

Protocol d'intervenció medicoforensa en víctimes de violències sexuals de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya

Maria del Carmen Àvila Molina

Jordina Corrons i Perramon

Geli Gallego Herruzo

Anna Mateu Vidal

Maria Martín Calavia

Enric Prunés Galera

Mònica Sánchez Coma

Laia Serra Perelló

Ana Maria Taranilla Castro

Coordinació: Elena Cano Rodríguez

Any 2024

L'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista ha editat aquest protocol respectant el text original dels/les autors/es, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en aquest document són de responsabilitat exclusiva dels/les autors/es, i no s'identifiquen necessàriament amb les de l'Observatori.

Avís legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i l'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista (Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi.



SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

016 ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE
MALOS TRATOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO

Activitat finançada a càrrec del crèdits rebuts del Ministeri d'Igualtat
(Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere)

Índex

Índex	2
1. Introducció	7
2. Marc conceptual de les violències sexuals	9
2.1. El nou paradigma de la Llei Orgànica 10/2022 de garantia integral de la llibertat sexual.	10
2.2. La conceptualització del consentiment sexual.	11
2.3. Els danys causats per les violències sexuals i la seva recuperació. ...	13
2.4. La reparació de les víctimes.....	15
2.5. Principis rectors de la pràctica	16
3. Intervenció medicoforense durant el servei de guàrdia	18
3.1. Fonaments biològics del trauma i impacte a curt termini.....	19
3.2. Intervenció en persones adultes.	22
3.2.1. Consideracions prèvies.	22
3.2.2. Consentiment informat.....	23
3.2.3. Anamnesi.....	23
3.2.4. Exploració psicopatològica.	25
3.2.5. Exploració física en persones adultes.	26
3.2.5.1. Exploració de superfície corporal extragenital:.....	27
3.2.5.2. Exploració paragenital:.....	27
3.2.5.3. Exploració genitoanal:.....	27
3.3. Intervenció en nens, nenes i adolescents (NNA)	28
3.3.1. Consideracions prèvies.	28
3.3.2. Obtenció del consentiment.	30
3.3.3. Anamnesi en NNA.	30
3.3.4. Exploració psicopatològica.	32
3.3.5. Exploració física en NNA.	32
3.3.5.1. Exploració de la superfície corporal extragenital:.....	33
3.3.5.2. Exploració paragenital:.....	33
3.3.5.3. Exploració genitoanal:.....	33
3.4. Obtenció de fotografies.	44
3.5. Recollida de mostres.....	44

3.5.1.	Mostres obtingudes per part de centres sanitaris, sense participació del metge forense.	46
3.5.2.	Kits per a la presa de mostres en casos d'agressió sexual.	47
3.5.3.	Anàlisi de biologia.	48
3.5.3.1.	Mostres per a anàlisi biològica:	50
3.5.3.2.	Terminis per a la presa de mostres de biologia:.....	52
3.5.3.3.	Seqüència recomanada per a la presa de mostres biològiques:	53
3.5.3.4.	Presa de mostres dubitades:.....	53
3.5.3.5.	Mostres indubitades:	58
3.5.4.	Anàlisi de toxicologia.	58
3.5.4.1.	Mostres per a estudi toxicològic:	60
3.5.5.	Empaquetat i remissió de mostres al laboratori.	61
4.	L'avaluació de l'impacte del trauma en persones adultes.....	63
4.1.	Aspectes a tenir presents a l'avaluació medicoforense.....	67
4.2.	Aspectes sobre l'elaboració de l'informe	70
4.3.	Intervenció dels pèrits de part.	71
5.	L'avaluació de l'impacte del trauma en infants i adolescents.....	74
5.1.	Barnahus. La Unitat integrada d'atenció als infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals.	74
5.2.	Avaluació de l'impacte del trauma.....	77
5.3.	Aspectes a tenir presents per l'avaluació forense.	77
5.4.	L'anamnesi amb NNA.	79
5.4.1.	Consideracions respecte de les especificitats dels infants.	79
5.4.1.1.	Diferències evolutives a l'adquisició de la cognició:	79
5.4.1.2.	La memòria: capacitats i limitacions.....	81
5.4.2.	Anamnesi.....	82
5.4.3.	Exploració psicopatològica.	84
5.4.3.1.	Variables que influeixen a l'aspecte emocional de l'ASI:	85
5.4.3.2.	Infants:	86
5.4.3.3.	Adolescents:.....	87
5.4.3.4.	Proves complementàries:.....	88
5.4.3.5.	Seqüeles a llarg termini:.....	89
5.5.	Aspectes sobre l'elaboració de l'informe.....	90

6.	Intervenció medicoforense en casos de mutilació genital femenina	92
6.1.	Identificació del tipus de mutilació	93
6.2.	Conseqüències previsibles de la mutilació genital femenina.....	95
6.2.1.	Conseqüències o complicacions esperables immediates.....	95
6.2.2.	Conseqüències o complicacions esperables a curt i llarg termini.	96
6.2.2.1.	Àmbit físic:.....	96
6.2.2.2.	Àmbit psicològic:	96
6.2.2.3.	Àmbit sexual:.....	97
6.2.2.4.	Àmbit obstètric. Relacionat amb l'embaràs, part i postpart: ...	97
6.3.	Opcions terapèutiques a la mutilació genital femenina. Maneig i tractament.	97
6.3.1.	Abordatge psicosexual.	97
6.3.2.	Opcions quirúrgiques.....	98
6.4.	Intervenció medicoforense en casos de mutilació genital femenina....	99
6.5.	Protocol·lització de l'exploració medicoforense en casos de MGF. ..	100
6.5.1.	Preparació.	100
6.5.1.1.	Lloc de reconeixement:	100
6.5.1.2.	Actuació assistencial i pericial conjunta:	100
6.5.1.3.	Presència de persona de confiança durant l'examen:.....	100
6.5.1.4.	Participació d'un intèrpret i/o mediador cultural:.....	101
6.5.1.5.	Informació prèvia al reconeixement:	101
6.5.1.6.	Consentiment informat:	101
6.5.2.	Recollida de dades.	102
6.5.2.1.	Anamnesi:	102
6.5.2.2.	Examen físic:.....	103
6.5.2.3.	Examen psicopatològic:	105
6.5.2.4.	Documentació mèdica / Revisió de la documental:.....	106
6.6.	Elaboració de l'informe forense de valoració del dany corporal en els casos de MGF.....	106
7.	Altres formes de violències sexuals	110
7.1.	Violències sexuals en el marc de la parella.....	110
7.2.	Violències sexuals grupals.	112
7.3.	Violències sexuals digitals.....	113
7.4.	Les violències sexuals facilitades per substàncies químiques.	114

8. Bibliografia	116
Annex I	126
Annex II	130
Annex III	131
Proposta d'escala de coerció	131

GLOSSARI

ASI – Abús sexual infantil

CEJFE – Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada

CMF – Consejo Médico Forense

DIF – Departament d'Igualtat i Feminismes

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*

FGE – Fiscalia General de l'Estat

IMLCFC – Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya

ITS – Infeccions de transmissió sexual

KAS - Kit d'agressió sexual (SAK a la seva forma en anglès)

LOGILS - Llei Orgànica de garantia de la integritat i llibertat sexual

LOPJ - Llei Orgànica del Poder Judicial

MGF – Mutilació genital femenina

NIJ – National Institute of Justice

NNA - Nens, nenes i adolescents

OMS – Organització mundial de la salut

TEPT – Trastorn per estrès posttraumàtic

VIH – Virus d'immunodeficiència humana

VPH – Virus del papil·loma humà

1. Introducció

La violència sexual atempta contra els drets humans de les persones que la pateixen, alhora que és font de problemes de salut física i mental amb greus repercussions personals, la qual cosa obliga a les administracions i als professionals que hi presten serveis a identificar, prevenir i respondre davant aquestes conductes. En tant que professionals de la medicina amb funcions especialitzades en medicina forense, ens trobem en un lloc clau per implementar formes d'intervenció que permetin millorar la resposta de la Justícia davant la violència sexual.

Aquest document pretén recollir informació científica actualitzada sobre els procediments forenses a seguir des del coneixement del possible fet delictiu, sobre els efectes i l'impacte que la violència sexual pugui tenir a la víctima i a la seva salut, a fi de promoure una intervenció medicoforense ajustada a l'evidència científica, protocol·litzada i que doni resposta als requeriments dels Tribunals alhora que, tenint en tot moment a la víctima al centre, sigui una intervenció curosa i ajustada a les seves circumstàncies per minimitzar, en la mesura que sigui possible, la revictimització lligada a la judicialització del seu cas.

Aquest document pren com a model de referència el *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, i fa seus els requeriments introduïts amb la Llei 10/22 de garantia de la llibertat sexual (endavant, LOGILS) per dissenyar protocols d'actuació global i integral per casos de violències sexuals. També pretén seguir el canvi de paradigma dibuixat al *Model d'abordatge de les violències Sexuals* i al *Protocol Marc per a una Intervenció amb Diligència Deguda en Situacions de Violències Masclistes* a fi d'enfocar la pràctica des de les necessitats i els drets humans, reconeixent les dones com a titulars de drets, promovent l'autonomia per al seu exercici, posant a l'abast de les víctimes els mitjans necessaris per la seva reparació.

Atès que les formes en que es poden exercir les violències sexuals, especialment sobre dones i infants, són variades, ha resultat un document

extens, ja que intenta recollir i actualitzar les principals modalitats de violència, així com la forma en què repercuteixen sobre la salut mental, física i psicossocial de les víctimes, i intenta descriure quines serien les millors pràctiques per donar resposta davant de cada supòsit, sempre des d'una perspectiva victimocèntrica.

Es tracta d'un document que ha de servir de guia al desenvolupament de les intervencions forenses que es duguin a terme dins de les unitats de valoració forense integral (Resolució JUS/3407/2023, de 2 d'octubre, per la qual es crea el Programa temporal per a la implementació del Pla de millora de les unitats de valoració forense integral de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya i es reforcen els Equips d'Assessorament Tècnic Penal) i també en el desplegament del model Barnahus per a l'atenció dels casos d'abús sexual infantil.

2. Marc conceptual de les violències sexuals

L'impuls del moviment de dones i feministes va permetre a partir dels anys noranta, i en paral·lel a l'avenç en matèria de drets humans, que s'anés concebant que les violències eren una forma de discriminació, un atemptat a la dignitat i una vulneració dels drets humans de les dones i de les nenes, consensos que van quedar recollits en diversos instruments internacionals. També va permetre visualitzar tot el ventall de violències sexuals que anaven molt més enllà de la penetració vaginal.

La conceptualització i estereotips sobre les violències sexuals que encara perviuen avui dia tenen unes profundes arrels històriques (Toledo i Pineda, 2016). L'evolució de la conceptualització també ha incorporat la idea que les violències sexuals no es poden concebre com una problemàtica individual sinó com un fenomen social i cultural de gran prevalença (Toledo i Pineda, 2016). Aquest consens obre la porta a que les Administracions considerin les violències sexuals com a fenomen que ha de ser considerat una qüestió d'Estat i, per tant, mereix la seva màxima implicació en el desenvolupament i finançament de polítiques públiques i en la creació de recursos i itineraris. A Catalunya, el Model d'abordatge de les violències sexuals del 2022 (Departament d'Igualtat i Feminismes [DIF], 2022), parteix d'una comprensió integral d'aquestes violències com a fenomen social i polític i com a problema de seguretat i de salut pública, i esmenta que *“les violències sexuals son la forma de violència masclista més prevalent, més invisibilitzada i més naturalitzada. (...) La seva eradicació és una qüestió de llibertat i de garantia dels drets humans de les dones”*.

Això dona pas a que, més enllà de la responsabilitat dels infractors, entri en escena la responsabilitat dels Estats a la prevenció, investigació i a la reparació de les violències, en base a l'anomenat principi de diligència deguda.

L'ampliació de la mirada més enllà de l'infractor individual, també permet considerar el rol que té la societat en general i la comunitat més propera a la dona en la prevenció de les violències sexuals, en el suport a les agreujades i en la seva reparació, almenys simbòlica.

2.1. El nou paradigma de la Llei Orgànica 10/2022 de garantia integral de la llibertat sexual.

La LOGILS ha suposat la consolidació legal de la conceptualització de les violències sexuals com una qüestió estructural, partint de la idea de que no es tracta d'una qüestió individual sinó social i estructural, arrelada a patrons culturals discriminatoris, entenent que la violència infligeix un dany individual però repercuteix de forma col·lectiva, en llençar un missatge de dominació, d'inseguretat i de manca de vigència de la protecció de l'Estat i per tant, es tracta d'una qüestió d'Estat.

La reforma ha eliminat la distinció entre abusos i agressions seguint el mandat del Conveni d'Istanbul que imposa estructurar el delicte de violències sexuals en base a l'absència de consentiment. La Llei amb el nou redactat, estableix un article bàsic d'agressió sexual, al qual s'inclouen totes les conductes sexuals sense consentiment, incloses la imposició d'actes sexuals mitjançant violència, intimidació o abús d'una situació de superioritat o vulnerabilitat de la víctima, així com les que s'executin quan estigui privades de sentit o anul·lada la seva voluntat. Es manté la distinció de la major gravetat quan l'acte sexual imposat comporti accés carnal. A més del delicte genèric, s'incorpora un altre delicte que inclou una sèrie de modalitats agreujades com ara el fet d'haver-se comès en grup, l'agressió sexual mitjançant l'anul·lació de la voluntat de la víctima o el fet d'haver-se comès per la parella o per un familiar, entre d'altres.

La Llei també vol trencar amb la dinàmica normativa de considerar l'existència de "víctimes especialment vulnerables", en funció de la qualitat de la persona i entén i incorpora la noció que la vulnerabilitat prové també de les circumstàncies socials en que es poden trobar les víctimes.

Per altra banda, la Llei posa èmfasis en la perspectiva interseccional, subratllant que les violències sexuals afecten i impacten de forma diferenciada i agreujada a les dones en funció dels diversos eixos de discriminació que enfronten: d'edat, origen, d'ètnia, situació administrativa, classe social, discapacitat física o psíquica, diversitat sexual i de gènere (DIF, 2022). Es

tracta doncs d'entendre que la complexitat derivada de l'entrecruament de diverses formes de discriminació, precisa d'abordatges específics.

Un altre dels canvis estructurals de la llei és la de deixar enrere el paradigma de les violències sexuals enteses com accessos incoentits als cossos de les dones, per a definir que el que la legislació protegeix és la llibertat i l'autonomia sexual de les dones. Aquesta visió ofereix una protecció molt més amplia, enfocada en el benestar i l'autonomia de la dona, a qui es considera com a subjecte de drets i no només com a corporalitat. Aquest canvi, també permet reconèixer la importància a tot un seguit de violències que fins ara eren considerades de segon ordre, com ara les violències sexuals digitals i d'altres violències com la mutilació genital femenina i els matrimonis forçosos.

La LOGILS també realitza un gir important al posar atenció en la reparació, tant pel fet que implica a les institucions en la reparació institucional, simbòlica i pública de les violències sexuals, i perquè, per primera vegada, defineix quines han de ser les dimensions del danys que han de ser tingudes en compte a la hora d'avaluar els impactes de les violències sexuals. La menció al dany social resulta especialment rellevant perquè suposa el reconeixement de la dimensió social de les conseqüències que provoquen les violències sexuals, quant a estigma, danys a las vincles familiars o comunitaris, repercussions en el projecte de vida, la sexualitat, etc..

2.2. La conceptualització del consentiment sexual.

El consentiment sexual ve determinat per un context concret en què els mandats de gènere, l'assimilació de moltes conductes sexistes i la naturalització de les violències sexuals té una gran incidència. Per altra banda, és un concepte fortament determinat per l'àmbit relacional al qual es produeixen les violències sexuals, i és clarament diferent quan el perpetrador és una persona coneguda o quan no ho és: en l'àmbit de la parella, se solen emprar mecanismes coercitius per doblegar la voluntat de la dona (com ara amenaces explícites o implícites d'emprar la violència física o d'altres formes amb l'objectiu de condicionar el seu comportament), en canvi en contextos més comunitaris, com en el cas de les mutilacions genitals femenines, se sol emprar

la coacció (com poden ser la persuasió argumental, la manipulació o el xantatge emocional). Un tercer element determinant del consentiment serà l'estructura de poder que travessi aquella situació: la imposició de la conducta sexual vindrà determinada per la situació de poder en la que es trobi el perpetrador, sigui físic o social, i per les circumstàncies personals i socials de l'agregada que es traduiran en uns majors o menors recursos per oposar-s'hi o fer prevaldre el criteri propi. Alguns autors han emprat el concepte de *persuasió coercitiva*, que integra estratègies que actuen a diferents nivells, cognitiu, emocional i social sobre les agregades. Lluny de la idea d'intimidació mitjançada pel temor a ser sotmesa a un perill físic imminent, en realitat hi influeixen múltiples factors, molts d'ells socials, que per sí sols són suficients per assolir la imposició de l'acte sexual.

A Catalunya la Llei 17/2020 defineix el consentiment sexual com “*la voluntat expressa, emmarcada en la llibertat sexual i en la dignitat personal, que dona pas a l'exercici de pràctiques sexuals i l'avalua. La prestació del consentiment sexual s'ha de fer des de la llibertat, ha de romandre vigent durant tota la pràctica sexual i està acotada a una persona o diverses persones, a unes determinades pràctiques sexuals i a unes determinades mesures de precaució, tant davant d'un embaràs no desitjat com d'infeccions de transmissió sexual. No hi ha consentiment si l'agressor crea unes condicions o s'aprofita d'un context que, directament o indirectament, imposin una pràctica sexual sense comptar amb la voluntat de la dona*”. Com es desprèn d'aquesta definició, la llibertat, la informació, la reciprocitat i la voluntat formen elements definidors del consentiment sexual.

La LOGILS recull aquesta visió i a més de la violència i la intimidació, equipara, com a mecanismes d'imposició sexual, l'abús d'una posició de superioritat o també l'aprofitament de la vulnerabilitat de l'agregada, com per exemple en el cas de la submissió química (sigui proactiva o sigui oportunista). La Llei pretén que la definició de consentiment sexual que conté sigui vinculant per als operadors jurídics, i per aquest motiu, enlloc d'incorporar-la en l'apartat de definicions, opta per incloure-la dins del redactat de l'article 178 del Codi Penal, al delictes bàsic de violències sexuals.

El model de consentiment seguit per la Llei és el de l'anomenat *consentiment afirmatiu*, i aquesta aposta té conseqüències pràctiques molt rellevants. El consentiment afirmatiu, o del “*només sí és sí*”, pressuposa que es parteix de l'absència de consentiment i que només l'existència d'elements que condueixin a pensar de forma raonable que existeix consentiment, és a dir aval a la interacció sexual, s'entendrà que es tracta d'un acte sexual i no d'un delictes. La Circular de la Fiscalia General de l'Estat 1/2023 sobre la reforma dels delictes contra la llibertat sexual (Fiscalía General del Estado [FGE], Circular 1/2023, Espanya), esmenta que el bé jurídic a protegir en els delictes de violència sexual és el de la llibertat sexual, protegint-se l'aspecte dinàmic de poder exercir-la amb llibertat i l'aspecte negatiu de no haver de suportar la imposició d'interaccions sexuals no desitjades. La llibertat sexual assegura el dret de la persona a l'autonomia personal, projectada sobre la dimensió sexual del propi cos o sobirania corporal.

La FGE en el seu document, realitza un posicionament contundent i de gran transcendència social com és el d'avaluar el consentiment afirmatiu al qual es basa la llei, i llençar el missatge social segons el qual les persones tenen la responsabilitat de verificar que existeix consentiment sexual abans d'iniciar una interacció sexual. Els efectes legals del “*yes model*” suposen equiparar, en termes de dol (concepte jurídic), l'actuació contra el consentiment sexual a aquella en que es prescindeix del consentiment, corroborant que el silenci o la passivitat de l'agregada permeten aplicar el delictes (el consentiment no es pot inferir a partir de la falta de resistència o d'oposició). El consentiment serà revocable en tot moment i és gradual, és a dir, les parts queden vinculades pels termes precisos que s'hagin consensuat, per aquest motiu, actes com la retirada unilateral del preservatiu (*stealthing*), serà considerada delictiva.

2.3. Els danys causats per les violències sexuals i la seva recuperació.

Les violències sexuals causen impactes en les dones, en diverses esferes o plans (Ajuntament de Tarragona [AT], 2021).

En primer lloc, a l'esfera física, poden causar lesions o tenir afectacions, a curt o llarg termini, al desenvolupament de la sexualitat i a les funcions

reproductives de les dones, repercutint doncs la seva qualitat de vida i projecte vital. Un altre pla és el de la identitat. Aquestes violències i la construcció social que les envolta, poden provocar canvis a les víctimes que comportin, de forma temporal o irreversible, una alteració al seu sistema de creences i a la visió del món i de sí mateixa. Aquest canvi identitari té a veure amb aspectes psicològics profunds com ara l'autoestima i autopercepció de seguretat, la confiança en l'ésser humà, el caràcter, etc. Al pla relacional, les violències sexuals poden provocar el trencament o deteriorament dels vincles amb la parella o familiars, sigui perquè el trauma dificulta mantenir aquests vincles i la reciprocitat afectiva i de cura, o bé perquè la incomprensió de les violències sexuals i el fet de responsabilitzar-ne la víctima, malmet la relació. Al pla comunitari, la víctima pot patir rebuig o estigma, en funció dels valors d'aquell entorn social i de la conceptualització més o menys estereotipada de les violències sexuals. A un pla més ampli, es pot mencionar l'anomenat "*victim blaming*" o escarni de la víctima, fenomen social al qual es jutja socialment d'una forma negativa a les víctimes que fan denúncia (jurídica o pública) de les violències que enfronten, desacreditant-les, fent valoracions depreciatives del seu físic, jutjant la seva conducta o procés personal d'assimilació, ridiculitzant-les, responsabilitzant-les, negant que els fets siguin violència sexual o banalitzant-la. Aquesta reacció social, pot tenir un impacte emocional a les víctimes, igual o superior a la pròpia violència sexual patida. En relació a les repercussions derivades de les violències sexuals en el pla professional o econòmic, les víctimes també poden patir conseqüències, atès un deteriorament del seu rendiment per causa del trauma, o bé l'estigma pot perjudicar-ne la trajectòria, per exemple en el cas de la divulgació d'imatges íntimes seves sense el seu consentiment. També es poden generar costos que hagi d'assumir la dona, com ara canvis de domicili, despeses per processos terapèutics, o altres.

En termes generals, es pot dir que tres aspectes contribueixen a la recuperació de les víctimes, i són, en primer lloc, el fet de disposar d'un criteri crític i informat sobre les violències sexuals, que contribueixin a col·locar la responsabilitat a l'agressor, de manera que aquella vivència no sigui percebuda com una fatalitat merescuda sinó com una manifestació de discriminació. En segon lloc és el fet que l'entorn de la dona compregui aquelles violències, li

presti suport en el pla personal i social, i reconegui la seva condició de víctima posant en valor la seva resiliència en el procés de recuperació. El tercer aspecte, és el de la resposta dels i les professionals que l'atenguin, que han de mostrar consideració, interès i respecte envers la víctima.

2.4. La reparació de les víctimes.

Amb la LOGILS s'aborda per primera vegada el dret de reparació integral de les víctimes (art 1.3 e) i, fent-se ressò de la Recomanació General núm. 35 del Comitè de la CEDAW (Comité per a la Eliminació de la Discriminació sobre la Dona, en català), reitera l'obligació de diligència deguda, obligació que s'estén també a la reparació (art. 2 b). Fins ara, la reparació de les víctimes de violència sexuals (Faircom and Re-treat Project, 2022) ha estat condicionada per diferents factors, entre ells, el de l'avaluació del dany amb una visió molt restringida que no incorporava la perspectiva de gènere ni interseccional. En aplicació de la diligència deguda al dret a la reparació és imprescindible tenir en consideració que les violències sexuals poden causar danys rellevants a les víctimes, que incideixen en la seva identitat, al seu projecte de vida i a la seva xarxa relacional.

A tal efecte, la LOGILS ha procurat situar la reparació de les violències sexuals en un lloc preponderant, i eixamplar la visió sobre els diferents plans que ha de cobrir-ne la reparació, obligant a que les indemnitzacions contemplin no només el dany físic i psicològic (inclòs el dany moral i a la dignitat), sinó també la pèrdua d'oportunitats, incloses, les educatives, de feina o prestacionals; els danys materials i la pèrdua d'ingressos, inclòs el lucre cessant; el dany social, entès com el dany al projecte de vida i el tractament terapèutic, social i de salut sexual i reproductiva.

En coherència, la Llei estableix que els informes sobre els danys a la salut i psicosocials els hauran de dur a terme els professionals de les unitats de valoració forense integral, contribuint a un canvi de paradigma a la realització de les avaluacions, que, a partir d'ara hauran d'abordar, avaluar i reflectir la diversitat d'impactes psicosocials derivats de la vivència traumàtica. Amb l'objectiu de promoure la valoració de totes les dimensions del dany, la LOGILS

estableix que els elements descrits anteriorment han ser avaluats (art 53) i, per tant hauran de tenir el seu reflex als informes medicoforenses resultants.

2.5. Principis rectors de la pràctica

La qualitat de la pràctica professional no només s'ha de mesurar en termes de correcció tècnica, sinó també en termes d'ètica i de cura del benestar i de la dignitat de les persones sobre qui recau la nostra intervenció.

Seguint aquest prisma, la literatura científica (Office of the High Commissioner [OHC], 2022) (International Rehabilitation Council for Torture Victims [IRCT], 2009) (IRCT, 2007) s'ha encarregat de sistematitzar una sèrie de pautes bàsiques sobre les intervencions terapèutiques en persones que han experimentat vivències traumàtiques que poden ser tingudes en compte en les avaluacions forenses:

- a. *Principi de beneficència i acció sense dany.* Atès que les intervencions poden retraumatitzar a la víctima, en provocar i/o exacerbar el patiment psicològic pel fet de connectar amb records i emocions doloroses, cal considerar diversos aspectes:
 - Procurar haver obtingut el màxim d'informació relativa a les circumstàncies de la seva vivència per evitar la reiteració de preguntes sobre aspectes que puguin contrastar-se per altres vies.
 - Facilitar la participació directa de la víctima en la presa de decisions del seu procés de recuperació, per la qual cosa és important que disposi de prou informació per comprendre les conseqüències de les decisions que prengui. El consens ha de ser la norma que guiï tota la intervenció del o la professional.
 - Estil no directiu. Durant les intervencions, cal evitar instruccions i preguntes directives, intentant per contra formular preguntes obertes. En termes generals, cal fer preguntes que permetin a la víctima expressar-se lliurement i que no suggereixin la resposta, i a partir de la informació general que ens proporcionin, podrem donar pas a

preguntes específiques sobre els aspectes concrets que es considerin més rellevants.

- Escolta sense judicis ni responsabilització: cal evitar judicis de valor explícits o implícits sobre la conducta prèvia de la víctima, així com les estratègies d'afrontament que hagi seguit, i tampoc posarem en dubte que la responsabilitat de la violència patida no recau a la víctima.
 - Reconeixement de la violència i dels seus impactes: cal evitar minimitzar o relativitzar la violència patida i les seves conseqüències individuals, familiars o comunitàries.
- b. *Principi de contribució a la protecció.* La intervenció que es dugui a terme, més enllà de respondre a la comesa emanada del Jutjat, en la mesura del possible també ha de procurar aportar a la víctima la màxima informació que tinguem sobre les necessitats que ens plantegi, sigui exposant els serveis públics existents, material disponible o altres recursos socials.
- c. *Principi de les intervencions sanadores.* Les intervencions dels professionals amb persones que enfronten violències sexuals, encara que siguin de caire avaluador, no han de renunciar a l'objectiu de contribuir a la recuperació, l'apoderament i la reparació dels impactes provocats per la violència viscuda. Per això es recomana:
- Posar en valor les estratègies d'enfrontament que s'hagin seguit, la capacitat de superar aquesta violència, de reconstruir-se com a persona, de tirar endavant el seu projecte de vida i de refer els vincles que hagin quedat malmesos per l'impacte de les violències.
 - Garantir una mirada transcultural, de diversitat de gènere i orientació sexual de la intervenció per poder treballar i resignificar l'experiència de la víctima sense invisibilitzar la seva identitat.

3. Intervenció medicoforensa durant el servei de guàrdia

La intervenció medicoforensa en context de guàrdia en casos de violència sexual ha estat conceptualitzada a la LOGILS (capítol primer, articles 47 i 48), com a actuació fonamental per l'acreditació del delictes, lligada a l'exploració mèdica i ginecològica i a la recollida de mostres. Cal destacar que aquesta norma explicita que la recollida de mostres i altres evidències que puguin contribuir a l'acreditació de les violències sexuals no estarà condicionada a la presentació de denúncia o a l'exercici de l'acció penal i que l'actuació del metge forense en relació a l'examen de la víctima i les actuacions d'interès legal, hauran de practicar-se sense demora i conjuntament amb el reconeixement ginecològic o mèdic preceptiu necessari.

