a possible sexual assault.

## **PALABRAS CLAVE**

Sexual assault/ agresión sexual, medicina legal y forense, víctima, agresor, genital injuries/lesiones genitales, relación sexual consentida, interpretación, sumisión química, alcohol, drogas, examen mental.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La violencia sexual constituye una violación de los derechos humanos que atenta al derecho de la libertad sexual. Además se trata de un problema de salud pública que afecta a la salud física y mental, así como la función reproductiva de la persona que la padece <sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como:

*"Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción, por cualquier persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo"* <sup>2</sup>.

El concepto legal de los delitos contra la libertad sexual difiere de unos países a otros, cada país regula su enjuiciamiento en función de sus leyes y de su sistema judicial. La terminología empleada por el Código Penal español en el capítulo correspondiente a los delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales (Libro II: Delitos y sus penas. Título VIII. Capítulo I: De las Agresiones Sexuales y Capítulo II: De los Abusos Sexuales) distingue, según la presencia o ausencia de intimidación en el acto sexual, entre: agresiones sexuales y abusos sexuales. Concretamente de las agresiones sexuales las define como <sup>3</sup>:

*"el que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o*

*intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual”*

mientras que los abusos sexuales los incluye como:

*“el que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual”*

Aquí se ha descrito el concepto básico de agresión sexual y abuso sexual, para cada uno de ellos se describen a su vez sus pertinentes características agravantes, las cuáles no van a ser consideradas en este trabajo.

Por tanto, es la violencia del acto lo que principalmente diferencia entre agresión sexual y abuso sexual y ambos atentan contra la libertad sexual, además el Código Penal cuestiona en su definición de abuso sexual el libre consentimiento de la víctima.

Los efectos que ocasiona la violencia sexual en la víctima hacen que, además de una preocupación desde el punto de vista judicial, se trate de un problema de salud pública. En algunos países como Estados Unidos con una elevada incidencia de este tipo de delito, entorno 300.000 casos al año, han planteado medidas para favorecer su prevención, aunque con poco impacto en las tasas de reincidencia y la incidencia de los delitos de índole sexual <sup>4</sup>.

Más allá de las posibles medidas políticas y/o legales que fomentan la prevención de dichos delitos, se encuentran las herramientas de los sistemas sanitarios. Es necesario el planteamiento de estrategias para una correcta atención de las víctimas desde los servicios de urgencias y atención primaria a los que las víctimas suelen acudir en primer lugar <sup>5</sup>.

La atención clínica integral después de una agresión sexual incluye un conjunto de intervenciones para aportar apoyo emocional, prevenir el embarazo, la posible infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la gonorrea, clamidia, tricomoniasis, y la hepatitis B. Se recomienda la profilaxis post-exposición del VIH, si se conoce que el agresor es VIH positivo, su uso en otras circunstancias es controvertido <sup>6</sup>.

Estas herramientas deben estar disponibles en todos los centros de salud de atención primaria y especializada, debido a la importancia del tiempo discurrido desde el acto sexual <sup>5</sup>.

Otros servicios muy importantes para las víctimas son la recolección de pruebas forenses, la evaluación general de la víctima y tratamiento de las lesiones en caso de ser necesario y una evaluación de la salud mental y el posterior seguimiento médico de la víctima en relación con las pruebas de embarazo, VIH y hepatitis y apoyo psiquiátrico <sup>7</sup>.

Los sistemas de salud se encargan de la prevención secundaria y terciaria de los delitos de índole sexual. Sin embargo, desde la perspectiva de la prevención primaria, los sistemas sanitarios, aunque con escasa evidencia, pueden concienciar a la población de la problemática que supone la violencia sexual contra las mujeres aportando datos de prevalencia, así como la carga y los costes

que supone para el sistema<sup>8</sup>.

En cuanto a la prevalencia de la violencia sexual, se estima que dependiendo del país entre el 6% y el 59% de las mujeres han sufrido violencia sexual alguna vez en su vida<sup>9,10</sup>. La organización UN Women compila las encuestas realizadas en cada país sobre la violencia sexual contra las mujeres. Según su último informe encontrado (del año 2013) la prevalencia de mujeres que habían sufrido violencia sexual y/o física en España en los últimos 12 meses, según una encuesta nacional del año 2005, fue del 9,6% de las participantes. En otros países desarrollados, la prevalencia de mujeres que ha sido agredida sexualmente alguna vez en su vida es del 34% en Australia, 28% en Dinamarca, 5.6% en Bélgica, 27% en Suiza y 25% en Suecia frente al 39% de Uganda, 6.1% de Colombia, 5.8% de Guatemala y 10.8% de Vietnam<sup>11</sup>.

En un estudio español, se ha estimado la incidencia general de delitos sexuales en la provincia de Vizcaya durante el año 2009, tanto en adultos como en niños, fue de 9,5 por 100.000 habitantes, pero la ratio en chicas menores de 18 años fue de 52,20 casos por 100.000 habitantes, es decir, 1 cada 1915 chicas<sup>12</sup>. Sudupe<sup>13</sup> que también realizó un estudio sobre las características y factores de riesgo de las víctimas de delitos de índole sexual en la provincia de Vizcaya documentó 224 casos de asaltos sexuales de los cuáles el 29% se produjo en menores de 12 años, el 16,7% en edades comprendidas entre los 13-17 años y el 54% en mayores de 18 años durante los años 2009-2010<sup>13</sup>.

La prevalencia de la violencia sexual sin incluir la violencia de género se ha valorado en distintas regiones por la WHO, en África es del 11.9%, en América del Sur 10.7% , en Europa del este 5.2%, en el sudeste asiático 4.9%, en la zona oeste del Pacífico 6.8 %, y en la zona denominada de ingresos altos por la WHO (América del Norte, España, Francia, Inglaterra, Alemania, Bélgica, Noruega, Suiza etc.) es del 12,6%<sup>1</sup>, aunque ofrecen intervalos de confianza muy amplios.

Sin embargo, si se recogen los datos de la violencia sexual, en general, incluyendo la violencia de género estos datos varían aumentando en los países subdesarrollados y observándose los más bajos a nivel mundial en las zonas con mayores ingresos<sup>1</sup>. Así los datos actuales sugieren que las estimaciones de la incidencia de la violencia sexual de los países desarrollados son más bajas que las de los países subdesarrollados, sin embargo, a fecha de hoy no es posible confirmarlo<sup>9</sup>.

Otro factor que sobre el que también se puede investigar es la prevalencia de la comisión de la agresión sexual. La mayoría de los países carecen de datos sobre la prevalencia de población en la perpetración de la violencia sexual<sup>14</sup>.

Sudáfrica ha sido uno de los países que ha llevado a cabo este tipo de investigación y se concluye que presenta unos altos niveles de comisión de agresión sexual. Un 28-37% de los hombres entrevistados, con edades comprendidas entre los 18 y los 49 años, admiten haber cometido un acto de agresión sexual<sup>15</sup>. Según el estudio de Jewkes, que ha comparado estos datos

con otros estudios internacionales, entre ellos uno realizado en población española universitaria en el año 2006, determina que las estimaciones de prevalencia disponibles indican que la comisión de una agresión sexual puede ser menor en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medianos, pero, en la actualidad, la escasez de datos no permite confirmarlo <sup>14</sup>.

Se considera muy importante realizar un examen cuidadoso y minucioso para detectar la presencia de lesiones genitales en la evaluación clínica de una víctima de agresión sexual, por dos tipos de razones médicas y forenses <sup>16</sup>.

En estudios internacionales se pone en relieve la importancia de que la documentación e interpretación de las lesiones, y la toma de muestras, así como la evaluación del estado psicológico agudo de la víctima sea realizado por personal médico especializado e imparcial para mejorar el sistema de actuación en los delitos contra la libertad sexual y, de esta forma ayudar a la administración de la justicia en el esclarecimiento del hecho delictivo <sup>17, 18</sup>.

La apreciación de la evaluación médico-legal varía de unos países a otros, en dependencia del sistema judicial, el sistema judicial Anglosajón se basa en la “evidencia de culpabilidad”, mientras que en otros sistemas judiciales, el juez se basa en su “convicción personal” y en ello radica las diferencias de la interpretación de los resultados del examen forense y de la interpretación de su concordancia con los hechos <sup>19</sup>.

Así se pone en relieve, no sólo la importancia del personal médico sino también la metodología empleada en dicho examen. Aunque, en ciertos estudios, no se han documentado diferencias significativas en el procesamiento y enjuiciamiento del agresor en los exámenes realizados por personal especializado <sup>18</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre los distintos elementos que desde un punto de vista médico-legal se disponen para determinar si ha tenido lugar un delito contra la libertad sexual de las mujeres, del tipo agresión sexual. El tema, a raíz del cual se ha llevado a cabo este estudio, es el análisis de las lesiones genitales en posibles víctimas de agresión sexual así como, la determinación de sus peculiaridades y su comparación con las lesiones producidas en las relaciones sexuales consentidas. La caracterización de las lesiones genitales es uno de los puntos más importantes desde el punto de vista médico-legal en la evaluación de una posible víctima de agresión sexual, pero no es el único. Es por eso que en esta revisión, además de las lesiones genitales, se ha intentado abarcar todas las perspectivas y situaciones que, por orden cronológico, pueden darse en el contexto de la actuación médico-forense ante una agresión sexual, como son los factores facilitadores de la misma: la sumisión química, la relación entre consumo de alcohol y drogas y el patrón social y la relación víctima-agresor entre otros; además de las lesiones

extragenitales y la exploración psiquiátrica de la víctima y el agresor.

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de estudios científicos, revisiones bibliográficas y libros mediante el uso de los motores de búsqueda de Pubmed, Scopus y Alcorze. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica han sido múltiples, algunas de ellas son: sexual assault, sexual offenders, sexual consensual and non-consensual intercourse, alcohol and sexual assault, drug-facilitated sexual assault, relationship victim-agressor in sexual assault, injuries in sexual assault etc.

Algunos de los artículos fueron descartados por no adecuarse al tema de la revisión y/o no haber sido publicados dentro de los últimos cinco años. En definitiva, se han incluido 94 artículos y tres libros en la bibliografía de esta revisión.

### **3. FACTORES DE RIESGO FACILITADORES DE LA AGRESIÓN SEXUAL**

La identificación de los factores de riesgo de agresión sexual puede ser un requisito necesario tanto para la prevención primaria (prevención de las agresiones) como para la prevención secundaria (mejora de las intervenciones inmediatas tras la agresión), para ello es imprescindible explorar las circunstancias en las que se producen las agresiones sexuales <sup>20</sup>.

#### **3.1 Sumisión química y vulnerabilidad química**

La sumisión química, en inglés denominada *proactive drug facilitated crime*, radica en la administración de una sustancia a un sujeto, sin su consentimiento, con el fin de atenuar su nivel de consciencia y su capacidad de juicio <sup>21</sup>, mientras que la vulnerabilidad química, *opportunist drug facilitated crime*, consiste en cometer un delito sobre una víctima cuyas capacidades se hallan afectadas por el consumo potestativo de alcohol, drogas o medicamentos <sup>22,23</sup>.

La sumisión química no sólo compete a los delitos sexuales también es utilizada en robos e incluso homicidios, también en casos de sedación o incapacitación de personas que requieren cuidados constantes <sup>23</sup>, aunque continua siendo lo más frecuente su utilización en los delitos contra la libertad sexual.

Es difícil estimar la prevalencia de la sumisión química debido a las dificultades para detectar las sustancias por su rápida eliminación del organismo y por la amnesia y distorsión de los recuerdos que sufren las víctimas <sup>21</sup>.

##### 3.1.1 Epidemiología de la sumisión química y el uso de drogas facilitadoras

Los estudios epidemiológicos realizados internacionalmente, tal como recoge la revisión realizada por Isorna et al. <sup>24</sup>, en la que comparan distintos estudios llevados a cabo en Francia, Australia, EEUU., indican que hasta un 17%-17.5% de las agresiones sexuales pueden ser



clasificadas como casos de sumisión química y por ejemplo en Australia el consumo de alcohol voluntario por parte de las víctimas se situó en entorno al 70% <sup>24</sup>. Estos datos concuerdan con los de otros estudios realizados en países europeos como es el caso de Noruega, que estima en un 22% los casos de agresiones sexuales en los que se sospecha sumisión química <sup>25</sup>. Concretamente en este estudio <sup>25</sup> el propósito fue describir los hallazgos toxicológicos en mujeres que han sufrido un asalto sexual, y evaluar su relación con el uso de drogas facilitadoras. De los 264 casos clasificados como agresión sexual, 155 (59%) se detectaron alcohol y/o drogas, en 102 la prueba de alcohol fue positiva con concentración media de alcohol en sangre estimada en el momento del asalto del 1,87g/L. En 50 pacientes (19%) se encontraron otras drogas distintas de alcohol, entre ellas benzodiazepinas, cannabinoides, estimulantes centrales y opioides, ningún caso dio positivo a gamma-hidroxibutirato (GHB). En total, en 57 pacientes (22%) se sospechó finalmente sumisión química, pero no existen casos en los que se pudiera afirmar de manera inequívoca que se ha producido una agresión sexual facilitada por drogas de forma proactiva. El etanol fue el efecto tóxico más frecuente en la orina/ sangre de las víctimas de asalto sexual y altas concentraciones de etanol se detecta a menudo.

En España, la epidemiología de la sumisión química, en relación con los delitos de naturaleza sexual, ha comenzado a ser investigada recientemente, los estudios encontrados han sido publicados en los años 2013 y 2014 <sup>24</sup>.

### 3.1.2 Comparación de los estudios realizados en España

Durante el año 2011 se llevó a cabo en la ciudad de Barcelona un estudio prospectivo a partir de personas mayores de 18 años atendidas en un servicio de urgencias por posible agresión sexual, en las que se efectuó posterior valoración médico forense. De los 114 casos de posible agresión sexual, 35 cumplían criterios de sumisión química. En este conjunto se asoció con mayor frecuencia amnesia, la nocturnidad y actividad social con consumo de alcohol, agresor conocido y origen extranjero. En el 85% de los casos con sumisión química el estudio toxicológico fue positivo: se detectaron sustancias solas en 13 casos (39,4%), etanol solo en 8 (24,2%) y sustancias y etanol en 7 (21,2%). De los 15 casos que habían consumido alcohol, la media de la alcoholemia retrospectiva fue de 2,29 g/L (DE 0,685; rango 1,43 a 3,75 g/L) <sup>22</sup>.

Otro estudio descriptivo y retrospectivo ha sido elaborado por el Instituto de Medicina Legal Alicante entre los años 2009- 2012 ambos inclusive, y revela que en 19 de los 179 casos de agresiones sexuales existía una alta probabilidad de sumisión química, es decir, en un 10,6% de los casos. La casi totalidad eran mujeres (95%) con edades comprendidas entre los 14-37 años. En la mayoría el agresor era conocido (47%) y una sola persona (74%). La mayoría de las víctimas (68%) narraba un consumo previo voluntario de alcohol, solo o con otras sustancias psicoactivas que las víctimas referían no haber consumido voluntariamente en el 47% de los casos, de los cuales en el

21% se encontró más de una. El tiempo transcurrido entre la agresión y la toma de muestras fue de 18,25 horas y las sustancias detectadas por orden de frecuencia fueron: cocaína, cannabinoides, benzodiazepinas, alcohol y anfetaminas<sup>26</sup>.