Malgrat la LOGILS no en faci cap esment, a la intervenció medicoforensa de guàrdia hem de situar l'exploració psicopatològica en el mateix rang d'importància que l'exploració mèdica i ginecològica i l'obtenció de les mostres, tot i que aquest aspecte no estaria lligat a l'acreditació del delictes, sinó per documentar la primera referència de l'impacte psicològic de l'esdeveniment. De fet, el coneixement de l'impacte immediat que poden tenir els esdeveniments traumàtics, així com del tipus de resposta que poden presentar les víctimes, és clau per aclarir dubtes i contrarestar, si és el cas, idees preconcebudes i estereotips molt estesos al nostre entorn sociocultural en base als quals es podria qüestionar la manca de consentiment i posar en qüestió la credibilitat de la víctima (Dhawan i Haggard, 2023).

Les manifestacions efectuades per les víctimes en aquests primers moments seran molt rellevants en el moment de l'enjudiciament. Tant és així que alguns dels aspectes de la resposta de les víctimes que es troben a la base dels dubtes sobre el consentiment i sobre la credibilitat passen, per exemple, pel fet de no revelar o no denunciar immediatament l'agressió, per la presència d'inconsistències en el relat (especialment en el relat produït en moments diferents), per la presència de dificultats per recordar aspectes de l'esdeveniment, i per l'estat emocional que mostra la víctima en els moments inicials. Per aquests motius a les avaluacions de guàrdia és important

consignar el context i les circumstàncies en que la víctima ha exposat els fets, des de l'estat emocional a l'eventual dificultat per descriure l'episodi. Precisament per aportar aquest context resulta necessari conèixer els fonaments biològics del trauma i com es produeix l'impacte a curt termini.

3.1. Fonaments biològics del trauma i impacte a curt termini.

La reacció individual davant d'una situació amenaçadora o d'un esdeveniment d'impacte ve condicionada, de forma immediata, per l'activació del circuit de defensa i pel desencadenament de la resposta d'estrès. La finalitat d'aquesta activació és intentar garantir la supervivència de l'individu.

Davant una circumstància amenaçadora, es produeix activació de l'eix hipotàlem-hipofiso-adrenal, amb alliberació de catecolamines i cortisol, i activació del circuit cerebral de defensa. El circuit cerebral de defensa es troba integrat, entre d'altres àrees, per l'amígdala (especialment el nucli central i el nucli medial), l'hipocamp, i el còrtex prefrontal; també hi tenen un paper el nucli paraventricular de l'hipotàlem, l'àrea tegmental ventral i el nucli accumbens. Es tracta d'estructures que estan involucrades a l'aprenentatge, la memòria i la presa de decisions (Godoy *et al.*, 2018).

Les hormones d'estrès interaccionen amb les estructures del circuit cerebral de defensa per mediació (a través de receptors específics) de l'acció de glucocorticoids i mineralocorticoids sobre l'hipocamp, estructura crítica per la seva relació amb la memòria episòdica i espacial. L'estrès també pot afectar altres àrees cerebrals relacionades amb la formació de memòria, com ara la ínsula, i, de fet, l'estrès agut pot desencadenar una reconfiguració de xarxes neuronals a major escala (Schwabe, 2017).

Les hormones de l'eix de defensa també interaccionen, via els receptors per glucocorticoids i mineralocorticoids, sobre l'amígdala i còrtex prefrontal, la qual cosa permet entendre com l'activació de l'eix hipotàlem-hipofiso-adrenal pot influir en funcions mentals superiors (McEwen, 2017) (McEwen i Akil, 2020).

La noradrenalina també té un paper clau a la regulació dels efectes de l'estrès sobre la consolidació de memòria, mediada per la seva interacció sobre l'amígdala (Roosendaal *et al.*, 2009). Els mecanismes involucrats en l'efecte de l'estrès sobre estructures més enllà de l'hipocamp (mediats per glucocorticoids en interacció amb arousal noradrenèrgic) serien similars als de l'efecte sobre hipocamp, potenciant la consolidació de memòries i alterant, alhora, la capacitat de recuperació del record (Schwabe, 2017). Tot plegat permet entendre que el contingut de memòria associat a l'esdeveniment traumàtic (memòria traumàtica), com a conseqüència de l'elevat nivell d'*arousal* desencadenat per l'activació de l'eix hipotàlem-hipofiso-adrenal, pot resultar fragmentat i desorganitzat. Per altra banda, com a resultat de l'acció hormonal sobre aquestes estructures, el contingut serà codificat en un mode predominantment sensorial, de forma que és possible que la memòria resultant no quedi ben fixada en la memòria de base (autobiogràfica) (Bryant, 2019).

Aquests canvis tenen translació directa sobre la formació de la memòria de l'episodi: l'atenció s'enfocarà en els aspectes centrals i és possible que no es codifiquin detalls perifèrics, la codificació i consolidació de la informació seguint una seqüència temporal ordenada es pot veure compromesa, i, en canvi, la consolidació de continguts de tipus sensorial es pot veure potenciada.

A banda dels aspectes cognitius, la vivència d'un esdeveniment d'impacte es pot materialitzar en forma de reaccions corporals diverses, configurant la resposta immediata a l'amenaça. Alguns dels reflexes observats habitualment en situacions potencialment amenaçadores o estressants, des de l'increment a la freqüència cardíaca i respiratòria passant pel distrès gastrointestinal estan mediats per l'amígdala, per les projeccions que, originades als nuclis central i medial, es dirigeixen cap a altres regions cerebrals (Ressler *et al.*, 2022). La vivència d'una experiència traumàtica també es pot materialitzar a nivell conductual, amb un ventall de reaccions que va des de l'enfrontament (*fight*), a la fugida (*flight*), passant per la immobilitat tònica, o bloqueig (*freeze*) i per l'esvaiment (*faint*) (Bracha, 2004).

En contra de l'imaginari i els estereotips prevalents a la nostra societat, la reacció d'enfrontament o de fugida no són les reaccions més habituals entre les

víctimes dels esdeveniments traumàtics, de manera que el coneixement de l'existència de la diversitat de possibles respostes davant un esdeveniment traumàtic contribuirà a evitar judicis erronis sobre el consentiment i sobre la credibilitat.

La influència dels elements socioculturals a la interpretació de la resposta a l'esdeveniment traumàtic també es produeix sobre la víctima, de manera que ella mateixa pot dubtar de la validesa de la seva pròpia reacció, dificultant el seu autoreconeixement com a víctima d'una acció no consentida, generant sentiments de culpa o de vergonya. Aquests sentiments i interpretacions poden, per tant, estar a la base d'un retard en la revelació dels fets, de la seva denúncia, d'una eventual omisió d'una part dels fets i fins i tot de l'eventual abandonament del procediment judicial.

Així, entre els motius més freqüents pel retard a la revelació dels fets, s'apunten els següents: estats d'activació, bloqueig o confusió en els moments inicials, escassa o nul·la autopercepció de víctima o d'haver estat objecte d'una agressió, sentiments de culpa i de vergonya o dubtes i por a no ser creguda. També s'hi troben el temor a possibles represàlies per part agressor/s, la dependència emocional i econòmica de l'agressor, la desconfiança en el sistema, el desig d'oblit i de no reviure el succés a través de la denúncia, o la falta de competència o especial vulnerabilitat.

Tot plegat, les disfuncions descrites estaran a la base d'una possible reacció aguda a l'estrès; es tracta d'un trastorn transitori associat a les respostes psicopatològiques inicials i que pot aparèixer entre 3 i 30 dies amb posterioritat a la exposició a esdeveniment traumàtic; si bé no tots els casos en què es produeix una reacció aguda a l'estrès desembocaran en un trastorn per estrès posttraumàtic, la identificació del quadre serà útil per avaluar la simptomatologia posttraumàtica precoç (Garcia-Esteve *et al.*, 2021).

3.2 Intervenció en persones adultes.

3.2.1. Consideracions prèvies.

Les qüestions plantejades fins ara motiven la necessitat de plantejar una sèrie de consideracions prèvies a tenir presents a l'hora de fer l'abordatge de l'exploració medicoforense de guàrdia.

- És necessari facilitar un entorn emocional al qual la víctima se senti escoltada i no jutjada, tenint present que els signes en sentit contrari poden interferir en l'anamnesi o, fins i tot, generar un efecte negatiu.
- Caldrà procurar un entorn el més còmode possible, en el context del centre sanitari, que faciliti i garanteixi la intimitat adequada en aquests casos.
- Durant l'avaluació del metge forense la víctima té dret a ser acompanyada tal i com es contempla a l'article 4.c de la Llei 4/2015, de 27 d'abril, del Estatut de la Víctima del Delicte, on s'especifica com a dret bàsic l'acompanyament de la víctima per una persona de la seva elecció des del primer contacte amb les autoritats i funcionaris, la qual cosa ha de quedar reflectida a l'informe medicoforense. Tot i això, l'acompanyament pot estar limitat per les exigències de l'actuació professional, amb especial importància pel que fa al moment de la exploració i presa de mostres (possible risc de contaminació). En aquest sentit, també serà d'especial interès la detecció de situacions en què l'acompanyament pugui suposar una possible alteració de l'anamnesi, com ara si comporta una sospita de coacció (per exemple en casos de tràfic d'éssers humans). Davant la detecció d'aquestes situacions, s'hauria d'intentar separar la víctima del seu acompanyant, i, en tot cas, deixar-ne constància a l'informe medicoforense.
- Tal i com exposa l'article 48.1 de la LOGILS, s'evitarà en tot cas la reiteració dels reconeixements, a no ser que sigui indispensable per a la investigació. Per tant és convenient dur a terme l'actuació conjunta dels professionals en un únic acte (anamnesi, exploració i recollida de mostres) amb la finalitat d'evitar al màxim el fenomen de victimització; tot

i això cal respectar possibles canvis de ritme o necessitat d'interrupcions en funció de l'estat i/o decisions de la víctima.

- Tenir presents els possibles requeriments específics que puguin presentar víctimes d'origen cultural divers: és convenient clarificar els continguts que s'hagin expressat durant l'entrevista i assegurar que ha hagut una bona comprensió mútua; és necessari prestar especial atenció a la comunicació no verbal (a fi d'evitar interpretacions errònies) i també tenir present que el biaix cultural personal (dels professionals) pot influir a les primeres impressions durant l'avaluació, especialment pel que fa a l'actitud observada.

3.2.2. Consentiment informat.

El consentiment s'ha d'obtenir abans del reconeixement i ha d'incloure totes les seves parts (anamnesi, exploració física i genital, presa de mostres i obtenció de fotografies, si s'escau). Pot ser un consentiment verbal o per escrit, si bé hi ha publicacions que recomanen que el consentiment s'obtingui per escrit.

La prestació del consentiment a les intervencions urgents per violència sexual requereix que, prèviament a iniciar-les, s'hagi proporcionat informació sobre el paper dels i les professionals que hi intervenen, en què consisteix la intervenció i com es durà a terme, i quina és la finalitat de l'obtenció de les mostres. També s'ha d'informar a les víctimes del seu dret a revocar el consentiment en qualsevol moment de l'exploració. En cas de persones amb discapacitat que no puguin entendre l'abast de la intervenció, el consentiment serà prestat pel seu representant legal (Consejo Médico-Forense [CMF], 2021).

3.2.3. Anamnesi.

L'anamnesi forense en el moment de la valoració pericial inicial de les víctimes de violència sexual és part fonamental en el procediment ja que el seu resultat guiarà tant l'exploració física com la recollida de mostres. En el supòsit de persones adultes amb discapacitats significatives, es recomana que es preguntin pels fets tant a la persona que acompanya a la víctima com a la

víctima mateixa, perquè tot i la possible dificultat en expressar-se, ella és qui ha patit la violència i és possible que vulgui explicar el que ha viscut i com.

Inicialment es començarà amb preguntes dirigides a obtenir dades generals (identificació; condició de resident, turista, etc.). Es recopilarà informació sobre la filiació de la víctima, edat, sexe i circumstàncies especials com ara víctima gestant, en tractament hormonal, reassignació de gènere, o d'altres.

Es preguntarà per antecedents mèdics generals (somàtics i psiquiàtrics) que puguin ser rellevants per al cas, així com per possible tractament farmacològic habitual.

Posteriorment es dirigirà a qüestions relacionades amb els antecedents obstètrics - ginecològics: menarquia, data d'última regla, gestacions, parts, avortaments i processos patològics. En cas d'haver mantingut relacions sexuals prèvies consentides, es demanarà la data de la darrera (especificant, atesa la possible influència en la interpretació dels resultats analítics, si es tracta de persona coneguda o no, i si es va fer ús de preservatiu).

Una vegada finalitzada l'anamnesi general, es recollirà la informació en relació al fet, procurant no interrompre-la durant el relat. Cal recollir informació el més precisa possible, sempre i quan la situació de la persona explorada ho permeti. Com a dades importants del relat, les quals orientaran exploració i obtenció de mostres, destacaran: lloc, data i hora aproximada dels fets, agressor o nombre d'agressors, conegut/s o no, tipus d'agressió (existència de penetració (tipus), ús de mètodes barrera, ejaculació, etc.), existència de violència (física, ús d'armes, retenció o subjecció física, amenaces, persuasió coercitiva, aprofitament d'alguna posició de superioritat o de vulnerabilitat de la víctima), conductes posteriors als fets (higiene, canvi de roba, relacions sexuals posteriors, administració de tractament farmacològic, consum de begudes o alimentació, micció, deposició, vòmits,...).

Atès que molts episodis de violència sexual tenen lloc en entorns i situacions d'oci, com informació d'interès cal recavar dades sobre el possible consum de tòxics per part de la víctima: una recerca efectuada recentment al nostre entorn

ha mostrat que el 69.9% de les víctimes ateses de forma aguda a l'hospital denunciant haver estat víctimes de violència sexual havien consumit alcohol poques hores abans de patir l'esdeveniment (Garcia Esteve, 2021).

Per tant, als efectes d'orientar l'anàlisi toxicològica, es preguntarà sobre aquest punt (tipus de substància consumida o que sospita que podria haver-li estat administrada, hora aproximada del consum, via d'entrada i dosi, així com si es tracta d'un consum voluntari o no). Aquest aspecte es descriu més abastament a l'apartat corresponent a les mostres per estudi toxicològic.

La informació relativa a una eventual intoxicació serà necessària als efectes de considerar la influència de nivells elevats d'alcohol (o d'altres substàncies d'abús), no només com a factors que de vulnerabilitat, sinó també com a elements que poden tenir influència a la qualitat del record relacionat amb l'episodi traumàtic.

En relació al relat dels fets per part de la víctima i la seva transcripció a l'informe medicoforens, és aconsellable que aquesta sigui concisa i resumida. Cal remarcar que en cap cas aquesta descripció dels fets por tenir la consideració de declaració, sinó que és el recull sistematitzat de la informació que ens permet orientar el cas i la intervenció.

3.2.4. Exploració psicopatològica.

En el moment de l'anamnesi es farà una valoració psicopatològica inicial que comprendrà, almenys, els següents elements: valoració de l'estat general (cuidat/descuidat, estat higiènic...), consciència, orientació i atenció, alteracions del curs i/o contingut del pensament, possibles símptomes i/o signes que suggereixin intoxicació derivada del consum de substàncies tòxiques, valoració de possibles alteracions mnèsiques (característiques del record de la seqüència dels fets, etc.), possibles dèficits intel·lectuals, possibles afectacions en l'esfera psicòtica i/o en l'esfera afectiva, ideació autolítica (acotant, si fos possible, si es troba vinculada o no als fets), judici crític (conservat o no).

Aquesta valoració psicopatològica també ens pot permetre identificar els primers símptomes associats a l'impacte, com ara la reacció aguda a l'estrès.

Es tracta d'un quadre clínic que suposa un malestar psíquic que excedeix el malestar que comportaria un trastorn adaptatiu. Segons DSM-V, per complir criteris diagnòstics d'aquest trastorn és necessari presentar 9 o més símptomes d'un total de 14, corresponents als grups d'intrusió, evitació, hiperactivació, estat d'ànim negatiu i dissociació (American Psychiatric Association [APA], 2013).

3.2.5. Exploració física en persones adultes.

Abans de començar amb l'exploració física, s'haurà d'explicar a la víctima amb detall les passes que es seguiran i amb quin objectiu. Cal minimitzar al màxim les sensacions d'incomoditat procurant fent l'exploració, en qualsevol cas, per regions corporals. En tot moment la víctima explorada ha de tenir possibilitat de determinar el ritme de l'exploració o fins i tot de rebutjar-la.

L'exploració física tindrà lloc en àmbit hospitalari conjuntament amb especialista en Ginecologia si es tracta d'anatomia genital femenina o bé en especialistes en Urologia o Cirurgia en cas d'anatomia genital masculina; sempre en condicions d'il·luminació correcta i ajut de tècniques adequades d'augment en el cas que es considerés necessari.

L'exploració ha de ser completa, minuciosa i ordenada, anotant localització, dimensions i morfologia de les lesions objectivades. La descripció lesional ha de ser detallada, diferenciant adequadament entre tipologies lesionals (equimosi, erosió, hematoma, ferida, etc.), i fer menció, quan calgui, d'aquells canvis cromàtics que permetran orientar-les cronològicament. També es consignarà en el seu cas la no existència de lesions. La precisió en aquest aspecte contribueix a millorar la qualitat pericial en el moment del judici oral, especialment per correlacionar o descartar la relació entre les lesions que s'hagin constatat i els fets. Amb aquesta finalitat a l'informe es farà constar el mecanismes de producció que hagi referit la víctima en cas que ho recordi o en sigui coneixedora. També s'haurà de deixar constància d'aquelles lesions que la víctima descriu com a prèvies als fets.

L'examen físic començarà per l'observació general de tota la superfície corporal (extragenital) i continuarà per la regió paragenital i genital /anal.

3.2.5.1. Exploració de superfície corporal extragenital:

Ha de ser una exploració completa. La guia de l'OMS* (World Health Organization [WHO], 2003) recomana començar per les mans de la víctima i anar establint així un clima de confiança amb l'examinador. S'inspeccionaran els dos costats de les mans, revisant les ungles i observant canells per possibles signes de lligadures i/o lesions per compressió. Seguidament es continuarà amb la resta d'exploració per avantbraços, braços i aixelles buscant possibles lesions o signes que suggereixin violència, lluita i/o defensa o bé que puguin ser compatibles amb immobilització, subjecció, compressió, etc.

S'explorarà a continuació regió facial i cranial. S'avançarà observant regió cervical i mames on podrien existir possibles sugil·lacions. Es completarà la resta d'exploració amb visualització d'abdomen, regió dorsolumbar i extremitats inferiors.

3.2.5.2. Exploració paragenital:

Aquesta inclourà regió inferior abdominal, cara interna de cuixes i regió glútia.

3.2.5.3. Exploració genitoanal:

L'exploració haurà de ser adequada a l'anatomia de la víctima.

L'exploració genitoanal pot variar en relació a les característiques anatòmiques; la posició més habitual en anatomia femenina es la posició ginecològica o litotomia i en l'anatomia masculina la posició més habitual sol ser la posició fetal.

De la mateixa forma que a l'exploració de la superfície corporal, cal descriure possibles lesions amb tot detall (incloent aquelles característiques que permetin estimar la datació), així com fer referència a si són recents o antigues. S'haurà d'especificar també la seva ubicació (fent analogia amb esfera horària), distingint-les, en el seu cas, de signes de patologia natural. Les lesions es podran detallar utilitzant els patrons estàndard acceptats amb l'acrònim TEARS

(*Tear*: Esquinçament; *Ecchymosis*: Equimosi; *Abrasion*: Erosió; *Redness*: Eritema; *Swelling*: Tumefacció).

Pel que fa a l'exploració de l'anus, l'examen s'iniciarà externament fent descripció de les característiques de la pell com serien els marges anals, simetria dels plecs anals, presència de lesions, etc. Les possibles lesions o alteracions que s'identifiquin també s'hauran d'ubicar en la esfera horària. En cas que fos necessari avaluar l'esfínter intern i extern, s'haurà d'analitzar el to muscular de les parets (per identificar paràlisi de l'esfínter) mitjançant moviments de contracció i elevació de l'anus, s'avaluarà la sensibilitat i possibles lesions trobades al tacte anal (que serà necessari o no dependent del cas i del criteri mèdic) (Navarro, 2001).

En el cas de les troballes anals en homes que patit violència sexual, s'ha observat que estadísticament és més probable identificar lesions quan l'exploració s'ha dut a terme dins les 48h següents a l'agressió (Liautard *et al.*, 2022). Les lesions anals que es descriuen amb més freqüència serien fissures, equimosi i ferides superficials (Naumann *et al.*, 2023). Altres troballes (antigues i recents) poden ser cicatrius, fissures, hipotonia, signes inflamatoris, dilatacions, anus infundibuliforme ("anus en embut") o alteracions dels plecs. En relació a aquestes troballes cal tenir en consideració que algunes d'elles poden ser variants anatòmiques i/o patològiques de la víctima i no producte del traumatisme de la penetració.

No és habitual trobar lesions a penis o escrot en el context de les violències sexuals (Cataneo *et al.*, 2022).

3.3. Intervenció en nens, nenes i adolescents (NNA)

3.3.1. Consideracions prèvies.

L'abús sexual infantil és la implicació dels nens i adolescents en activitats sexuals que no poden comprendre completament i a les quals no poden consentir com a participants de manera totalment igualitària i autodeterminada, a causa de la seva etapa primerenca de desenvolupament (Herrmann *et al.* 2014).

Molt sovint l'episodi de violència sexual no es coneix fins passat un temps dels fets. Aquest aspecte condiona la urgència a l'hora d'actuar des d'un punt de vista mèdic i medicoforens. D'aquesta manera, podem trobar quatre situacions (Adams *et al.*, 2016):

- Urgent. Es tracta de avaluar una violència sexual molt recent i s'haurà de fer sense demora. Estarà indicat si hi ha problemes mèdics, psicològics o de seguretat, com ara dolor agut o sagnat, ideació suïcida o sospita de tràfic de persones; una presumpta agressió que podria haver-se produït en les 72 hores anteriors, o fins als 7 dies en cas d'adolescents, que requereix la recollida de mostres per a una anàlisi forense; la necessitat d'anticoncepció d'emergència i la necessitat de profilaxi postexposició per a les infeccions de transmissió sexual (ITS).
- Casos catalogats com preferents, als quals hi ha una sospita o coneixement de violència sexual en les últimes dues setmanes, que no compleixen les indicacions dels casos urgents. Es recomana realitzar l'exploració en un termini entre 1 i 7 dies.
- Casos no urgents. La indicació en aquests casos és la revelació de l'abús per part d'infants, comportaments sexuals, sospita d'abús sexual per part d'un equip multidisciplinari o preocupació familiar per un abús sexual, però quan el contacte s'ha produït més de 2 setmanes abans i sense que s'identifiquin necessitats mèdiques, psicològiques o de seguretat d'emergència.
- Avaluació de seguiment. S'ha de tenir en compte la necessitat de realitzar un seguiment per re avaluar les troballes inicials poc clares o qüestionables, per realitzar proves addicionals per a les ITS no identificades ni tractades durant l'examen inicial, per documentar la curació/resolució de les troballes agudes o per confirmar les conclusions del primer examen, quan aquest va ser realitzat per un examinador no entrenat.

Als apartats següents ens referirem a les exploracions als casos urgents, és a dir, quan tenim coneixement que s'ha produït un episodi de violència sexual als darrers set dies.

3.3.2. Obtenció del consentiment.

Sempre s'ha de posar per davant de l'exploració el benestar del NNA, per la qual cosa hem de sol·licitar la seva aprovació/permís per fer l'entrevista i el reconeixement medicolegal (Ministerio de Justicia [MJ], 2018), i serà necessari dedicar un temps a explicar, de forma minuciosa i en un llenguatge adequat a la capacitat de comprensió del NNA, en què consisteix l'exploració que s'ha d'efectuar i la seva finalitat. També se li demanarà si desitja estar acompanyat/da per una persona adulta, familiar o acompanyant (sempre que no hi hagi un conflicte d'interessos amb la víctima, derivat o no del fet investigat), o si prefereix estar a soles amb el personal sanitari per poder expressar-se amb major llibertat (Vega i Navarro, 2021). Si la víctima no hi accedeix o no col·labora, no serà possible fer l'exploració.

Per sota dels 16 anys, els pares, tutors o representants legals han de donar el consentiment (tenint en compte que aquests infants poden presentar limitacions per entendre l'abast de la intervenció); alhora aquests poden ajudar i facilitar la col·laboració del menor. En cas de dubtes o discrepància entre la persona a explorar i el representant legal, caldrà posar la situació en coneixement de l'autoritat judicial, per tal que la decisió sigui adoptada en salvaguarda del millor interès de la víctima (CMF, 2021). El Codi de Deontologia Mèdica (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM], 2021) especifica en l'article 14 que l'opinió dels menors de 16 anys, serà més o menys determinant segons la seva maduresa.

Les víctimes per sobre dels 16 anys es tractaran com a adultes quant a la capacitat de donar el seu consentiment, segons la Llei 41/2002 d'autonomia del pacient. Si el reconeixement físic no es pot dur a terme per la manca de col·laboració i/o de consentiment de la víctima, s'haurà de fer constar a l'informe medicoforens.

3.3.3. Anamnesi en NNA.

Quan es realitza l'entrevista s'ha de tenir en compte l'edat del/de la nen/a i el seu desenvolupament cognitiu (MJ, 2018). Hem de procurar, si és possible, que la informació relativa als fets s'obtingui d'alguna persona que no sigui el menor

per tal de no victimitzar-lo i evitar que hagi d'aportar un relat dels fets diverses vegades. Aquest aspecte és especialment rellevant quan es tracta de nens/es petits/es (fins a 10-12 anys); per tant, en aquests casos recomanem no interrogar l'infant al moment de la guàrdia, sinó obtenir la informació només de qui la pugui oferir (especialment de la persona que manifesta la sospita d'abús (CMF, 2021), però també del personal sanitari, pares, tutors o d'altres acompanyants). També es recomana obtenir de les persones informants les dades relatives a antecedents mèdics, seguiment i/o pautes de tractament.

En cas d'adolescents, es pot fer l'entrevista de la mateixa manera que amb adults (és a dir, una entrevista directa), si bé s'han de tenir en compte les peculiaritats de la seva edat; en qualsevol cas, no es pot forçar la víctima a donar informació relativa a la violència patida excepte si ho vol fer (Cataneo *et al.*, 2022).

Pel que fa a NNA amb diversitat funcional, és necessari estar informats de quin és el trastorn o tipus de discapacitat que presenta la víctima per tal de poder orientar l'abordatge. De forma general, en el cas d'infants amb diversitat funcional, les preguntes sobre els fets aniran dirigides als acompanyants, igual que als infants sense diversitat funcional.

Abans de començar la intervenció, s'ha d'intentar crear un clima de confiança, ubicar-nos a un entorn tranquil i no mostrar pressa. L'actitud del metge/essa forense ha de ser amable, oberta, comprensiva i sense prejudicis (MJ, 2018). Per aquesta raó és indicat presentar-nos i començar l'entrevista tractant aspectes de la vida del NNA que no estiguin relacionats amb la violència sexual (com es diu, quants anys té, quin curs fa, amb qui viu, si té amics o com es diuen, si té alguna mascota...).

Si formulem preguntes als infants, han de ser simples i no dirigides ni suggestives, i les respostes, en la mesura que sigui possible, s'han de documentar literalment (MJU, 2018) (Vega i Navarro, 2021).

Entre els elements que cal sondejar durant l'anamnesi es troba la possibilitat que hi hagi molèsties generals, anals o genitals (sagnat, prurit, flux genital, presència de berrugues o lesions), simptomatologia urinària o en la defecació, o dolor pelvià, abdominal, genital o anal (MJ, 2018).

3.3.4. Exploració psicopatològica.

En aquesta primera avaluació, l'objectiu primordial serà la exploració física però no podem deixar d'aprofitar per recollir també aspectes psíquics com la descripció del comportament, l'aparença, dels gestos, dels possibles símptomes emocionals, i de l'actitud de l'infant (col·laborador, inhibit/tímid, ansiós) (Vega i Navarro, 2021) (Vega *et al.* 2014) (CMF, 2021). En el cas d'adolescents, es podrà fer una exploració psicopatològica inicial completa per valorar, de la mateixa manera que als casos d'adults, si presenta simptomatologia d'estrès agut, i especialment, descartar situacions de risc que poden requerir una intervenció urgent dels professionals de la salut mental (signes d'intoxicació i conductes de risc, com autolesions o ideació autolítica).

3.3.5. Exploració física en NNA.

Hem d'explicar en què consistirà l'examen físic d'una manera senzilla i aclaridora tant al NNA com als acompanyants (Jiménez *et al.*, 2013).

Els protocols recomanen realitzar l'exploració física per un examinador especialment entrenat en l'avaluació d'abús sexual, que es mantingui actualitzat i sigui capaç de fer un diagnòstic diferencial de les possibles lesions que trobi; en cas que l'examinador no sigui expert, caldria revisar i valorar les troballes amb un expert, com a control de qualitat (Adams *et al.*, 2016) (Jiménez *et al.*, 2013). En el nostre cas, l'exploració feta conjuntament amb el pediatra i/o el ginecòleg (en funció de l'edat de l'infant i del protocol del centre hospitalari) aportarà el grau d'expertesa requerida, i alhora minimitzarà la victimització secundària.

L'examen físic començarà per l'observació general de tota la superfície corporal (extragenital) i continuarà per la regió paragenital i genital/anal.

3.3.5.1. Exploració de la superfície corporal extragenital:

L'examen físic inclourà una inspecció de tot el cos, igual que en el cas dels adults. No hem d'oblidar l'exploració de la boca, buscant lesions inexplicables o petèquies dels llavis o del paladar, especialment a prop de la unió del paladar dur i el tou (Kellogg *et al.*, 2023) i també del frenell (Jiménez *et al.*, 2013). En el cas de NNA, no només haurem de buscar lesions traumàtiques agudes sinó també cicatrius preexistents o d'altres signes de maltractament físic (Cataneo *et al.*, 2022).

3.3.5.2. Exploració paragenital:

S'exploraran les regions crurals, els glutis i la regió abdominopèlvica. Tant a la superfície corporal com a la regió paragenital, s'han de descriure amb detall totes les possibles lesions que trobem, aportant dades relatives a les característiques: coloració, dimensions, localització anatòmica o altres peculiaritats (per exemple, si són lesions figurades). En cas de no trobar cap lesió, l'absència també s'haurà d'anotar.

3.3.5.3. Exploració genitoanal:

Dins de l'examen físic, la inspecció de la regió anogenital és la més rellevant.

Recomanacions per a l'exploració genitoanal:

- Al moment de començar-la, es recomana cobrir amb alguna peça de roba a l'infant, des de l'abdomen fins als genolls, abans que es tregui la roba interior, i mantenir-lo cobert durant l'exploració (Jiménez *et al.*, 2013).
- És imprescindible comptar amb una bona il·luminació. Molts autors recomanen l'ús del colposcopi com una eina, que si està al nostre abast, permet una millor il·luminació i amplificació (Kvitko, 2012) (Jiménez *et al.*, 2013).

3.3.5.3.1. Posició del NNA per a l'exploració:

En el cas de nenes prepúbères, l'exploració es durà a terme en posició supina, sobre la camilla o sobre la falda del cuidador/a, amb "*comes de granota*" (decúbit prono, apropant els genolls a la regió pectoral, de manera que la regió

genitoanal queda elevada) i també en posició prona genupectoral, que permet visualitzar la part posterior de l'himen; no està indicat l'ús de l'espècul pediàtric excepte si la nena està sedada, i aquesta situació queda reservada per als casos amb un sagnat inexplicable (Jiménez *et al.*, 2013) (Herrmann *et al.*, 2014).

En el cas de nenes en edat puberal es pot fer la exploració en posició de litotomia (posició ginecològica clàssica); està indicat l'ús d'espècul si la nena té un desenvolupament de Tanner igual o major a 3 (Adams *et al.*, 2016).

En nens, l'exploració de l'anús es pot efectuar amb l'infant en posició supina amb les cames en granota, en decúbit lateral o en posició prona genupectoral, amb una retracció suau del plec glutis (Adams *et al.*, 2016) (Jiménez *et al.*, 2013).

3.3.5.3.2. Troballes genitoanals:

Per avaluar l'himen, especialment en posició supina, es recomana realitzar tracció dels llavis a fi de poder visualitzar-lo millor i poder accedir a la vagina. Es tracta d'estirar suaument els llavis majors entre el polze i l'índex en direcció a l'explorador i cap als dos costats; amb aquesta maniobra es separen els plecs mucosos que tanquen l'introit i s'aconsegueix visualitzar l'himen (Jiménez *et al.*, 2013).

Una altra manera d'avaluar l'himen és utilitzar un hisop humit per moure'l suaument i observar-ne tota l'anatomia (especialment en el cas d'un himen fimbriat). També es pot utilitzar una sonda de Foley; la sonda s'insereix a la vagina, un cop dins, es procedeix a inflar el globus i, amb un lleuger retrocés, l'himen és traccionat de forma que permet observar fenèdres traumàtiques inapreciables a la simple inspecció (Jiménez *et al.*, 2013). El mateix resultat es pot aconseguir demanant a la nena que faci una maniobra de Valsalva (fer tossir a la nena o que faci l'esforç com de defecar), amb la que es facilita la protrusió de l'himen cap a l'exterior.

Combinar tres tècniques estàndard (como són la separació labial i la tracció labial en posició supina i la posició genupectoral) augmenta el rendiment dels

resultats positius. La combinació de les tècniques s'exigeix, segons la classificació Adams, perquè una troballa pugui considerar-se com a prova definitiva d'abús (Adams, 2018) (MJ, 2018) (Herrmann *et al.*, 2014).

Pel que fa a l'himen, a l'informe medicoforens s'hauran de recollir dades de la seva morfologia (anular, labiat, semilunar, fimbriat, tabicat, cribiforme, imperforat, doble); estat (íntegre no elàstic, íntegre elàstic, esquinçament recent, esquinçament antic, escotadures congènites); i presència o absència de lesions.

Als nens s'ha de valorar el penis, perineu, escrot i testicles, regions crurals i anus. A l'informe s'hauran de recollir dades sobre l'exploració de l'anús, quant a la forma (oval, circular); to (normal, hipotònic); i descripció de fissures, edema, aplanament de plecs, esquinçaments o altres lesions (Vega *et al.* 2014).

3.3.5.3.3. Diagnòstic diferencial de lesions amb variants de la normalitat:

Hem d'estar familiaritzats amb l'anatomia prepuberal normal i les variants anatòmiques (Jiménez *et al.*, 2013). Respecte a l'himen, cal recordar que és un envà, en la quasi totalitat dels casos incomplet, ubicat a l'extrem inferior de la vagina, que separa el conducte vestibular del conducte vaginal (Kvitko, 2012). L'aparença dels genitals externs i de l'himen depèn de l'edat i de factors constitucionals i hormonals, que poden variar a les diferents etapes del desenvolupament. Al període postnatal i neonatal, l'himen és rosa brillant i prominent a causa del efectes dels estrògens. Posteriorment, a la fase de repòs hormonal, l'himen passa d'una forma anular a una configuració semilunar característica, que es manté fins la prepubertat (MJ, 2018). A les nenes prepubers, els estrògens fan que el teixit himenial sigui més gruixut i més distensible, amb tendència a plegar-se cap a fora. Kellogg *et al.* (2023), en referència a la taula I d'Adams actualitzada, recull les característiques de les diferents variants normals de l'himen.

La quantitat i la ubicació de les possibles laceracions himenials depenen de factors com ara la configuració de l'himen, de l'espessor de l'envà i de la particular resistència que ofereix. Quan s'ha produït un esquinçament de

l'himen, les vores (o llavis) no s'uneixen al finalitzar-se el procés cicatricial, no es reconstitueix íntegrament i queda ja dividit en un número major o menor de penjolls, denominats carúncules himenials (Kvitko, 2012). A l'himen no es troba teixit cicatricial (Cataneo *et al.*, 2022) (Herrmann *et al.*, 2014), per això serà necessari distingir entre escotadura congènita a l'himen i carúncules post-esquinçament.

És important aprendre a diferenciar entre troballes normals o variants de la normalitat, troballes accidentals i troballes compatibles amb una situació d'abús per garantir una correcta interpretació. Per exemple, actualment sabem que l'amplada de l'apertura de l'himen no té cap valor informatiu. Els tampons poden ampliar l'apertura de l'himen però en cap cas causar una lesió. Fer gimnàstica, córrer, saltar, estirar o fer espagats no lesiona l'himen, com tampoc ho fa la masturbació (MJ, 2018).

Per facilitar el diagnòstic diferencial, disposem de la classificació d'Adams i el seu grup, com a principal guia globalment acceptada per a l'avaluació i interpretació de les troballes en els casos de sospita d'abús sexual infantil; aquesta guia s'ha anat actualitzant al llarg dels últims anys des de la seva primera publicació en 1992, i n'és la darrera versió, la de l'any 2023 (Kellogg *et al.*, 2023). Aquesta taula diferencia en tres seccions: secció 1 de troballes físiques (inclou variants normals, troballes amb una explicació mèdica no relacionada amb l'abús, troballes degudes a altres condicions que poden ser mal interpretades com abús, troballes sense consens d'experts, i troballes causades per trauma i que són altament suggestives d'abús), secció 2 d'infeccions i secció 3 de troballes de diagnòstic del contacte sexual.

3.3.5.3.4. Consideracions respecte a l'exploració genitoanal:

- A l'informe medicoforens s'haurà de documentar la posició en la qual es fa l'exploració (Jiménez *et al.*, 2013), descriure la morfologia de l'himen en el cas de les nenes (Cataneo *et al.*, 2022), descriure de manera minuciosa totes les lesions presents a la regió anogenital seguint l'esfera horària (considerant la uretra a les 12 hores i l'anus a les 6 hores

(Jiménez *et al.*, 2013) i descriure l'estat de desenvolupament dels caràcters sexuals secundaris (Vega *et al.* 2014).

- Es recomana recollir fotografies (o gravacions de vídeo) en cas de veure troballes positives i amb la finalitat de confrontar-les amb altres experts quan calgui, com a control de qualitat pericial, tot i que mai han de substituir una descripció detallada de les troballes de l'exploració (Adams *et al.*, 2016) (Kellogg *et al.*, 2023). Pel que fa a l'obtenció de fotografies, recomanem seguir les pautes indicades en aquest protocol, a l'apartat corresponent (pag.42).
- S'ha de destacar que l'exploració normal amb absència de lesions anogenitals és el més habitual en víctimes d'abús sexual infantil, amb o sense penetració, aguda o crònica, per la qual cosa aquest resultat no permet provar ni tampoc descartar un abús sexual (Adams *et al.*, 2016) (MJ, 2018). Aquest fet s'explica, en part, per la ràpida regeneració dels teixits anogenitals, que normalment evoluciona a una regeneració completa, que autors com Kvitko descriuen en 10 dies, i d'altres, com Cataneo, apunten que en la major part de les publicacions, les abrasions himenials, les petèquies i les hemorràgies submucoses lleus i els hematomes curen completament en 2-3 dies; les hemorràgies submucoses moderades o marcades poden persistir durant 15 dies, i les laceracions profundes de la forquilla posterior poden requerir unes 2-3 setmanes per curar.

Una altra explicació té a veure amb el temps transcorregut entre la violència sexual i la exploració física (el percentatge de troballes és més alt si l'exploració es realitza dins les primeres 24 hores que fins les 72 hores) (Adams, 2018) (MJ, 2018).

Per altra banda, atès l'abús més habitual no és violent (acostuma a consistir en tocaments) existeixen menys possibilitats de generar lesions físiques (Vega i Navarro, 2021); però fins i tot la penetració del penis a l'anús o a l'himen en nenes a l'inici de la pubertat poden, de fet, no provocar lesions per l'elevada elasticitat dels teixits (Cataneo *et al.*, 2022); en el cas de l'himen, en aquests casos parlariem d'un himen complaent.

Tot això, condiona que les troballes anogenitals siguin molt variables perquè depenen del tipus i la freqüència dels abusos, a més dels objectes utilitzats, el grau de força aplicada, la edat de la víctima i la intensitat de l'autodefensa. El dolor referit, el sagnat vaginal i el temps transcorregut des de l'últim episodi traumàtic són els únics factors que es correlacionen significativament amb el diagnòstic de troballes (MJ, 2018).

- Cal mencionar que la pròpia anatomia de les nenes per sota els sis anys, com que l'angle subpúbic és molt agut, fa impossible la penetració ja que l'angle representa una barrera òssia. Entre els sis i els 11 anys, la penetració del penis es pot aconseguir però hi ha risc de provocar lesions en el perineu o rectovaginals, perquè en alguns casos la nena té uns genitals de dimensions reduïdes (Kvitko, 2012).
- De vegades, les nenes més joves (per sota dels 12 anys) no han adquirit el concepte del que significa “dins” respecte als seus genitals externs; amb el desenvolupament puberal les nenes adolescents adquireixen una idea més clara del “dins” respecte al “fora” del genitals externs (Adams, 2018).
- És important parar atenció sobre les troballes descrites a la secció 1, apartat E de la classificació d'Adams (Kellogg *et al.*, 2023), que actualment són les que generen consens entre els experts com altament suggestives d'abús sexual, fins i tot en absència d'una revelació per part de l'infant, tret que el nen i/o el cuidador proporcionin una descripció oportuna en temps i plausible de lesions anogenitals accidentals (a l'eixarranca), aixafament o empalament, o intervencions quirúrgiques prèvies que es confirmin amb l'historial clínic.
- Les troballes que poden constituir lesions residuals o de cicatrització s'han de confirmar mitjançant posicions i/o tècniques d'examen addicionals.
- En el cas de lesions aïllades, escasses o superficials que semblen contusions o petèquies, la seva confirmació com a lesió traumàtica tindrà lloc observant com evoluciona la seva resolució en un examen de seguiment.

A continuació destaquem la taula 1 de Enfocament actualitzat en 2023 per a la interpretació de troballes mèdiques en casos de sospita d'abús sexual infantil (Kellogg *et al.*, 2023).

Taula 1. Enfocament actualitzat en 2023 per a la interpretació de troballes mèdiques en casos de sospita d'abús sexual infantil.

Secció 1. Troballes Físiques.

A. *Troballes documentades en nadons o comunament visualitzats en infants no abusats* (aquestes troballes són normals i no estan relacionades amb el relat de ASI per part d'un infant). Són considerades variants normals.

1. Variacions normals de l'himen:

- a. Himen anular: teixit himenial present tot al voltant de l'obertura vaginal, que inclou la localització a les 12 hores.
- b. Himen semilunar: el teixit himenial està absent en algun punt per sobre de les localitzacions de les 9 a les 3 hores.
- c. Himen imperforat: himen sense obertura.
- d. Himen micro-perforat: himen amb una o més obertures petites.
- e. Himen amb envà: himen amb un o més septes a l'obertura.
- f. Himen redundat: himen amb múltiples solapes o llengüetes, plegant-se l'un sobre l'altre.
- g. Himen amb una espècie de fímbrries o pòlips de teixit a la vora.
- h. Himen amb monticles o protuberàncies a la vora en qualsevol ubicació.
- i. Qualsevol osca o fissura de l'himen (independentment de la profunditat) per sobre de la ubicació entre les 3 i les 9 de l'esfera horària.
- j. Una osca o fissura a l'himen, a (o sota) la ubicació de les 3 o les 9 de l'esfera horària, que no arriba fins a la base de l'himen.
- k. Vora posterior de l'himen tova que sembla ser relativament estreta al llarg de tota la vora, y pot donar l'aparença d'una obertura vaginal ampliada.
- i. Asimetria a l'amplada de la vora himenial posterior.

2. Banda(es) periuretral o vestibular.
3. Cresta(es) o columna(es) intravaginal.
4. Cresta externa a l'himen

5. Diàstasis ani (àrea llisa)
6. Etiqueta(es) o llengüeta de pell perianal.
7. Hiperpigmentació del teixit de l'himen, llavis menors o perianals.
8. Dilatació de l'obertura uretral.
9. Característiques anatòmiques normals de la línia mitja:
 - Solc a la fossa, vist en l'adolescència primerenca.
 - Defecte de la fusió de la línia mitjana (també anomenat solc perineal).
 - Rafe medial.
 - Línia vestibularis (àrea avascular a la línia mitja)
10. Visualització de la línia pectinada/dentada a la unió de l'anoderm i la mucosa rectal, observada quan l'anus és completament dilatat, com amb el pas o la presència de flats o femta al canal anal.
11. Dilatació anal reflexa que es produeix durant les maniobres d'exploració, com ara la tracció aplicada als teixits perianals o el posicionament del pacient, especialment en prona o posicions genolls-pit en decúbit supí.
12. Dilatació anal, que provoca la visualització de la línia dentada/pectinada, columnes anals i/o criptes anals, qualsevol de les quals es poden confondre amb laceració o abrasió anal.

B. Troballes comunament causades per condicions diferents al trauma o al contacte sexual (aquestes troballes requereixen que es consideri un diagnòstic diferencial, ja que cadascuna pot tenir diverses i diferents causes).

13. Eritema, inflamació, fissuració i/o maceració dels teixits perianal, perineal o vulvar relacionats amb una mala higiene o altres dermatitis irritants.
14. Augment de la vascularització del vestíbul i l'himen
15. Adherència labial.
16. Friabilitat de la forquilla posterior.
17. Secreció vaginal que no està associada amb una infecció de transmissió sexual.
18. Fissures anals.
19. Congestió venosa o acumulació venosa a la zona perianal.
20. Dilatació anal completa/immediata en infants amb condicions predisponents, com ara símptomes actuals o antecedents de restrenyiment i/o encopresi, o nens sedats, sota anestèsia o amb deteriorament del to neuromuscular per altres motius.

C. *Troballes degudes a altres condicions, que poden ser confoses amb abús.*

21. Irritatiu/no infecció: eritema, inflamació i fissures dels teixits perianal, perineal o vulvar degudes a dermatitis irritant, inclosa la dermatitis de Jacquet.
22. Inflamatori: úlceres aftoses, malaltia inflamatòria intestinal (fissures anals/etiquetes o penjalls anals prominents, secreció rectal), malaltia de Behçet (úlceres doloroses).
23. Condicions dermatològiques: líquen esclerós i atròfic, fol·liculitis, vitiligen, angioqueratomes i hemangiomes
24. Causes immunològiques: pioderma gangrenosa (úlceres doloroses)
25. Multifactorial/idiopàtic: prolapse uretral, prolapse rectal, canalització anal.
26. Canvis *postmortem*: dilatació anal, decoloració vermella/porpra de les estructures genitals (inclòs l'himen) per livideses o altres afeccions sistèmiques rares. Es necessària una anàlisi histològica per a la confirmació.

D. *Troballes sense el consens d'experts sobre el significat respecte a un possible contacte sexual o trauma* (Aquestes troballes físiques s'han associat amb un historial d'abús sexual en alguns estudis, però actualment no hi ha un consens d'experts sobre el pes que haurien de tenir, respecte al diagnòstic de l'abús sexual infantil. Les troballes 28 i 29 s'han de confirmar mitjançant posicions i/o tècniques d'examen addicionals, per a garantir que no siguin variants de la normalitat (troballes 1.i. i 1.j) o una constatació de lesió traumàtica residual (troballa 38).

27. Dilatació anal completa i immediata amb relaxació dels esfínters anals interns i externs, en absència d'altres factors predisposants com ara restrenyiment, encopresi, sedació, anestèsia i afeccions neuromusculars.
28. Osca o fenedura al marge de l'himen, a la ubicació de les 3 o les 9 de la esfera horària o per sota, que s'estén gairebé fins a la base de l'himen, però que no és una secció completa. Aquesta és una troballa molt rara que s'hauria d'interpretar amb precaució excepte si es documenta una lesió aguda al mateix lloc.
29. Fenedura completa/sospita de transecció fins la base de l'himen a les 3 o les 9 de la esfera horària.

E. *Troballes causades per trauma.* (Aquestes són altament suggestives d'abús sexual, fins i tot en absència d'una revelació per part del infant, tret que el nen

i/o el cuidador proporcionin una descripció oportuna en temps i plausible de lesions anogenitals accidentals a cavall, aixafament o empalament, o intervencions quirúrgiques prèvies que es confirmin amb l'historial clínic. Les troballes que poden constituir lesions residuals o de cicatrització s'han de confirmar mitjançant posicions i/o tècniques d'examen addicionals. Lesions aïllades, escasses o superficials que semblen contusions o petèquies s'han de confirmar com a lesió traumàtica veient com es mostra la seva resolució a un examen de seguiment. S'haurien de fer fotografies o gravacions de vídeo d'aquestes troballes, ser valuades i confirmades per un expert en valoració d'abús sexual per garantir un diagnòstic precís.

1) Trauma agut als teixits genitals/anals

30. Laceració(s) aguda(s) o hematomes de llavis, penis, escrot o perineu.
31. Laceració aguda de la forquilla posterior o del vestíbul, que no afecta l'himen.
32. Hematomes, petèquies o abrasions a l'himen.
33. Laceració aguda de l'himen, de qualsevol profunditat; parcial o completa.
34. Laceració vaginal.
35. Hematomes perianals o laceració perianal amb exposició de teixits per sota de la dermis.

2) Lesions residuals o cicatritzades als teixits genitals/anals

36. Cicatriu perianal (una troballa molt rara que és difícil de diagnosticar excepte si s'ha documentat prèviament una lesió aguda al mateix lloc).
37. Cicatriu a la forqueta o fossa posterior (una troballa molt rara que és difícil de diagnosticar tret que s'hagi documentat prèviament una lesió aguda al mateix lloc)
38. Fenedura himenial curada/defecte complet a la fissura del himen per sota de la ubicació de les 3 a les 9, que s'estén cap a la base de l'himen o a través d'ella, sense que quedi teixit himenial residual en aquesta ubicació.
39. Signes de mutilació genital femenina (MGF) o incisions/talls, com ara la pèrdua parcial o total del prepuci (caputxó del clítoris), clítoris, llavis menors o llavis majors, o una cicatriu vertical lineal adjacent al clítoris (MGF tipus 4).

3) Trauma agut als teixits bucals

40. Trauma bucal agut, com lesions inexplicables o petèquies dels llavis o del paladar, especialment a prop de la unió del paladar dur i el tou.

Secció 2: Infeccions

A. Infeccions no relacionades amb el contacte sexual.

41. Eritema, inflamació, fissuració dels teixits perianal, perineal o vulvar a causa de bacteris, fongs, virus o paràsits que es transmeten per via no sexual, com *Streptococcus tipus A o tipus B*, *Staphylococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella* o altres organismes gramnegatius.

42. Úlceres genitals causades per infeccions víriques com el virus d'Epstein Barr.

B. Infeccions que es poden transmetre per (o estan associades amb) transmissió sexual, però també amb transmissió no sexual. La interpretació d'aquestes infeccions pot requerir informació addicional, com ara la història ginecològica de la mare (VPH) o l'historial de lesions orals del nen (VHS, virus herpes simple) o la presència de lesions a altres llocs del cos (*Mol-luscum*) que podria aclarir la probabilitat de transmissió sexual.

43. *Mol-luscum contagiosum* a la zona genital o anal. En nens petits, la transmissió probablement no sigui sexual. S'ha descrit la transmissió pel contacte íntim pell amb pell a la població adolescent.

44. Condiloma acuminat (VPH) a la zona genital o anal.

45. Infeccions per herpes simple tipus 1 o 2 a la regió oral, genital o anal diagnosticades per cultiu o prova d'amplificació d'àcid nucleic.

46. *Gardnerella vaginalis urogenital* (associada al contacte sexual però també es troba a la flora vaginal en prepúbels i adolescents)

47. *Mycoplasma genitalium urogenital* o *ureaplasma urealyticum*; mentre que es transmet sexualment en adolescents, la prevalença i la transmissió d'aquestes infeccions a nens no s'entenen bé.

C. Infeccions causades per contacte sexual, si es confirmen mitjançant proves adequades, i s'ha descartat la transmissió perinatal.

48. Infecció genital, rectal o faríngia per *Neisseria gonorrhoeae*

49. Sífilis

50. Infecció genital, rectal o faríngia per *Chlamydia trachomatis*

52. Infecció per *Trichomonas vaginalis* aïllada de secrecions vaginals o orina

53. VIH, si s'ha descartat la transmissió per sang o agulles contaminades.

Secció 3: Troballes de diagnòstic del contacte sexual

54. Embaràs

55. Semen identificat en mostres forenses extretes directament del cos d'un infant.

3.4. Obtenció de fotografies.

Si es desitja il·lustrar gràficament les troballes es poden fer servir esquemes o fotografies però cal tenir en compte que no substituiran en cap cas la descripció escrita de les mateixes per part del professional. S'haurà de tenir en consideració que la finalitat principal de les imatges és descriptiva i el professional decidirà si es necessari incorporar-les l'informe medicoforense.

Quan es consideri que els elements gràfics no s'han d'afegir a l'informe medicoforense, es podran incorporar a l'aplicatiu informàtic de l'institut com a document adjunt d'ús intern, i es deixarà constància d'aquesta circumstància a l'informe. En cap cas les imatges corresponents a zones íntimes han de ser aportades a l'informe: seran incorporades a l'actuació com arxiu adjunt, i, igualment, es deixarà constància d'aquesta circumstància a l'informe medicoforense.

En cas que les imatges siguin aportades a l'informe cal garantir sempre la intimitat de la víctima a fi d'evitar que sigui reconeguda, per la qual cosa serà necessari tractar les imatges pixelant o ocultant la cara. Entre els requisits bàsics que han de complir les fotografies que s'hagin de fer servir cal considerar: sistema d'identificació (per exemple inicials, número d'expedient, número d'actuació a l'historial d'ejCat), data i hora, mides/ús de testimoni mètric, pla pròxim i pla general que faciliti la ubicació i visió de conjunt.

3.5. Recollida de mostres

L'exploració medicolegal i la presa de mostres són eines molt importants en la investigació i l'enjudiciament dels delictes sexuals. (Forr *et al.*, 2018). La presa de mostres té lloc després de l'anamnesi i a la vegada que es realitza

l'exploració de la víctima. Ha de realitzar-se per part de metges forenses entrenats. Malgrat que és una part molt important del procediment, és sempre una opció de la víctima (National Institute of Justice [NIJ], 2017).

Es poden prendre mostres per a anàlisi de biologia i per a anàlisi de toxicologia. La finalitat de les evidències recollides durant l'examen poden ajudar a la investigació: identificant els subjectes perpetradors, corroborant els fets o exonerant a persones sospitoses (NIJ, 2017).

Les mostres es prendran amb el consentiment informat de la víctima i seguint les recomanacions publicades, entre elles, la *Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses* (CMF, 2021).

Tots els casos que es remetin a qualsevol laboratori forense han d'anar acompanyats de la documentació següent:

- La sol·licitud o formulari estandarditzat de recollida de dades (que contindrà informació diferent, depenent del tipus d'anàlisi sol·licitada).
- La cadena de custòdia. La cadena de custòdia d'una mostra és un concepte de gran importància legal; consisteix en la demostració del trajecte que ha fet la mostra, des del seu origen fins al destí (en aquest cas, el laboratori), amb la documentació de totes les persones que han estat en contacte amb ella, el moment (data i hora) i la seva signatura (Lowe *et al.*, 2009).

El moment de la presa de la mostra i tot el que s'hi relaciona (identificació, empaquetat, remesa al laboratori, etc.) constitueix el que s'anomena *fase preanalítica*; aquesta fase, que es considera com a una part de la pròpia anàlisi, és crucial per tal que les anàlisis es realitzin de la manera més correcta.

3.5.1. Mostres obtingudes per part de centres sanitaris, sense participació del metge forense.

L'article 48 de la LOGILS especifica la possibilitat que les mostres biològiques i altres evidències puguin ser recollides per un centre sanitari, per a la posterior remissió a l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses (IMLCF), i estableix que el termini i les demés condicions de conservació es determinarà mitjançant protocols científics per part dels organismes competents.

La presa de mostres per part de centres sanitaris, sense la presència de metge forense, amb la posterior remissió al laboratori ha de ser una pràctica molt excepcional. Tant l'examen medicoforense com la presa de mostres s'ha de realitzar per professionals específicament entrenats en la recollida d'aquestes evidències (NIJ, 2017).

L'IMLCFC, per la seva part, ha elaborat un protocol per tal de gestionar aquests casos en cas de produir-se, en el qual destaquen els següents punts:

- Els centres sanitaris que remetin mostres les hauran d'enviar correctament etiquetades (nom i cognom de la víctima, data i hora de la presa de la mostra).
- Les mostres vindran acompanyades d'un document de cadena de custòdia i un informe hospitalari. El centre sanitari haurà d'emetre el corresponent comunicat de lesions a jutjat d'instrucció que correspongui.
- El Servei de Laboratori Forense de l'IMLCFC recepcionarà les mostres, només si estan enviades de manera correcta. Posteriorment, contactarà amb el jutjat competent per tal d'informar de la rebuda de mostres, i en sol·licitarà l'anàlisi, la custòdia o la destrucció.

La Guia de recomanacions d'actuació dels Instituts de Medicina Legal i Ciències Forenses amb les mostres biològiques i evidències que es recullin i trametin pels centres sanitaris, del Consejo Médico Forense, s'expressa en la mateixa direcció.

3.5.2. Kits per a la presa de mostres en casos d'agressió sexual.

Per tal de protocol·litzar i millorar la presa de mostres en casos de sospita d'agressió sexual, des de fa uns anys, s'ha destacat la importància dels kits d'agressió sexual (KAS; *SAK – sexual assault kit*). Consisteixen en un conjunt de materials que es fan servir en la presa de mostres de víctimes o sospitosos de casos d'agressió sexual, empaquetats de manera uniforme (NIJ, 2017). Els contingut del kits varien entre països i entre zones del mateix país (Newton, 2013).

L'ús de KAS específicament dissenyats per a la recollida d'indicis en aquests delictes permeten adaptar-se a les normes de recollida i remissió de mostres i milloren la qualitat del procés, cosa que facilitarà l'obtenció de vestigis biològics i perfils genètics, malgrat que les mostres continguin quantitats crítiques o traces d'ADN (CMF, 2021). Existeixen recomanacions del material que han de contenir aquests kits.

El primer KAS a Espanya va ser l'elaborat per part del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Aquest incorporava material com ara escovillons de *nylon* flocats, material lliure d'ADN humà (fabricat d'acord amb la norma ISO 18385, del qual s'ha minimitzat el risc de contaminació per ADN humà durant el procés de fabricació), etc. (CMF, 2021).