Un estudio con una finalidad similar, también de carácter descriptivo y retrospectivo fue realizado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Sevilla entre los años 2010 y 2012. Refleja que de 1.194 casos en los que existía una denuncia por agresión sexual, en solo en 73 (6,12%) de ellos se sospechó una posible sumisión química de la víctima. La investigación toxicológica de estos 73 casos consistió en determinar la presencia de alcohol etílico, sustancias psicoactivas y estupefacientes y también la presencia de semen. Teniendo en cuenta los resultados toxicológicos, así como los hechos y el testimonio de la víctima, se concluyó que sólo 3 podrían ser considerados como sumisión química<sup>27</sup>.

Otro estudio también descriptivo y retrospectivo llevado a cabo por el Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) estudia los casos de agresiones sexuales relacionados con el consumo de sustancias durante los 2010 y 2012. Se detecta que un 34,96% de los casos de delitos sexuales cumplen criterios de inclusión de sumisión química. El perfil de la víctima es una mujer española o latinoamericana, en un 63,5% menor de 30 años y la mayoría de ellas (73%) refiere consumo previo de alcohol al suceso y amnesia tras el mismo. Como en otros estudios internacionales, la sustancia más frecuentemente encontrada en el análisis toxicológico fue el etanol (61,7%), seguida de fármacos principalmente benzodiazepinas y por último, las drogas ilícitas<sup>21</sup>.

Así, se observa que la epidemiología de este fenómeno en nuestro país varía en función de las regiones observándose una prevalencia de sospecha de sumisión química del 6.12% en el sur de España, el 10,6 % en Alicante, en comparación con el 31% de Barcelona (1 de cada 3 casos), y el 35% detectado en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Madrid. Se aprecia en el estudio de Barcelona un mayor porcentaje de sumisión química en mujeres extranjeras en relación con el patrón de ocio, este resultado podría ser debido a la localización urbana de la elección de la muestra: el centro de una ciudad metropolitana.

### 3.1.3 Drogas facilitadoras de la agresión sexual (DFAS)

Las sustancias más empleadas en los delitos de índole sexual son depresores del sistema nervioso central y frecuentemente son sustancias insípidas, incoloras, inodoras, solubles en medio acuoso, para que no sean detectables por parte de la víctima. Son sustancias de rápida acción y de corta duración, generalmente administradas por vía oral mezcladas con la bebida, y si esta es alcohólica se potencia el efecto sedante de la sustancia. Los efectos, que son patentes a dosis bajas, son: sedación, desinhibición, desorientación y amnesia anterógrada; de esta forma se consigue el dominio de la víctima<sup>23, 24</sup>. Otros síntomas asociados a la sumisión química son: parálisis sin

pérdida de conocimiento, pérdida de conocimiento o «desmayo», habla pastosa, alteraciones visuales, somnolencia, confusión, resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado, agitación o alucinaciones (*delirium*), alteración del juicio, mareo o vértigo, alteraciones de la motricidad o del equilibrio, náuseas o vómitos, comportamiento distinto al habitual <sup>28</sup>.

Las sustancias que pueden ser utilizadas con estos fines son: el etanol, las benzodiazepinas, los opiodes, cannabinoides, la cocaína, las anfetaminas, el ácido oxábico o GHB, la ketamina, la escopolamina o “burundanga” <sup>24</sup>.

Las investigaciones coinciden en que las sustancias más utilizadas son: alcohol etílico, benzodiazepinas, ácido gammahidroxibutírico (GHB), entre otras <sup>23</sup>. En los estudios realizados en nuestro país concluyen, en general que los compuestos químicos más utilizados son el etanol, seguido de fármacos mayoritariamente benzodiazepinas y el uso de sustancias ilícitas, principalmente cocaína y derivados cannabinoides, solas o en combinación <sup>21, 27</sup>. La detección de etanol de forma aislada es predominante, si bien también se ha asociado a fármacos, drogas ilícitas o ambos <sup>21</sup>. Estos resultados concuerdan con los documentados internacionalmente en países europeos <sup>27</sup> como Países Bajos <sup>29</sup> que incluye también los analgésicos no opiáceos dentro de los fármacos más utilizados.

De estos datos se deduce, que no se ha demostrado la existencia de un uso extendido de ninguna sustancia concreta, y en particular de las llamadas «drogas de los violadores» como el gamma-hidroxibutirato o la «burundanga» (escopolamina) ni de 3,4-metilendioxi-Nmetanfetamina u otros derivados anfetamínicos. De hecho actualmente, estas últimas son poco utilizadas <sup>27, 30</sup>.

#### 3.1.4 Actuación ante la sospecha de un caso de sumisión química

En el examen clínico podemos sospechar el uso de drogas facilitadoras cuando la paciente/víctima presenta síntomas inespecíficos, generalmente neurológicos, cuando la anamnesis es complicada por el estado de aturdimiento y la angustia. Las manifestaciones clínicas más significativas son: la amnesia parcial o total, el nistagmos y la midriasis, el ojo rojo, el aliento alcohólico, la disimetría, alteraciones del lenguaje y del estado de consciencia y la desorientación <sup>24</sup>. Ante la sospecha se debe realizar la recogida de muestras de sangre y orina en el intervalo de tiempo recomendado por las Naciones Unidas: 48 horas en el caso de la sangre y 120 horas en el caso de la orina, desde la agresión sexual <sup>27</sup>. También es necesario precisar la toma voluntaria para distinguirla de la subrepticia en los análisis de sangre de orina <sup>28</sup>.

En la actualidad, existe la llamada «Guía breve de actuación médico-forense ante casos sospechosos de sumisión y vulnerabilidad química» divulgada en 2012 <sup>28</sup>, que como su título indica, sugiere el protocolo forense que es imprescindible seguir en dichos casos. En ella se recogen los motivos de sospecha de sumisión química y los síntomas más frecuentemente asociados

a al empleo de la misma, así como, el intervalo de tiempo máximo para el estudio toxicológico de las muestras. Dichos intervalos varían hasta las 48 horas en caso de sangre, hasta 7 días para la orina y el cabello, también explica la metodología, la cantidad de muestra necesaria para el examen y los formularios de datos de para el laboratorio que incluye fecha y hora de extracción, signos y síntomas, orientación sobre posibles sustancias y el consumo voluntario previo y posterior a los hechos.

### 3.1.5 Perspectiva legal

La sumisión química se califica de «violencia» cuando se produce para llevar a cabo la sustracción de efectos propiedad del afectado, sin embargo el tratamiento de la sumisión química es distinto en el caso de los delitos sexuales, puesto que se considera responsable de abuso sexual por ausencia de consentimiento de la víctima aprovechándose de su situación de privación de sentido, sin distinguir si la privación es ajena a la actuación del autor o si ha sido provocada por este con la finalidad de facilitar la consecución de su objetivo <sup>31</sup>.

En ninguno de los dos casos se diferencia la anulación de la voluntad de la víctima por medios de «violencia», que es el término que permite diferenciar el abuso sexual de la agresión sexual, con las importantes diferencias punitivas que implica tal distinción <sup>31</sup>.

Por ello fue presentada en la Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados la enmienda 350, en la que se proponía modificar el referido Artículo 181 con el fin de que incluyese distintas penas en función de si la privación era causada o no por el autor de la agresión <sup>32</sup>. Finalmente la modificación de dicho artículo, equipara expresamente la provocación de la sumisión química al abuso de una situación previa de privación de sentido ajena a la acción del autor, vedándose de esta forma toda posible interpretación jurisprudencial que permitiese considerar al autor responsable de un delito de agresión sexual <sup>31</sup>.

A pesar de la importancia de los hallazgos de los trabajos epidemiológicos realizados en España sobre la sumisión química por su actualidad y relevancia pública, este fenómeno es un tema de estudio complejo y de gran novedad en nuestro país, por lo que se hace necesario continuar avanzando empíricamente en el análisis del mismo mediante nuevos diseños y metodologías que permitan seguir aumentando el conocimiento sobre las diferentes variables implicadas <sup>33</sup>. Para ello es necesario una buena compilación de las muestras, dentro de los tiempos óptimos para su estudio, y la similitud del diseño de los estudios llevados a cabo sobre este tema para permitir la unificación y la comparación de los resultados <sup>22</sup>. Así como, la colaboración entre diferentes servicios asistenciales implicados en la atención al fenómeno de la sumisión química (sanitarios, forenses, toxicológicos, etc.) que, por la complejidad del mismo, debe ser necesariamente evaluado, tratado y abordado desde una perspectiva multidisciplinar y coordinada <sup>22, 33</sup>.

En algunos casos, la ausencia de alcohol y drogas pueden representar resultados falsos

negativos debido al tiempo transcurrido entre la supuesta agresión sexual y la toma de muestras<sup>29</sup>. Por tanto, no todos los casos sospechosos de sumisión química serán demostrados analíticamente y en caso de demostrarse no se puede discernir si el consumo ha sido voluntario o no por parte de la víctima<sup>21</sup>.

### **3.2 Relación entre consumo de alcohol y drogas, el patrón social y agresión sexual**

Para ambos sexos, salir los fines de semana está relacionado con el alcohol, las drogas y el sexo<sup>24</sup>. Actualmente el patrón de consumo de alcohol en España, es el de tipo anglosajón ingerir grandes cantidades de alcohol los fines de semana, a este patrón se le denomina atracón de alcohol o *binge drinking*, y realiza con la práctica del botellón o al “salir de marcha”<sup>34</sup>, tal y como se desprende del informe publicado en España del Plan Nacional Sobre Drogas (2013), su prevalencia es mayor entre los hombres que entre las mujeres y mayor entre los jóvenes de 15 a 34 años. También se establece que el 43,2% de los hombres y el 25,5% de la mujeres entre 15y 34 años practicaron *binge drinking* en los últimos 30 días<sup>35</sup>.

El consumo episódico y excesivo de alcohol y la agresión sexual son problemas significativos y concurrentes en población universitaria, sobre todo en otros países como E.E.U.U<sup>36</sup>. En España, se ha estudiado la incidencia en población universitaria de la estrategia de los chicos de dar alcohol a las chicas para facilitar su consentimiento a mantener contactos sexuales ha sido estudiada, y la percepción de las chicas en cuánto a aceptar la invitación de los chicos a tomar alcohol cuando interaccionan con ellos. Participaron 349 personas heterosexuales (154 hombres y 195 mujeres) con edades comprendidas entre los 17 y 45 años. El 28% de los varones reconoció haber dado alguna vez alcohol a una chica para conseguir mantener relaciones sexuales con ella; por su parte, el 44% de las chicas indicó haber sido objeto alguna vez de esta práctica. Se observó que los chicos rechazaban en menor medida esta estrategia. Asimismo se encontró que los chicos tienden a percibir como promiscuas a aquellas chicas que aceptan tomar alcohol en las interacciones con los chicos<sup>37</sup>.

Calafat et al.<sup>38</sup> realizaron un estudio con una muestra de 700 jóvenes mayoritariamente alemanes e ingleses que fundamentalmente pasaron sus vacaciones en lugares turísticos de la costa mediterránea, el 1,5% narraron haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad durante sus vacaciones por diversas tácticas: empleo de la fuerza física, la coacción o por encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Se sugiere que las mujeres turistas alcoholizadas podrían ser concebidas como blancos fáciles para los varones en general, turistas o residentes en la zona.

Las personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol en contextos recreativos, adquieren una mayor intencionalidad y unas actitudes más proclives hacia la utilización de la sumisión química y hacia las conductas sexuales de riesgo, independientemente del sexo de la muestra<sup>24</sup>. Los hombres tipifican, en mayor medida, la agresión sexual bajo los efectos del alcohol

como una relación consentida, mientras que en las mujeres se producía el efecto inverso, es decir, existe una diferencia en la interpretación del consentimiento en función del sexo <sup>39</sup>.

En cuanto a la relación del consumo de drogas con el patrón social, empieza a ser más frecuente el uso de la sumisión química para dejar a la víctima semiinconsciente para que así sean incapaces de resistirse al ataque sexual <sup>24</sup>.

### **3.3 Relación entre la víctima y el agresor**

En general, se estima que en un gran porcentaje de casos la víctima conoce a su agresor antes del ataque sexual. Las víctimas han podido establecer una relación anterior con el autor, ya sea porque se trata de una antigua pareja, un familiar o un amigo, o simplemente conocerlo dentro de las 24 horas previas a la agresión. En las que habían tenido una relación previa con el agresor, el acto sexual se produce con mayor frecuencia en casa de las víctimas o en casa del autor de los hechos <sup>20, 24</sup>.

El consumo de grandes cantidades de alcohol por parte de las víctimas se ha asociado con la agresión sexual llevada a cabo por un extraño o por una persona conocida en las 24 horas previas al ataque <sup>20</sup>. Esta es una de las tácticas utilizadas por los agresores sexuales, otras estrategias incluirían el uso de la fuerza física y la coacción verbal. El empleo de esta última es probable que se produzca en situaciones en las que la víctima conoce al agresor desde hace menos de un año <sup>40</sup>.

En un estudio, con en una muestra de 292 víctimas de las cuales 283 eran mujeres, se ha descrito la relación con el sospechoso: en un 24,3% de los casos se trataba de la pareja, de la expareja o de un familiar; en un 24,3%, era una persona con la que la víctima había tenido una relación estrecha; en un 12,6% era un extraño; en un 24,9% de los casos se determinó que el sospechoso era conocido por la víctima y en un 12,3% no se estableció el grado de relación con el presunto agresor <sup>41</sup>.

### **3.4 Consumo de alcohol y drogas por parte del agresor**

Hay muchos estudios que asocian la ingesta de alcohol con la violencia en general, los accidentes, la violencia de género, el homicidio y las agresiones sexuales <sup>42</sup>. En concreto la asociación entre el consumo de alcohol por parte del sexo masculino y la comisión de una agresión sexual es compleja, se ha observado una relación entre la cantidad diaria ingerida de alcohol y la agresividad sexual masculina, además de un aumento de la probabilidad de malinterpretación del interés sexual de la mujer <sup>43</sup>. Sin embargo, existen más factores asociados ya que, la relación alcohol/violencia es mayor en personas con ciertos rasgos de personalidad antisociales, deterioro de las funciones cognitivas e historial violento <sup>42</sup>.

En cuanto a las drogas, la mayoría de los consumidores de cocaína también abusan del alcohol,

lo que genera un efecto desinhibidor sobre la conducta que exalta impulsividad y disminuya la capacidad de juicio. El consumo de cocaína, junto con la estructura de la personalidad y los trastornos mentales se asocian con la violencia <sup>42</sup>. En concreto, en un estudio realizado en Hannover, se ha determinado que hasta un 6.8% de los sospechosos habían consumido drogas <sup>41</sup>.

### **3.5 Vulnerabilidad por discapacidades físicas, intelectuales, cognitivas**

Las investigaciones, llevadas a cabo en materia de discapacidad y violencia sexual, afirman que las personas con discapacidad presentan un mayor riesgo de sufrir violencia sexual. En general, se centran en las discapacidades intelectuales y cognitivas asociadas a violencia de género y abusos sexuales. Las personas con enfermedades mentales, seguidas de aquellas con deficiencias mentales son los grupos con mayor prevalencia de cualquier tipo de violencia <sup>44</sup>.

Otra cuestión aparte, sería la vulnerabilidad por discapacidad secundaria a la violencia sexual, un tema ampliamente estudiado del que se hablará más adelante.

## **4. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL Y GINECOLÓGICA**

El reconocimiento de las posibles víctimas de delitos de índole sexual es un procedimiento rutinario, aunque teniendo en cuenta el número y la naturaleza poco homogénea de la literatura sobre el tema, no existe en la práctica clínica un consenso en la elección de las posibles técnicas o exámenes complementarios viables en la exploración <sup>19</sup>.

### **4.1 Exploración genital y toma de muestras**

La exploración genital adquiere una especial relevancia ante presuntos delitos contra la libertad sexual y sobre todo, ante casos de agresión sexual. Para su realización es imprescindible que la víctima aporte su consentimiento, para ello se le debe informar del procedimiento de la exploración, así como la protección de datos y la preservación de su intimidad en el caso de que se realicen fotografías para documentar las lesiones <sup>45, 46</sup>.

Este examen puede ser percibido intrusivo por la mayoría de mujeres, por consiguiente es labor del explorador disminuir el posible trauma asociado. Esto se logra asegurando la privacidad de la paciente, preparando el material previamente, siendo empático y ofreciendo el control de la situación a la paciente y revisando el consentimiento antes del comienzo de la exploración <sup>45</sup>.

La posición adecuada para la exploración es la litotomía modificada para los exámenes de genitales femeninos y para la exploración anal, en decúbito lateral izquierdo <sup>19, 45, 46</sup>.

Existen distintas técnicas de examen en la exploración genital: la inspección a simple vista, el uso del colposcopio, el empleo del colorante azul de toulidina con o sin colposcopio <sup>19, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52</sup>. El colposcopio es una especie de microscopio binocular que amplifica las lesiones a su vez

también proporciona una fuente de luz y una cámara para la documentación fotográfica. El colorante azul de toulidina es un contraste que permite identificar lesiones microscópicas, se adhiere a las abrasiones y a las laceraciones poniendo de relieve las lesiones agudas de la piel o de las mucosas <sup>53</sup>. En general se ha determinado que este colorante permite la visualización de más laceraciones y abrasiones en genitales externos que con la inspección visual directa o colposcopia, por tanto se considera que la tinción azul de toluidina puede añadir un valor adicional al examen forense de agresión sexual <sup>52</sup>.

Se puede utilizar la sonda de Foley, siempre en mujeres post-púberes para revisar los bordes himenales, esta técnica está especialmente indicada en adolescentes <sup>19</sup> y siempre debe emplearse tras la toma de muestras forenses <sup>45</sup>. Cada uno de estos métodos presenta diferentes peculiaridades y en función del empleado en el examen genital varía la tasa de lesiones, como pueden observarse en toda la bibliografía descrita <sup>45</sup>.

Entre los nuevos métodos de examen forense para describir lesiones anogenitales en casos de agresión sexual se encuentra la luz ultravioleta, aunque su empleo no se ha extendido. La luz ultravioleta detecta la liberación de células de sangre y muestra hematomas en color oscuro. Un estudio <sup>53</sup> ha comparado en una muestra de 88 mujeres voluntarias tras un coito consentido, el beneficio que aporta la luz ultravioleta en el examen genital forense en comparación con la luz blanca, utilizando la colposcopia con documentación fotográfica. Las dos variables estudiadas fueron los hallazgos agudos y las cicatrices en el área genital. Se documentaron significativamente más hematomas submucosos y cicatrices con la luz ultravioleta que con la luz blanca, mientras que las abrasiones y las petequias se observaron mediante cualquiera de ambos métodos. En tanto en cuanto los autores de este primer estudio en el que se compara la utilización de la luz blanca en comparación con la luz ultravioleta, establecen ciertos beneficios de una sobre la otra en algunos aspectos, quizás serían necesarias más investigaciones en este campo para especificar el valor adicional que puede ofrecer la luz ultravioleta en las exploraciones forenses.

La recopilación de pruebas forenses incluye la toma de muestras biológicas que aportan una evidencia circunstancial o indirecta porque requieren la comparación con otra muestra de control de la víctima, del sospechoso o de la escena de los hechos. Entre ellas se encuentran: el semen, el fluido vaginal, fluidos orales, sudor, sangre; también adquiere importancia el estudio de los elementos botánicos, en relación al lugar de la agresión. Es necesario evitar la destrucción de dichas pruebas en la víctima, su contaminación durante la obtención y la manipulación de las mismas y su pérdida al proceder a la recogida de las pruebas. Por ello, en la toma de las muestras se debe valorar la utilización de un hisopo, dos hisopos simultáneamente o dos hisopos sucesivos también llamada técnica de doble hisopo. La elección del procedimiento depende de la cantidad de la muestra, si es pequeña un hisopo, y de la capacidad de llevar a cabo de un análisis de



contraprueba <sup>54</sup>.

El semen es el líquido seminal en el que se encuentran suspendidos los espermatozoides. La vida media del semen en cavidad vaginal depende de la edad de la víctima, si se localiza en el cuello uterino es superior a 72 horas. En las secreciones vaginales mezcladas con semen se identifican los espermatozoides inmóviles tras 12-48 horas de la eyaculación. El semen fresco se ve fácilmente a simple vista, la luz ultravioleta y el PoliLight también son útiles en su apreciación <sup>54</sup>.

La visualización microscópica de espermatozoides para la demostración de esperma todavía continua siendo la prueba definitiva en posibles casos de agresión sexual. Se puede llevar a cabo mediante varias técnicas: técnica Kernechtrol-Picroíndigocarmín KPIC o *Árbol de Navidad*, con la que se observan las cabezas de los espermatozoides en rojo y las colas de color verde <sup>54,55</sup>; otro método es la fluorescencia específica de espermatozoides (HY-LITER, Independent Forensics) con la cual se detectan las cabezas y porciones de la cola <sup>54</sup>; y la reacción de Florence yodo que detecta la presencia de colina produciendo cristales de peryoduro de colina de color marrón característicos <sup>56</sup>.

El recuento de los espermatozoides permite la estimación de la hora de la agresión, sin embargo no conduce a la identificación del material biológico del agresor. Además, la ausencia de espermatozoides no implica que no se haya producido el contacto sexual si el sospechoso tiene azoospermia o se le ha practicado una vasectomía. Por estas razones, y por el hecho de que independientemente del resultado del frotis es necesario llevar a cabo un análisis de ADN, muchos autores no recomiendan su realización <sup>54</sup>.

La detección de la fosfatasa ácida seminal (AP) y el antígeno prostático específico (PSA) no precisa de la presencia de espermatozoides por lo que pueden aplicarse en casos de azoospermia. Son técnicas sensibles que pueden considerarse como técnicas guía y en caso de dar un resultado negativo se deben realizar estudios de ADN <sup>57</sup>.

Para el estudio de ADN, se recogen muestras biológicas del sospechoso y las encontradas en la víctima para realizar estudios comparativos de ADN de las distintas pruebas <sup>54</sup>. Recientemente, se han publicado nuevos artículos sobre cómo obtener la muestra de biológica del sospechoso. En estudio realizado en China, comentan un microdispositivo costo-efectivo que mediante separación hidrodinámica permite separar el semen de las células epiteliales de la víctima, obteniéndose una fracción de ADN masculino del 94% demostrado por los perfiles STR <sup>58</sup>. Para que las pruebas de ADN tengan validez hay que asegurar en cada momento la cadena de custodia de dichas pruebas, según las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses <sup>59</sup>.

## **4.2 Documentación e interpretación de las lesiones**

A la hora de documentar cualquier lesión es pertinente tener en cuenta varios puntos: separar los hallazgos objetivos de la opinión subjetiva, describir de forma clara y concisa las lesiones, si es posible, mediante dibujos lineales en mapas del cuerpo, considerando la utilización de la documentación fotográfica de la zona genital previo consentimiento de la víctima, relativo al uso, almacenamiento, seguridad, propiedad y divulgación de dichas imágenes <sup>45</sup>.

En la descripción de las lesiones se utiliza el símil con una esfera de reloj para la ubicación de las lesiones genitales de cualquier localización, aunque concretamente del himen, estando la víctima en posición ginecológica la parte más alta del himen, la más cercana al abdomen o anterior correspondería a las 12h y la parte posterior, más cercana a la camilla a las 6horas <sup>19, 45</sup>.

### 4.2.1 Diagnóstico diferencial de las lesiones

Es importante que el médico forense sea capaz de formular un diagnóstico diferencial para cualquier resultado encontrado, no sólo desde una perspectiva terapéutica sino sobre todo desde una perspectiva forense <sup>45</sup>.

De esta manera, ante una lesión debemos preguntarnos si es resultado de la presunta agresión sexual o de una relación consentida o si, por el contrario, existe una causa médica subyacente que indique que el paciente sea más propenso a mostrar signos de trauma, como por ejemplo determinadas enfermedades dermatológicas que pueden confundirse con lesiones como eczema, psoriasis etc. <sup>45</sup> o una infección genital. Esta última, a su vez, se ha asociado significativamente con la presencia de lesiones y a una curación más lenta de las mismas <sup>48</sup>.

El conocimiento de la presencia de infección durante la realización de la exploración, nos ayuda en el diagnóstico diferencial ya que determinadas abrasiones pueden ser debidas al rascado por el prurito que provocaría una infección o un eritema en el introito ser secundario a una infección por cándida <sup>45</sup>.

Cuando se observa la presencia de sangre, debemos plantearnos si es de origen menstrual o secundario a una lesión, dado que en ocasiones no se visualiza un punto sangrante <sup>45</sup>. Sobre esta cuestión, en los últimos años se han realizado progresos en el desarrollo de un método que permite diferenciar la sangre menstrual de la sangre sistémica mediante el uso del dímero D <sup>60</sup>.

### 4.2.2 Clasificación

La dificultad en la realización de las revisiones bibliográficas de artículos científicos, en cuanto a la tasa de lesiones genitales es la falta de estandarización en el procedimiento de su clasificación <sup>45, 51</sup>. Por ello, se incluyen algunas de las escalas que se han propuesto para la catalogar de dichas lesiones:

La clasificación en función del TEARS<sup>16, 45, 51, 61</sup> es la escala más usada en E.E.U.U. y fue desarrollada por Masacre et al. según el tipo de lesión:

- T: tear, lágrima en castellano, que se define como cualquier lesión en el tejido con solución de continuidad ya sean fisuras, grietas, cortes o laceraciones.
- E: equimosis representa cualquier cambio de coloración de la piel o en las membranas mucosas por el daño de pequeños vasos sanguíneos.
- A: abrasiones/escoriaciones definidas como la pérdida de la epidermis en la piel o de la membrana en las mucosas.
- R: enrojecimiento (redness), se usa para definir los tejidos eritematosos e inflamados por irritación.
- S: hinchazón (swelling) define el edema local y congestión de los tejidos.

Los tres primeros puntos de esta clasificación, laceraciones, contusiones y abrasiones, se valoran generalmente como significativos para la determinación de una lesión genital, mientras que el enrojecimiento y la hinchazón tienen una interpretación más subjetiva en el estudio de las lesiones sobre todo en la región genital<sup>16, 45, 47</sup>.

Además de este sistema, se han publicado otros sistemas de clasificación y se pueden agrupar en: según la gravedad, la localización anatómica, el tipo de lesión y la sintomatología. Se ha examinado que desde el punto de vista de judicial, probablemente, la tipología más útil es la gravedad de la lesión. De esta manera, un sistema de clasificación que incluyese la puntuación de la gravedad de las lesiones además de otras variables para explicar la naturaleza y los patrones de lesión genital parece ser el sistema más indicado<sup>61</sup>.

En relación con la gravedad de las lesiones genitales, en el año 2013 Kelly et al. publicaron en EEUU un artículo sobre la versión derivada de la escala de gravedad de las lesiones genitales (GISS)<sup>51</sup> (figura 1) como un instrumento para la descripción de las lesiones genitales femeninas externas después de una relación sexual. El objetivo era obtener una escala sobre los hallazgos visibles en la exploración para evitar la subjetividad y que fuese fácil de aplicar en el examen genital de una mujer o una adolescente tras una relación sexual consentida o no consentida; y mediante el empleo de lentes de aumento y el colorante azul de toluidina.

Los autores afirman que esta escala es útil para el seguimiento de los casos de agresión sexual para medir las tasas de curación y la resolución de las lesiones, y si se valida, podría ser el inicio de la implementación de un lenguaje común que fuese utilizado de forma sistemática en los informes médico legales de casos de agresión sexual<sup>51</sup>.

Genital Injury Severity Scale (GISS)					
	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5
Swelling	(-) (0)	+ Mild (1)	++ Significant (2)		
Color Change (erythema to contusion)	(-) (0)	+ Pink/Red (1)	++ Significant Redness (2)	Purple (3)	
Tissue Break (tear to abrasion)	(-) (0)	Superficial: seen only with colpo and/or TB (1)	Mild: linear tears into epidermis visible with eye (2)	Moderate: deeper and wider into dermis (3)	Severe: tear into the subcutaneous or deeper (4)
Hymen and Introitus	(–) (0)		Incomplete tear/s (2)	Complete transection (3)	Complete transection and disruption into introitus (4)
Toluidine Blue dye uptake	(-) (0)	-/+ Flat/punctate uptake (1)	+ Specific uptake (2)		
	Tissue integrity intact Class A		Tissue integrity disrupted Class B		

Figura 1 tomada de: *Derivation of the Genital Injury Severity Scale (GISS): a concise instrument for description and measurement of external female genital injury after sexual intercourse.*

En la revisión bibliográfica llevada a cabo por Blanc et al.<sup>19</sup> se expone una clasificación en función de la posición del desgarro del himen y del tiempo que hace que se han producido. Así distingue:

- Desgarros recientes: se observa hemorragia o equimosis, se considera que estas roturas tienen una edad menor de 10-15 días.
- Desgarros anteriores no recientes (por encima de la línea de 3-9 horas): se consideran una variante de la normalidad.
- Desgarros posteriores no recientes: requieren la evaluación de la profundidad de la lesión, de esta forma se catalogan en: laceraciones superficiales (menos del 50% de la anchura total del himen), desgarros profundos (mayor del 50% de la anchura total del himen, rotura incompleta), rotura completa del himen.