Des de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, s'ha creat un KAS propi, que contindrà:

Producte	Quantitat per kit
Escovillons flocats mostres dubitades	8
Escovillons flocats mostres indubitades	2
Pot orina 60 mL no estèril	1
Pot orina 60 mL estèril	3
Pot sèrum fisiològic monodosi	2
Tub sang EDTA	1
Tub sang oxalat de potassi	1
Bosses mitjanes <i>zip</i> per a mostres	3
Sobres mitjans de paper per a roba	3
Guants S, M, L	12
Full d'etiquetes	1
Full explicatiu del kit	1
Esquema per al reconeixement de la víctima	1
Bossa de paper gran per a guardar el kit	1

3.5.3. Anàlisis de biologia.

L'objectiu de la presa de mostres per a anàlisi biològica és la determinació de semen, principalment, o de cèl·lules epitelials del possible subjecte agressor, que podran ser objecte d'anàlisi genètica (perfil genètic de l'agressor i comparativa genètica).

D'aquesta manera, es poden obtenir mostres per a estudi biològic als casos de penetració amb i sense ejaculació, penetració amb mètodes barrera, penetració

de parts del cos (dits), penetració amb objectes o tocaments en àrea genital, entre altres. Cada tipus d'agressió condicionarà els resultats que es puguin obtenir amb les mostres.

La presència de semen és l'evidència crucial per a alguns del delictes sexuals (causats per homes), i l'èxit de la seva detecció depèn de la fase preanalítica (presa de mostres, enviament i recepció al laboratori) i dels procediments analítics. Un resultat negatiu en semen no descarta el delicte sexual per part d'un home ja que hi ha diverses circumstàncies que poden afectar-ne la detecció: el temps transcorregut fins a la presa de la mostra, la vasectomia o orquiectomia, la manca d'ejaculació, l'ús de preservatiu o d'agents espermicides, la menstruació, etc. (Suttipasit, 2019).

El metge forense decidirà en cada cas el tipus de mostres a obtenir, i aquesta decisió es prendrà de forma individualitzada, d'acord al relat dels fets, les troballes de l'exploració i els temps transcorregut des dels fets (CMF, 2021). En cas d'absència total de relat, la recomanació és prendre un mostreig ampli, dirigit per l'exploració física. Malgrat que existeix un procediment estàndard de presa de mostres, és necessari que aquest s'adapti a les necessitats del cas particular (NIJ, 2017).

Les mostres obtingudes s'han de preservar de manera correcta fins al seu enviament al laboratori. Han d'anar acompanyades de la següent documentació:

- Sol·licitud o formulari estandarditzat de recollida de dades.

Aquest document ha d'incloure:

- Dades de la víctima: nom i cognoms, edat, sexe (en casos on la víctima sigui una persona transgènere, es recomana especificar, si es considera necessari, la dotació cromosòmica sexual a fi d'evitar interpretacions errònies al perfil biològic obtingut de les mostres), relacions sexuals prèvies o posteriors als fets (tipus de relació amb especial rellevància si ús de mètodes barrera).

- Dades de l'agressió: lloc, data i hora, tipus d'agressió, número d'agressors, relació amb l'agressor, higiene posterior a l'agressió.
- Dades de les mostres: relació detallada de les mostres que es recullen, tipus d'anàlisi sol·licitada, data i hora de la presa de les mostres, identificació del professional que ha recollit o n'ha supervisat la recollida (CMF, 2021).
- El corresponent full de cadena de custòdia.

Totes mostres d'un mateix cas han de remetre's al mateix laboratori. En cap cas, durant el moment de la presa de la mostra, es prendran mostres per duplicat (el doble de les mostres recomanades per al cas) per tal de duplicar l'enviament del cas a més d'un laboratori.

Fer frotis o preparar mostres en portaobjectes en el lloc de la presa de la mostra és innecessari i no s'hauria de dur a terme; les preparacions realitzades en aquests contextos tenen moltes cèl·lules epitelials, bacteries i altres elements que poden interferir (NIJ, 2017).

Es pot utilitzar una mínima quantitat de lubricant soluble en aigua (no espermicida), aigua o sèrum per a l'examen vaginal o rectal, per tal de confortabilitzar l'exploració i la presa de les mostres. Es recomana que sigui d'un sol ús per tal de minimitzar les contaminacions (NIJ, 2017).

3.5.3.1. Mostres per a anàlisi biològica:

Totes les possibles evidències seminals han de ser preses, en tots el casos, ja que en el moment de la recollida de la mostra, sovint es desconeixen les circumstàncies pròpies del cas (Suttipasit, 2019). També, s'han de recollir independentment de les activitats posteriors que hagi tingut la víctima: dutxar-se, nedar, beure, tenir relacions sexuals, etc. (González, 2018).

La presa de les mostres ha de tenir lloc al més aviat possible, evitant les possibles contaminacions. Per tal d'evitar contaminacions es recomana:

- Que els professionals que prenguin les mostres usin: mascareta i doble guant, amb canvi dels guants externs al canvi de regió corporal

- mostrejada, bata o roba protectora, i que evitin parlar o esternudar durant la recollida i envasat de les mostres (CMF, 2021).
- Que les àrees de treball en el moment de la presa de mostres es netegin regularment, i que n’hi hagi un registre (Newton, 2013).
 - Al moment de la presa de les mostres (Suttipasit, 2019): cuidar que no es transfereixin secrecions de la vagina a l’anus, no col·locar diferents escovillons dins d’un mateix contenidor, recol·lectar mostres anals amb anuscopi (redueix la possibilitat de contaminació), col·locar l’espècul amb extrema precaució, per evitar que faciliti la contaminació de regions externes a l’interior de la vagina.
 - Que la persona de recolzament / acompanyant de la víctima es col·loqui fora de l’entorn de la recollida de les mostres (per exemple a prop del cap de la víctima) (González, 2018).
 - Extrepar les precaucions de contaminacions creuades en el cas de presa de mostres de diferents casos (Newton, 2013).

Les mostres més habituals per a determinacions biològiques són:

- Rentats de cavitats: vaginal, rectal i bucal.
- Escovillons de cavitats i superfícies.
- Roba.
- Objectes: preservatius, mocadors, tampons, etc.

Per altra banda, cal distingir:

- *Mostres dubitades*: aquelles en les quals se sospita que hi ha presència de material genètic aliè a la persona explorada. Són objecte de la cerca de semen, cèl·lules epitelials o material genètic del subjecte agressor.

Són els rentats i escovillons de les regions corporals implicades en l’agressió sexual, d’acord al relat de la víctima.

- *Mostres indubitades* (també anomenades *mostres de referència*): aquelles en les quals es té la seguretat que no hi ha material genètic aliè a la persona explorada. S’usen en l’estudi genètic de les mostres dubitades, en el marc de la comparativa del material genètic. Es poden

prendre tant de la víctima com de la persona agressora. També es podrien prendre de subjectes amb qui la víctima hagi tingut contactes sexuals propers als fets, per tal de descartar-los com a agressors.

S'agafen escovillons bucals en aquells casos als quals no hi ha hagut cap tipus de contacte sexual bucal; si hi ha hagut aquest tipus de contacte, la mostra indubitada és la mostra de sang, preferentment amb anticoagulant EDTA.

3.5.3.2. Terminis per a la presa de mostres de biologia:

Les evidències forenses es degraden amb el temps, de manera que és imperatiu que les mostres de casos de sospita d'agressió sexual es prenguin al més aviat possible. Si bé els temps de viabilitat de presa de mostres posterior als fets abans eren uns, les tècniques de detecció d'ADN han millorat molt la sensibilitat en els darrers anys, el que ha repercutit en una ampliació dels rangs de temporalitat (NIJ, 2017).

Existeixen diferents estudis de viabilitat per trobar espermatozoides a les mostres de la víctima. Malgrat que els millors resultats s'obtenen en recollir les mostres en les primeres 72 hores en mostres vaginals, 48 hores en anals i 15 hores en bucals (González, 2018), és possible trobar espermatozoides a mostres (CMF, 2021):

- Vaginals: fins a transcorreguts 7-10 dies.
- Anals: fins a 72 hores.
- Bucals: fins a 48 hores.

Les mostres de la superfície corporal es poden prendre fins a 7 dies després, si no hi ha hagut neteja de la superfície (Suttiposit, 2019).

En casos de nens prepuberals, ja que l'ejaculació no sol ser interna, la recomanació és la presa de mostres de la superfície corporal, òptimament abans de les 72 hores (Hazelwood i Wolbert, 2008)

3.5.3.3. Seqüència recomanada per a la presa de mostres biològiques:

La recollida de les mostres ha de seguir un ordre, per tal d'evitar contaminacions entre les diferents àrees corporals.

La seqüència recomanada és (CMF, 2021):

1. Mostres bucals, es recomana que siguin les primeres ja que les restes de semen hi desapareixen més ràpidament.
2. Mostres anorrectals: primer les mostres més externes.
3. Mostres de genitals externs, prèvia a l'exploració digital o a la introducció de l'espècul. En cas de genitals externs femenins, prendre les mostres en ordre de fora cap a dins.
4. Mostres vaginales: primer les mostres més externes.
5. La resta de mostres (roba, objectes,...) es poden prendre en el moment que es consideri.

Es recomana deixar constància de la metodologia i la seqüència de la presa de les mostres a l'informe medicoforens. Si per algun motiu no es pogués seguir, també és recomanable deixar constància del motiu (Faculty of Forensic Legal Medicine [FFLM], 2021).

3.5.3.4. Presa de mostres dubitades:

3.5.3.4.1. Rentats:

Consisteixen en la introducció d'un líquid estèril en una cavitat i la seva recollida posterior.

L'obtenció de rentats sempre estarà precedida de la dels escovillons.

- En el cas del *rentat vaginal*, es procedirà a la introducció d'uns 10-20 mL de sèrum fisiològic estèril en la cavitat vaginal, amb la posterior recollida i introducció en un pot estèril.

Existeixen diferents procediments per a la seva obtenció; el més recomanable és que tant la instil·lació com la recollida es facin mitjançant una xeringa unida a una cànula estèril.

- En el cas del *rentat rectal*, es procedirà a la introducció d'uns 10-20 mL de sèrum fisiològic estèril a la cavitat rectal i la seva posterior recollida i introducció en un pot estèril.

Existeixen diferents procediments per a la seva obtenció; el més recomanable és el següent: que tant la instil·lació com la recollida es facin mitjançant una xeringa unida a una cànula estèril.

- En el cas del *rentat bucal*, es procedirà a la introducció d'uns 10-20 mL de sèrum fisiològic estèril a la cavitat bucal i la seva posterior recollida i introducció en un pot estèril.

El procediment més adequat per a la seva obtenció és la administració a la persona explorada dels 10-20 mL de sèrum en el pot estèril, que la persona els glopegi de manera que arribin a tots els espais de la boca i després els retorni al pot estèril original.

3.5.3.4.2. Escovillons:

L'ús dels escovillons per a la recollida d'evidències biològiques és el procediment estàndard; són les mostres que es poden obtenir i transportar amb més facilitat (Ferreira-Silva, 2019). Els escovillons per a la recollida de mostres dins de l'àmbit forense són diferents d'aquells que s'usen en l'àmbit clínic (Newton, 2013).

Hi ha diferents tipus d'escovillons comercialitzats; els més usats són els de cotó i els sintètics (d'espuma, *nylon*, etc). Els més recomanats per a la presa de mostres en casos de reconeixements d'agressions sexuals, actualment, són els flocats de *nylon*. Aquests escovillons tenen un disseny que permet un major rendiment ja que la mostra s'adhereix a la superfície i no és absorbida (als escovillons de cotó, una part de la mostra es queda retinguda al cotó i no s'allibera, cosa que té repercussions en la menor quantitat de material genètic

disponible final); igualment tenen més superfície de fibres i el procés d'elució al laboratori és més eficient. La tecnologia que tenen s'anomena *Floq* (Ferreira-Silva, 2019) (CMF, 2021).

Per tal de prendre les mostres amb escovillons, cal col·locar l'escovilló a la zona de la presa de la mostra i rotar-lo, inclosa la part de l'àpex (Ferreira-Silva, 2019).

Les mostres de les cavitats i les secrecions presents a la superfície corporal es recolliran amb un escovilló sec. Les taques o mostres d'àrees corporals seques es recolliran mitjançant la tècnica del doble escovilló (*double-swabbing technique*), que consisteix en aplicar primerament un escovilló humidificat amb una gota d'aigua o sèrum estèril (que permeti humidificar la zona a mostrejar), per després aplicar un escovilló sec (Suttipasit, 2019).

Es recomana prendre dos escovillons per àrea a mostrejar: idealment una d'elles quedaria remanent en cas de necessitat de realitzar una contraanàlisi. Igualment no hi ha la garantia que tot el material biològic es pugui prendre amb un sol escovilló (Ferreira-Silva, 2019). Recollir més de dos escovillons d'una mateixa àrea anatòmica pot diluir la mostra (NIJ, 2017).

- En el cas de l'obtenció d'*escovillons de genitals externs*, es prendran dos escovillons humits de la zona, que inclourà en tot cas:

Àrea de genitals externs femenins: fins a introit vaginal, inclòs. La presa de mostres es realitzarà en ordre de fora cap a dins.

Àrea de genitals externs masculins: escovillons del penis (gland, cos, corona i base), especialment si hi ha secrecions seques. Prendre mostra de la part anterior de l'escrot, al voltant de la base del penis en casos de fel·lació per part de l'agressor (González, 2018).

- En el cas dels *escovillons vaginals*, es prendran idealment dos escovillons secs, un d'ells abans de la introducció de l'espècul a la vagina, i un després. Caldrà retolar clarament cada un d'ells. Es poden

prendre mostres de la part més externa de la vagina i de la part més interna (endocervical).

Si per algun motiu no es pot col·locar l'espècul, s'obtidran dos escovillons vaginals de la part més interna "a cegues" i s'identificaran d'aquesta manera (FFLM, 2021).

- En el cas dels *escovillons d'àrea anal i rectal*, es prendran dos escovillons estèrils humitejats dels marges anals, i altres dos escovillons del conducte anorectal (CMF, 2021) mitjançant la introducció dels escovillons uns 2 cm i realitzant moviments circulars. En el cas d'homes es recomana la presa de mostres en posició lateral esquerra (posició fetal) (González, 2018).
- En el cas d'*escovillons bucals*, es recolliran dos escovillons que es passaran, amb cura i sense fregar en excés, sota la llengua, al voltant de les genives i pel paladar, fins a la gola.
- En el cas d'*escovillons de superfície corporal*: en casos de contacte a la superfície corporal en el qual se sospiti la presència de semen, la transferència de cèl·lules epitelials, presència de semen o sang (especialment a zones de la pell properes a l'àrea genital i mans) o en casos de mossegades o sugilacions (presència de saliva), es prendran escovillons; si la superfície està seca s'usarà la tècnica del doble escovilló (Newton, 2013).

3.5.3.4.3. Roba:

La roba que la víctima duia posada en el moment d'haver patit l'agressió sexual pot ser susceptible de ser analitzada. Per aquest motiu, es recomana recollir la roba interior (calces i sostenidor) i aquelles peces que es puguin considerar d'interès (que tinguin taques d'ejaculat, per exemple) (CMF, 2021).

Per tal d'obtenir la roba, pot resultar necessari tallar-la, en aquests casos, si hi ha alguna part d'una peça de roba trencada, el tall ha de preservar la zona malmesa. Fotografiar la peça de roba en el cos, abans d'obtenir-la pot resultar

útil per tal de deixar constància de la col·locació de la roba i de la localització de les parts trencades (Newton, 2013).

S'hauran de recollir en sobres de paper i per separat (CMF, 2021).

3.5.3.4.4. Altres mostres:

- *Ungles de les mans* (Newton, 2013). Durant una agressió sexual, pot quedar material a les ungles de les mans: trossos de pell, fluids, cabells, fibres, etc. Hi ha tècniques diferents per obtenir material analitzable de les ungles: tallar-les, rascar-les o passar-hi un escovilló per sota de la seva superfície.

En el cas de l'obtenció de les ungles tallades, s'introduiran les ungles de cada una de les mans en un sobre (CMF, 2021).

Atès que l'ús d'ungles artificials o de pintures acríliques poden dificultar la seva obtenció mitjançant el tall o la rascada, i que això pot ser una font d'estrès addicional per a la víctima, es recomana la presa de mostres mitjançant escovillons.

Es recollirà un escovilló de cada una de les mans (mà dreta i mà esquerra), amb l'excepció de si hi ha alguna unglia malmesa o trencada, de la qual es prendrà un escovilló apart on s'indicarà el dit i la mà pertinent. En aquests casos, es recomana fer una fotografia de l'ungla abans de la presa de la mostra.

La possibilitat de trobar ADN aliè és baixa i se centra en les primeres 24 hores posteriors als fets.

- *Pèl púbic*. Es pren típicament en els casos d'agressions sexuals cap a dones; aquesta transferència sol ser mínima (Newton, 2013).

Es poden trobar pèls fins a 7 dies després, sempre que no hi hagi hagut neteja de la zona.

S'obtidran mitjançant el pentinat suau de la zona per tal de no arrencar pèls de la víctima i es recolliran en un paper; també es remetrà al laboratori la pinta usada (CMF, 2021).

- *Compreses, tampons, preservatius*. Es recolliran en contenidors estèrils, per separat i correctament identificats.

3.5.3.5. Mostres indubitades:

La presa de mostres indubitades es pot dur a terme de la víctima i del subjecte agressor, principalment. Tant les víctimes com els subjectes agressors poden ser homes o dones (NIJ, 2017).

La presa de mostres indubitades, especialment del subjecte agressor, s'ha de realitzar extremant les precaucions per tal d'evitar contaminacions amb les mostres de la víctima. Per aquest motiu, si es prenen en el mateix espai i temps, el professional haurà de canviar-se els guants, la mascareta i netejar-se les mans entre ambdues preses de mostres. Igualment, les mostres indubitades s'han d'empaquetar separatament de les de la víctima i han d'estar correctament etiquetades (NIJ, 2017).

En el nostre entorn, la presa de mostres indubitades se sol diferir en el temps, de manera que se solen prendre en el curs del procediment judicial. Aquestes mostres es poden obtenir per part de metges forenses o cossos policials.

- *Escovillons bucals:* es prendran dos escovillons bucals de la zona interna de les galtes (fregar l'escovilló); es pot fer un glopeig d'aigua previ, especialment si s'han ingerit aliments recentment.

Les mostres d'escovillons bucals es consideren indubitades només si no hi ha hagut penetració oral (en aquests casos la mostra indubitada és la sang) (CMF, 2021).

- *Sang venosa:* recollir un tub de sang per venopunció amb anticoagulant (preferentment EDTA) amb uns 2-5 mL de sang venosa.

Aquesta mostra serà addicional a aquella que es prengui per a anàlisi toxicològica.

3.5.4. Anàlisi de toxicologia.

L'objectiu de la presa de mostres per a anàlisi toxicològica és identificar substàncies que hagi pogut ingerir la víctima de manera voluntària (vulnerabilitat química) o involuntària (submissió química).

Els laboratoris hospitalaris habitualment no disposen de les tècniques adequades per tal de realitzar les anàlisis toxicològiques amb validesa pericial. (Newton, 2013) Per aquest motiu, s'han de recollir mostres i adreçar-les a laboratoris especialitzats en toxicologia forense.

D'aquesta manera, es poden prendre mostres en els casos que existeixi sospita clínica o quan la víctima o els acompanyants refereixin la ingestió de substàncies o se'n descriu la sospita (MJ, 2022).

Es recomana l'obtenció de les mostres al més aviat possible. Si les primeres mostres s'han obtingut per part del centre sanitari per motius clínics, es recomana que es considerin, sempre que se'n garanteixi la traçabilitat, autenticitat i integritat (MJ, 2022).

És molt important recavar la informació sobre els temps (hora d'administració o de consum de la substància i hora de la presa de la mostra) i que aquesta informació arribi al laboratori per tal de poder establir les anàlisis més adequades en les diferents mostres, i poder realitzar una interpretació correcta dels resultats. Un resultat negatiu no ens indica que no s'hagi administrat o consumit cap substància, sinó que no s'ha pogut detectar. El temps de detecció de les substàncies depèn de la dosi subministrada o consumida i de la sensibilitat del mètode de detecció (Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada [CEJFE], 2019).

Les mostres obtingudes s'han de preservar de manera correcta fins al seu enviament al laboratori. Han d'anar acompanyades de la següent documentació:

- Sol·licitud o formulari estandaritzat de recollida de dades.

Aquest document ha d'incloure:

- Dades de la víctima: nom i cognoms, edat, sexe.
- Dades toxicològiques rellevants: data i hora dels fets, consum de tòxics i moment del consum, prescripció de fàrmacs habitual, administració de fàrmacs al centre sanitari posterior als fets i hora d'aquesta administració.

- Dades de les mostres: relació detallada de les mostres que es recullen, tipus d'anàlisi sol·licitada, data i hora de la presa de les mostres, identificació del professional que ha recollit o n'ha supervisat la recollida (CMF, 2021).
- El corresponent full de cadena de custòdia.

3.5.4.1. Mostres per a estudi toxicològic:

Davant la sospita (durant l'anamnesi o l'exploració) d'un context de submissió o vulnerabilitat química, caldrà prendre mostres per a estudi toxicològic.

De manera general, no es recomana que es realitzin proves toxicològiques de rutina, i que es limitin als casos d'intoxicació per drogues i/o alcohol, quan la víctima explica haver ingerit substàncies o quan descriu símptomes compatibles amb aquest fet (MJ, 2022).

Les mostres recomanades són (MJ, 2022):

- *Sang venosa*. Dos tubs de sang obtinguda de venopunció de 5 mL, un d'ells amb EDTA com a anticoagulant (tap de color lila), i un altre amb fluorur sòdic com a conservant i oxalat potàssic com a anticoagulant (tap de color gris). El color dels tubs està estandarditzat i és comú a la gran majoria dels centres sanitaris. Els tubs hauran d'estar plens al màxim per minimitzar la càmera d'aire.

La desinfecció de la zona de venopunció (si el subjecte no porta via) s'ha de fer amb una solució desinfectant no alcohòlica; en el cas que el subjecte porti una via, la mostra de sang s'obtindrà directament de la via sense necessitat de desinfecció.

Les mostres es conservaran refrigerades (2-8°C) fins al seu enviament al laboratori. Permeten la determinació de substàncies fins a 48 hores després del seu consum.

- *Orina*. És la mostra d'elecció en aquests casos. S'obtindrà tota la possible en un pot de plàstic de fins a 50 mL. Els pots d'orina de buit són per a la seva recollida i traspàs a un tub, per aquest motiu s'ha d'evitar

absolutament l'enviament de mostres d'orina en pots d'orina de buit, ja que hi ha un risc molt elevat de vessament.

La mostra d'orina es conservarà refrigerada (2-8°C) fins al seu enviament al laboratori. En els casos en els quals es demori la seva anàlisi, es pot congelar.

Permeten la determinació de substàncies fins a 5 dies després del seu consum.

- *Cabell.* És la mostra a considerar en casos on l'exploració tingui lloc diferida més de 5 dies, o en els quals se sospiti que el tòxic ja no està en sang o en orina. La presa de la mostra s'haurà de demorar unes 4-6 setmanes, temps suficient perquè el cabell creixi.

Es recollirà un floc de cabells del gruix d'un llapis tallat preferentment de la zona occipital, el més a prop del cuir pilós possible. Es fixarà en un paper assenyalant l'extrem corresponent a l'arrel i el corresponent a la punta.

La mostra es conservarà a temperatura ambient.

3.5.5. Empaquetat i remissió de mostres al laboratori.

No només la presa de mostres, sinó l'embalatge i el transport fins al laboratori han de complir una sèrie de criteris amb la finalitat de garantir la traçabilitat del procés i mantenir l'autenticitat i integritat, requisits necessaris per tal que els resultats obtinguts a les anàlisis tinguin fiabilitat i validesa per a la seva presentació posterior com a proves judicials (CMF, 2021).

Per a l'embalatge de les mostres s'han de seguir els principis següents (CMF, 2021):

- Cada mostra s'ha d'envasar de manera individual.
- Els envasos primaris aniran segellats i correctament etiquetats (tipus de mostra i subjecte de procedència).

- Les mostres indubitades de la víctima s'individualitzaran (sobres diferents) de les dubitades.

Per tal d'evitar contaminacions per microorganismes, es recomana (CMF, 2021):

- Deixar assecar a temperatura ambient i en un lloc protegit les mostres humides abans d'envasar-les.
- Empaquetar preferentment en envasos de paper o cartró.
- Mantenir refrigerades les mostres.

Existeixen diferents metodologies de remissió de mostres al laboratori; les recomanades són:

- Remetre les mostres en un envàs secundari (pot, caixa o sobre) i la documentació (sol·licitud i cadena de custòdia) en un sobre a banda.
- Remetre les mostres i la sol·licitud en un envàs secundari (pot, caixa o sobre) i la cadena de custòdia en la part externa de l'envàs. En aquests casos, si es remet més d'un cas en el mateix enviament, cal identificar correctament cada una de les cadenes de custòdia (amb el nom i cognom de la víctima o el jutjat i procediment).

4. L'avaluació de l'impacte del trauma en persones adultes

Patir un esdeveniment d'impacte o traumàtic no és quelcom excepcional (Crespo i Gómez, 2012; Koenen et al., 2017). Ateses les dimensions epidemiològiques de la violència sobre les dones i el seu impacte sobre la salut, especialment sobre la salut mental, pot ser considerat un problema de salut pública (Oram *et al.*, 2016). La violència sexual, entre d'altres formes de violència interpersonal, es troben entre els tipus d'esdeveniments traumàtics amb més potencial per desembocar en una síndrome per estrès posttraumàtica (Kessler *et al.*, 2014). En aquest punt convé fer referència a la Circular 1/2023 de 29 de març de la FGE, sobre els criteris d'actuació del Ministeri Fiscal després de la reforma dels delictes contra la llibertat sexual operada per la LOGILS, que estableix que cal oferir idèntic tractament jurídic a les lesions que s'hagin causat, amb independència del seu caràcter físic o psíquic, i, en conseqüència, des de la fiscalia es podran recavar les fonts de prova que siguin precises per acreditar l'entitat, característiques i resultat dels menyscabaments psíquic, així com la necessitat de tractament mèdic, psiquiàtric o psicològic per a una més adequada curació o més ràpida millora (o bé la constatació que la manca de tractament ha impedit o dificultat obtenir una millora o curació). Resulta essencial, per tant, entendre l'origen i desenvolupament de la resposta posttraumàtica, així com les formes en que aquesta resposta pot expressar-se i els factors que la poden modular.

La resposta posttraumàtica es pot desenvolupar quan es presencia o es viu una situació que resulta amenaçadora per a la vida o que pot resultar en risc greu per a la integritat física, experimentada amb por intensa, pànic o indefensió, i els sistemes neuro-hormonals que regulen la resposta davant l'amenaça es desregulen de forma crònica (Sherin i Nemeroff, 2011). Es produeix, per tant quan, davant un esdeveniment d'impacte, se superen els mecanismes biològics i psicològics de la víctima per afrontar/ assimilar/adaptar-se. Contribueixen al potencial traumàtic dels esdeveniments aquells factors que els fan impredecibles i incontrolables per a la víctima.

Les manifestacions o desajustos derivats d'una agressió o violència sexual poden implicar des d'alteracions fisiològiques a alteracions a les àrees cognitiva, emocional, conductual i relacional, generalment depenent de les característiques de les víctimes i de la seva edat (Echeburúa i Guerricaechevarria, 2011). Les investigacions sobre l'impacte del trauma a la salut mental ens posen de manifest la dificultat a l'hora d'establir un patró psicopatològic únic associat a la vivència d'una situació de victimització o esdeveniment crític, i freqüentment detectem una ampla variabilitat de signes i símptomes, a vegades d'una escassa especificitat i que no sempre s'adapten als manuals diagnòstics o criteris de classificació internacionals però que, en canvi, provoquen un gran malestar, patiment i desajust en la vida de la persona que ho pateix.

També cal tenir present que la resiliència i la recuperació són resultats habituals al trauma, sense oblidar que també pot donar-se una cronificació, una evolució tòrpida o una aparició retardada de la simptomatologia o de les manifestacions clíniques. La implementació dels recursos d'afrontament passats i presents, els factors de protecció personals, familiars i de l'entorn i la capacitat de resiliència de la víctima poden explicar l'absència de psicopatologia així com presentacions clíniques "benignes". Entre els factors de vulnerabilitat associats a una major probabilitat de desenvolupar simptomatologia posttraumàtica podem trobar antecedents de simptomatologia ansiosodepressiva, o victimització anterior (com ara experiències primerenques adverses i altres cicatrius psicològiques).

El trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) és el diagnòstic més habitual relacionat amb el trauma o l'estrès, es va introduir per primera vegada al DSM-III (APA, 1980) com a categoria de diagnòstic i des d'aleshores hi ha hagut diverses revisions posteriors. Les més notables es refereixen, en primer lloc, al nombre total de símptomes que comprenen el trastorn i, en segon lloc, al nombre de grups simptomàtics. Aquest últim ha estat àmpliament debatut al llarg dels anys i de les anteriors edicions de DSM, sobretot pel que fa a la categorització de la simptomatologia del TEPT. L'edició més recent del DSM, el DSM-5 (APA, 2013), caracteritza el TEPT com a format per 20 símptomes,

cadascun pertanyent a un dels quatre grups de símptomes: intrusió, evitació, alteracions negatives del cognicions i estat d'ànim, i alteracions en l'excitació i la reactivitat (Soberón, et al., 2016). El DSM-5 inclou com a trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès el trastorn d'estrès agut, el trastorn per estrès posttraumàtic, i el trastorn d'adaptació.