Las laceraciones superficiales pueden encontrarse tanto en las víctimas de agresión sexual como en las mujeres habiendo mantenido relaciones sexuales consentidas, los desgarros profundos aislados serían insuficientes para determinar la etiología traumática y las roturas completas pueden indicar la penetración mediante un mecanismo traumático<sup>19</sup>.

#### 4.2.3 Valoración de la cicatrización de las lesiones

La valoración del grado de curación de las lesiones tiene importancia desde el punto de vista forense, debido a que la “edad” de una lesión puede determinar si es resultado de una relación consentida anterior a la presunta agresión sexual o como consecuencia de esta<sup>45</sup>.

La cicatrización conlleva una serie de etapas <sup>45</sup>:

1. Las reacciones inmediatas. Durante esta fase se forma un coágulo de fibrina, recubriendo el espacio creado por la herida, proporcionando una estabilización provisional de la herida, incluye las primeras 4 horas.
2. La inflamación comprende el periodo de tiempo transcurrido entre las primeras horas hasta 5-7 días desde la producción de la lesión y se caracteriza por presentar eritema, hiperemia y dolor.
3. La proliferación, formación de tejido de granulación, la epitelización en condiciones ideales sucede dentro de la 48-72 horas
4. La remodelación depende de diversos factores como la edad, el estado de salud, la presencia de infección, el estado nutricional, la toma de medicamentos.

Astrup et al. encontraron que el tiempo medio de supervivencia de las lesiones era de 24 horas en la visión a simple vista, 40 horas utilizando el colposcopio y 80 horas mediante el uso del colorante azul de toluidina <sup>47</sup>.

#### 4.2.4 Lugar más frecuente de lesión según la naturaleza de la penetración

El sitio de lesión genital varía de unos autores a otros. Algunos indican que es más frecuente la lesión de la horquilla posterior <sup>47, 49</sup> y otros se inclinan por la fosa navicular, como la localización más frecuente de presentar lesión <sup>48, 62</sup>. También se observan, aunque en menor medida que las anteriores, lesiones en los labios mayores <sup>49</sup> y menores, vestíbulo <sup>62</sup> y en la región peri-uretral <sup>48</sup>.

Todas las investigaciones mencionan que el tipo de lesión más frecuentemente encontrada en estas localizaciones es la laceración, y en segundo lugar, la abrasión <sup>45, 47, 48, 49, 50, 62</sup>. Según el tipo de penetración se distinguen el tipo de lesiones encontradas:

##### *Penetración peneana*

En un estudio de Morgan et al. <sup>62</sup> encontró que en las mujeres postmenopáusicas tenían más probabilidades de producirse en la fosa navicular, el vestíbulo y los labios menores. En general, la fosa navicular es el sitio más común para ser visto de forma macroscópica.

En otro estudio que también evalúa las lesiones, a simple vista sin el uso de aumento señala que las laceraciones fueron el tipo de lesión más frecuente (22/28, 78%), seguido de las contusiones (4 / 28, 14%) y abrasiones (2/28, 7%) <sup>48</sup>.

##### *Penetración vaginal digital*

Se ha descrito en el estudio llevado a cabo por Lincoln et al. <sup>48</sup> que en un escenario de penetración que incluye el dedo era, 4,2 veces más probable que resulte al menos una lesión genital que en la penetración sin la participación del dedo. En este estudio se recoge que ocho mujeres fueron penetradas exclusivamente con el dedo de forma no consentida y sin uso de lubricante. Seis de estas ocho mujeres se encontró que tenían una lesión genital. Los tres tipos de lesión genital: laceración,

abrasión y contusión se observaron en estas mujeres siendo, sin embargo las abrasiones y las contusiones estadísticamente más frecuentes que las laceraciones. La localización significativamente con mayor probabilidad de lesión en la penetración vaginal digital fueron los labios mayores ya que, en el estudio sólo aparecieron 10 lesiones localizadas en este sitio, 8 en la penetración digital y 2 en casos dudosos de penetración digital, es decir, la lesión de los labios mayores sólo se produjo en la penetración vaginal de etiología digital <sup>48</sup>.

#### *Penetración vaginal digital y peneana*

Según Lincoln et al, en este tipo de penetración las laceraciones son estadísticamente menos probables siendo las abrasiones las lesiones que son más propensas de producirse. Sólo dos lesiones en el cuello del útero se observaron en general; una abrasión debido a penetración vaginal únicamente digital y un hematoma debido a la penetración mixta: peneana y digital <sup>48</sup>.

#### *Penetración por un objeto*

En una revisión retrospectiva <sup>63</sup> de 820 casos de agresión sexual se evidenció, que en 19 se había requerido el uso de objetos en la penetración. De estos 19 casos, en 16 se produjo la penetración por vía vaginal y en 8 se realizó o se intentó la penetración anal. Los tipos de objetos descritos fueron: botellas, un tarro, un consolador, un lápiz, un cepillo de dientes, un destornillador y un palillo, un vaso de plástico.

En estos casos de penetración con un objeto se observó que era más probable la identificación de las lesiones genitales (75%) que en los casos en los que no se había llevado a cabo la penetración con un objeto (38%). Las lesiones genitales registradas incluyeron abrasiones y laceraciones, así como enrojecimiento y una mayor sensibilidad.

Las tipos de lesiones examinadas fueron: eritema perianal, eritema del introito, abrasiones perianales, abrasiones labiales, eritema y abrasiones en los labios, laceraciones anales y abrasión del himen. En la penetración anal se observaron únicamente lesiones anales: eritema, abrasiones, laceraciones, sin embargo en las penetración por vía vaginal se advirtieron además lesiones en la región anal.

Las lesiones no genitales se observaron en el 91,7% de las presuntas agresiones sexuales con un objeto con penetración en comparación con el 53,1% en las que tenían un asalto sexual sin penetración objeto <sup>63</sup>.

#### 4.2.5 Lesiones producidas en relaciones sexuales consentidas y las producidas en las relaciones no consentidas.

Se ha comenzado a investigar si se producen lesiones en las relaciones sexuales consentidas y en caso de producirse a compararlas con las ocasionadas en las agresiones sexuales, con el fin de determinar si existen diferencias y de esa forma concluir si existe algún tipo de lesión patognómica en las lesiones producidas tanto en las relaciones sexuales consentidas como en las no consentidas.

Este apartado es uno de los más importantes debido a que es uno de los temas que el médico forense debe intentar esclarecer ante un posible caso de agresión sexual. El estudio de las posibles congruencias o diferencias de las lesiones genitales consentidas y no consentidas es la cuestión más novedosa de esta revisión bibliográfica de los últimos cinco años por el reciente comienzo de su investigación y una de las razones por las que se ha decidido llevarla a cabo, para así evaluar el estado de la investigación sobre esta cuestión.

Astrup et al.<sup>47</sup> publicaron en el año 2012 un estudio descriptivo con 98 participantes con el propósito de describir las lesiones genitales sufridas, así como su duración en las relaciones sexuales consentidas usando las siguientes técnicas: la visualización a simple vista, con el colposcopio y con el colorante de azul de toluidina seguida de colposcopio. La exploración se llevó a cabo dentro de las 48 horas siguientes al coito, además, cincuenta de las mujeres fueron examinadas de nuevo dentro de los siguientes 7 días del primer examen. Las lesiones fueron frecuentes; 34% se observaban a simple vista, el 49% con colposcopia y el 52% con colorante azul de toluidina y posterior colposcopia. Se prolongaron durante varios días; el tiempo promedio de supervivencia de estas fue 24 horas para las advertidas a simple vista, 40 horas con colposcopia y 80 horas con el colorante y la posterior colposcopia. Las zonas más frecuentemente lesionadas fueron la horquilla posterior (78%), seguido de los labios. La edad media de las participantes fue de 22,4 años y el 88% eran nulíparas, y según los autores se consideran comparables con las víctimas de violación por la edad.

En estudio de McLean et al.<sup>49</sup> del 2011, se comparó la prevalencia de lesiones genitales macroscópica en 500 mujeres que alegaron agresión sexual mediante penetración por vía vaginal con la de 68 mujeres que recientemente habían tenido relaciones sexuales consentidas. Todas fueron examinadas dentro de las 48 h del contacto sexual. El tipo de lesiones más frecuentemente encontradas son las laceraciones, seguidas de las contusiones, siendo la horquilla posterior, la zona genital más propensa a ser lesionada en ambos grupos (13,8% en las agresiones sexuales y 4,4 en los coitos consentidos) y en segundo lugar, la parte posterior de los labios. En general, el 22,8% de las mujeres que alegaban agresión sexual tenía lesiones genitales en comparación con el 6% de las mujeres que tuvieron relaciones consentidas. No fue posible establecer conclusiones acerca de si los sitios o tipos específicos de daño fueron más probables después del coito no consensual.

Astrup et al.<sup>50</sup> en el año 2013 edita un diseño de casos (agresión sexual) y controles (coito consentido) en la evaluación de las lesiones en las relaciones sexuales consentidas y no consentidas. Este estudio examinó a 98 controles y 39 casos utilizando la visión a simple vista y el colorante azul de toluidina seguido de colposcopia en la exploración ginecológica de sus participantes. Los autores afirmaron haber confirmado los resultados de estudios anteriores que habían sugerido que el patrón de lesión genital que se ve en las relaciones sexuales no consentidas difería de la observada en las

relaciones sexuales consentidas. En concreto, se encontró que la lesión genital más común en ambos grupos era una sola laceración en la posición 6 en punto, pero que cualquier otro resultado positivo fue más frecuente en el grupo de no consentido. Se llegó a la conclusión de que la agresión sexual se asoció con lesiones genitales más extensas y de mayor tamaño, sin embargo, se han planteado dudas acerca de la validez del grupo de control debido a que es extremadamente difícil la búsqueda de un control válido para las agresiones sexuales. El pequeño tamaño de la muestra y la presencia de variables no controlables en el grupo control hacen que sea difícil sacar conclusiones firmes <sup>64</sup>.

Lincoln et al. <sup>48</sup> compararon dos grupos de mujeres, en función de si la relación sexual había sido consentida y que fueron examinados dentro de las 72 horas tras un solo episodio de relaciones sexuales con penetración vaginal. La exploración de las lesiones se realizó macroscópicamente, a simple vista con el empleo de instrumentos de aumento pero sin el uso de colorante azul de toluidina ni de colposcopia. Este estudio afirmó haber encontrado que las mujeres que sufrieron una agresión sexual eran 19,5 veces más propensas a sufrir al menos una lesión genital que las mujeres con una relación consentida. El único tipo de lesión encontrado tras el coito consentido fue una laceración, por el contrario, los tres tipos de lesiones, es decir, laceraciones, abrasiones y contusiones, se observaron en las mujeres del grupo de relación sexual no consentida.

De esta información se podría deducir que la existencia de abrasiones y contusiones indicaría, más frecuentemente que la relación no ha sido consentida. Pero existen diferencias en el tiempo medio transcurrido entre el acto sexual y la exploración, entre el grupo de relaciones no consentidas y el de consentidas: 90,2% de los casos no consensuados fueron examinados dentro de las 24 horas y 100% dentro de las 48 horas, mientras que sólo el 28,4% de los casos consensuales fueron examinados a las 24 horas y 71,6% dentro de las 48 h. Esta diferencia es más pronunciada en este estudio que en otros de similares características, por ejemplo el de Mc Lean. En el caso de que las lesiones genitales se curasen rápidamente, se podría invalidar las principales conclusiones del estudio <sup>16</sup>.

Han surgido diversas respuestas a este artículo. Una de ellas felicita a los autores por la investigación llevada a cabo en un campo difícil, pero ofreciendo una mirada crítica, indicando que el riesgo relativo es en realidad de 5 (el riesgo de lesiones genitales en grupo no consentido fue aproximadamente 5 veces el riesgo de lesiones genitales en el grupo de consenso), el pequeño tamaño muestral que debería haber sido 100 personas en cada grupo y un posible sesgo de selección en el grupo de relaciones sexuales no consentidas <sup>65</sup>.

Otro comentario a raíz de este artículo concluye que la eliminación del sesgo de selección es una utopía. Los estudios, en los que la inclusión de las participantes en el grupo de relaciones sexuales consentidas fue tras el coito, tenían una prevalencia de lesiones entre el 4 y el 11%, mientras que en los que la inclusión se produjo antes del coito presentaban una tasa de lesiones



entre el 25 y 55%. Se podría valorar el uso de diferentes diseños de estudio para los controles en función de los distintos tipos de sesgos, para ello habría que realizar diversos estudios con metodologías diferentes que permitieran la comparación válida de los resultados mediante un meta-análisis <sup>66</sup>.

Por tanto, las dificultades descritas, en cuanto a los sesgos, el tamaño muestral, son comunes en todas las investigaciones que incluyen la participación de un control de relaciones sexuales consentidas, y tal vez la única conclusión real es que la aparición de lesiones es más probable en la relación sexual no consentida que en las relaciones sexuales consentidas <sup>16</sup>.

#### 4.2.6 Factores que influyen en la aparición de lesiones

El hecho de haber sufrido una agresión sexual, como ya se ha comentado, no implica necesariamente la aparición de lesiones en los genitales femeninos, por eso debemos indagar en los factores que implican una mayor susceptibilidad de presentación de estas lesiones.

##### *Menopausia*

Nos debemos plantear: ¿existen diferencias con la edad?, en las mujeres la menopausia supone una alteración hormonal con una disminución de estrógenos. Se producen variaciones en sus órganos sexuales, la vagina se estrecha y se acorta, sus paredes pierden elasticidad y sus glándulas disminuyen su secreción. Por tanto, estos cambios pueden colaborar al aumento del riesgo de padecer lesiones genitales en las mujeres postmenopáusicas después del coito, sea este consentido o no.

Morgan et al. <sup>62</sup> realizó una revisión retrospectiva sobre las agresiones sexuales en 122 mujeres postmenopáusicas y comparó los resultados con 130 mujeres premenopáusicas. Los dos grupos tenían edades medias de 60.52 y 27,36 años, respectivamente. La mayoría de ellas fueron examinadas dentro de las 48 h de asalto (88% de las postmenopáusicas y el 81% de las premenopáusicas). La tasa de lesiones genitales en ambos grupos en general fue del 26%, con un 37% dentro del grupo postmenopáusico y el 17% del grupo premenopáusico. De los que tenían una lesión genital, el número medio de lesiones fue mayor en el grupo de postmenopáusicas (2,49) que en el grupo premenopáusico (1,69). Así, según este estudio las mujeres postmenopáusicas tienen una probabilidad tres veces mayor que las premenopáusicas de padecer lesiones genitales. En la aparición de lesiones extragenitales no se observaron diferencias aunque fue más frecuente la aparición de equimosis en las mujeres postmenopáusicas <sup>62</sup>.