Persones que han experimentat situacions traumàtiques de forma reiterada, o de llarga durada són susceptibles de desenvolupar el TEPT Complex (amb una correlació consistent); per al diagnòstic d'aquest trastorn es requereix haver estat sotmès a estresors traumàtics, i el tipus d'estresor serà considerat més com a factor de risc que no pas com a requisit per al diagnòstic. Com a diferència respecte al TEPT, el TEPT complex es configura amb 6 grups de símptomes: 3 propis del TEPT (l'evitació, la reexperimentació i la hiperactivació) als quals s'afegeixen les dificultats en l'establiment/manteniment de les relacions interpersonals, la disregulació afectiva, i una situació persistent de d'autoconcepte extremadament negatiu (Maercker *et al.*, 2022). Per informació més extensa relativa a aquest trastorn, i especialment focalitzada en víctimes de violència per la parella recomanem lectura de Miguel Perez Garcia i Carmen Fernandez Fillol (Universitat de Granada).

En tot cas és rellevant tenir present que no totes les respostes postraumàtiques es presenten en forma de TEPT; també es poden expressar com a trastorn per ansietat generalitzada, en forma de trastorns de la conducta alimentària o en forma de problemes amb el consum de substàncies, entre d'altres.

El cas del consum problemàtic de substàncies, acostuma a desenvolupar-se com a part d'estratègies d'afrontament inadequades, a les quals el consum té lloc amb finalitat ansiolítica i/o d'evasió de malestar o records. Aquest problema, més enllà de les repercussions sobre la salut física i mental que es puguin derivar, també pot comportar un major risc de tornar a ser victimitzada en successius episodis d'ingesta/consum.

Més enllà de l'aparició de símptomes que puguin configurar algun tipus de trastorn psiquiàtric, l'impacte també es pot materialitzar en aspectes psicològics, com ara en forma de sentiments de culpa i de baixa autoestima

(habituals entre víctimes de violència sexual a la infantesa i/o quan l'agressor és una persona propera), o com la presència de major malestar psicològic en aquells casos als que hi ha dificultats en l'auto reconeixement com a víctima (Sarasua *et al.*, 2012). Les dificultats (o la manca) en l'auto reconeixement com a víctima de violència també estan associades a consum de risc d'alcohol i al manteniment en el temps de la relació amb la parella/agressor (Jaffe *et al.*, 2021).

Pel que fa a l'impacte sobre la salut mental a víctimes de gènere masculí, cal saber d'entrada que la violència sexual sobre homes també està sotmesa a mites i prejudicis, en el seu cas fonamentats en l'ideari social i cultural sobre el concepte de la masculinitat i els trets que es consideren propis d'una masculinitat hegemònica. De la mateixa manera, a banda del desenvolupament de trastorns de tipus posttraumàtic, també s'han de considerar les afectacions psicològiques. Entre aquestes afectacions s'han observat taxes elevades d'alteracions de l'estat d'ànim, amb ansietat, ideació i conducta suïcida, autolesions, aflicció i dol, canvis a l'autopercepció, vergonya, baixa autoestima o hostilitat; també es descriuen problemes relacionats amb l'esfera sexual, en quant al desenvolupament de dubtes sobre la orientació, i també a nivell funcional (des d'impotència a promiscuïtat com a forma de validació de la orientació sexual) i presència de somatitzacions (Thomas i Kopel, 2023).

En el cas de víctimes de gènere masculí també és habitual que desenvolupin sentiments de culpa; en el seu cas es freqüent que adoptin estratègies d'afrontament de tipus externalitzant, com ara el consum de substàncies, duent a terme activitat sexual de risc, o en forma d'agressivitat (Widanaralalage *et al.*, 2022) (Forde i Duvvury, 2017).

Tot plegat, i amb la finalitat de garantir una intervenció forense de qualitat amb les víctimes de violència sexual, aquesta s'ha d'abordar i dur a terme des del coneixement de l'impacte del trauma (*trauma informed approach*), reconeixement i identificant els mecanismes a través dels quals els esdeveniments traumàtics impacten sobre el subjecte, i identificant els efectes que aquests esdeveniments hagin pogut ocasionar a les víctimes, des de la possible influència en la qualitat del relat, passant per les repercussions sobre

la salut mental i funcionament general. La finalitat d'aquesta forma d'intervenció és doble, ja que, d'una banda, contribueix a minimitzar la revictimització, i, en segon lloc, facilita una millor comprensió sobre l'impacte del trauma i contribueix a contrarestar les idees preconcebudes que puguin tenir qualsevol dels operadors jurídics (Ellison, 2017; Haskell, 2019).

4.1. Aspectes a tenir presents a l'avaluació medicoforens

És adequat iniciar l'entrevista amb una presentació i informació sobre qui som, quin és el nostre paper, i com conduïrem la intervenció; pot ser una forma de generar un ambient de confiança i seguretat que ajudi a la víctima en cas que l'assistència a la valoració medicoforens li comporti inseguretat, preocupacions o por.

Es recomana dur a terme l'avaluació des de la intervenció mínima necessària, evitant duplicitat de visites. En aquest sentit, en funció de les característiques del cas, caldria valorar la conveniència de dur a terme l'exploració conjuntament amb el psicòleg forens. En aquestes exploracions és preferible promoure i facilitar el relat espontani, i reservar les preguntes per a la resolució de dubtes al final de l'exploració.

L'entrevista clínica amb la víctima de la violència sexual ha de servir, fonamentalment, per recollir la informació sobre la situació clínica actual, sondejant el funcionament general i també sobre la possible afectació en àrees més específiques. Des de la perspectiva victimocèntrica, en aquesta entrevista cal descartar fer preguntes relatives als fets i es recomana que la informació relativa als fets sigui recollida, preferentment amb anterioritat a l'entrevista, a partir de les fonts documentals lligades al procediment judicial com poden ser l'atestat, les declaracions, els informes medicoforenscs corresponents a les intervencions durant la guàrdia, o, fins i tot a partir de la visualització de la prova preconstituïda (si és que ha tingut lloc). L'obtenció d'aquesta informació de forma prèvia a l'exploració serà d'ajuda per a la identificació dels elements que poden haver estat a l'origen de la resposta traumàtica i també per orientar

l'entrevista i identificar els aspectes específics sobre els quals caldria aprofundir.

Ara bé, si la víctima proporciona informació sobre l'esdeveniment i facilita ser preguntada, convé ser curiosos amb l'interrogatori i evitar expressions o preguntes que puguin ser culpabilitzadores, que puguin ser interpretades com un qüestionament o que minimitzin la violència o el seu impacte. D'igual forma, si la víctima fa esment a la presència d'antecedents traumàtics, el sondeig sobre les característiques dels mateixos i l'eventual impacte també ha de ser curós.

A més de l'exploració de l'impacte, l'entrevista ens ha de permetre identificar la presència de factors de vulnerabilitat i la situació psicosocial actual de la víctima, enfocant especialment en el suport social i els mitjans de recolzament de què disposa, ja que aquests factors són rellevants per estimar el pronòstic.

Pel que fa a l'exploració psicopatològica, és imprescindible dur-la més enllà de l'exploració de les funcions bàsiques per tal de caracteritzar les possibles afectacions i identificar, en cas que hi siguin, els signes i símptomes que conformin la resposta posttraumàtica i l'abast de l'afectació.

És necessari, per tant, explorar la possibilitat de conductes evitatives (què ha deixat de fer arran dels fets), la presència de símptomes intrusius (pensaments, imatges, records o sensacions que relacioni amb els fets), i en cas afirmatiu si venen de manera espontània o motivats per algun estímul que pugui reconèixer, si aquests records romanen molt de temps al seu pensament o si passen ràpid, si s'acompanyen de malestar físic o psíquic i de quina manera, si li cal fer alguna cosa per treure'ls de la ment. Es pot sondejar també si aquest malestar és durador i sobre com repercuteix a les seves activitats posteriors.

Tot i les dificultats, s'ha d'intentar explorar la presència de simptomatologia dissociativa, com ara vivències d'estar o sentir-se com a un somni, a una pel·lícula, vivències de sentir-se fora del cos.

Un altre dels aspectes sobre els quals s'ha d'incidir (ja que poden estar a la base de canvis conductuals importants) és a l'exploració dels canvis cognitius i

els canvis al sistema de creences: alteracions a la identitat, pèrdua de confiança en les persones (sigui en genèric o per algun aspecte concret, com ara aspectes de gènere, orígens ètnics o culturals similars o associats al de l'agressor), si presenta sentiments o vivències d'impossibilitat de refer la seva vida. S'ha d'explorar si presenta sentiments de culpabilitat o de vergonya envers els fets, si hi ha establert canvis a les dinàmiques familiars i socials amb posterioritat als fets. D'igual forma, convé interrogar sobre el format d'expressió emocional, especialment si la tendència és a la supressió de l'expressió.

Atès que una de les possibles presentacions de la resposta posttraumàtica pot ser en forma de somatitzacions, serà rellevant interrogar sobre l'existència de dolors habituals, como ara dolors musculars, articulars, cefalees (en absència d'altra causa que els justifiqui). Pel mateix motiu, també serà important preguntar sobre l'hàbit alimentari i/o presència de simptomatologia gastrointestinal: si té gana, més o menys del que era habitual en ella (i si, com a conseqüència, hi ha hagut canvis de pes), com són les digestions (descriure la simptomatologia).

Una de les formes en què amb més freqüència es pot observar l'impacte d'esdeveniments traumàtics és en l'afectació de la son, per la qual cosa es considera molt recomanable explorar també aquesta funció: dificultats a la conciliació, al manteniment o despertar precoç, presència d'interrupcions i com evolucionen posteriorment, o presència de malsons habituals.

Convé que l'avaluació forense sobre l'impacte dels esdeveniments traumàtics es complementi amb l'administració de proves complementàries per part dels professionals de la psicologia forense integrats als equips psicosocials del Programa de Millora de les Unitats de Valoració Forense Integral. Cal destacar, d'entre les diverses proves complementàries que es poden administrar, el *Cuestionario del Impacto del Trauma – CIT* (TEA ediciones), els beneficis del qual es troben, entre d'altres aspectes, en que compta amb una escala de validació de les respostes que el fan molt adequat per administrar en l'entorn forense.

Atès que l'impacte dels esdeveniments traumàtics pot anar més enllà de les conseqüències sobre la salut mental i afectar els aspectes psicosocials, es fa necessari avaluar les possibles repercussions en aquest àmbit, de forma rellevant als efectes de facilitar la informació que permeti rescabalar tots els danys que la víctima hagi patit. Per dur a terme aquesta avaluació comptarem amb els/les professionals del treball social que, juntament amb els professionals de la psicologia forense, configuren els equips del Programa de Millora de les unitats de valoració forense integral, que ens permetran efectuar una valoració forense integral del cas des d'un enfoc biopsicosocial. El format de la valoració forense integral permetrà, doncs, caracteritzar la presència o absència d'impacte, la intensitat de l'impacte i el seu abast sobre la salut mental, i també les conseqüències i els danys sobre els aspectes psicosocials i del funcionament de la víctima.

4.2. Aspectes sobre l'elaboració de l'informe

D'acord amb l'article 52 de la LOGILS, les víctimes de violències sexuals tenen dret a ser reparades pels danys que hagin patit i aquesta reparació passa, entre d'altres accions, per ser indemnitzades; l'article 53 desglossa els conceptes que són susceptibles de ser indemnitzats (descrits al punt 1.3).

Així, pel que fa l'elaboració de l'informe amb posterioritat a l'exploració, és rellevant considerar alguns aspectes bàsics que el document hauria d'incloure per tal de facilitar la comprensió de com l'esdeveniment traumàtic haurà influït a la persona explorada, i per facilitar als tribunals els elements necessaris per estimar la valoració del dany i calcular la indemnització per responsabilitat civil derivada.

L'informe medicoforense resultant hauria d'incloure la caracterització de l'impacte sigui en forma de dany temporal o permanent, clarificant si es tracta d'impacte psicològic o de conseqüències que configuren un trastorn mental, amb indicació del període de temps que s'ha requerit fins a l'estabilització clínica, i, finalment, en cas de permanència de seqüeles, assimilar per analogia a les seqüeles contemplades al Barem de la Llei 35/15. S'ha d'indicar també el

pronòstic a futur i els tractaments que puguin requerir-se, així com els aspectes psicosocials que s'observin afectats.

L'informe medicoforense ha de ser, per altra banda, l'element que ens permeti descriure l'eventual presència d'esdeveniments traumàtics previs i/o de factors de vulnerabilitat a la biografia de la persona explorada, amb la finalitat de concloure si aquests antecedents han comportat una situació de major vulnerabilitat per presentar simptomatologia posttraumàtica davant l'esdeveniment investigat.

La compareixença a judici serà un altre moment rellevant al qual facilitar la comprensió sobre l'impacte, especialment en resposta a les qüestions que es puguin formular sobre la qualitat del testimoni.

4.3. Intervenció dels pèrits de part.

L'article 471 de la Llei d'Enjudiciament Criminal preveu la possibilitat de que les parts, acusacions i defenses, designin un perit de part de la seva confiança perquè intervingui a l'elaboració de l'informe pericial acordat pel Jutjat. Més enllà d'aquesta previsió genèrica, la concreció i l'abast de la seva aplicació pràctica és una qüestió discutida que està sent resolta cas a cas i sobre la que no existeixen criteris suficientment consolidats. Els drets en joc són per una banda el dret a la tutela judicial efectiva, que inclou la igualtat d'armes entre les parts i el principi de contradicció; en segon lloc, el dret de les víctimes a la dignitat i a no patir revictimització, en tercer lloc el dret dels metges i metgesses forenses a poder dur a terme la seva comesa professional, i finalment l'interès general en el correcte desenvolupament dels procediments judicials sobre delictes. En aquest complex equilibri de drets en joc, no podem deixar de mencionar el potencial efecte negatiu que les exploracions psicopatològiques poden generar a les víctimes, podent perllongar o fins i tot empitjorar les seqüeles del trauma.

En el cas de l'exploració psicopatològica de persones menors d'edat, el sistema legal ja preveu la intervenció indirecta dels i les professionals intervinents en el procediment judicial. En el cas de les persones adultes però, l'exploració psicopatològica és realitzada de forma directa per part dels metges i metgesses

forenses. Per poder dur a terme la mateixa, és precís crear un marc de confiança que fomenti la col·laboració de la víctima. Aquesta compartirà el relat dels fets objecte d'investigació, la existència d'eventuals antecedents rellevants i els efectes d'aquests, només si se sent en un entorn de confiança i respecte. L'establiment de les condicions necessàries per garantir l'adequada exploració de la víctima, pot venir seriosament dificultat amb la presència d'un o una professional que la víctima identifica com a agent actiu en l'afavoriment de la situació del responsable o fins i tot com a corretja de transmissió de la violència patida, en funció del tipus d'intervenció que realitzi. Aquesta consideració és especialment vigent en el cas de víctimes especialment vulnerables; de fet la Llei 4/2015, de 27 d'abril de l'Estatut de la Víctima, esmenta la especificitat de les víctimes menors d'edat de les víctimes de violències sexuals i de les víctimes amb discapacitat (art 26).

En la seva Exposició de Motius, l'Estatut de la Víctima conté un mandat molt clar dirigit a tots els operadors jurídics, quan esmenta que "la protecció i el recolzament a la víctima no es només processal, ni depèn de la seva posició en el procediment, sinó que cobra una dimensió extra processal. Es fonamenta en un concepte ampli de reconeixement, protecció i recolzament, encaminat a la salvaguarda integral de la víctima". (...) "el reconeixement, protecció i recolzament a la víctima no és als aspectes materials i a la reparació econòmica, sinó que també s'estén a la seva dimensió moral." La Llei 4/2015, preveu un seguit de mesures específiques de protecció de la integritat física i moral i de la intimitat i dignitat de les víctimes, com les de l'article 19, que interpel·la als funcionaris encarregats de la investigació del delictes, entre els que es troben els metges i metgesses forenses i que, si bé està enfocat a les declaracions judicials, no en queden exemptes altres diligències a les quals les víctimes hagin de versar el seu relat dels fets o aportar altres dades rellevants per a la investigació, com són les exploracions forenses.

D'altres normes que no podem desconèixer, són la Llei 17/2020 de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, que conté una prohibició expressa de la revictimització de les dones, i que en cas d'emmarcar-se en una pràctica recurrent per part d'una

Administració, podria ser considerada violència institucional (art. 76 bis). Per la seva banda, la Llei Orgànica 10/2022, de 6 de setembre de garantia integral de la llibertat sexual, junt amb la seva modificació operada per la Llei Orgànica 4/2023, de 27 d'abril, estableix que les víctimes son titulars de drets i ens col·loca als i les professionals en garants dels mateixos (art 2.a).

Ateses les anteriors consideracions, en el cas de que hagi estat decidit per l'autoritat judicial la intervenció d'un perit de part en la exploració psicopatològica de la víctima, quan la víctima manifesti la seva negativa a sotmetre's a l'exploració en presència del pèrit de part, o quan el metge o metgessa forense consideri que la seva intervenció pot comportar la impossibilitat de dur a terme la exploració, o bé pot generar revictimització, s'ha de contemplar la possibilitat de suspendre la diligència per informar a l'autoritat judicial d'aquesta circumstància, per tal que aquesta adopti les mesures escaients.

5. L'avaluació de l'impacte del trauma en infants i adolescents

Actualment ens trobem en un moment de canvi de paradigma i de transició de model pel que fa a l'atenció (en general) dels infants i adolescents que han viscut violències sexuals, i, de manera més concreta, pel que fa a l'avaluació de l'impacte amb finalitats forenses, amb el desenvolupament de l'estratègia Barnahus.

5.1. Barnahus. La Unitat integrada d'atenció als infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals.

L'estratègia Barnahus per l'abordatge integral dels abusos sexuals contra la infància i l'adolescència és un projecte de la Generalitat de Catalunya, impulsat pel Departament de Drets Socials, en coordinació amb els departaments de Salut, Educació, Justícia, Interior i Igualtat i Feminismes, per constituir les unitats integrades d'atenció a infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals. Aquest model situa les necessitats i especificitats dels menors al centre de les intervencions, de forma que totes les actuacions en que hagin de participar com a víctimes de la violència sexual tindran lloc sota el mateix sostre, a instal·lacions dissenyades i preparades per generar un entorn amigable, al qual seran ateses per equips multidisciplinars i especialitzats, seguint les pautes i estàndards de la Xarxa Promise.

Les actuacions dins del projecte Barnahus estan enfocades a reduir el nombre d'avaluacions i entrevistes. Entre les seves funcions es troba la promoció del suport a l'exploració judicial i la prestació de l'atenció a l'infant per professionals especialitzats (policies, metges forenses, metges, equip d'assessorament tècnic penal, psicòlegs, etc.) en un entorn acollidor, de forma multidisciplinar i amb perspectiva victimocèntrica. Altres de les funcions de l'estratègia Barnahus consisteixen en informar, assessorar i acompanyar a les víctimes d'abús sexual infantil (endavant ASI) i les seves famílies, i la gestió interdepartamental dels casos per garantir la coordinació dels diversos professionals a cada intervenció.

En aquest projecte els i les professionals de la medicina forense formen part dels serveis mèdics, juntament amb els i les professionals de la pediatria i de la

ginecologia, amb l'objectiu de dur a terme les exploracions pediàtriques i medicoforenses.

L'acord de govern pel qual es defineix el servei públic de la unitat integrada d'atenció a infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals (Acord Gov/72/2024, de 26 de març) recull tant els objectius del servei com les seves funcions i l'organització. És en aquest darrer aspecte on l'acord de govern recull les competències de cadascun dels departaments implicats i on, per tant, queden recollides les funcions pròpies de la medicina forense.

En el cas de violències sexuals contra NNA caldrà diferenciar la intervenció dels i les metgesses forenses en dues situacions: la sospita de violència sexual aguda o recent (durant les primeres 72h i fins a 7-10 dies segons el cas) i la sospita de violència sexual no aguda.

En el primer supòsit, de violència sexual aguda, la intervenció medicoforense es durà a terme al servei d'urgència on s'hagi notificat el cas, conjuntament amb els equips de salut corresponents. Les condicions i característiques que ha de tenir aquesta intervenció han estat descrites a la secció corresponent a les intervencions de guàrdia.

En el segon cas, la intervenció dels i les professionals de la medicina forense tindrà lloc pròpiament a les instal·lacions de la Barnahus. Aquesta serà una intervenció programada i coordinada amb professionals del Departament de Salut, integrants dels Equips Funcionals d'Experts (EFE, dotats d'especialistes en pediatria, ginecologia, psicòlegs i treballadors socials). En aquest supòsit, seguint les indicacions de l'acord de govern, la intervenció estarà dirigida a l'exploració mèdica per tal d'identificar les possibles seqüeles físiques derivades de la violència sexual. Per a la detecció de seqüeles i indicadors físics de maltractament serà necessària una exploració física completa, així com l'exploració de les àrees d'accés sexual (d'acord amb els fets que s'hagin relatat). En aquest moment, si han passat més de 72h queda descartada la recollida de mostres per a anàlisi forense.

Tanmateix, el document contempla la competència d'elaborar els informes pericials sol·licitats per les autoritats judicials o el Ministeri Fiscal, context al qual la nostra intervenció pot ser requerida per informar no només sobre la vessant física de la violència sexual, sinó també sobre la repercussió a la salut mental ja que, de la mateixa manera que als adults, no només és important caracteritzar l'impacte, sinó traduir-lo en termes que facilitin el seu rescabament.

La intervenció dels i les professionals de la medicina forense dins l'estratègia Barnahus pot tenir lloc en casos que es trobin judicialitzats, però també en casos en què la violència encara no s'hagi denunciat, configurant una actuació "extrajudicial". En aquest segon supòsit, l'actuació medicoforense estarà dirigida a la identificació de troballes derivades de la violència sexual de la forma més precoç possible i a la preservació d'indicis, documentant la informació que, en futur, pugui ser utilitzada en cas de judicialització.

Tant per a la valoració de seqüeles físiques com per a la valoració de l'impacte a la salut mental serà imprescindible examinar tota la documentació mèdica disponible, així com la documentació lligada al seguiment i intervencions psicosocials, i a les intervencions terapèutiques efectuades.

Atès que el focus de l'estratègia passa per evitar la repetició innecessària del relat sobre els fets, serà necessari reduir el nombre d'entrevistes que els NNA hagin de fer. Aquesta circumstància exigeix, per tant, la coordinació entre els diversos operadors, amb la finalitat de dur a terme exploracions conjuntes, de caràcter multidisciplinar, que permetin recollir el màxim d'informació possible de forma simultània. Concretament, en el cas de l'avaluació de l'impacte sobre la salut mental pot ser necessari establir la coordinació amb els professionals de l'EATP (Equips d'Assessorament Tècnic Penal).

Tot plegat, i de la mateixa manera que en el cas de víctimes en edat adulta, es fa necessari efectuar l'abordatge des del coneixement de l'impacte del trauma, i des del coneixement de les especificitats pròpies del seu desenvolupament a la infantesa. Aquests aspectes es recullen tot seguit al punt 5.2.

5.2. Avaluació de l'impacte del trauma.

La valoració de l'impacte del trauma en infants i adolescents mereix una especial atenció i dedicació, atès que té unes peculiaritats diferents de l'impacte en els adults, tant per les seves característiques com per les seves conseqüències a curt, i més especialment a llarg termini.

Els principis bàsics de la fisiopatologia del trauma han estat descrits a la secció d'adults, i són aplicables també als infants. Però en el cas de nens i nenes cal conèixer també els factors que els hi són específics.

Quan un infant pateix un episodi de violència sexual, hi ha una sèrie d'elements que poden influir a la evolució del infant tant en sentit positiu (com a element de protecció) com en negatiu (com a element de pitjor pronòstic) i que haurem de tenir en compte quan hàgim de dur a terme la seva exploració. El context sociofamiliar actuarà com a xarxa de protecció i contenció, però també pot actuar com a factor de risc en casos de desatenció o bé per la seva intervenció directa en l'abús. El fet que l'agressor formi part del nucli familiar/entorn més proper té implicacions diverses: el nucli deixa de ser el marc de seguretat per a l'infant, la qual cosa pot comportar alteracions en el seu sistema intern de creences, així com alteracions en el desenvolupament del vincle/aferrament. També comporta dificultats per identificar la conducta de l'abusador com a violenta, i més dificultats a l'hora d'identificar-se com a víctima.

En l'extrem de la resposta davant el trauma es poden produir alteracions en el desenvolupament de la personalitat, al qual jugaran un paper important els elements de vulnerabilitat prèvia al fet traumàtic: entre ells trobarem l'estat maduratiu de l'infant, la presència de patologia de base (psiquiàtrica o neurològica), la diversitat funcional i l'ambient sociofamiliar desestructurat. Una altra possibilitat a l'extrem de resposta traumàtica és el desenvolupament del TEPT complex.

5.3. Aspectes a tenir presents per l'avaluació forense.

La tasca medicoforense es desenvolupa en unes condicions que poden resultar victimitzadores; per tal de reduir la influència negativa de la nostra intervenció

serà bàsic i imprescindible que l'entrevista sigui efectuada amb el màxim d'informació sobre els fets denunciats per evitar interrogar directament a l'infant sobre els mateixos. Tenim al nostre abast fonts d'informació alternatives per fer-ho, com l'expedient judicial amb l'atestat; és altament recomanable sol·licitar també al jutjat la visualització de la prova preconstituïda mitjançant el sistema Arconte. https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Gu%C3%ADa_buenas_pr%C3%A1cticas_web.pdf

L'eina fonamental de la intervenció serà l'entrevista clínica (adaptada a les característiques, edat i necessitats de l'infant), juntament amb l'exploració psicopatològica, amb les que caldrà explorar totes les esferes de funcionament per identificar si hi ha afectació d'alguna d'elles. Necessitarem també informació que no vingui directament del NNA, perquè hi haurà molts casos que, sigui per l'edat de l'infant, per situacions de diversitat funcional o per altres motius, aquesta informació directa serà insuficient. Serà imprescindible, llavors, aconseguir informació de totes les fonts que envolten al NNA. Els pares/tutors legals són una de les principals fonts d'informació, tot depenent de si la persona investigada en aquest afer és un dels progenitors (situació en que caldrà interrogar l'altre). En tot cas, la informació que es busca és el comportament del menor a casa en els últims temps: si ha hagut canvis destacables en el compliment de les normes a casa, a les rutines diàries, a la son o pèrdua de habilitats adquirides/regressions.

L'escola és una altre font important d'informació: si ha hagut canvis respecte del comportament anterior als fets (si és que en aquell moment es coneixen, ni que sigui de forma aproximada, les dates); canvis al llarg del curs escolar que puguin considerar-se destacables; canvis a la relació amb els seus iguals o amb companys de cursos superiors, o amb els seus mestres i adults referents a l'escola, i canvis en el rendiment escolar.

Psicòlegs i/o psiquiatres també seran d'ajuda amb aquesta informació. Molt probablement, per quan se'ns demani fer una valoració de l'impacte, el menor ja haurà passat, o estarà en procés de tractament psicoterapèutic pel corresponent professional de salut mental. La documentació vinculada al procés assistencial que s'hagi seguit serà de molta utilitat, tant si hi ha

diagnòstic, com per valorar la evolució que hagin presentat amb el tractament i, conseqüentment, per estimar el pronòstic.

5.4. L'anamnesi amb NNA.

5.4.1. Consideracions respecte de les especificitats dels infants.

Per dur a terme una entrevista a un NNA s'ha de tenir en compte que element determinant és l'edat. No és el mateix interrogar a un nen d'educació infantil que un de primària o un adolescent; en definitiva, cada NNA es troba en un nivell evolutiu diferent.

5.4.1.1. Diferències evolutives a l'adquisició de la cognició:

Podem veure les diferències segons les edats dels infants i adolescents quant a llenguatge, coneixements, comprensió i memòria segons estableixen Bravo, Guil et al. AJUDA'M A EXPLICAR-HO (2023), Acosta i Moreno (2007), Juarez i Sala (2011) beca cefje, Lamb, La Rooy et al. (2011) i Garcia i Delval (2019).

- *Els infants de 3 a 5 anys* presenten un pensament i llenguatge egocèntric. La seva habilitat de narració ha millorat, s'implica en diàlegs llargs i mostra avenços en els aspectes socials del discurs. Poden expressar frases negatives. Comprenen i recorden detalls d'una història, poden anticipar. Comprenen el quan i el com, i el 100% de la seva parla és intel·ligible. Ara bé, encara tenen dificultat per distingir allò que és correcte d'allò incorrecte o tenen encara el pensament màgic (creure que els seus pensaments són suficients perquè les coses passin).
- *Dels 5 als 7 anys* poden iniciar nous temes de conversa i responen als aclariments que demana l'interlocutor. També poden interpretar estats d'ànim en els altres. El vocabulari expressiu disposa d'unes 500 paraules i poden definir-les. Comprenen instruccions verbals llargues, paraules descriptives i conceptes numèrics.
- *Els infants de 7 a 9 anys* comencen a fer un ús del llenguatge per establir i mantenir un estatus social; hi ha un increment de la presa de perspectiva de l'altre, augmenta amb èxit la persuasió. Poden fer aclariments conversacionals per definir termes i oferir informació

adicional, a la vegada que mantenir converses sobre temes concrets i entendre el punt de vista de l'interlocutor. Hi ha també un increment de la capacitat per produir llenguatge figuratiu i comprenen que algunes paraules poden tenir més d'un significat. En aquest període és quan comencen a sorgir les habilitats metacognitives (capacitat de les persones per reflexionar sobre els seus processos de pensament i la manera en què aprenen).

- *La franja dels 7 als 11 anys* comporta un avenç exponencial a l'evolució de l'infant/preadolescent, ja que es comença a desenvolupar l'etapa en què adquireixen una major capacitat per estructurar les seves idees i desenvolupen un millor pensament lògic, racional i operatiu. Desenvolupen, entre d'altres, habilitats com seriar (capacitat per establir un ordre entre elements que es puguin comptar) o la transitivitat (capacitat de trobar la relació existent entre dos elements, que permet relacionar idees). Tot i que ja poden començar a expressar arguments i a analitzar situacions, encara tenen dificultats per tenir en compte les necessitats de les altres persones. Per tant, les seves decisions són preses pel propi interès (per evitar-ne les conseqüències negatives o obtenir-ne guanys).
- *Entre els 9 i els 12 anys* els infants/preadolescents ja poden presentar alternatives a una situació concreta, comencen a entendre el llenguatge metafòric, la ironia i els refranys. Cap als 10 anys ja poden parlar de temes abstractes o sobre temes que podrien haver passat (fan inferències).
- *Entre els 12 i els 14 anys* ja poden comprendre situacions ambigües i fer un major ús abstracte de les paraules i major coneixement de les definicions. Ja poden analitzar la situació i entendre'n millor les conseqüències.
- *En la franja dels 15 als 18 anys*, els adolescents presenten un increment de l'ús del llenguatge amb finalitat social amb un increment de l'argumentació. Hi ha hagut una evolució qualitativa en les capacitats cognitives dels adolescents amb l'aparició de noves formes de pensament com són la capacitat d'analitzar el conjunt, plantejar

hipòtesis, fer ús de la lògica proposicional o combinar les parts per obtenir el resultat que millor s'adapti a les seves necessitats. Alhora, els adolescents han de desenvolupar l'autoestima, l'autonomia, la identitat, l'adquisició de valors, entre d'altres, aprofitant aquestes noves habilitats cognitives.

5.4.1.2. La memòria: capacitats i limitacions

A l'hora d'afrontar una exploració forense amb NNA no només és necessari conèixer el procés de desenvolupament del llenguatge, també cal conèixer el desenvolupament de la memòria. El factor determinant de la capacitat de memòria d'un infant és l'edat. A mesura que creixen tenen cada vegada més capacitat per recordar les seves experiències durant períodes més llargs de temps: infants de 3 a 6 anys poden recordar detalls d'un fet fins a un any després, entre els 7-8 anys podien recordar fets de fa dos anys. S'ha de tenir present que els infants més petits oblidaran més ràpid que infants més grans; és important saber, també, que els infants menors de 3 anys tenen la seva capacitat de recordar lligada a l'adquisició del llenguatge, per la qual cosa recuperar records previs a l'inici de la comunicació verbal és pràcticament impossible (Lamb, La Rooy et al., 2011).

Tot i els estudis realitzats, encara no s'ha pogut aclarir si l'estrès pot influir de forma positiva o negativa en la memòria dels infants, amb resultats que suggereixen que pot comportar dificultats o incapacitat per recordar, i resultats que apunten a que pot actuar potenciant el record (Lamb, La Rooy et al., 2011) i (Juárez i Sala, 2011). El que sí se sap és que el record d'un esdeveniment estressant o traumàtic està subjecte a les mateixes pautes de codificació, emmagatzematge i recuperació que els records de successos irrellevants, cosa que vol dir que, pel fet que un fet viscut sigui traumàtic, els infants no tenen perquè recordar-lo amb més detalls i que tots els records es poden contaminar (Lamb, La Rooy et al., 2011).

Per això, no podem esperar que els infants recordin amb gran nombre de detalls les interaccions amb l'agressor, especialment si les interaccions van ser breus, confuses i van passar fa molt de temps. Els estudis indiquen que, en

realitat, recordem molt menys del que es pot pensar i que la quantitat d'informació que podem recordar també depèn de la rellevància de les experiències. Esdeveniments viscuts en primera persona i entesos per l'infant, o que estiguin prèviament familiaritzats amb ells (és a dir, si han viscut experiències prèvies similars), seran millor recordats (Lamb, La Rooy et al., 2011) i (Juárez i Sala, 2011).

Pel que fa a l'oblit dels records, s'ha vist una pèrdua ràpida en els primers dies, per després mantenir-se estable la quantitat d'informació recordada.

5.4.2. Anamnesi.

És necessari un ambient adequat i conduir l'entrevista de forma que els nens i nenes se sentin còmodes i puguem arribar a empatitzar amb ells. És molt important explicar-los d'entrada, amb claredat i de forma entenedora el motiu de l'entrevista. D'aquesta manera, és menys probable que els infants no arribin a explicar tot el que saben per no haver conegut les intencions de l'avaluador (Lamb, La Rooy et al., 2011).

Un exemple d'entrevista forense és el protocol d'entrevista d'investigació estructurada de NN víctimes i testimonis (protocol NICHD). Aquest model d'entrevista forense, pensat per l'obtenció de la declaració dels NNA, permet millorar la qualitat, quantitat i precisió de la informació així com minimitzar el risc de contaminació del relat del infant (Lamb, La Rooy et al., 2011) i (Lamb, Brown et al., 2018). La primera part de l'entrevista descriu com establir el rapport entre entrevistador i entrevistat i ens pot servir de guia i ajuda per a les nostres exploracions. Altres formes d'entrevista, com la proposada per Juárez i sala (2011) poden ser també vàlides sempre que permetin establir un clima d'empatia, confiança i de control de la suggestibilitat.

Les passes a seguir seran, en primer lloc, presentar-nos amb el nostre nom i la nostra funció. Ens preocuparem pel benestar de l'infant preguntant-li al menor si necessita quelcom. A continuació farem una breu explicació sobre la feina que fem amb els infants i/o adolescents i aprofundirem en el concepte de veritat

i la importància de dir-la, tant per part de l'infant com de nosaltres, els entrevistadors, reforçant les respostes correctes.

En qualsevol cas, cal tenir molt present també que la valoració del trauma no és una entrevista en la qual hem d'esbrinar o interrogar sobre els fets. No iniciarem l'entrevista preguntant «Què t'ha passat?» (aquesta informació s'haurà obtingut prèviament en llegir la denúncia, l'atestat i la resta de documentació relativa als fets que es trobi a dins el procediment judicial). El que ens interessa és saber és com estan, com estaven abans dels fets i abans de la denúncia, com era la seva vida, com ha estat la seva vida després dels fets i de la denúncia, i com han evolucionat fins al moment de la realització d'aquesta entrevista a fi d'identificar quins canvis s'han anat produint en la vida de la víctima arran de l'episodi o episodis viscuts.

A les entrevistes és preferible no utilitzar un llenguatge i vocabulari que superi les habilitats cognitives de l'infant o de l'adolescent, ja que es pot generar una situació estressant derivada del fet de no entendre el que se li pregunta, que, alhora, podria comportar que la informació obtinguda no sigui correcta.

De forma general, els infants tenen més dificultats per a la recuperació dels records que els adults, motiu pel qual necessiten de més apunts o paraules clau per produir el relat dels seus records.

Si en algun moment cal parlar dels fets viscuts, sigui perquè són necessaris per entendre l'estat emocional de la víctima, o perquè la mateixa víctima comença a parlar sobre ells, es poden interrogar, però sempre amb la mateixa cura amb què s'ha anat conduint l'entrevista fins a aquell moment, limitant les preguntes al fet narrat per la víctima i donant-li l'espai i temps suficients per poder expressar-se com millor pugui o vulgui.

Utilitzarem preguntes obertes, o si cal, amb invitació, “¿què, quan, com?” intentant no fer servir preguntes amb opció de resposta múltiple o preguntes de sí/no. En cas que no hi hagi altra opció que fer-les servir, a continuació caldria plantejar preguntes obertes per aclarir la informació.

Començarem llavors a construir el «*raport*» pròpiament dit. Volem que l'infant ens expliqui coses sobre ell, coses que li agraden fer, que digui quines són i les descrigui. També preguntarem sobre coses que no li agraden o no l'han fet sentir bé, però que no tinguin a veure amb els fets. Ara bé, si el menor espontàniament comença a explicar en aquest moment els fets, el deixarem fer.

Si durant aquesta fase inicial, a l'infant li costa contestar a les preguntes o es posa nerviós, un element facilitador de la relaxació és donar-los paper i colors perquè facin algun dibuix (mai, però, relacionat amb els fets que han motivat la present exploració). Si, tot i els intents, no s'aconsegueix que l'infant accedeixi a parlar, la millor opció serà posposar l'exploració per a un altre dia en que es trobi més còmode i sigui més receptiu.

Quan l'infant se senti prou còmode i vagi contestant aquestes preguntes es pot anar aprofundint sobre els seus sentiments actuals i passats. L'avisarem de que canviem el tema de conversa per començar a parlar de com es troba després dels fets que va haver de patir, com ho ha viscut des de que va succeir.

No deixarem de reforçar el seu comportament i valentia per parlar de coses que els afecten. Finalitzarem l'entrevista parlant de temes neutres i agraiem l'esforç realitzat.

En el cas d'adolescents, depenent de l'edat podem, o bé fer servir les mateixes eines emprades per als infants o fer l'entrevista que habitualment fem servir amb els adults. És important tractar-los com a adults i que sentin que ho estem fent, però sense oblidar que no ho són.

5.4.3. Exploració psicopatològica.

Tenim un ampli ventall de símptomes que ens poden orientar cap a l'estat emocional de l'infant o adolescent. El primer que s'ha de tenir clar és davant de quina situació i quina víctima ens trobem. No serà el mateix una víctima que hagi patit violència sexual recent, ja sigui aguda o crònica de curta durada, que una víctima que n'hagi patit ja fa un cert temps (anys), que hagi sigut de llarga

durada o per un referent afectiu però que encara no ha arribat a l'edat adulta. D'altra banda, la simptomatologia també pot ser diferent entre un infant i un adolescent.

5.4.3.1. Variables que influeixen a l'aspecte emocional de l'ASI:

És necessari també conèixer quines són les variables que influeixen en l'impacte emocional a l'ASI:

- Perfil individual, en el qual trobem l'estabilitat psicològica, l'edat, el sexe i el context familiar.
- Característiques de l'acte abusiu: Freqüència, severitat, existència de violència o amenaces, cronicitat, etc.
- La relació existent amb l'abusador. En aquest cas no és tan important el grau de parentesc com el grau d'intimitat emocional que hi ha entre la víctima i l'agressor. Com més gran sigui el grau d'intimitat, l'impacte serà més gran. Un altre element que també influeix és la diferència d'edat: a major edat de l'agressor la vivència sol ser més traumàtica que en el cas d'agressors adolescents.
- Les conseqüències associades al descobriment de l'abús. El suport parental, creure al NNA (en especial les mares), és clau per a una tornada a la normalitat, o per la recuperació del nivell d'adaptació general previ a la declaració.
- Situacions addicionals, derivades de la revelació de l'abús també poden afectar en gran mesura l'estabilitat emocional de la víctima: trencament de la parella, i secundàriament del nucli familiar. També la participació en el procediment judicial i la victimització secundària poden empitjorar aquesta estabilitat.

La gravetat de les seqüeles es trobarà en funció de la freqüència i duració de l'experiència, l'ús de la força o amenaces, l'existència de l'acte violent i la relació amb l'agressor. A tall d'exemple, un abús crònic i intens per un referent afectiu generarà un major sentiment d'indefensió i vulnerabilitat i per tant una més que probable aparició de símptomes greus.

5.4.3.2. Infants:

De forma general, es pot dir que en els nens predominaran el fracàs escolar i dificultats específiques de socialització, així com comportaments sexuals agressius.

En el cas dels infants, bona part dels símptomes estaran en relació a les seves etapes evolutives, presentant-se en forma de retrocés de les fites aconseguides (aparició d'enuresis nocturna quan ja tenia control complet dels esfínters, per exemple). També podem trobar encopresis, mals de cap, mals d'estómac, ansietat (en forma de irritabilitat), retraïment. Ara bé, potser el signe més important i suggestiu d'un episodi de violència sexual en aquestes edats infantils és la conducta sexualitzada, un comportament sexual del tot inapropiat per a l'edat de l'infant (Cantón i Cortés, 2015).

En el cas dels infants en etapa escolar, a banda dels que ja hem nomenat, s'hi poden afegir altres problemes externalitzants (per exemple, agressions i problemes conductuals), trastorns dissociatius, problemes en las relacions amb els iguals, baix rendiment escolar i desregulacions en ells nivells de cortisol i altres trastorns psicobiològics causats per una desregulació de l'eix hipotalàm-hipofisari-adrenal. Són freqüents també els sentiments de culpa i vergonya.

En alguns casos, en un primer moment, pot semblar que no hi ha afectació derivada de la violència sexual, però hi ha molts nens i nens que pateixen una dissociació, fet que els permet seguir amb la seva vida tot i la violència sexual que estan patint (Pereda 2023). Aquesta dissociació es produeix quan l'estrès de la situació viscuda supera la tolerància de l'infant víctima d'aquests fets, i pot provocar amnèsia o discontinuïtat en les memòries (Juárez i Sala, 2011).

Un aspecte a tenir en compte, quan l'agressor és un progenitor, pot ser el desenvolupament d'un vincle desorganitzat o insegur entre l'infant i els pares (teoria del vincle). Segons Pereda (2023), aquest s'ha associat a la desregulació emocional i aquestes dues variables s'ha vist que influeixen en el desenvolupament dels símptomes dissociatius.

En els infants cal considerar les dificultats per l'autoreconeixement com a víctima en el moment de l'exploració, i tenir present que la consciència d'haver estat víctima d'ASI pot arribar a l'edat adulta, i que, per tant, serà el moment en què l'impacte podria materialitzar-se. Aquesta seria una possibilitat que el nostre informe de valoració de l'impacte hauria de recollir com a dany previsible (efectes dorments o també «*sleeper effects*» (Cantón i Cortés, 2015).

5.4.3.3. Adolescents:

A l'adolescència també es poden presentar els símptomes descrits prèviament als infants, i en noies també poden aparèixer alteracions conductuals, sobretot si han estat sotmeses a abús sexual amb penetració, predominant conductes de risc per a sí mateixes com ara fugides de casa, consum abusiu d'alcohol i altres drogues, promiscuïtat sexual, autolesions, i fins i tot, temptatives de suïcidi.

L'existència de patologia prèvia ens obligarà a fer un esforç per determinar l'origen de la simptomatologia que estem veient.

A sota podem veure un quadre de Echeburúa y Corral (2006), on queden recollits els principals símptomes i les etapes evolutives en les quals es poden produir les conseqüències a curt termini.

Taula 2. Síntomes per etapes evolutives.

Tipus d'efectes	Síntomes	Període Evolutiu
Físics	Problemes de son (malsons)	Infància i adolescència
	Canvis als hàbits alimentaris	Infància i adolescència
	Pèrdua del control de los esfínters	Infància
Conductuals	Consum de drogues o alcohol.	Adolescència
	Fugides de la llar	Adolescència
	Conductes autolesives o suïcides	Adolescència
	Hiperactivitat	Infància
	Baix rendiment acadèmic	Infància i adolescència
Emocionals	Por generalitzat	Infància

Tipus d'efectes	Síntomes	Període Evolutiu
	Hostilitat i agressivitat	Infància i adolescència
	Culpa i vergonya	Infància i adolescència
	Depressió	Infància i adolescència
	Ansietat	Infància i adolescència
	Baixa autoestima i sentiments d'estigmatització	Infància i adolescència
	Rebuig del propi cos	Infància i adolescència
	Desconfiança i rancúnia cap els adults	Infància i adolescència
	Trastorn d'estrès posttraumàtic	Infància i adolescència
	Trastorn d'estrès posttraumàtic complex	Infància i adolescència
Sexuals	Coneixement sexual precoç o inapropiat per a la seva edat	Infància i adolescència
	Masturbació compulsiva	Infància i adolescència
	Excessiva curiositat sexual	Infància i adolescència
	Conductes exhibicionistes	Infància
	Problemes d'identitat sexual	Adolescència
Socials	Dèficit en les habilitats socials	Infància
	Retraïment social	Infància i adolescència
	Conductes antisocials	Adolescència

Font: Adaptació pròpia.

5.4.3.4. Proves complementàries:

Per aprofundir en aspectes de personalitat i de simptomatologia adaptativa i posttraumàtica s'administren qüestionaris psicomètrics específics per aquestes edats, amb escales de control, d'utilitat a l'àmbit forense.

Actualment les proves més utilitzades són: SENA, instrument dirigit a la detecció d'un ampli espectre de problemes emocionals i de conducta, amb diferents versions segons la franja d'edat, que es mou entre els 3 i els 18 anys;

MACI-II, que és l'inventari clínic per a adolescents, i PAI-A que és d'utilitat per a l'avaluació de trets i símptomes de psicopatologia d'adolescents en diversos contextos.

5.4.3.5. **Seqüeles a llarg termini:**

Pel que fa a les seqüeles a llarg termini, o «*sleepers effects*», com ja hem comentat abans, se solen donar a la vida adulta. Ja es troben descrites a l'apartat de valoració en el cas de l'adult, per tant aquí farem una pinzellada en forma de taula de símptomes.

El seu possible desenvolupament implica que, a la valoració medicoforensa del cas, les haurem d'incloure a l'informe resultant, com a seqüeles previsibles que molt possiblement puguin aparèixer en la vida adolescent o adulta (depenent del moment de la vida de la víctima en que s'hagi fet la valoració).

Taula 3. Possibles seqüeles.

Tipus de seqüela	Símptomes
Físiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dolors crònics generals - Hipocondria i trastorns de somatització - Alteracions de la son (malsons) - Problemes gastrointestinals - Desordres alimentaris, especialment bulímia
Conductuals	<ul style="list-style-type: none"> - Intents de suïcidi - Consum de drogues i/o alcohol - Trastorn dissociatiu d'identitat
Emocionals	<ul style="list-style-type: none"> - Depressió - Ansietat - Baixa autoestima - Estrès posttraumàtic - Estrès posttraumàtic complex - Desconfiança i por dels homes - Dificultat per a expressar o rebre

Tipus de seqüela	Síntomes
	sentiments de tendresa i intimitat
Sexuals	<ul style="list-style-type: none"> - Fòbies o aversions sexuals - Manca de satisfacció sexual - Alteracions en la motivació sexual - Trastorns de l'activació sexual i de l'orgasme - Creença de ser valorada pels demés únicament pel sexe
Socials	<ul style="list-style-type: none"> - Problemes en les relacions interpersonals - Aïllament - Dificultats en l'educació dels fills

Font: Adaptació pròpia d'Echeburúa y Corral (2006)

5.5. Aspectes sobre l'elaboració de l'informe.

No podem oblidar incloure a l'informe els antecedents patològics, ni el resultat de l'exploració realitzada, així com les fonts consultades (entrevista amb els cuidador/es que acompanyen l'infant, i documental d'altres professionals).

És necessari recollir un subapartat, dins l'exploració psicopatològica, en relació a la vivència del trauma: es farà menció a la situació de la víctima en tot allò referent al malestar emocional i la seva evolució, així com la repercussió dels fets en les diverses esferes de la seva vida (social, acadèmica, laboral, sexual, familiar, etc.).

La valoració de les seqüeles requereix un apartat específic, que reculli tant l'afectació actual (sigui en forma de trastorn o en forma d'alteració psicològica), com la possibilitat de que es produeixi una modulació de la personalitat de base, o bé l'aparició de les seqüeles d'aparició futura que s'han indicat unes línies més amunt.

En tant que danys a la salut i psicosocials, la descripció de les seqüeles s'hauria d'acompanyar de la valoració del perjudici. Per aquesta valoració

podem recórrer al barem de la «Llei 35/2015, de 22 de setembre, de reforma del sistema per a la valoració dels danys i perjudicis causats a les persones en accidents de circulació», tot indicant que la seqüela s'ha seleccionat per analogia o assimilació. Caldrà incloure també els possibles perjudicis morals soferts tant per la víctima (p. ex. perjudici moral per pèrdua de la qualitat de vida) com pels membres del nucli familiar.

6. Intervenció medicoforense en casos de mutilació genital femenina

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la Mutilació Genital Femenina (MGF) com "tots els procediments que, de forma intencional i per motius no mèdics, alteren o lesionen els òrgans genitals femenins". Es considera doncs que la MGF és qualsevol procediment que impliqui extirpació parcial o total dels genitals externs femenins o altres lesions als genitals amb finalitat no terapèutica.

La MGF suposa una violació dels Drets Humans de les nenes i les dones. S'acostuma a dur a terme en nenes de 0 a 15 anys d'edat, per raons culturals o religioses, però també en dones adultes, en les quals pot mediar una situació de violència, intimidació, abús de confiança, superioritat o vulnerabilitat, aprofitant-se de l'estat mental de la víctima, de trobar-se aquesta privada de sentit o de tenir anul·lada la seva voluntat.

La Llei 17/2020 considera aquesta pràctica un tipus de violència masclista a l'àmbit social o comunitari, "encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona".

El Codi Penal tipifica la MGF com a Delicte de Lesions, art. 149.2: "El qui causés a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions serà castigat amb pena de presó de sis a dotze anys. Si la víctima fos menor o una persona amb discapacitat necessitada d'una protecció especial, és aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per un temps de quatre a deu anys, si el jutge ho considerés adequat a l'interès del menor o la persona amb discapacitat necessitada d'una protecció especial".

La reforma de la LOPJ de l'any 2014, confereix a l'Estat Espanyol facultats per jutjar delictes tipificats en el Conveni d'Istanbul, entre els quals es recull la MGF. El delicte es pot perseguir quan el procediment es dirigeix contra una persona espanyola, contra una persona estrangera que resideix habitualment a Espanya; i quan el delicte s'hagi comès contra una víctima que, en el moment

de la comissió dels fets, tingués nacionalitat espanyola o residència habitual a Espanya, sempre que la persona a la qual se l'imputa el fet delictiu es trobi a Espanya.

Finalment la LOGILS considera la MGF un tipus de violència amb impacte sobre la vida sexual de la dona; interpel·la als poders públics a establir i procurar la formació específica dels diferents professionals per a la prevenció, detecció o valoració d'aquest tipus de violència des de tots els àmbits; i estableix el dret a la indemnització de la víctima pels següents conceptes: dany (físic, psicològic, moral, social - entès com al dany al projecte de vida-) i tractament (terapèutic, social, de salut sexual i reproductiva).

6.1. Identificació del tipus de mutilació

L'OMS estableix, des de l'any 1995, 4 tipologies de MGF:

Taula 4. Tipologies mutilació genital femenina.

Tipus I- *Clitoridectomia*. Supressió del prepuci del clítoris, amb o sense supressió parcial o total del clítoris.

Tipus II- *Ablació / Escissió*. Supressió del clítoris amb extirpació total o parcial de llavis menors. Llavis majors intactes.

Tipus III- *Infibulació*. Escissió del clítoris, llavis majors i menors. Posteriorment se suturen d'ambdós costats de la vulva, deixant un petit orifici que permet la sortida de l'orina i la sang menstrual.

Tipus IV- *Altres tipus de procediments*, que impliquen l'extirpació parcial o total de genitals femenins, com ara: Punció, perforació, anellament o incisió del clítoris i/o dels llavis vaginals. Cosits o estretament del clítoris i/o els llavis vaginals i cauterització del clítoris i del teixit circumdant. Raspant del teixit que envolta l'orifici vaginal (talls de l'*angurya*) o talls de la vagina (talls del *gishiri*). Introducció de substàncies o d'herbes corrosives a la vagina per causar sagnat o amb la finalitat d'estrènyer el canal vaginal. Qualsevol altre procediment concordant amb la definició.

A continuació es representen esquemàticament els tipus I, II i III (figures 4, 5 i 6).

Figura 4. MGF Tipus I. Clitoridectomia.

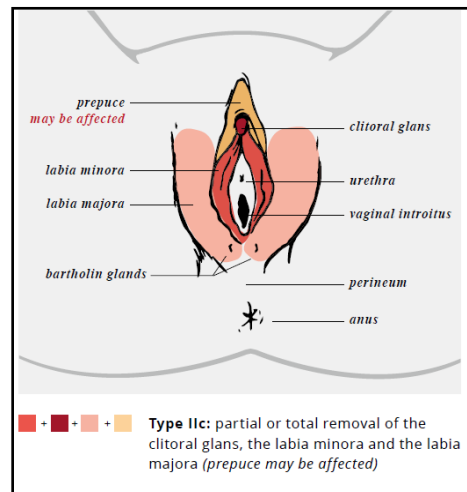
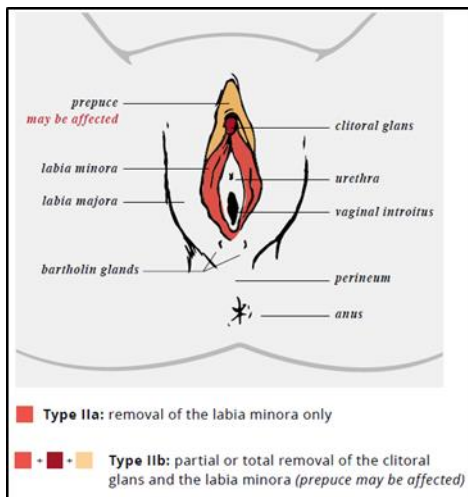
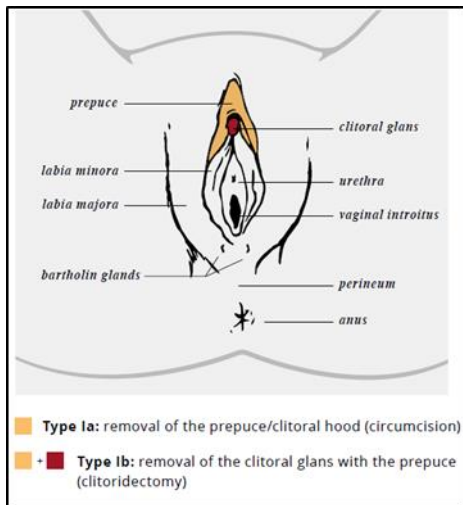
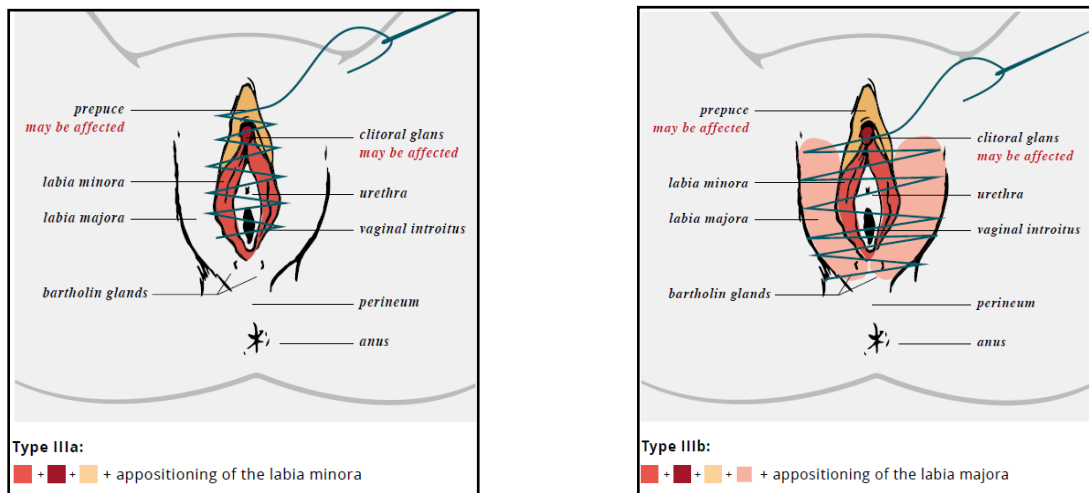


Figura 5 . MGF Tipus II. Ablació / escissió.

Figura 6. MGF Tipus III. Infibulació.



Font: Esquemes obtinguts de la publicació *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6.2. Conseqüències previsibles de la mutilació genital femenina.

La MGF és un procediment que no aporta cap benefici per a la salut i el benestar de les nenes i les dones. Ans al contrari, provoca danys en teixits sans, altera funcions fisiològiques i pot tenir conseqüències negatives esperables d'àmbit físic, psicològic, sexual i/o obstètric, que varien segons el seu estat de salut, la tipologia de la mutilació, les condicions higièniques en les que s'ha practicat, l'instrumental utilitzat i la destresa de la persona que l'ha realitzat.

Algunes de les conseqüències o complicacions esperables seran d'aparició immediata. I d'altres faran aparició a curt o llarg termini (OMS, 2013).

6.2.1. Conseqüències o complicacions esperables immediates.

- Hemorràgia, amb anèmia secundària.
- Dolor agut.
- Infecció (local o generalitzada en el tracte urinari, genital i/o reproductiu. Abscessos, úlceres, sèpsia, septicèmia).

- Retenció d'orina reflexa, a causa del dolor quan passa l'orina a través de les vores de la ferida o a la lesió del tracte urinari després del tall/secció.
- Xoc (hipovolèmic, sèptic).
- Mort causada per l'hemorràgia o la infecció.
- Impacte psicològic: tristesa, por, ansietat, sentiments de vergonya, terrores nocturns.