Sin embargo, Mc Lean et al. <sup>49</sup> concluyen que, aunque haya estudios que han informado de mayores tasas de lesiones genitales asociado con una mayor edad cronológica y/o el estado postmenopáusico, su estudio no encontró diferencias significativas entre las tasas de lesiones de mujeres pre y postmenopáusicas, si bien el estudio presentó escaso poder estadístico para detectar

dicho efecto.

#### *Toma de anticonceptivos*

En un estudio realizado por Brawner et al.<sup>67</sup> afirma que las mujeres que utilizaban anticonceptivos tenían en un 38% más lesiones genitales externas y dos veces más lesiones anales que las del grupo de mujeres que no tomaban anticonceptivos.

También se ha descrito que los hematomas submucosas se observan con mayor frecuencia entre las usuarias de anticonceptivos progestágenos (pastillas o dispositivo intrauterino) en comparación con los anticonceptivos orales combinados y no hormonales, aunque sin diferencias estadísticamente significativa<sup>53</sup>.

#### *Ciclo hormonal*

El ciclo hormonal influye en las frecuencia de lesiones genitales se ha observado que las mujeres en la fase folicular de su ciclo menstrual tenían 3 veces más probabilidades de tener cualquier lesión genital externa que cualquier mujer que se encontrase en la fase lútea u ovulatoria del ciclo. Del mismo modo, en las mujeres que se encontraban en la fase folicular se observaron tasas mayores de lesiones genitales externas que las mujeres en fase lútea del ciclo. La prevalencia o frecuencia de lesión en los genitales internos y de lesiones anales u orales no se asoció con la fase menstrual, aunque se percibe que el aumento de brusquedad durante el acto sexual se asoció con una menor prevalencia y la tasa de lesiones genitales internos y el aumento de la duración de sexual el coito se asoció con una mayor prevalencia de lesiones anales<sup>67</sup>.

A su vez un estudio realizado en Irlanda del Norte, documentó que un tercio de las mujeres que habían sufrido una agresión sexual se encontraba a mitad del ciclo menstrual, es decir, en su fase fértil. Serían necesarios más estudios para determinar si esta conclusión puede llegar a ser significativa<sup>68</sup>.

#### *Experiencia sexual previa*

Con respecto a esta cuestión, un hallazgo habitual en la bibliografía es la descripción de que las lesiones genitales son más frecuentes en menores de 18 años, en estado virginal con respecto a las mujeres sexualmente activas<sup>45, 69</sup>. Sin embargo, también hay estudios que afirman lo contrario<sup>45, 70</sup>. Jina et al.<sup>70</sup> realizaron un estudio de corte transversal en casos de agresión sexual denunciados a la policía en una provincia de Sudáfrica. Este estudio contaba con una muestra de 1472 mujeres de las cuáles un tercio dijeron ser vírgenes, se documentó que el porcentaje de las víctimas vírgenes con lesiones era significativamente mayor al porcentaje de las vírgenes sin lesiones (36% versus 20%).

#### *Etnia de la víctima*

McLean et al.<sup>49</sup> en un estudio realizado en 500 mujeres que alegaban agresión sexual con penetración vaginal, no encontraron ninguna asociación entre la etnia y la tasa de lesiones genitales,

la distribución de la muestra era: 93% blancas, 3% negras, 2% asiáticas y el 2% de otras etnias. Sin embargo, otros estudios reunidos en la revisión llevada a cabo por White <sup>45</sup> sí que encontraron una asociación significativa entre la raza y las lesiones genitales, siendo estas cuatro veces más frecuentes en la raza blanca que en la raza negra, como posible explicación se plantean que las lesiones en la piel pigmentada son más difíciles de ver, con lo que las mujeres negras estarían en desventaja ante el tratamiento de las lesiones y ante un posible proceso judicial. Otra posible interpretación, que también señalan, es la teoría de que ciertos tipos de piel son más susceptibles de ser dañadas.

En un estudio cuyo objetivo era comparar las características de las lesiones genitales femeninas en dos grupos en dependencia del consentimiento del acto sexual, se describió un 17% (16/92) de mujeres sin lesiones visibles con cierto grado de pigmentación de la piel frente al 13% (4/30) de mujeres con lesiones visibles con pigmentación de la piel esta diferencia no es estadísticamente significativa <sup>48</sup>.

En otro estudio también se afirma de forma más inequívoca que existen diferencias lesionales en función de la etnia. Señalan que no existen diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de lesiones pero sí en la frecuencia de lesiones refiriéndose al número de lesiones por caso. Las víctimas blancas tenían mayor frecuencia de lesiones que las víctimas negras. A su vez, destacan que es necesaria investigaciones adicionales para determinar si esta diferencia se debe a las características de la exploración o, simplemente a las distintas propiedades de la piel en función de la etnia <sup>71</sup>.

#### *Conocimiento del agresor por parte la víctima*

Mc Lean et al. <sup>49</sup> observaron en su estudio como único factor de riesgo lesional que la víctima conociese al autor de la agresión, con una diferencia estadísticamente significativa, las víctimas que conocían a su agresor presentaron más lesiones que las víctimas que no conocían al agresor.

#### 4.2.7 Exploración de la superficie corporal

La descripción exacta y la interpretación de las lesiones no genitales pueden ser cruciales en los casos de una presunta agresión sexual, ya que pueden permitir corroborar o desmentir la declaración de los acontecimientos por parte de la víctima. Por tanto, cualquier lesión por mínima que sea nos da información sobre lo que ha ocurrido <sup>61, 72</sup>.

La exploración física del médico forense debe ir encaminada a realizar un examen clínico muy preciso para determinar la presencia o ausencia de contusiones, abrasiones (rasguños), laceraciones (cortes), incisiones y heridas de arma blanca. A diferencia de lo que ocurre en las lesiones genitales, en la exploración general las laceraciones son relativamente poco comunes en una agresión sexual; sin embargo, cuando están presentes, pueden ser un indicador del grado de

violencia física utilizada contra la víctima. Las contusiones o hematomas y las abrasiones ocasionan lesiones inespecíficas, pero pueden ofrecer algún indicio en cuanto a su relación causal <sup>72</sup>. A la hora de realizar el examen físico, debemos tener en cuenta que el tamaño y la forma de las abrasiones permanece estática, pero que el tamaño y la forma de hematomas pueden cambiar en los días siguientes, e incluso aparecer uno o dos días más tarde. Por esta razón, es aconsejable volver a explorar a la paciente dos días más tarde. La resolución de las contusiones se produce en periodos de tiempo variables, desde días a semanas; cuanto mayor sea el hematoma más tiempo tardará en desaparecer <sup>72</sup>.

Entre las lesiones producidas para controlar a la víctima se encuentran los hematomas en yema de dedo localizados en los brazos, en el cuello y en el interior de los muslos, también pueden aparecer asociados a arañazos. Las uñas provocan lesiones en forma de media luna o como marcas lineales. Estas lesiones se suelen observar en el cuello y se producen por parte del agresor cuando toma a la víctima por la fuerza pero también pueden ser defensivas, es decir, infligidas por la propia víctima para librarse del agresor. La importancia de este tipo de lesiones radica en la obtención de medios de prueba, es decir, la recuperación de tejidos pertenecientes al agresor (sangre, células epiteliales de la piel etc.) almacenados debajo de las uñas de la víctima <sup>72</sup>.

Las marcas de ligadura, ya sean contusiones, abrasiones o laceraciones, se extienden circunferencialmente alrededor de las muñecas, de los tobillos o del cuello. Estas lesiones no sólo se producen con el fin de dominar a la víctima sino que pueden formar parte de un ritual de servidumbre o en asociación con otras actividades sadomasoquistas. Tienen diferentes peculiaridades en función de si han sido producidas por las manos del agresor o por una ligadura como un lazo, una media o unas esposas. En raras ocasiones, si se aplica la fuerza suficiente, el patrón de la ligadura puede ser reproducido en la piel <sup>61,72</sup>.

Los azotes y los golpes pueden formar parte de la conducta sexual consentida; sin embargo, también pueden estar asociados con la agresión sexual sadomasoquista. Los instrumentos más utilizados son cinturones, látigos u otros de similares como porras o barras y producen una lesión en línea de tranvía caracterizada por un área de palidez central delimitada por dos estrechas bandas paralelas de hematoma <sup>61,72</sup>. Por lo general, este tipo de lesiones se ven generalmente en las nalgas. Las heridas producidas por objetos afilados son raras en las agresiones sexuales, son más propias de los rituales sadomasoquistas en relaciones sexuales consentidas. Aunque el uso de un arma, como un cuchillo, para amenazar a la víctima, no es infrecuente. En caso de hallarse este tipo de lesiones se localizan más frecuentemente en la cara y los genitales <sup>72</sup>.

Cuando las víctimas son arrastradas por el suelo u obligados a acostarse en una superficie áspera durante un ataque pueden advertirse dichas marcas de arrastre que consisten en abrasiones

de tipo lineal en la parte posterior siendo la zona más afectada las prominencias óseas de los hombros, columna vertebral y la pelvis<sup>72</sup>.

Las marcas por mordeduras pueden ser por “succión” causadas porque la piel es aspirada por la boca presionándola contra el paladar originando un hematoma petequial, que generalmente es observado en el cuello o pecho. Luego se encuentra la marca de mordedura que implica el uso de los dientes, siendo esta más grave pero que puede dejar un patrón característico, generalmente la lesión es ovalada o redondeada y, potencialmente de carácter, identificable. Dichas marcas deben ser tratadas adecuadamente porque si existe saliva residual se puede realizar la extracción del ADN<sup>61, 72</sup>.

Las lesiones defensivas, contusiones y laceraciones, se suelen localizar en la parte cubital del antebrazo si se levantan los brazos para proteger la cara. En el caso de la utilización de un arma, se pueden observar en las superficies palmares de las manos o los dedos debido a un intento de interceptarla<sup>61</sup>. También se puede incluir en este grupo la contusión de la mucosa oral producida por la pedida de auxilio por parte de las víctimas y que el agresor con el fin de evitarla, aplica la mano firmemente sobre la boca forzando el revestimiento de la mucosa bucal de los labios contra los dientes. Esta lesión sólo es visible mediante una cuidadosa inspección del interior de la boca<sup>72</sup>.

Es imprescindible, la búsqueda de muestras biológicas para la realización de las pruebas de ADN en las zonas en las que, según el testimonio de la víctima, el agresor ha podido dejar restos biológicos de saliva, sangre, residuos epiteliales o en caso de que las muestras sean visibles en la ropa de la víctima o en ella misma<sup>54, 73</sup>.

#### *Interpretación y clasificación de las lesiones*

Las lesiones pueden ser de naturaleza no específica, y sólo pueden indicar que se debieron a un golpe pero, en otros casos, se pueden sugerir posibles mecanismos lesionales. También ofrecen información sobre el grado de violencia de la agresión. Por tanto, la interpretación de la forma de la lesión y como se produjo la lesión puede ser particularmente relevante para corroborar la versión de la víctima de los acontecimientos o refutar una acusación realizada sobre un presunto agresor. Sobre todo, dicha interpretación es muy importante, en casos de falsas acusaciones de agresión sexual. La víctima puede autolesionarse, estas lesiones autoinfligidas suelen presentarse en forma de erosiones lineales e incisiones superficiales y tienden a encontrarse en grupos, con una orientación más o menos paralela en las zonas de fácil acceso del cuerpo (la cara, el pecho, los antebrazos y los muslos). Incluso la ropa se rompe y se ensucia de forma deliberada<sup>72</sup>.

Se han propuesto escalas que incorporan las lesiones genitales y las lesiones no genitales entre ellas se encuentra el Sistema de Clasificación de Lesiones Penn, que aboga por un modelo multidisciplinar en la evaluación de las lesiones incluyendo tres localizaciones de la región genital y

anal (genitales externos, genitales internos, el ano y el recto) y cuatro ubicaciones no genitales (cabeza-cuello-cara, tronco-nalgas-espalda, extremidades superiores, extremidades inferiores). Estas se clasificarían, además de por su localización anatómica, según su tamaño, su gravedad y su tipología. Este sistema permitiría en la investigación la comparación de datos de diferentes poblaciones, las relaciones sexuales consentidas y las no consentidas <sup>61</sup>.

#### 4.2.8 Comentario Protocolo Español

En España, Vega et al. <sup>46</sup> han desarrollado un protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual, este documento data del año 2010 y ha sufrido sucesivas revisiones siendo la última encontrada del año 2014.

Ante un caso de estas características, el reconocimiento de las presuntas víctimas de delitos sexuales por parte del médico forense siempre es notificado al juez de guardia quién acorde a los acontecimientos indica la necesidad del mismo. Una vez puesto el hecho en conocimiento del juez instructor o del fiscal y dispuesto para que se efectúe, se crean el número de actuaciones para permitir al médico forense remitir las muestras obtenidas al laboratorio forense. Si no hubiese denuncia expresa de la presunta víctima o ratificación de la misma, la autoridad informará la no continuación del procesamiento y análisis de las muestras obtenidas.

El protocolo de reconocimiento en casos de delitos contra la libertad sexual incluye:

1. Consentimiento informado: en el que se autoriza a la extracción de muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios, a la realización del registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal y al acceso a los datos de la historia clínica, necesarios para el examen judicial.
2. Datos judiciales y los datos de la víctima.
3. Datos y las características del hecho: en este apartado se recoge el lugar y la fecha y hora del suceso, la exposición a sustancias de forma o no voluntaria, datos sobre el agresor y su metodología, tipo de penetración y lugares de eyaculación, uso de preservativo, lavado del cuerpo y de la ropa tras el hecho y el estado de la misma, relaciones sexuales posteriores.
4. Antecedentes médicos/quirúrgicos/psiquiátricos, historia ginecológica (fecha última regla) y examen psíquico.
5. Reconocimiento: fecha, hora, lugar y facultativos presentes, se recomienda la exploración conjunta y coordinada de ginecólogo y médico forense en un solo acto. Se evalúa la superficie corporal, la región genito-anal.
6. Las muestras recogidas para el estudio genético-criminalístico son: ropa; uñas; un hisopo seco y estéril de la superficie corporal manchada de saliva/sangre/semen/sudor/ etc. especificando al zona, del introito vaginal, de la vulva, del ano, un hisopo humedecido agua destilada estéril de la superficie corporal manchada de saliva/sangre/semen/sudor/ etc. especificando al zona, del

introito vaginal, de la vulva, del ano; peinado vello púbico; además dos hisopos seco y estéril de vagina, cérvix, región anal y bucal respectivamente; Lavado vaginal, anal y bucal y 2 Hisopos con saliva (muestras indubitadas para estudio de ADN de la víctima).

7. En los casos sospechosos de agresión sexual facilitada por el uso de drogas, las muestras necesarias para el estudio químico-toxicológico, son: dos tubos de Sangre: tubo gris EDTA, sin cámara aire y tubo fluoruro sódico/oxalato potásico, Orina, Cabellos (un mechón grosor lápiz de región occipital).