6.2.2. Conseqüències o complicacions esperables a curt i llarg termini.

6.2.2.1. Àmbit físic:

- Transmissió d'infeccions com el VIH, l'hepatitis o el tètanus, per l'ús d'instruments no esterilitzats.
- Infeccions genitourinàries recurrents.
- Dolor crònic: a nivell vulvar secundari a dany del teixit genital; a nivell pelvià per infeccions del tracte reproductiu; a l'orinar per obstrucció e infecció de tracte urinari.
- Dismenorrea i hematocolpos. La menstruació pot durar setmanes ja que l'orifici de sortida és molt petit, provocant retenció de sang que causa mala olor, infeccions vaginals, uterines i de l'aparell reproductor i, en ocasions, infertilitat.
- Flux vaginal anormal i/o prurit vaginal produït per infeccions cròniques del tracte genital.

6.2.2.2. Àmbit psicològic:

- Alteració o trastorns de l'estat d'ànim: depressió, ansietat.
- Trastorn d'estrès posttraumàtic.
- Trastorns psicossomàtics: trastorns alimentaris, alteració de la son, dificultats de concentració i aprenentatge.
- Alteracions conductuals en les menors, relacionades amb la pèrdua de confiança respecte les persones cuidadores i en elles mateixes.

6.2.2.3. Àmbit sexual:

- Disminució de la sensibilitat sexual que en molts casos provoca anorgàsmia.
- Disparèunia (major en MGF tipus III).
- Disminució de l'impuls/excitació sexual.

6.2.2.4. Àmbit obstètric. Relacionat amb l'embaràs, part i postpart:

- Les seqüeles ginecològiques (infeccions de tracte genital) poden persistir en el temps i produir esterilitat o infertilitat.
- Pèrdua d'elasticitat per la formació de queloides i quists dermoides a la cicatrització de la pell que dificulten el part.
- S'incrementen els esquinços perineals i les fístules en parts vaginals.
- Part distòcic. Perllongament del part amb increment del patiment fetal i fins a major risc de mort fetal o neonatal; augmenta la necessitat de part instrumentat i cèsaria.
- Perllongament de l'estança hospitalària postpart.
- En el postpart es poden produir hemorràgies per atonia i infeccions urinàries per retenció.

6.3. Opcions terapèutiques a la mutilació genital femenina. Maneig i tractament.

Hi ha dones que han patit MGF i sol·liciten recuperar l'anatomia i funcionalitat original dels genitals per diferents motivacions: recuperar la seva identitat com a dona, reparar l'estigma visible de la MGF, millorar la vida sexual o eliminar la disparèunia. En tots aquests casos, l'aposta a l'àmbit assistencial és l'abordatge integral per part de ginecologia i cirurgia plàstica, suport psicològic i teràpia sexual.

6.3.1. Abordatge psicosexual.

S'ha d'oferir un abordatge multidisciplinar a les dones afectades de MGF, que s'adapti als seus problemes sexuals i de salut derivats de la mutilació, així com

al seu context social i cultural. S'ha de donar suport psicològic, un entorn on la dona pugui expressar els seus desitjos, preferències i pors (a la marginació o exclusió familiar o comunitària) quan decideix sotmetre's a un tractament recuperador o reparador.

Des del punt de vista de la salut sexual s'ha de donar informació adequada, assessorament i teràpia sexual a les dones que ho sol·licitin. És imprescindible avaluar la vida sexual actual de la dona i les seves expectatives abans d'oferir-li el tractament personalitzat més adequat, sobretot en aquelles situacions en les que la MGF és asimptomàtica.

6.3.2. Opcions quirúrgiques.

La indicació d'un tractament quirúrgic ha de ser avaluada pels diferents professionals que formin l'equip mèdic i la dona, tenint en compte els objectius que es persegueixen i centrat en les expectatives.

Entre les tècniques quirúrgiques que més es realitzen hi ha:

- *La desinfibulació.* Consisteix en la realització d'una incisió que permeti obrir l'obertura vaginal tancada de la dona, que prèviament ha estat sotmesa a infibulació, la retirada d'adherències i de teixit cicatricial. Aquesta tècnica és necessària en els casos de MGF III, per permetre la higiene menstrual, el coit vaginal i el part vaginal.
- *La reconstrucció del clítoris.* Es realitza eliminant teixit cicatricial, recuperant la part interna del clítoris intern i col·locant-lo externament, en posició anatòmica. Amb aquesta cirurgia no sempre s'aconsegueix la plena recuperació de la sensibilitat a la zona afectada. El sistema sanitari públic garanteix la cirurgia reconstructiva de clítoris a totes les dones residents a Catalunya que han patit la mutilació genital femenina.

6.4. Intervenció medicoforensa en casos de mutilació genital femenina.

En aplicació de la legislació actualment vigent, quan es sospiti o es detecti un cas de MGF des de l'àmbit sanitari, educatiu, social o policial, els professionals d'aquests col·lectius tenen l'obligació de posar-ho en coneixement de l'autoritat judicial competent (Jutjat en funcions de guàrdia o Ministeri Fiscal).

La intervenció del metge/essa forense en aquests casos serà a requeriment de l'autoritat judicial i en relació a algun dels següents supòsits (Gallego i López, 2010).

- *Valoració del dany corporal.* Per a l'elaboració d'informe de lesions i seqüeles, a partir de la documentació mèdica de què es disposi sobre la víctima o previ reconeixement de la mateixa. Caldrà fer referència explícita al tipus de mutilació practicada així com les seqüeles físiques i psicològiques que es puguin objectivar o que es puguin preveure a curt o llarg termini.
- *Mesures judicials cautelars.* Davant les sospites, per part de familiars o professionals, per viatge imminent de la família al país d'origen on culturalment la MGF és una practica acceptada, com a mesura cautelar es pot acordar:
 - Revisió periòdica de la menor, per part del metge forense, a efectes de detectar possibles lesions derivades d'aquesta pràctica.
 - Procediment de desemparament preventiu - suspensió de pàtria potestat. Valoració psicopatològica dels pares de la menor per determinar la seva competència legal. Aquest extrem és de molt difícil valoració atenent a la influència de factors socioculturals i d'escassa percepció de riscos sobre la salut de la menor per part dels seus progenitors.
- *Autòpsia judicial.* En el cas de defunció d'una nena o dona en el context d'una MGF o a conseqüència de les seqüeles derivades d'aquesta. Seria preceptiva la intervenció del metge forense a efectes de dur a terme l'autòpsia judicial i establir les causes i circumstàncies de la mort,

essent d'especial interès dictaminar sobre el nexa de causalitat amb la MGF.

- *Praxi mèdica.* Elaboració d'informe medicoforensa en relació a la praxi mèdica de centres i professionals que hagin pogut realitzar aquesta pràctica en el nostre país.

6.5. Protocol·lització de l'exploració medicoforensa en casos de MGF.

El protocol d'actuació medicoforensa en els casos de MGF és un document guia que descriu, de forma detallada, l'activitat que es durà a terme per a la valoració del dany corporal d'aquesta víctima, així com les especificitats que poden ser necessàries.

6.5.1. Preparació.

6.5.1.1. Lloc de reconeixement:

És essencial disposar d'un lloc adequat, discret i tranquil per portar a terme el reconeixement. Cal aconseguir establir un clima de seguretat i confiança així com garantir la intimitat de la menor/dona i disposar dels mitjans materials necessaris. En aquest sentit, es recomana que les exploracions es duguin a terme, de manera preferent, en un entorn hospitalari i amb la participació de professionals especialitzats.

6.5.1.2. Actuació assistencial i pericial conjunta:

La possibilitat d'una actuació conjunta vindrà determinada per la forma en què es posa en coneixement els fets a l'autoritat judicial i la seva decisió. Per evitar duplicitats de reconeixements i victimització secundària, és preferible realitzar en un sol acte l'exploració assistencial (pediatria/ginecologia) i la del metge/essa forense.

6.5.1.3. Presència de persona de confiança durant l'examen:

Es recomana que en tot moment la víctima estigui acompanyada per una persona de confiança, que segons l'edat de la víctima o circumstàncies particulars pot ser: qui exerceix la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda, acolliment, assistència o treballadora de salut capacitada.

En cas de noies adolescents menors de 16 anys, cal respectar el seu desig si no volen que els pares estiguin presents. S'ha d'obtenir el consentiment explícit dels tutors per prosseguir amb l'examen, amb una altra persona assistent. En el context d'aquestes exploracions pot donar-se la circumstància que els tutors legals tinguin un interès contrari a l'exploració. Per aquest motiu, en cas de dubte o discrepància, es posarà en coneixement de l'autoritat judicial per tal que valori el nomenament d'un defensor judicial o adopti la decisió que correspongui en el millor interès de la menor o de la dona amb discapacitat.

6.5.1.4. Participació d'un intèrpret i/o mediador cultural:

En cada cas s'haurà de valorar si és necessària la presència d'un intèrpret o mediador cultural, preferentment una dona. Els familiars no seran vàlids per a aquest propòsit. És important que el professional que exerceixi aquesta funció no estigui a favor de la MGF i no influeixi d'acord amb les seves percepcions personals i/o prejudicis.

6.5.1.5. Informació prèvia al reconeixement:

Abans de començar el reconeixement cal presentar-se i explicar a la dona, nena i/o tutor legal quin és el motiu del reconeixement i en què consistirà, fent ús d'un llenguatge entenedor, en termes comprensibles, que s'adapti a la seva edat i nivell formatiu.

6.5.1.6. Consentiment informat:

Un cop facilitada la informació sobre l'objecte i pretensions de l'exploració, així com de les actuacions que es portaran a terme, s'ha d'obtenir el consentiment de la dona per iniciar el reconeixement. Si la víctima és menor d'edat, o presenta alguna discapacitat que l'impedeixi entendre, serà el seu tutor o representant legal qui prestarà el consentiment. En el cas que els interessos del tutor o representant legal entrin en conflicte amb els de la víctima es posarà en coneixement de l'autoritat judicial competent. Per més informació, revisar l'apartat 3.2.1.

6.5.2. Recollida de dades.

El moment de la recollida de dades ens ha de permetre establir un vincle de confiança amb la víctima. Cal fer us d'un llenguatge clar i col·loquial.

En el cas de menors d'edat o víctimes amb discapacitat, previ a la recollida de dades i sempre que sigui possible, s'ha intentar obtenir informació d'aquelles persones que han detectat les lesions o han plantejat la sospita del cas i/o revisar aquelles fonts documentals on s'hagi fet constar (informes mèdics assistencials).

6.5.2.1. *Anamnesi:*

- Dades de filiació: nom, edat, data de naixement, lloc de residència, curs escolar (menors, adolescents), activitat laboral, estat civil.
- Antecedents familiars que puguin ser d'interès.
- Antecedents personals patològics medicoquirúrgics, ginecològics, psíquics. Hàbits tòxics.
- *Anamnesi específica en relació a la MGF.* Pot ser un bon moment per preguntar sobre aquesta pràctica quan es recullen els antecedents quirúrgics o ginecològics. Cal que el to sigui neutre i evitar expressions verbals o no verbals de desaprovació, vergonya o disgust. Pot passar, en funció de l'edat de la dona, que ella no recordi aquest antecedent i/o els tutors legals no el vulguin explicar. Si l'antecedent és recordat i admès per ella podem demanar que expliqui com va viure l'experiència i quin és el seu estat actual, fet que ens serà útil per valorar l'impacte que ha tingut per ella a nivell físic, psíquic i sexual.

Exemples de preguntes relacionades amb MGF: Sap/s si ha/s patit algun tall o lesió a l'àrea genital?; Tens coneixement d'alguna pràctica cultural, ritual o procediment que hagi rebut a l'àrea genital?; Algunes dones/nenes de la teva comunitat o país han experimentat talls a l'àrea genital. Em pot dir si és el teu cas?; Com t'afecta actualment l'experiència d'haver patit talls/incisions a nivell genital?; Has experimentat algun problema físic o mental arrel d'aquesta pràctica?;

T'ha afectat la relació amb la teva parella? Com?; S'ha vist afectada la teva imatge corporal?; Creus que et podem ajudar d'alguna manera?.

6.5.2.2. Examen físic:

En cas de disposar d'un informe mèdic on es descriguin de forma suficient les lesions presentades i permeti donar resposta a les qüestions requerides pels tribunals, no serà necessari procedir a un nou examen físic per tal d'evitar una victimització secundària.

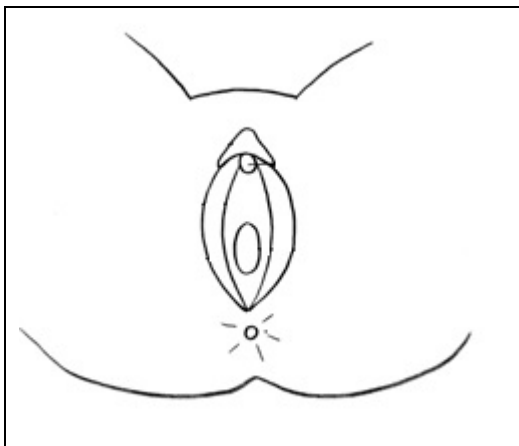
Si no és així, caldrà procedir a l'exploració de la víctima. S'aconsella començar amb una exploració general que faciliti establir un vincle de confiança amb la víctima, especialment en menors i adolescents, i, que alhora, permeti avaluar signes de maltractament i altres malalties. Posteriorment caldrà explorar la regió anogenital. És recomanable cobrir el cos de la persona i exposar només la zona que cal ser explorada en cada moment, evitant que la nena o dona estigui completament nua.

L'exploració es realitzarà seguint el següent ordre:

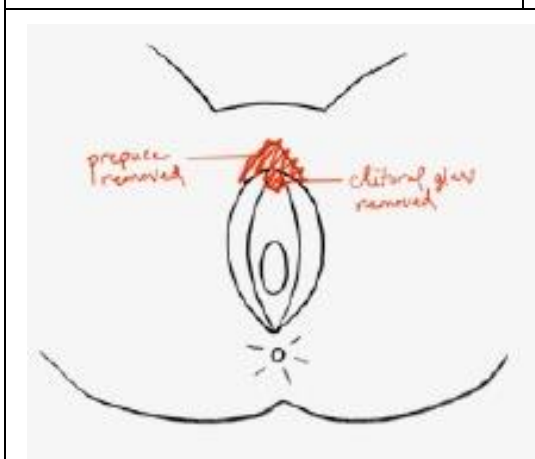
- *Exploració completa de la superfície corporal extragenital*, amb especial interès en les zones de resistència - defensa o subjecció (canells, avantbraços, turmells). Descriure localització, forma, mida (fent ús de testimoni mètric) i evolució d'eritemes, erosions, excoriacions, laceracions, hematomes, cremades o cicatrius.
- *Exploració paragenital*. S'inspecciona la part inferior de la paret abdominal, la regió interna de les cuixes i els glutis.
- *Exploració genitoanal*. En víctimes en edat pediàtrica o prepúbères es pot realitzar l'examen d'aquesta regió col·locant a la menor en "*posició de granota*". En la resta de casos el reconeixement es realitzarà amb la víctima en posició ginecològica. Es descriu l'existència de qualsevol tipus de lesió equimosi, esquinçament, abrasió, eritema, inflamació, infecció, extirpació, escissió o infibulació. Cal detallar la localització i tipus de les lesions, mida, període d'evolució i mecanisme de producció. Però també és important informar en el sentit contrari, si no s'objectiva cap tipus de lesió.

Si es desitja il·lustrar gràficament les troballes es poden fer servir esquemes o fotografies, però cal tenir en compte que no substituiran en cap cas la descripció escrita de les lesions objectivades per part del professional. Les fotografies que s'hagin pres, sobretot les que afecten a zones especialment íntimes, no s'aportaran a l'informe medicoforense. Es deixaran com a document adjunt a l'aplicatiu informàtic de la institució, fent constar a l'informe que s'han recollit, que es troben custodiades a l'IMLCFC, i que poden ser aportades a l'autoritat judicial en el moment en que aquesta ho consideri necessari (CMF, 2021).

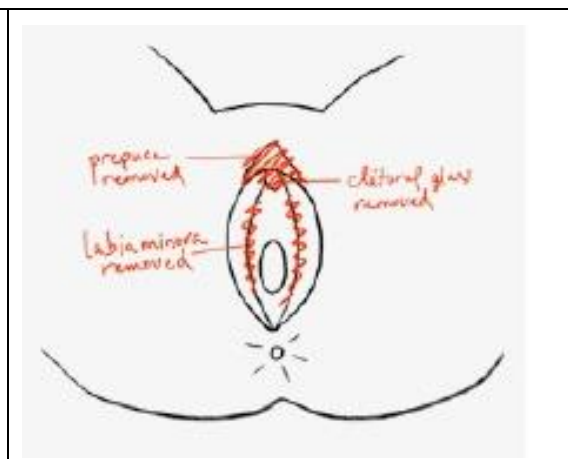
A continuació s'exposen algunes il·lustracions a mode d'exemple (WHO, 2018):



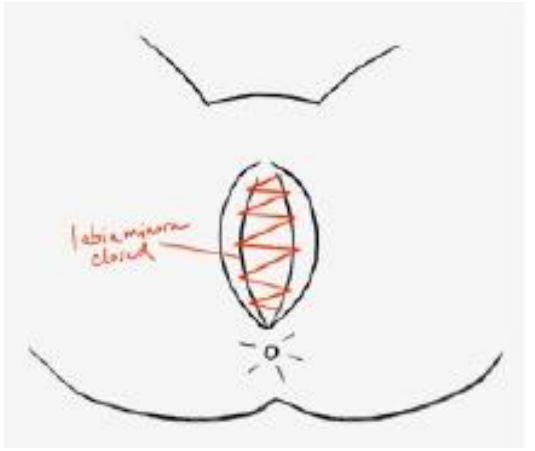
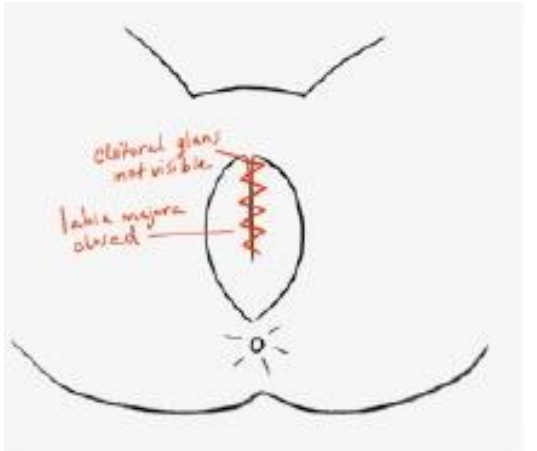
Il·lustració 1. Esquema gràfic bàsic (en blanc)



Il·lustració 2. Representació de la MGF tipus I: extirpació del clítoris i el seu prepuç



Il·lustració 3. Representació de la MGF tipus II: extirpació del clítoris, el seu prepuç i els llavis menors

	
<p>Il·lustració 4. Representació de la MGF tipus IIIa. Sutura dels llavis menors.</p>	<p>Il·lustració 5. Representació de la MGF tipus IIIb. Sutura dels llavis majors.</p>

Font: Il·lustracions 1 a 5 obtingudes de la publicació *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6.5.2.3. Examen psicopatològic:

El propòsit és determinar si estan presents símptomes psicopatològics o factors que comportin risc o vulnerabilitat (present o futura) i en quina mesura aquests deriven de la situació viscuda de mutilació. Cal tenir en compte que en el cas de menors, la dependència dels pares obliga a recollir informació a través d'ells, que poden ser subjectes implicats.

La informació recollida en el transcurs de l'exploració ha d'incloure: aparença física i desenvolupament maduratiu, el contacte, la manera de vincular-se amb pares, familiars i/o persones del seu entorn, consciència i orientació, l'autoregulació, l'afecte, l'estat d'ànim, emocions i sentiments (por, ràbia, vergonya, frustració en relació a la identitat femenina), el pensament (forma i contingut), la sensopercepció, el llenguatge i la comunicació, l'atenció, el nivell cognitiu, conductes motores (nivell d'activitat, coordinació, signes neurològics menors, presència de tics o estereotípies), l'adaptació social familiar i escolar, l'avaluació del control d'esfínters, l'alimentació i el son (insomni, dificultats per conciliar el son, malsons). Es pot realitzar una valoració de trets de personalitat

/ caràcter a partir de l'entrevista verbal, el joc o el dibuix (en menors) i si es creu convenient es poden practicar proves psicomètriques complementaries.

A les seccions 4 i 5 d'aquest document podeu trobar informació detallada sobre la valoració de l'impacte del trauma en infants, adolescent i adults.

6.5.2.4. Documentació mèdica / Revisió de la documental:

Cal revisar els informes mèdics disponibles i/o els informes addicionals procedents de l'escola, d'organismes o entitats especialitzades que hagin atès a la víctima amb caràcter previ al reconeixement, als efectes d'obtenir més informació del cas i/o valorar millor alguns apartats del reconeixement com ara les seqüeles.

6.6. Elaboració de l'informe forense de valoració del dany corporal en els casos de MGF.

L'informe forense en casos de MGF ha d'incloure, en primer lloc, una breu descripció sobre els fets que han motivat l'exploració i l'objecte del informe.

A continuació descriurem la metodologia que hem seguit per elaborar l'informe: documentació a la qual s'ha tingut accés (assistencial o d'altres professionals) i el reconeixement de la víctima.

Si es realitza reconeixement s'ha de fer constar lloc, data i hora, professionals que participen en l'exploració i persona/es que fan l'acompanyament. Deixarem constància escrita de l'obtenció del consentiment per part de la víctima o representants legals per portar a terme l'exploració i el reportatge fotogràfic (si el creiem necessari).

Si es realitza informe sense reconeixement, per estar les lesions suficientment acreditades, cal fer-ho constar de forma inequívoca.

A l'apartat de reconeixement medicoforense cal recollir les dades fruit de l'anamnesi, exploració física general i ginecològica en particular i l'estat psicopatològic de la menor/dona.

Respecte a les lesions físiques corporals caldrà descriure la seva localització, mida (fent us de testimoni mètric), evolució i mecanisme de producció.

Finalment, a l'apartat de conclusions s'informarà sobre l'existència o no de troballes compatibles amb MGF, seqüeles presents en el moment del reconeixement i seqüeles previsibles futures, la possibilitat de tractament mèdic o quirúrgic amb finalitat restauradora o reparadora (tractament terapèutic, social i de salut sexual i reproductiva) i l'existència o no de perjudici moral per pèrdua de qualitat de vida derivat de les seqüeles.

L'existència de troballes compatibles amb MGF s'informaran atenent a la classificació de l'OMS. A la pràctica, pot ser difícil determinar el tipus de MGF ja que l'alteració anatòmica de la morfologia genital femenina dependrà de la destresa de la persona que ha practicat la tècnica, els seus coneixements anatòmics, el tipus d'instrumental emprat i de l'estat de sedació (o no) de la víctima en el moment de portar-se a terme la intervenció. En aquests casos es recomana fer una descripció, el més acurada possible, de les estructures anatòmiques lesionades i el seu registre mitjançant esquema gràfic i/o fotogràfic.

En relació a les seqüeles presents al moment del reconeixement medicoforense o previsibles en el futur (immediat o llunyà) caldrà realitzar la seva descripció, fent referència a l'alteració anatòmica, funcional, estètica i psicoemocional que suposa per a la víctima. Atès que no disposem de barem específic per qualificar seqüeles derivades d'aquest tipus de delictes, es poden valorar per analogia amb les seqüeles recollides en la Llei 35/2015, de 22 de setembre, de reforma del sistema per a la valoració dels danys i perjudicis causats a les persones en accidents de circulació. A tall d'exemple:

Alteracions anatòmiques i/o funcionals:

- Clitoridectomia amb o sense anorgàsmia, extirpació parcial o total de llavis menors i/o majors ... per analogia --> *Desestructuració del penis (inclou disfunció erèctil) 30 - 40 punts.*
- Alteracions anatòmiques i/o funcionals relacionades amb l'aparell femení, inclòs el dolor crònic ... per analogia --> *Lesions vulvars o*

vaginals que impossibiliten el coit (segons repercussió funcional) 20 - 40 punts.

- Retenció d'orina reflexa per dolor i/o infeccions de repetició genitourinàries ... per analogia --> *Cistitis crònica 2 - 8 punts; Retenció crònica d'orina: sondatges obligats 10 - 20 punts.*

Alteracions psicoemocionals: És important realitzar una descripció detallada de tota la simptomatologia emocional que presenti la víctima i establir la seqüela per analogia amb:

- Trastorn neuròtic. Seqüela derivada d'estrès posttraumàtic (lleu, moderat, greu) 1 - 15 punts.
- Altres trastorns neuròtics 1 - 5 punts.
- Trastorns permanents de l'humor. Trastorn depressiu major crònic (lleu, moderat, greu) 4 - 25 punts
- Trastorn distímic 1 - 3 punts.
- Agreujament o desestabilització d'altres trastorns mentals 1 - 10 punts.

Perjudici estètic: Aquest s'entén com qualsevol deformitat o alteració de la imatge corporal que podem percebre a través dels sentits. El gran component subjectiu farà difícil la quantificació (lleuger, moderat, mitjà, important, molt important, importantíssim). Ens pot ajudar tenir en compte les característiques fonamentals del dany estètic per atorgar una puntuació: irregularitat física o alteració corporal externa; permanent; visible; que existeixi desfiguració morfològica de caràcter despectiu; que produeixi un patiment a la víctima sentit com un perjudici moral.

Perjudici moral per pèrdua de qualitat de vida: La pèrdua de qualitat de vida fa referència a les limitacions o impossibilitats per activitats essencials i/o activitats del desenvolupament personal derivades del conjunt de les seqüeles. Aquestes activitats queden recollides en els articles 51 i 54 de la Llei 35/15. Són considerades activitats del desenvolupament personal el gaudi o plaer, la vida de relació i l'activitat sexual, entre altres. En el cas d'apreciar l'existència d'aquest perjudici caldrà determinar la seva transcendència i graduar-lo (molt

greu, greu, moderat, lleu) seguint les recomanacions recollides en la llei per la seva qualificació.

7. Altres formes de violències sexuals

A banda de les violències descrites, se'n produeixen d'altres formes de les quals convé conèixer els mecanismes i les dinàmiques subjacents a fi d'entendre com operen i quins són els elements que haurem de tenir presents a l'hora d'avaluar l'impacte que se'n pugui derivar.

7.1. Violències sexuals en el marc de la parella

Sovint hi ha formes de violència que tenen lloc en el marc de la parella, que no són identificades com a tals i no són exposades a les denúncies ni emergeixen durant les investigacions, entre les quals es troben les violències sexuals. Hi influeixen, per exemple, factors culturals vinculats a la concepció de les relacions sexuals com a deures conjugals implícits al contracte matrimonial; també hi influeix el fet que, usualment, no s'empri la violència ni tampoc la intimidació per imposar les interaccions sexuals no desitjades, sinó una ampla gamma de mecanismes de coerció com la victimització del responsable, el xantatge emocional, l'amenaça amb la restricció de drets o el condicionament econòmic entre d'altres.

A l'àmbit de la violència de gènere, les conductes coercitives esdevenen una conducta clarament representativa d'aquesta violència, que té la seva gènesi en la relació de poder desigual que s'exerceix o s'intenta exercir per part de l'home sobre la dona.

El control coactiu en la violència de gènere ha estat àmpliament descrit per la psicòloga americana *Leonore E. Walker* com una forma de mantenir el domini sobre la parella, sent aquest control coactiu un element determinant a l'hora de la valoració de les seqüeles psicològiques d'aquest tipus de violència i que ella mateixa va descriure al *battered woman syndrome* (síndrome de la dona maltractada). La variabilitat d'aquests comportaments és extensa: es poden mostrar explícitament, com en el cas de les amenaces i la extorsió, però també en formes de tàctiques de pressió, insistència persistent, intimidació psicològica, manipulació i control, que erròniament podrien interpretar-se com comportaments de proximitat i amor associats als patrons de les estructures patriarcals i/o del amor romàntic. (Waldner et. al, 1999).

Al 2022 s'ha dut a terme un projecte d'investigació, becat pel CEJFE i desenvolupat per un equip integrat per metgesses forenses i per psicòloga de l'IMLCFC, per explorar la coerció sexual en una mostra de dones víctimes de violència de gènere, al qual s'hi descriuen tres estratègies bàsiques per a obtenir relacions sexuals no desitjades en l'àmbit de la parella, fonamentades en els estudis de *Goetz i Shackelford (2004, 2006)*:

- Manipulació del compromís: Qui exerceix la coacció-coerció sexual argumenta que, si hi ha afecte, i si realment existeix un compromís, l'altre ha de tenir relacions sexuals en funció del desig de la parella.
- Amenaça de desafecció: És una forma de xantatge emocional en la qual s'amenaça l'altre amb prendre-li l'afecte si no manté relacions sexuals.
- Manipulació de recursos: La negativa a mantenir relacions sexuals té conseqüències en els recursos econòmics, com per exemple retallant o amenaçant de no complir compromisos d'un altre ordre.

Per tant, el resultat de la coacció-coerció sexual sobre la víctima pot ser la seva participació no desitjada a qualsevol tipus de comportament sexual en el marc de la relació de parella. Podem trobar que la violència sexual estigui modulada per la relació interpersonal o bé que esdevingui una acció puntual en el context d'una relació deteriorada. De vegades, aquesta agressió pot suposar una senyal d'avís d'un risc de violència major.

Les violències sexuals en el marc de la parella, pel fet de produir-se en el sí d'una relació íntima comporta que presentin unes característiques especials pel que fa a la forma, l'impacte i les conseqüències (Goetz, Shackelford, 2006). Com a conseqüència d'aquesta forma de violència poden aparèixer respostes psicològiques de gran intensitat, inadequades, en aparença, amb el succés, a les quals el concepte de lesió puntual psicològica com a reacció enfront a un fet determinat queda desdibuixada.