Todo examen médico forense completo en materia de agresiones sexuales debe incorporar: el consentimiento informado, una evaluación de la presunta víctima, la historia clínica y ginecológica, los datos de los hechos, la exploración genital y física general, la documentación de las lesiones y los hallazgos determinar las pruebas y la recolección de material biológico, asegurando la cadena de custodia <sup>46</sup>.

#### 4.2.9 Discrepancias entre el testimonio de las víctimas y los hallazgos clínicos

En este trabajo se ha comentado que la determinación de la presencia o ausencia de lesiones genitales, en ocasiones, no ayuda a discernir la ejecución de una agresión sexual porque ambas situaciones pueden darse en la agresión sexual. Aunque independientemente del hecho de que el análisis genital no sea determinante para averiguar si una relación es o no consentida, no significa que este examen deba dejar de realizarse.

Sin embargo, desde el punto de vista de un proceso judicial, se debe indagar en otros métodos que puedan esclarecer si se ha llevado a cabo una agresión sexual como la búsqueda de posibles lesiones extragenitales que corroboren o contradigan el relato de la víctima. Pero, en caso de que el testimonio de las víctimas no coincida con los hallazgos clínicos, ¿sería indicativo de que la agresión sexual no se ha producido o puede haber otras alternativas?

Una posible alternativa sería el uso de drogas o alcohol para propiciar el acto sexual, es decir, la sumisión química que provocaría un efecto amnésico y de confusión en la víctima y por tanto, una posible discordancia en el relato de la víctima. Este efecto se puede sospechar a partir del testimonio de la víctima y comprobar mediante un análisis toxicológico <sup>24</sup>. Otra opción podría ser que el impacto emocional, que la agresión sexual supone para la víctima, provoque la divergencia entre el testimonio y las lesiones.

En un estudio retrospectivo realizado por Scherer et al. <sup>74</sup> en Dinamarca tuvo como objetivo relacionar los hallazgos clínicos forenses con la información sobre la agresión sexual presentada por la víctima. El 50% de las víctimas sufrieron violencia física, encontrándose que casi la mitad de las víctimas que habían denunciado no haber sido expuestas a la violencia tenía lesiones corporales. Los autores plantean como posible hipótesis explicativa la amnesia o que las lesiones observadas no fueron producidas en conjunto en el asalto. El 24% de las víctimas que habían denunciado haber

sido expuestas a la violencia no tenía lesiones corporales. Una de las víctimas informó solamente de penetración por vía oral, y se hallaron también lesiones genito-anales.

Cinco de las víctimas tenían lesiones de carácter autoinfligidas, así como las lesiones causadas por la agresión sexual, y que una de las diez víctimas tenía lesiones genitales, probablemente autoinfligidas. Los autores concluyen que las lesiones autoinfligidas, al contrario de lo que parecen apuntar, no son un indicador de que la víctima no ha sido expuesta a un delito de naturaleza sexual, ya que es un hecho que el abuso sexual durante la infancia es una causa común de lesiones autoinfligidas. Es decir, requieren una adecuada interpretación por un experto en el contexto de su observación <sup>74</sup>.

Los autores llegan a la conclusión de que existe una discrepancia entre el testimonio de las víctimas y los hallazgos clínicos forenses, tanto en materia de violencia como de las lesiones observadas, aunque no indagan en los posibles motivos que pueden llevar a dicha discrepancia. Subrayan la importancia de realizar un examen médico forense por un experto de forma exhaustiva para evaluar correctamente las lesiones y asegurar las pruebas forenses tales como el semen y saliva dado que los resultados obtenidos y analizados de dichas pruebas forenses, así como el informe forense constituyen una parte sustancial de la evidencia presentada en el juicio <sup>74</sup>.

Sin embargo, en la exploración de las víctimas de agresión sexual, se debe reparar siempre en la posibilidad de que algunas de las denuncias se basan en falsas acusaciones <sup>41</sup> y, por tanto, en estas situaciones la discrepancia en el testimonio de la víctima podría ser clave. Se ha descrito que una gran parte de los informes falsos proviene de chicas jóvenes para justificar una larga ausencia del hogar o de las que con un trastorno de la personalidad <sup>41</sup>.

Por consiguiente, el descuerdo de la declaración de la víctima con los hechos debe ser evaluada en cada caso de forma global, en busca de las posibles causas que puedan justificar dicha disconformidad.

#### 4.2.10 Preguntas que intenta contestar el médico forense en su informe

Un médico legal y forense ante un presunto caso de agresión sexual intenta aclarar ciertos aspectos importantes desde el punto de vista judicial que ayuden a esclarecer lo realmente ocurrido. Para ello se pregunta: ¿se ha producido un contacto sexual?, si este se ha producido, ¿con quién?, ¿fue consentido o no consentido? La exploración genital es relevante en estos casos, de esta manera, mediante el estudio de las lesiones genitales se intenta formular una respuesta <sup>16</sup>.

*¿Se ha producido el contacto sexual?*

Se debe constatar la presencia de lesiones genitales que se definen como algún tipo de traumatismo producido como consecuencia de un contacto físico. Si se detecta alguna anomalía, como ya se ha mencionado en el apartado de documentación e interpretación de las lesiones



genitales, debemos cuestionarnos si la lesión puede estar provocada por cualquier otra etiología distinta a la del contacto sexual, es decir, debemos realizar un diagnóstico diferencial de las lesiones <sup>16, 45</sup>. Si se diagnostica con seguridad que la presencia de lesión genital, esta puede proporcionar la evidencia de que se ha producido un contacto sexual, pero su ausencia no significa que no se ha producido el contacto sexual, simplemente no se han ocasionado lesiones <sup>16, 45, 47, 48, 49, 50, 62, 74</sup>.

Por último, cuando se observa una lesión en el examen clínico, se debe siempre considerar si se ha producido iatrogenia en el proceso de examen, debido a que con la toma de hisopos forenses, la aplicación de la separación labial, la tracción o la inserción de un espéculo se podría producir un traumatismo menor, como una laceración de la fosa posterior que pudiese inducir a error. Así, destacar la importancia de la ejecución de esta técnica de examen de forma metódica para así reducir las posibilidades de iatrogenia <sup>16</sup>.

*¿Con quién se produjo?*

Sobre esta cuestión arrojan luz las pruebas de ADN, pero para aumentar su efectividad también es preciso tener ADN con el que comparar, es decir que exista un posible sospechoso <sup>16</sup>.

No obstante, en los casos en los que el presunto agresor afirma que la relación sexual ha tenido lugar de forma voluntaria, la determinación del ADN, no añadiría información relevante a los procedimientos legales <sup>18</sup>. En las agresiones sexuales causadas por un extraño pueden ser útiles las pruebas de ADN, ya que ayudaría a constatar la existencia de agresores en serie <sup>18</sup>.

*¿Fue consentido o no consentido?*

Esta pregunta es, quizás, la cuestión más crucial y la más frustrante por la falta de respuesta "más allá de toda duda razonable". La dificultad en la obtención de pruebas en lo ocurrido entre dos personas en un ambiente privado ha llevado a investigar en la existencia de factores asociados a las lesiones genitales que pudiesen ayudar a responder a esta pregunta <sup>16</sup>.

Como ya se ha visto, no se han determinado la presencia de un patrón característico, dado que se ha informado de que las relaciones sexuales voluntarias causan lesiones que son comparables tanto en número como en gravedad a las lesiones infligidas durante las no consentidas, por lo que la gravedad de las lesiones no indica si el acto sexual es o no consentido <sup>74</sup>. Aunque hay estudios que afirman que en las agresiones sexuales las lesiones tienden a ser más graves que en las relaciones sexuales consentidas <sup>48</sup>. Históricamente la gravedad de las lesiones genitales en los delitos de índole sexual va ligado al concepto uso de la fuerza, pero la falta de consentimiento, aunque sin el empleo de violencia o intimidación, también se incluye en la definición de delitos de naturaleza sexual <sup>16</sup>. En el código penal español estos delitos serían clasificados como abusos sexuales <sup>3</sup>. En estas circunstancias en las que no hay empleo de la fuerza, no tendrían por qué propiciar un incremento de las lesiones genitales con respecto a las ocasionadas en relaciones sexuales no consentidas. Un ejemplo de estas situaciones sería, el hecho de que la víctima estuviera bajo los efectos del alcohol y

las drogas, es decir, la sumisión química.

De esta manera, nos encontramos ante la siguiente dicotomía en la agresión sexual: la mayoría de las agresiones dan como resultado pocas lesiones o ninguna, pero un número pequeño de ellas dan lugar a muchas lesiones <sup>74</sup>. Además, las relaciones sexuales consentidas pueden dar lugar a lesiones.

El hecho de que exista una lesión genital por sí misma no corrobora que se haya producido una agresión sexual, sin embargo si no se aprecian lesiones en una víctima de agresión sexual no implica que la exploración genital haya sido poco exhaustiva. Los resultados de un examen forense se van a utilizar en casos individuales en la corroboración de una teoría específica en la cadena de acontecimientos que constituyen el delito, no para reconstruir los hechos a partir del examen. Es decir, el hallazgo de una lesión genital puede ser muy importante para el enjuiciamiento de un caso y absolutamente irrelevante en el caso siguiente <sup>47</sup>.

Todos los resultados derivados de la exploración deben ser tratados desde el escepticismo <sup>16</sup> para valorar todas las posibles explicaciones y situaciones que podrían haber tenido lugar. También deben ser estudiados junto con la anamnesis, testimonio y examen psíquico de la presunta víctima y con el resto de resultados toxicológicos, genéticos etc. para llevar a cabo una correcta valoración.

## **5. EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA**

La exploración psiquiátrica es la valoración transversal del comportamiento verbal y no verbal de una persona, incluyendo su nivel cognoscitivo y de vigilia <sup>75</sup>. Esta debe realizarse tanto en la supuesta víctima como en el presunto agresor aunque con finalidades distintas.

El objetivo de su realización en el supuesto agresor es en un inicio, para determinar su capacidad de declarar, así como la veracidad de su testimonio seguido de una evaluación en busca de posibles características psicopatológicas <sup>76</sup>.

La exploración psiquiátrica en la víctima tiene, en un principio, como finalidad la búsqueda activa de rasgos que impliquen simulación en el testimonio de los hechos, es decir, una falsa acusación. Más adelante, dicha exploración irá encaminada en la determinación de posibles secuelas <sup>76, 77</sup>.

### **5.1 Características de la entrevista psiquiátrica/psicológica forense**

La entrevista debe llevarse a cabo en un lugar tranquilo y sin límites de tiempo establecidos para posibilitar una exploración médico forense adecuada y la expresión de la persona evaluada <sup>76</sup>. La actitud del médico forense, la seguridad y la confidencialidad de la entrevista se rigen por los mismos principios éticos y deontológicos que las entrevistas médicas clínicas <sup>76</sup>, aunque existen diferencias entre ambas <sup>77</sup>. Para salvaguardar la confidencialidad en la entrevista, es deseable que,

en la medida de lo posible, la custodia policial no esté presente. La experiencia del médico y la experiencia de las fuerzas de orden público determinarán la manera óptima de equilibrar seguridad y confidencialidad <sup>76</sup>.

En este tipo de reconocimiento, el objetivo es explicar si existe afectación de las funciones psíquicas, valorando la psicomotricidad; la consciencia; la percepción; propiedad, curso y contenido del pensamiento; la afectividad y la impulsividad-agresividad, esta última sobre todo en el posible sospechoso. Es relevante la apreciación de posturas, gestos, actitudes, y cómo éstos nos conducen a su estado de afectividad y al contenido de la expresión verbal, ya que nos orientan y nos ofrecen información valiosa de su comportamiento no verbal <sup>76</sup>.

## **5.2 Evaluación psicológica forense de la víctima**

En todo reconocimiento forense ha de sospecharse un posible engaño ya sea simulación, disimulación y sobresimulación <sup>76, 78</sup>. Los indicios verbales y paraverbales nos ofrecen información sobre la credibilidad de un testimonio y nos ayudan a detectar una posible mentira; aunque no existen unos signos patognomónicos que siempre que aparezcan nos indiquen que se está produciendo un engaño <sup>77, 78</sup>. Para el análisis de las declaraciones, se ha postulado el estudio cognitivo que determina que la memoria de una experiencia vital es distinta en contenido y calidad de una memoria fruto de la invención o de la imaginación. De hecho, en España, en un análisis de revisión de sentencias en las que el testimonio era la principal fuente para la decisión del juez, se ha hallado que el estudio de la veracidad de las declaraciones era la única prueba en la que se basa el juez para elaborar un dictamen <sup>79</sup>.

La memoria vivida y por tanto, declaración verdadera, es menos consistente y la narración difiere cada vez que se rememore el recuerdo en un intento de aportar más información <sup>78</sup>, también la propia experiencia traumática puede producir amnesia por la disociación de la víctima ante la amenaza y así dificultar la aportación de una declaración detallada y precisa <sup>80</sup>; por otro lado, la memoria inventada es más corta para aprenderla rápido <sup>78</sup>. De esta forma, cualquier contradicción en el discurso sólo es importante si afecta al contenido principal del testimonio sobre el evento en sí <sup>78</sup>. En ocasiones, el testimonio de la víctima es confuso y presenta fallos en su consistencia por falta de recuerdo del suceso no porque no haya ocurrido <sup>78</sup>, como puede ocurrir en caso de agresión sexual facilitada por drogas, por ello todos los testimonios deben ser evaluados bajo su contexto.

Las técnicas de evaluación psicológica de las víctimas incluyen determinadas escalas, sin embargo el principal instrumento de evaluación es la entrevista semiestructurada que permite indagar en la exploración psicobiográfica, el examen mental actual y los pormenores del dictamen pericial <sup>77</sup>.

En la evaluación del estado psíquico de la víctima, tras la posible agresión es imprescindible

exponer el estado psíquico “aquí y ahora”, todavía es pronto para hablar de posibles secuelas sobre todo si existe vulnerabilidad física o mental en la víctima. Se requieren de seguimientos posteriores para aventurar el alcance del daño psíquico y de las posibles secuelas <sup>76</sup>.

El proceso de evaluación pericial psicológica es complejo irá en busca de los signos y síntomas evaluando su significación clínica <sup>81</sup>, realizando un diagnóstico diferencial con causas de simulación <sup>82</sup> para ello se ayuda de escalas como la escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático publicada por Crespo et al. <sup>83</sup> y también evitando el riesgo de victimización secundaria, disminuyendo el impacto psíquico del delito <sup>81</sup>. Las dificultades de esta evaluación radican en la ausencia de un perfil único de víctima y en la detección de la simulación del daño psíquico, en ocasiones el engaño no se produce por la falta de enfermedad sino por una sobresimulación de la misma entre ellas se encuentra el TEPT (trastorno de estrés postraumático), trastornos disociativos y el retraso mental <sup>77, 81</sup>.

La evaluación forense resulta aún más difícil en casos en los que las víctimas tienen algún tipo de discapacidad mental <sup>84</sup>, tradicionalmente estos sujetos han sido considerados poco o no aptos para testificar <sup>85</sup>, sin embargo la bibliografía cuenta que aunque presentan sus capacidades enlentecidas son capaces de recordar detalles correctos en un número poco inferior a un niño o adulto sin discapacidad <sup>84</sup>. De esta forma, se ha propuesto el protocolo de entrevista CAPALIST que consiste en una lista de capacidades, para la argumentación de los procesos cognitivos relacionados con las capacidades específicas necesarias para declarar, así se evalúan las habilidades para testificar de las víctimas con discapacidad intelectual <sup>85</sup>.

### **5.3 Consecuencias psicológicas en la víctima de agresión sexual**

Las consecuencias psicológicas asociadas a las víctimas de agresión sexual son muy variadas, y diferentes de unos individuos a otros <sup>80, 86</sup>, dependiendo a su vez de la personalidad previa al suceso <sup>86</sup> pero independientes de la relación víctima agresor <sup>80</sup>. Las respuestas emocionales inmediatas también difieren según la víctima que puede mostrarse llorosa, ansiosa, angustiada, conmocionada, en situación de negación o por el contrario, tranquila <sup>80</sup>. A lo largo de las semanas aparecen los síntomas que pueden incluir trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, pérdida de autoestima o trastornos psicósomáticos <sup>80</sup>, estos síntomas son la denominada huella psíquica del crimen <sup>82</sup>.

En un estudio realizado en España Sarasua et al. <sup>87</sup> por sobre los factores de vulnerabilidad en 269 mujeres víctimas de agresiones sexuales revela que existe una alta prevalencia de malestar emocional (63,6%), de baja autoestima (59,7%), de TEPT (44,5%), de sentimientos de culpa (48,3%) y de evitación sexual (38,9%), así como problemas de adaptación. La gravedad de la síntomas estaba relacionada con las circunstancias de la agresión sexual, la falta de soporte socio-

familiar y la historia de victimización. Otro estudio estima la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en 27,1% de las víctimas femeninas de agresión sexual, siendo más diagnosticado conforme aumenta la edad de las víctimas<sup>88</sup>. En un estudio de Tiihonen Möller et al.<sup>89</sup> el 39% de las 317 mujeres del estudio habían desarrollado un trastorno de estrés postraumático y el 47% depresión moderada o grave en la evaluación a los seis meses del acontecimiento. Los principales factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático son la agresión llevada a cabo por varios individuos, la violencia del acto y las condiciones de salud mental preexistentes<sup>89</sup>.

Se han valorado otros factores que podrían influir en la reacción psicopatológica de la víctima tras la agresión. El momento de dicha revelación, temprana, en menos de un mes desde el incidente; o tardía mayor de un mes, se ha demostrado que no es significativo en relación a las alteraciones psicológicas tras una agresión sexual, no observándose diferencias entre los reveladores tempranos y los tardíos<sup>90, 91</sup>. Sin embargo, el impacto que la divulgación produce en la víctima, ha sido estudiado como un posible factor asociado y predictivo de la aparición de secuelas psicológicas, llegándose a determinar un cierto grado de asociación<sup>80, 86</sup>.

De esta forma, uno de los factores predictivos de la gravedad de la sintomatología de las víctimas son las llamadas reacciones sociales negativas<sup>80, 86</sup>, definidas como las respuestas recibidas del medio (círculo cercano y profesionales) que producen sentimientos de culpa y vergüenza en la víctima<sup>86</sup>, ya sea falta de empatía y comprensión o porque el hecho sea minimizado o no reconocido<sup>80</sup>. Por ello, se deben estimular las reacciones sociales positivas de apoyo y ayuda a las víctimas aunque existe controversia en la aportación de estas medidas en la capacidad de recuperación<sup>86</sup>. Lo que sí se ha descubierto es que las experiencias que provocan sentimientos de culpa y vergüenza se asocian con la aparición y severidad de la sintomatología psicopatológica<sup>86</sup>. Con esto no se quiere decir que las respuestas del medio no sean relevantes para las víctimas, estas se benefician de la intervención temprana evitando el sentimiento de culpabilidad<sup>86</sup>.

#### **5.4 Evaluación forense psiquiátrica/ psicológica en el detenido/presunto agresor**

Este reconocimiento, en el contexto del ejercicio médico legal en el juzgado de guardia, consta de la evaluación psicopatológica de la persona sometida a estudio con el fin determinar su capacidad para declarar, no existiendo alteración de la consciencia o de la psicomotricidad (agitación); la posible relación con sustancias tóxicas y la indicación de ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Durante la exploración es necesario plantearse la posibilidad de simulación de síntomas o sobresimulación de éstos, sin que esta idea rijan la tarea por sí misma porque entorpecería la percepción de nitidez<sup>76</sup>.

El análisis de la declaración del demandado se lleva a cabo con la misma técnica que en la

declaración de la víctima, debido a que son complementarias y, a veces, es hasta el propio juez quién la demanda <sup>78</sup>.

### **5.5 Características psicopatológicas del agresor sexual**

Existen numerosos estudios que han evaluado las características sociodemográficas, educacionales, de personalidad y psicopatológicas de los agresores sexuales, así como la reincidencia en un intento de recabar información para procurar establecer unas singularidades comunes en todos ellos <sup>92, 93, 95, 96</sup>.

En general, en cuanto a las características demográficas y sociales, se ha determinado que la falta de educación sexual, un bajo nivel socioeconómico y de escolarización así como la ausencia de educación social son factores que favorecen la manifestación de agresiones sexuales <sup>92, 93</sup>.

Los trastornos mentales también son prevalentes en este tipo de delincuentes. En un estudio llevado a cabo en España estima que la prevalencia de estos es de un 62,3% siendo el más frecuente el abuso de sustancias, seguido de los trastornos afectivos y de ansiedad, sin embargo, indica que la presencia de los trastornos mentales graves es escasa <sup>94</sup>. Esta prevalencia es concordante a la recogida en un estudio realizado en Argentina (psicopatía 57% de los casos y psicosis en el 23%), donde también se ha observado que la presencia de psicopatía es mayor en los casos en los que se combina el delito sexual con un delito contra la propiedad, y por tanto que los psicópatas tienden a cometer delitos con una gran carga de violencia <sup>93</sup>. Sin embargo un estudio realizado en Río de Janeiro determina que el perfil de agresor sexual en Brasil es un hombre caucásico, soltero que trabaja a tiempo parcial sin ninguna patología psiquiátrica que actúa de forma aislada <sup>95</sup>.

La posible reincidencia del agresor sexual es un aspecto que también ha sido valorado, en un intento de prevenir futuras agresiones sexuales. Se ha estimado que la tasa de agresores sexuales reincidentes es de entorno al 20% <sup>93, 96</sup>, de esta forma, a raíz de la reincidencia o no reincidencia y del grado de especialización en la comisión de la agresión sexual se ha clasificado a los agresores sexuales en: los agresores especializados no reincidentes, los agresores reincidentes no especializados y los agresores sexuales especializados reincidentes <sup>96</sup>.

Para la estimación de la reincidencia se puede utilizar el Sexual Violence Risk-20 (SVR-20), cuyos ítems se centran en el funcionamiento psicosocial, en los delitos sexuales y en los planes de futuro y tras su valoración, el profesional decide el nivel de riesgo basándose en su juicio y no en la suma de dichos ítems <sup>96, 97</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

1. La idea principal que pone de manifiesto este estudio es que la ausencia o presencia de lesiones en la exploración genital, por sí misma no es capaz de indicar si se ha producido una relación sexual consentida o no consentida, es decir si no hay lesiones no se puede afirmar que ha sido una relación consentida y viceversa, de hecho ambas situaciones se dan en ambos tipos de relaciones sexuales, si bien las lesiones genitales han sido descritas con mayor frecuencia en las relaciones sexuales no consentidas.

Por el momento no han sido escritas unas características típicas de las lesiones genitales que se producen en las relaciones sexuales no consentidas, ni que estas sean más graves, en diferentes localizaciones o en mayor número que las que se producen en las relaciones consentidas. De hecho, en las relaciones sexuales consentidas también se producen lesiones genitales y que precisamente por eso y por el hecho de que no se han descrito cuáles son las diferencias entre ambas, hay que tener cuidado en las conclusiones a las que se llega después una exploración genital con lesiones tras la denuncia de una agresión sexual.

2. La interpretación de cada exploración debe ser evaluada en su conjunto así como en su contexto. De esta forma, cobran especial relevancia otros aspectos de la anamnesis y la exploración como son:

- los diversos factores lesionales que pueden implicar una mayor frecuencia de lesiones,
- la presencia de lesiones extragenitales que ineludiblemente deben acompañar la exploración genital de la víctima ya que, pueden corroborar o desmentir el testimonio de la víctima y según su localización y morfología indicar el grado violencia, así como la presencia de lesiones autoinflingidas,
- la sospecha durante el examen clínico del empleo de la sumisión química ante la aparición de determinados síntomas como: desinhibición, desorientación, sedación y amnesia anterógrada, entre otros. Los tóxicos más utilizados son el alcohol seguido de las benzodiazepinas,
- la relación víctima-agresor así como su concomitancia con el patrón social y el consumo de alcohol,
- la exploración psiquiátrica de la víctima para descartar o afirmar y una posible acusación falsa y para la valoración de posibles secuelas y para ello también es necesaria la exploración psiquiátrica del presunto agresor.

3. Una visión global y contextualizada de todo lo que ha podido suceder es imprescindible para evaluar una posible agresión sexual. Por tanto, la exploración genital es indispensable por la determinación de las lesiones y por la posibilidad de encontrar ADN del posible agresor, aunque

por sí misma no discrimina la comisión de una agresión sexual. Por consiguiente, es precisa la realización de más estudios comparativos de casos y controles, sobre las lesiones genitales producidas las relaciones sexuales consentidas y no consentidas, de carácter prospectivo y además, de gran tamaño muestral, debido a que es uno de los posibles sesgos que se han producido en las investigaciones ya publicadas.

4. Con vistas a futuros estudios, sería interesante y quizás utópico que, para disminuir el sesgo de selección, las propias víctimas de agresión sexual fueran su propio caso y su propio control ya que, de esta forma, aunque no se encontrasen de forma integral o global grandes diferencias en ambos tipos de relaciones, quizás se podrían encontrar diferencias o incluso distintos patrones lesionales interindividuales en función de si la relación sexual ha sido o no consentida.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO [Internet], Geneve: World Health Organization; 2013 [citado 3 marzo 2016]. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence [aprox. una pantalla]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
2. OMS: Organización mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2011[enero 2016; 26 marzo 2016]. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. [aprox. una pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
3. Noticias jurídicas [Internet], Madrid: BOE; 1995; [1 jul 2015; 26 marzo 2016] Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Penal/lo10-1995.12t8.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.12t8.html)
4. Bonnar-Kidd K.K. Sexual Offender Laws and Prevention of Sexual Violence or Recidivism. Am J Public Health [Internet]. 2010 [citado 28 Marzo 2016]; 100(3): 412–419. Disponible en: doi: [10.2105/AJPH.2008.153254](https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.153254)
5. Judith A. Linden, M.D. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. N Engl J Med [Internet]. 2011 [citado 28 Marzo 2016]; 365:834-8417 Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1102869>
6. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y, et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2010; [citado 28 Marzo 2016]109(2): 85–92. Disponible en: [http://gemp-rsc.health.wits.ac.za/resources/pdf/IJOG\\_article.pdf](http://gemp-rsc.health.wits.ac.za/resources/pdf/IJOG_article.pdf)
7. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016] 18;385(9977):1567-79. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61840-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61840-7)
8. WHO [Internet], Geneve: World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2010 [citado 3 marzo 2016]. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. [aprox. una pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en/index.html>
9. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016]; 27(1):3-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002>
10. Megías JL, Romero M, Durán M, Moya M, Bohner G. Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (AMMSA). Span J Psychol [Internet]. 2011 [citado 3 Marzo 2016]. 14(2):912-925. Disponible en:

[http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n2.37](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37)

11. UN Women [Internet]. New York: UN Women 2013 [citado 3 marzo 2016]. Violence against women prevalence data: surveys by country. [aprox. una pantalla]. Disponible en:  
[http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence\\_matrix\\_june2013.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence_matrix_june2013.pdf)
12. Bizkaia.eus [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2011 [citado 3 marzo 2016]. Trabajo empírico. Agresiones y Abusos sexuales en Bizkaia. Víctimas. Bienio 2009-2010. [aprox. una pantalla]. Disponible en:  
[http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero\\_Indarkeria/blt25/documentos/monografia\\_c.pdf](http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt25/documentos/monografia_c.pdf)
13. Sudupe A. Age differences among victims of sexual assault: A comparison between children, adolescents and adults J Forensic Leg Med [Internet]. 2013 [citado 28 Marzo 2016];20(5):465-470. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.02.008>
14. SVRI [Internet] Pretoria: Jewkes R, Sexual Violence Research Initiative, Medical Research 2012 [citado 3 marzo 2016]. Rape perpetration: a review. [aprox. una pantalla] Disponible en:  
<http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-04-13/RapePerpetration.pdf>
15. Jewkes R, Sikweyiya Y, Morrell R, Dunkle K. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2011[citado 3 marzo 2016];6(12):e29590. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0029590>
16. Walker G. The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault. J Forensic Leg Med [Internet]. 2015 [citado 28 Marzo 2016];34:173-8. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.06.007>
17. Sudupe Moreno A. Age differences among victims of sexual assault: a comparison between children, adolescents and adults. J Forensic Leg Med [Internet]. 2013 [citado 28 Marzo 2016];20(5):465-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.02.008>
18. Stene LE, Ormstad K, Schei B. Implementation of medical examination and forensic analyses in investigation of sexual assaults against adult women: A retrospective study of police files and medical journals. Forensic Sci Int [Internet]. 2010 [citado 28 Marzo 2016];199:79–84. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.forsciint.2010.03.016](http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.03.016)
19. Blanc A, Savall F , Dedouit F ,Telmon N. Practical guide to the examination and interpretation of genital lesions of minor female victims of sexual assault. Gynecol Obstet Fertil [Internet]. 2014 [citado 28 Marzo 2016];42(12):849-55. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.10.003>

20. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. BJOG [Internet]. 2015 [citado 28 Marzo 2016];122:577–584. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13094>
21. García C, Cruz A, Quintela O. Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2016];40(1):11-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.07.003>
22. Xifró -Collsamata A, Pujol-Robinat A, Barbería-Marcalain E, Arroyo-Fernández A, Bertomeu-Ruiz A, Montero-Núñez F, et al. Estudio prospectivo de la sumisión química con finalidad sexual en Barcelona. Med Clin (Barc) [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2016];144:403-409. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.11.026>
23. García-Repetto R, Soria ML. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2011[citado 28 de febrero de 2016];85:173-184. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-sumision-quimica-reto-el-toxicologo-90028300>
24. Isorna M, Rial A. Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. Salud Drogas [Internet]. 2015[citado 28 de febrero de 2016];15 (2):137-150. Disponible en: <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/246/254>
25. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, Ormstad K, Schei B. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center-associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. J Forensic Leg Med [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];20(6):777-84. doi: [10.1016 / j.jflm.2013.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.05.005)
26. Navarro E, Vega C. Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoactivas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. Gac Int. Cienc. Forense [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];8,8-15. Disponible en: [http://www.uv.es/gicf/4A1\\_Navarro\\_GICF\\_08.pdf](http://www.uv.es/gicf/4A1_Navarro_GICF_08.pdf)
27. García-Repetto R, Soria ML. Consideraciones toxicológicas sobre supuestos casos de sumisión química en delitos de índole sexual en el sur de España durante los años 2010-2012. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2014[citado 28 de febrero de 2016];40:4-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.06.003>
28. Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A, Montero F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];39:32–6. Diponible en :<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.11.003>
29. Bosman IJ, Verschraagen M, Lusthof KJ. Toxicological findings in cases of sexual assault in the

- Netherlands. *J Forensic Sci* [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016];56(6):1562-8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1556-4029.2011.01888.x/epdf>
30. Burillo G, López A, Expósito M, Dueñas A. Sumisión química, oportunista o premeditada. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];140(3):139–143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.05.035>
31. Sancho M, Xifró A, Bertomeu A, Arroyo A. Sumisión química con finalidad sexual: nuevos aspectos legales *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2016];38(1):41-42. Disponible en: <doi:10.1016/j.reml.2012.02.002>
32. Congreso de los diputados [Internet], Madrid: Boletín Oficial de las Cortes Generales. 2010 [citado 28 de febrero de 2016] Enmiendas e índice de enmiendas al articulado del Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Congreso de los Diputados, serie A, núm. 52-9 [aprox. dos pantallas]. Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A\\_052-09.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_052-09.PDF)
33. Becerra J.A. Epidemiología de la sumisión química con fines sexuales. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2016];144(9):401–402 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.02.001>
34. Isorna M, Fariña F, Sierra JC, Vallejo P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicol* [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2016];22(1):1-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-suma-psicologica-207-resumen-binge-drinking-risky-sexual-behaviors-90429976>
35. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales 2013 [citado 28 de febrero de 2016]. Plan Nacional sobre Drogas (2013). Encuesta Domiciliaria sobre el Alcohol y Drogas en España (EDADES). [aprox. dos pantallas]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf)
36. Lawyer S, Resnick H, Bakanic V, Burkett T, Kilpatrick D. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. *J Am Coll Health* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016]; 58(5):453–460. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448480903540515?journalCode=vach20>
37. Romero M, Megías JL. Alcohol Use as a Strategy for Obtaining Nonconsensual Sexual Relations: Incidence in Spanish University Students and Relation to Rape Myths Acceptance. *Span J Psychol* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016];13(2):864-874. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/172/17217376031.pdf>

38. Calafat A, Hughes K, Blay N, Bells M, Mendes F, Juan M, Sexual Harassment among young tourist visiting Mediterranean Resorts. Arch Sex Behav [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];42:603-13. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-9979-6/fulltext.html>
39. Novo, M, Díaz P, Amado BG, Vilariño M. Efectos de contexto en la formación de juicios en un caso de violación. Anuario de Psicología Jurídica [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2016]; 25(1):39-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.002>
40. Abbey A, Jacques-Tiura AJ. Sexual assault perpetrators' tactics: associations with their personal characteristics and aspects of the incident. J Interpers Violence [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016];26(14):2866-89. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1177%2F0886260510390955](http://dx.doi.org/10.1177/0886260510390955)
41. Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. Int J Legal Med [Internet].2010 [citado 28 de febrero de 2016];124:227–235 Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00414-010-0430-z/fulltext.html>
42. Esbec E, Echeburúa E. Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment. Adicciones [Internet]. 2016 [citado 28 de febrero de 2016];28(1):48-56. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790/758>
43. Untied AS, Orchowski LM, Lazar V. College men's and women's respective perceptions of risk to perpetrate or experience sexual assault: the role of alcohol use and expectancies. Violence Against Women [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];19(7):903-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632839/>
44. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2016];379(9826):1621-1629. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5)
45. White C. Genital injuries in adults. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];27(1):113-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.011>
46. Vega C, Navarro E, Edo J C. Protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2016];40(3):120-128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2014.04.002>
47. Astrup BS, Ravn P, Lauritsen J, Thomsen JL. Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse-implications for legal proceedings. Forensic Sci Int

- [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2016];219(1-3):50-6. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.11.028>
48. Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: a prospective comparison study. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];20(7):884-901. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.06.025>
49. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int* [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016];204(1-3):27-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.11.028>
50. Astrup B, Ravn P, Thomsen JL, Lauritsen. Patterned genital injury in cases of rape - A case-control study. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];20(5):525-9. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.jflm.2013.03.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.03.003)
51. Kelly DL, Larkin HJ, Cosby CD, Paolinetti LA. Derivation of the Genital Injury Severity Scale (GISS): a concise instrument for description and measurement of external female genital injury after sexual intercourse. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];20(6):724-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.04.012>
52. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016];39(1):113-8. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.08.024>
53. Joki-Erkkilä M, Rainio J, Huhtala H, Salonen A, Karhunen P J. Evaluation of anogenital injuries using white and UV-light among adult volunteers following consensual sexual intercourse *Forensic Sci Int* [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2016]; 242:293-8. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.forsciint.2014.06.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.06.005)
54. Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D. Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. *Scientific World Journal*. 2015 [Internet];2015 [citado 28 de febrero de 2016]:365674. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1155/2015/365674>
55. Martínez P, Vallejo G. Visualización microscópica en agresiones sexuales. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2016];38(2):85-86. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.05.004>
56. Hardinge P, Allard J, Wain A, Watson S, Optimisation of choline testing using Florence Iodine reagent, including comparative sensitivity and specificity with PSA and AP tests. *Sci Justice* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];53(1):34-40. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.scijus.2012.03.004>

57. Lewis J, Baird A, McAlister C, Siemieniuk A, Blackmore L, McCabe B, et al. Improved detection of semen by use of direct acid phosphatase testing. *Sci Justice* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016]; 53(4):385–394. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scijus.2013.04.009>
58. Liu W, Chen W, Liu R, Ou Y, Liu H, Xie L, et al. Separation of sperm and epithelial cells based on the hydrodynamic effect for forensic analysis. *Biomicrofluidics*. 2015 31;9(4):044127. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1063/1.4928453>
59. BOE [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado. 2010 [citado 28 de febrero de 2016]. Las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo (BOE 19/05/2010) [aprox. dos pantallas]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>
60. Baker DJ, Grimes EA & Hopwood AJ. D-dimer assays for the identification of menstrual blood. *Forensic Sc Int* [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016]; 212:210–214. Disponible en: <doi:10.1016/j.forsciint.2011.06.013>
61. Sommers MS, Brown KM, Buschur C, Everett JS, Fargo JD, Fisher BS et al. Injuries from intimate partner and sexual violence: significance and classification systems. *J Leg Med* [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2016]; 19: 250-263. Disponible en: <doi:10.1016/j.jflm.2012.02.014>
62. Morgan L, Dill A, Welch J. Sexual assault of postmenopausal women: a retrospective review. *BJOG* [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016];118(7):832-43. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.02936.x/epdf>
63. Sturgiss EA, Tyson A, Parekh V. Characteristics of sexual assaults in which adult victims report penetration by a foreign object. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016];17(3):140-2. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.jflm.2009.11.001](doi:10.1016/j.jflm.2009.11.001)
64. Beaufrère A, Vincent R. Letter to the editor: patterned genital injury in cases of sexual assault. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];20:1145-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.08.011>.
65. Lo MK, Foley C, Healy C, Oliphant J, Kent S. A response to: Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: a prospective comparison study [20 (2013) 884-901]. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2016];28:47-9. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.jflm.2014.08.011](doi:10.1016/j.jflm.2014.08.011)
66. Astrup B.S. Further comments to regarding the article: macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration. *J Forensic Leg Med* [Internet].

- 2015 [citado 28 de febrero de 2016];29:54-5. Disponible en: [.doi: 10.1016 / j.jflm.2014.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.11.005)
67. Brawner BM, Sommers MS, Moore K, Aka-James R, Zink T, Brown KM et al. Exploring Genitoanal Injury and HIV Risk Among Women: Menstrual Phase, Hormonal Birth Control, and Injury Frequency and Prevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2016 [citado 28 de febrero de 2016];71:207–212. Disponible en: [http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2016/02010/Exploring\\_Genitoanal\\_Injury\\_and\\_HIV\\_Risk\\_Among.13.aspx](http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2016/02010/Exploring_Genitoanal_Injury_and_HIV_Risk_Among.13.aspx)
68. Beirne P, Hall J, Grills C, Moore T. Female hormone influences on sexual assaults in Northern Ireland from 2002 to 2009. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2016];18(7):313-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2011.06.010>
69. Hwa H-L, Chen S-C, Wu M-Z et al. Analysis of cases of sexual assault presenting at a medical center in Taipei. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016]; 49(2): 165–169. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1028-4559\(10\)60035-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1028-4559(10)60035-6)
70. Jina R, Jewkes R, Vetten L, Christofides N, Sigsworth R, Loots L. Genito-anal injury patterns and associated factors in rape survivors in an urban province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2016]; 15: 29. Disponible en: doi:[10.1186/s12905-015-0187-0](https://doi.org/10.1186/s12905-015-0187-0)
71. Baker RB, Fargo JD, Shamblye-Ebron DZ, Sommers MS. Source of healthcare disparity: race, skin color, and injuries after rape among adolescents and young adults. *J Forensic Nurs* [Internet]. 2010 [citado 28 de febrero de 2016];6(3):144-50. Disponible en: doi:[10.1111 / j.1939-3938.2010.01070.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2010.01070.x)
72. Crane J. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];27(1):103-11. Disponible en: [doi: 10.1016 / j.bpobgyn.2012.08.009](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.009).
73. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2016];27(1):91-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.014>
74. Scherer, S., Hansen, S. H., & Lynnerup, N. (2014). Discrepancy between information reported by the victims of sexual assaults and clinical forensic findings. *Dan Med J* [Internet]. 2014 [citado 28 de febrero de 2016];61(9):A4899. Disponible en: [http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj\\_forside/PAST\\_ISSUE/2014/DMJ\\_2014\\_09/A4899](http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2014/DMJ_2014_09/A4899)
75. Bulbena A. Exploración psiquiátrica. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2015. p. 119-28.



76. Guija JA, Giner L, Romero C, Guijarro A, López FJ. Examen médico forense del estado mental en el juzgado de guardia. *Cuad Med Forense* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016];19(3-4):110-114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062013000200007>
77. Echeburúa E, Muñoz JM, Loinaz I. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2011 [citado 3 Marzo 2016];11(1):141-159. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-375.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-375.pdf)
78. Arce, R., y Fariña, F. (2013). Psicología forense experimental. Testigos y testimonio. Evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En S. Delgado (Dir. Tratado), y S. Delgado, y J. M. Maza (Coords. Vol.), *Tratado de medicina legal y ciencias forenses: Vol. V. Psiquiatría legal y forense* (pp. 21-46). Barcelona: Bosch
79. Novo, M., y Seijo, D. Judicial judgement-making and legal criteria of testimonial credibility. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2010 [citado 3 Marzo 2016]; 2: 91-115. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3215979>
80. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016];27(1):27-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015>
81. Muñoz JM. La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016]; 23:61-69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/aj2013a10>
82. Vilariño M, Arce R, Fariña F. Forensic-clinical interview: reliability and validity for the evaluation of psychological injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016];5(1): 1-21. Disponible en: [www.usc.es/sepjf](http://www.usc.es/sepjf)
83. Crespo, M. y Gómez, M. M. La evaluación del estrés postraumático: presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud* [Internet]. 2012 [citado 3 Marzo 2016];23: 25-41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742012000100002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742012000100002&script=sci_arttext&tlng=en)
84. Arce, R., y Fariña, F. (2012). La entrevista psicológica forense a niños, adultos y discapacitados. En S. Delgado (Dir. Tratado), y S. Delgado, y J. M. Maza (Coords. Vol.), *Tratado de medicina legal y ciencias forenses: Vol. V. Psiquiatría legal y forense* (pp. 21-46). Barcelona: Bosch
85. Contreras MJ, Silva EA, Manzanero AL. Evaluación de capacidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica* [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016]; 25: 87–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.006>
86. Orchowski LM, Gidycz CA. Psychological consequences associated with positive and negative responses to disclosure of sexual assault among college women: a prospective study. *Violence Against Women* [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016];21(7):803-23. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632843/>

87. Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P, Echeburúa E. Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [citado 3 Marzo 2016];30(3):7-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002>
88. Çelikel1A, Demirkiran DS, Özsoy S, Zeren C, Arslan MM, Factors associated with PTSD in cases of sexual assault. *J Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016];18:181 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4172/Psychiatry.1000181>
89. Tiihonen Möller A, Backstrom T, Sondergaard HP, Helstrom L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado 3 Marzo 2016];9(10):e111136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111136>
90. Ahrens C.E, Stansell J, Jennings A. To tell or not to tell: The impact os disclosure on sexual assault survivors´recovery. *Violence Vict* [Internet]. 2010 [citado 3 Marzo 2016];25(5):631-648 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1091/0886-6708.25.5.631>
91. Bicanic IAE, Hehenkamp LM, van de Putte EM, van Wijk A.J, de Jongh A. Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2015[citado 3 Marzo 2016]; 6:25883. Disponible en: doi:[10.3402/ejpt.v6.25883](https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25883)
92. Arcilla A, Castaño M, Osorio D, Quiroz G. Caracterización sociodemográfica, del desarrollo psicosexual y del delito en hombres condenados por delitos sexuales recluidos en el centro penitenciario de Manzanares. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2013;42(1):51-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502013000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100005)
93. Yesuron, M.R. Perfil psicopatológico de delincuentes sexuales Anuario de Investigaciones [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016];2:192-203. Disponible en: [www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp](http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp)
94. Becerra JA, García A. Trastorno mental en los agresores sexuales: estudio descriptivo de una muestra española. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2013 [citado 3 Marzo 2016];39(1):3-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.007>
95. Martins A, Fernandez L, Freire R, Vitor M, Egidio A . A forensic-psychiatric study of sexual offenders in Rio de Janeiro, Brazil. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2015 [citado 3 Marzo 2016];31:23-28 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.01.003>
96. Herrero O.¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales?Anuario de Psicología [Internet]. 2013[citado 3 Marzo 2016]; 23: 71-77 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/aj2013a117>

97. Defez FJ, Cuquerella A. Evaluación del riesgo de reincidencia en un caso de violencia sexual mediante el Sexual Violence Risk-20 Rev Esp Med Legal [Internet]. 2014 [citado 3 Marzo 2016];40(2):72-75 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.06.007>