Precisament per a subvertir aquesta realitat, la Llei Orgànica 10/2022 considera la violència sexual comesa per la parella o ex parella com una modalitat agreujada.

La minimització, l'ambivalència i la pèrdua de referència de les víctimes és un denominador comú en aquest tipus d'històries violentes. Quan les formes de violència emprades es presenten en forma de coacció, insinuacions o conductes subtils, resulta encara més imprecisa la seva identificació i possible valoració, sent en moltes ocasions de difícil identificació. A tall d'exemple, s'ha observat que les dones que han patit violència sexual en el context de la parella és menys probable que considerin aquesta experiència com una actuació violenta i en conseqüència, infravaloren la responsabilitat de la parella en aquests fets; en aquestes circumstàncies és més probable que mantinguin la relació amb l'agressor malgrat la violència (Jaffe *et al.*, 2021).

Així doncs, en el marc de les valoracions forenses integrals, caldrà explorar les violències sexuals comeses per la parella. Ateses les circumstàncies subjacents a aquesta forma de violència, especialment pel que fa a les dificultats per identificar algunes d'aquestes conductes com violentes, pot ser difícil que les víctimes s'expressin espontàniament sobre el tema, per la qual cosa serà necessari sondejar o preguntar activament. Precisament el projecte de recerca referenciat prèviament en aquest mateix apartat proporciona una proposta d'escala, com a recurs per complementar l'anamnesi i millorar l'obtenció de la informació relacionada amb l'existència de coerció sexual (Annex III).

7.2. Violències sexuals grupals.

Aquestes violències es poden entendre com actuacions a les quals el grup fa conductes disruptives per experimentar el poder, per posar a prova la adhesió i lleialtat dels seus membres o fins i tot com a forma de validar, mitjançant un ritual col·lectiu, la seva identitat o forma d'entendre la masculinitat. Quan el grup comet una violència sexual, hi ha hagut un procés previ al qual el grup ha convergit en la deshumanització de les víctimes i en la legitimitat d'exercir poder sobre les mateixes i s'han establert unes dinàmiques en què els integrants del grup ja han perdut la seva individualitat i han estat copsats per la lògica del càstig - rebuig i de la pertinença - premi. La força d'aquests mecanismes socials fa que els que poden no compartir o fins i tot estar en contra de la violència comesa pels integrants del grup, no gosin expressar la

seva opinió per no defraudar les expectatives del grup, no trencar el vincle fraternal i no contradir els codis de conducta del grup, i actuïn com a espectadors de la mateixa. La Llei Orgànica 10/2022 considera l'agressió sexual grupal com una modalitat agreujada de delictes.

7.3 Violències sexuals digitals.

Les violències sexuals digitals cada cop són més freqüents. Poden consistir en insults o expressions discriminatòries de caràcter sexual, en amenaces i/o xantatges relacionats amb l'activitat sexual (*sextorsió*), o en la divulgació no consentida de continguts íntims (DIF, 2022). Segons la etapa vital, es donen una sèrie de modalitats prevalents, en funció de si afecta a infants, joves o persones adultes. Les violències sexuals analògiques i digitals provenen de la mateixa arrel discriminatòria, però es distingeixen per l'àmbit en què es donen o per les eines mitjançant les quals es cometen, i per alguns dels impactes que provoquen. Cal tenir en compte que moltes de les violències sexuals digitals no requereixen uns coneixements tecnològics sofisticats. Les violències en l'entorn digital poden consistir en una acció única o en la reiteració d'accions, que generen un efecte acumulatiu i poden tenir un responsable únic o consistir en un atac col·lectiu o adhesiu. L'anonimització (ocultació dels elements que podrien permetre la identificació de l'usuari) dels perfils, la viralització i la permanència dels continguts són factors directament vinculats amb els impactes que provoquen. El seu potencial lesiu també s'incrementa, atès que un únic responsable pot estar agredint a múltiples dones alhora i sense limitacions geogràfiques. Al igual que succeeix amb les violències sexuals en general, l'amenaça latent d'enfrontar-les comporta per sí mateixa un efecte dissuasori o inhibidor sobre la lliure presa de decisions que pot plantejar dificultats o limitacions a l'hora de revelar-les o denunciar-les.

El desconeixement social sobre aquestes violències sovint provoca que tant les dones afectades com el seu entorn i la societat en general, culpabilitzin a les víctimes per haver-se exposat innecessàriament en l'espai virtual. Aquestes violències no sempre s'identifiquen com a tals, o bé se solen banalitzar perquè operen en un espai que encara s'entén com a menys real o transcendent. Malgrat aquesta estesa percepció, les violències digitals provoquen nombrosos

efectes a la vida “real” per les conseqüències socials que comporten. En el cas de les violències sexuals, se sol generar un estigma i una desvalorització social de les víctimes que pot afectar de forma severa el seu projecte vital i la seva identitat. La manca de suport o fins i tot el judici social de les víctimes són alguns dels elements que expliquen la gravetat de l'impacte que causen aquestes violències, però també la impotència per no poder identificar el responsable o no saber què fer per aturar aquella situació, i per veure's abocades a la sensació de pèrdua de control de les vides. També es pot presentar una sensació generalitzada d'indefensió perquè senten que aquella violència condiona la seva identitat de forma irreversible, que les autoritats no les podran protegir i que el judici social serà sever amb elles, enlloc de reconèixer el dany que han patit.

Per una informació més extensa sobre el suport i a l'avaluació de les violències masclistes digitals, recomanem la lectura de la Guia sobre l'impacte de les violències masclistes digitals de la Generalitat de Catalunya, Departament d'Igualtat i Feminismes, 2024.

7.4 Les violències sexuals facilitades per substàncies químiques.

Les violències sexuals es poden cometre per aprofitament d'una situació de vulnerabilitat química de la víctima o bé provocant la seva intoxicació subministrant-li aquelles substàncies (violències conegudes amb l'acrònim *DSFA - drug facilitated sexual assault*). Ambdues conductes estan castigades a l'actual redacció del Codi Penal, però en el cas de l'administració de substàncies a la víctima per assolir la imposició de la interacció sexual, la LOGILS la considera com una modalitat agreujada de delictes.

Aquest tipus de conductes, sovint són infradenunciades a causa de l'absència total o parcial del record del que ha succeït i també per la culpabilització de la víctima, sigui per ella mateixa o pel seu entorn, en haver-se posat en risc i no haver articulat mecanismes d'auto protecció.

La vulnerabilitat també pot esdevenir en aquelles situacions on la intoxicació no ha arribat a comportar un estat d'inconsciència, sinó que ha produït una

afectació en menor grau, amb disminució de la capacitat de reacció activa. De fet, la circular 1/23 de la FGE relativa als criteris d'actuació del Ministeri Fiscal després de la reforma dels delictes contra la llibertat sexual operada per la LOGILS, fa referència a una sentència del Tribunal Suprem que assenyala que *“perquè hi hagi abús sexual no es requereix una absència total de la consciència, sinó la pèrdua o inhibició de les facultats intel·lectuals i volitives, en grau d'intensitat suficient per desconèixer o desvalorar la rellevància de les seves determinacions (...) i exigeix contemplar, també, aquells supòsits als quals la pèrdua de consciència no és total però afecta de manera intensa la capacitat de reacció activa (...)”*. D'aquesta manera la presència de substàncies (seguint la circular 1/23 de la FGE, al seu punt 8.7: *fàrmacs, drogues, o qualsevol altra substància natural o química*) a mostres obtingudes a la víctima podria interpretar-se com un factor causant de la pèrdua o inhibició de les seves facultats independentment de la intencionalitat de la intoxicació i del tipus de tòxic en qüestió.

En el context de les violències sexuals facilitades per substàncies químiques, es pot donar la circumstància que hi hagi víctimes que no sabran mai el tipus d'interacció sexual que se'ls ha imposat, o bé ho podran saber temps després amb els resultat de les anàlisis de les mostres obtingudes a l'exploració medicoforense.

L'absència de record no només pot afectar a la qualitat del relat sobre els fets, sinó que també pot dificultar el procés personal d'integració de la vivència i de recuperació emocional. Aquestes dificultats poden abocar danys a la seva autopercepció i autoestima, i influir negativament al seu procés de recuperació.

Per més informació, veure apartat 3.5.4, relatiu a anàlisi de toxicologia.

8. Bibliografia

- Acosta Rodríguez, V., Coello Marrero, A. R., Fariña Hernández, N. M., Lorenzo Pérez, M., Mesa Suárez, J. L., Moreno Santana, A. M., Novoa Viñuela, T., Pérez Caramés, A. M., Oropesa Caballero, F., Quevedo Rodríguez, I. (2007). Guía de actuaciones educativas en el ámbito de la comunicación y el lenguaje. Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. Gobierno de Canarias.
- Adams, JA., Kellogg, ND., Farst, KJ., Harper, NS., Palusci, VJ., Frasier, LD., Levitt, CJ., Shapiro, RA., Moles, RL., Starling, SP. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and Care of Children who may Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.jpjg.2015.01.007>
- Adams JA., (2018). Understanding Medical Findings in Child Sexual Abuse: An Update For 2018. *Acad Forensic Pathol.*, 8(4), 924-937. DOI: 10.1177/1925362118821491
- Ajuntament de Tarragona. (2021). *Guia jurídica contra les violències sexuals*, AADAS
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª ed. Médica Panamericana, pag 265-290.
- Bracha, HS. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrums*, 9(9), 679-685
- Bravo Correa, M., Guil Román, C., Martín González, F., Rodríguez Sáez, J. A., Riva Aníes, V., Tabarés Cabezón, M. A. (2023). Puc fer-ho, m'ajudes a explicar-me? Bon tracte en l'exploració judicial a nens, nenes i adolescents víctimes de violència sexual. Departament de Justícia, Drets i Memòria. <https://cejfe.gencat.cat/ca/publicacions/destacats-recerca/recomanacions-victimitzacio-delictes-sexuals/index.html>
- Bryant, RA. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*, 18(3), 259-269

- Cantón-Cortés, D., Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 552-561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cataneo C, Gibelli D, Ruspa M (2022) Sexual Abuse. En: Madea B. (Ed), *Handbook of Forensic Medicine vol. 2*, (pp. 919-937). Wiley
- Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (2019). *Drogues d'abús en toxicologia forense: recomanacions i interpretació d'utilitat medicolegal*
- Circular 1/2023 de la Fiscalía General del Estado sobre criterios de actuación del Ministerio Fiscal tras la reforma de los delitos contra la libertad sexual operada por la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2011). *Código de Deontología Médica*
- Consejo Médico Forense (2018). Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.
- Consejo Médico Forense. (2021). Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Consejo Médico Forense(2024). Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y remitan por los centros sanitarios en el contexto de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía de integral de la Libertad Sexual.
- Crespo, M., & Gómez, M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: Presentación de la escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41.
- Departament d'Igualtat i Feminismes, Generalitat de Catalunya. (2022). *Model d'abordatge de les violències sexuals. Un model de país*

- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2010). *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de violència sexual*
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2011). *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya – Dossier 3. Document operatiu de mutilació genital femenina*
- Dhawan, E., & Haggard, P. (2023). Neuroscience evidence counters a rape myth. *Nature human behaviour*, 7, 835–838
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469.
- Ellison, L., & Munro, V. E. (2017). Taking trauma seriously: Critical reflections on the criminal justice process. *The International Journal of Evidence & Proof*, 21(3), 183-208.
- Faculty of Forensic Legal Medicine (2021). *Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects*
- Faircom & Re-Treat Project (2022) - compensation victims of sexual violence.<https://sexualviolencejustice.eu/?lang=es>
- Ferreira-Silva, B., Porto, MJ., Magalhaes, T., Cainé, L. (2019) Contribution to the development of guidelines in the analysis of biological evidence in sexual assault investigations. *Journal of Forensic Sciences*, 64(2), 534-538
- Forde, C., & Duvvury, N. (2017). Sexual violence, masculinity, and the journey of recovery. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4), 301
- Forr, C., Schei B., Stene, LE., Ormstad, K. (2018). Factors associated with trace evidence analyses and DNA findings among police reported cases of rape. *Forensic Science International*, 283, 136-143

- Gallego MA., López MI. (2010). Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuad. med. Forense*, 16(3), 145-151
- García-Esteve, L., Torres-Gimenez, A., Canto, M., Roca-Lecumberri, A., Roda, E., Velasco, ER., Echevarría, T., Andero, R., Subirà, S. (2021). Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Research*, 306, 114240
- García García, C., Bertomeu Ruiz, A., Corrons Perramon, J., Matas Heredia, G., Mateu Vidal, A., Vilella Sanchez, M. (2024). Coerció sexual en la violència de gènere. Utilitat de la sexual coercion in inmates relationship scale (SCIRS) en les valoracions medicoforenses. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya.
- García Madruga, J. A. y Delval, J. (Eds.) (2019). *Psicología del Desarrollo I*. 2ª Edición. Madrid: UNED. ISBN: 978-84-362-7554-4
- Godoy, LD., Rossignoli, MT., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., de Lima Umeoka, EH. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 127
- Goetz, A-T., Shackelford, T-K. (2006). Sexual Coertion in Intimate Relationship: A Comparative Analysis of the Effects of Women's Infidelity and Men's Dominance and Control. *Arch Sex Behav* (38). 226-234
- <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9353-x>
- González J. (2018). La toma de muestras biológicas. Los plazos. En: González, J. (Ed) *Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual. Guía de buenas prácticas*, (pp. 267-282). Bosch Editor
- Haskell, L., & Randall, M. (2019). The impact of trauma on adult sexual assault victims. Justice Canada.
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., Dettmeyer, R. (2014). Physical examination in child sexual abuse— approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int*, 111, 692–703. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0692

- International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2007). *Examen físico médico de víctimas de tortura alegadas. Una guía práctica del Protocolo de Estambul - para médicos. International Rehabilitation Council for Torture Victims*
- International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2009). *La evaluación psicológica de alegaciones de tortura. Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para psicólogos*
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, TL., Gratz, K L. (2021). Characterizing sexual violence in intimate relationships: an examination of blame attributions and rape acknowledgment. *Journal of interpersonal violence*, 36(1-2), 469-490
- Jiménez MT., Aragón, J., Hurtado, F., Loño, J. (2013). Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. *Acta Pediatr Esp.*, 71(10), 302-314
- Juarez López, J. R., Sala Berga, E. (2011). Entrevistants infants pre-escolars víctimes d'abús sexual i/o maltractament familiar. Eficàcia dels models d'entrevista forense [document de treball]. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. <https://hdl.handle.net/20.500.14226/122>
- Kaplan, A. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Universitat Autònoma de Barcelona (2017) *Mutilación Genital Femenina - Manual para Profesionales*
- Kellogg, ND., Farst, KJ., Adams, JA. (2023). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl.*, 145, 106283. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106283
- Kessler, RC., Rose, S., Koenen, KC., Karam, EG., Stang, PE., Stein, DJ., Heeringa, SG., Hill, ED., Liberzon, I., McLaughlin, KA., McLean, SA., Pennell, BE., Petukhova, M., Rosellini, AJ., Ruscio, AM., Shahly, V., Shalev, AY., Silove, D., Zaslavsky, AM., Angermeyer, MC., Bromet, EJ., Caldas, JM., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu,

- SE.; Gureje, O., Haro, JM., Hinkov, H., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, ME., Murphy, SD., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K., Torres, Y., Viana, MC.(2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 13(3), 265-274
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Kessler, R. (2017). El trastorn per estrès posttraumàtic en les enquestes mundials de salut mental. *Medicina psicològica*, 47 (13), 2260-2274.
- Kvitko, LA (2012). Agresión sexual. Morfología del himen y signos de desfloración. Diagnóstico de la penetración o introducción de objetos anal y vaginal. Peritación médico-legal. En: Delgado Bueno S (Ed). *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Tomo IV*, (pp 301-331). Editorial Bosch
- Lamb, M. E., La Rooy, D. J., Malloy, L. C., & Katz, C. (Eds.). (2011). Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice. John Wiley & Sons.
- Lamb, Michael & Brown, Deirdre & Hershkowitz, Irit & Orbach, Yael & Esplin, Phillip. (2018). Tell Me What Happened: Questioning Children About Abuse. 10.1002/9781118881248.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (2002)
- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. (2015)
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.(2022)
- Liautard, M.; Deguette, C.; Alcaraz, E.; Diot, H.; Vasseur, P.; Gorgiard, C.; Dufayet, L. (2022). Male Victims of Rape: An Observational Study over

- Four Years in Paris, France. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 13909
- Lowe, SM., Rahman, N., Forster, G. (2009). Chain of evidence in sexual assault cases. *International Journal of STD & AIDS*, 20, 799-800
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, YR., Khoury, B., Hitchcock, C., Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet*, 400(10345), 60-72
- McEwen, BS. (2017) Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic stress*, 1, 1-11
- McEwen, BS., Akil, H. (2020). Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *Journal of Neuroscience*, 40(1), 12-21
- Ministerio de Igualdad. Fundación Wassu-UAB. (2020). *La mutilación genital femenina en España*
- Ministerio de Justicia. (2018). *Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*
- Ministerio de Justicia. (2022). *Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química*
- National Institute of Justice. US Department of Justice. (2017). *National Best Practices for sexual assault kits: a multidisciplinary approach*
- Naumann, DN., Morris, L., Bowley, DM., Appleyard, TL., Cumming, J., Wardlee, D. (2023). Anogenital injury following sexual assault and consensual sexual intercourse: a systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine*, 5(65), 102266. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102266
- Navarro, P. (2001). Valoración de la región anal en el delito sexual en la medicina forense clínica. *Med. leg. Costa Rica*, 18(2), 68-77
- Newton, M. (2013) The forensic aspects of sexual violence. *Best Practice & Reserch Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27, 77-90
- Office of the High Commissioner. (2022). *Istanbul protocol professional training series No. 8/Rev. 2 Manual on the Effective Investigation and*

Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

- Oram, S., Khalifeh, H., Howard, LM. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Pereda, N. (2023). Victimización sexual en la primera infancia: Una revisión narrativa de aspectos clínicos. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 15-21. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3006>
- Ressler, KJ., Berretta, S., Bolshakov, VY., Rosso, IM., Meloni, EG., Rauch, SL., Carlezon Jr, WA. (2022). Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 273-288
- Roosendaal, B., McEwen, BS., Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 423-433
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., Echeburúa, E. (2012). Risk and Protective Factors in the Emotional Impact of Adult Female Victims of Sexual Aggression. *Terapia psicológica*, 30(3), 7-18
- Schwabe, L. (2017). Memory under stress: from single systems to network changes. *European Journal of Neuroscience*, 45(4), 478-489
- Shackelford, T-K., Goetz, A-T. (2004). Men's Sexual Coercion in Intimate Relationships: Development and Initial Validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale. *Violence and Victims*. (19) 541-556
- Sherin, JE., Nemeroff, CB. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263-278. DOI: 10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin
- Soberón, C., Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms. *European Psychiatry*, 33(S1), S514-S514.

- Suttipasit, P. (2019). Forensic Spermatozoa Detection. *Am J Forensic Med Pathol*, 40(4), 304-310
- Taroli, A. (2009). Medical Examination of Sexually abused children. En: Hazelwood, RR., Burgess, AW. (Ed.). *Practical aspects of rape investigation*, (pp. 311-312). CRC Press
- Toledo P., Pineda, M. Grup de Recerca Antígona i Creación Positiva. (2016). *L'abordatge de les violències sexuals a Catalunya. Marc Conceptual sobre les Violències Sexuals Violències sexuals: un marc conceptual, teòric i ètic*
- Thomas, JC., Kopel, J. (2023). Male victims of sexual assault: a review of the literature. *Behavioral Sciences*, 13(4), 304
- Vega C., Navarro E., Edo, JC. (2014). Protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual. *Rev Esp Med Leg.*, 40(3), 120-128
- Vega C., Navarro E. (2021). Protocolo de actuación médico-forense en los delitos contra la libertad sexual: revisión y actualización. *Gac. Int. Cienc. Forense*, 41, 43-54
- Waldner, L. K., Vaden-Goad, L., Sikka, A. (1999). Sexual coercions in India: An exploratory analysis using demographic variables. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 523-538.
- Walker, L-E.(2018). Evaluación de mujeres agredidas. Nova Southeastern University.
- Widanaralalage, BK., Hine, BA., Murphy, AD., Murji, K. (2022). "I didn't feel i was a victim": a phenomenological analysis of the experiences of male-on-male survivors of rape and sexual abuse. *Victims & Offenders*, 17(8), 1147-1172
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*
- World Health Organization. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: mutilación genital femenina*

World Health Organization. (2018). *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*

- Consum de tòxics.
 - Tipus de substància i dosis.
 - Període d'ingesta
- Característiques del record de la seqüència dels fets
- Presència d'alteracions mnèsiques. (Temps en el que es veu afectat el record)

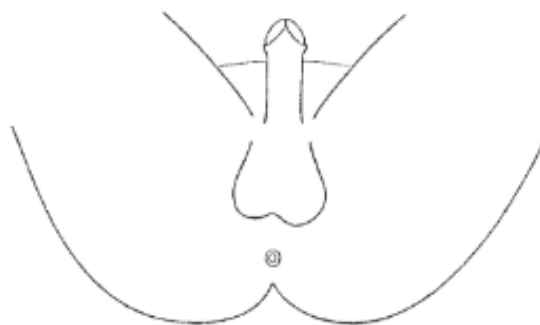
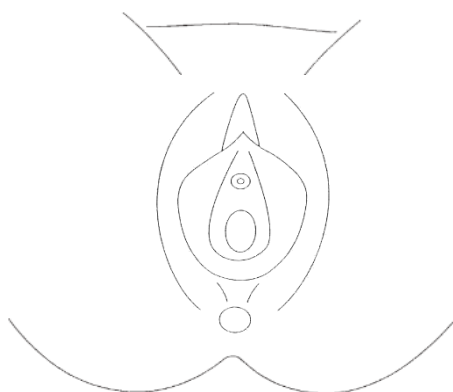
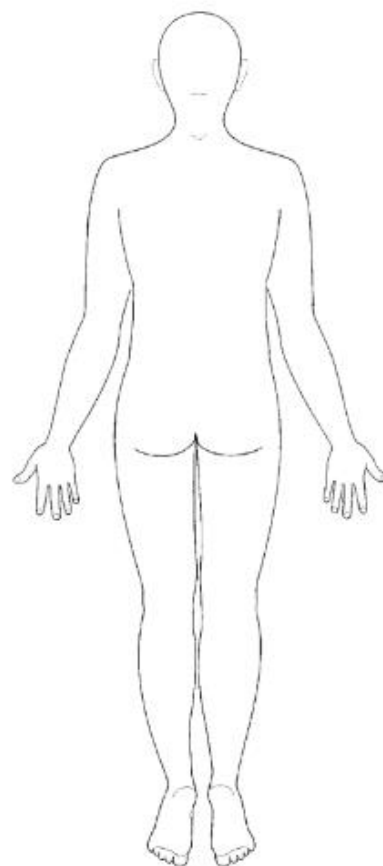
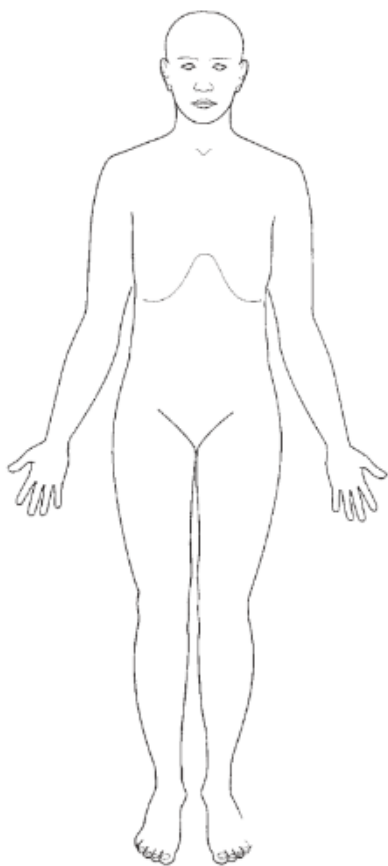
Conducta posterior entre els fets i el moment de presa de la mostra.

- Administració de tractament posterior
- Altres consums posteriors
- Altres relacions posteriors
- Canvi de roba
- Higiene posterior als fets
- Possible micció, deposició, vòmits posteriors als fets.

Valoració psicopatològica

- Consciència.
- Orientació.
- Atenció.
- Aspecte: cuidat o no
- Signes d'intoxicació
- Actitud: abordatge, col·laboració
- Discurs: espontaneïtat, fluïdesa, estructura...
- Clínica psicòtica
- Esfera afectiva: estat anímic (*exemple: serena, continguda, emocionalment estable o bloquejada, amb signes d'ansietat psicofísica.....*) possible ideació autolítica.
- Judici crític
- Altres

Exploració física



- Vulva
- Himen
- Vagina
- Perineu
- Anus

Observacions

RECOLLIDA DE MOSTRES

Anàlisi toxicològic

- Sang Orina Cabells

Anàlisi biològic

- Líquid introït i vulva Escovilló núm.:
 Líquids intravaginals Rentat núm.: Escovilló núm.:
 Líquids dels marges de l'anus o la pell Escovilló núm.:
 Mostres rectals: Rentat núm.: Escovilló núm.:
 Mostres bucals Rentat núm.: Escovilló núm.:
 Superfície corporal Escovilló núm.:
 Ungles Pels Altres
 Roba Calces Faldilla/pantalons Altres:

Mostres indubitades

- Mostra indubitada Mostra indubitada altres

Annex II

RESUM DE LA PRESA DE MOSTRES

Mostres per a anàlisi biològica

Terminis per a la presa de mostres de biologia

- Vaginals: fins a transcorreguts 7-10 dies
- Anals: fins a 72 h
- Bucals: fins a 48 h
- Superfície corporal: fins a 7 dies després, si no hi ha hagut neteja de la superfície
- Nens prepuberals (superfície corporal): òptimament abans de les 72 h

Seqüència recomanada per a la presa de mostres biològiques

1. Mostres bucals
2. Mostres anorrectals: primer les més externes
3. Mostres de genitals externs: en ordre de fora cap a dins
4. Mostres vaginals: primer les mostres més externes
5. La resta de mostres (roba, objectes,...), en el moment que es consideri

Mostres per a anàlisi toxicològica

Tipus de mostres

- *Sang venosa*: dos tubs de 5 mL, un d'ells amb EDTA (tap de color lila), i un altre amb fluorur sòdic i oxalat potàssic (tap de color gris).
Permeten la determinació de substàncies fins a 48 hores després del seu consum.
- *Orina*: tota la possible en un pot de plàstic de fins a 50 mL.

Permeten la determinació de substàncies fins a 5 dies després del seu consum.

- *Cabell*: si l'exploració té lloc més de 5 dies després.

La presa de la mostra s'ha de demorar 4-6 setmanes.

Annex III

Proposta d'escala de coerció

10.5 Proposta d'escala de coerció, versió en català

Escala per a l'exploració medicoforensa de la coerció sexual

Instruccions: La sexualitat es un aspecte important de les relacions entre les persones i a vegades és motiu de conflicte. A continuació li farem una sèrie de preguntes relacionades amb la seva experiència i conducta sexual viscuda al llarg de tota la relació de parella denunciada. Aquesta informació formarà part de la nostra valoració forense.

Està d'acord en contestar les següents qüestions que se li plantegen?

Sí No

Si ha marcat Sí i per tant està d'acord, li demanem que contesti de la forma més sincera possible.

Si us plau, indiqui AMB QUINA FREQUENCIA durant la relació amb la parella denunciada han succeït les següents situacions. Marqui la opció que millor representi la seva resposta.

M) Mai A) A vegades F) Freqüentment S) Sempre

Nom i cognoms:

Data administració:

Localitat:

Nº	ÍTEM	Mai	A vegades	Frequentment	Sempre
1	La meva parella em va pressionar per tenir sexe amb ell en contra de la meua voluntat	M	A	F	S
2	La meua parella va tenir sexe amb mi quan jo estava inconscient o sota els efectes de l'alcohol o drogues	M	A	F	S
3	La meua parella em va amenaçar de quedar-se o no donar-me els recursos materials (diners, objectes, documents) dels quals depenia si no tenia sexe amb ell	M	A	F	S
4	La meua parella em va animar a beure alcohol o consumir drogues per tenir sexe amb mi, encara que sabia que jo no volia	M	A	F	S
5	La meua parella em va dir que tindria sexe amb una altra dona si no tenia sexe amb ell	M	A	F	S
6	La meua parella em va forçar físicament per fer sexe amb ell	M	A	F	S
7	La meua parella em va fotografiar o gravar sense el meu consentiment en actitud íntima (roba íntima, despulada, practicant sexe)	M	A	F	S
8	La meua parella es va quedar amb els recursos materials (diners, objectes, documents) si no tenia sexe amb ell	M	A	F	S
9	La meua parella em va amenaçar de forçar-me físicament a tenir sexe amb ell	M	A	F	S
10	La meua parella em va acusar de infidelitat o engany per a tenir sexe amb ell	M	A	F	S
11	La meua parella em va obligar a realitzar actes sexuals que no gaudia o no m'agradaven	M	A	F	S
12	La meua parella va insistir en que em quedés embarassada.	M	A	F	S
13	La meua parella em va amenaçar en utilitzar la violència contra mi si no tenia sexe amb ell	M	A	F	S
14	La meua parella va insinuar de divulgar aspectes de la nostra vida sexual (a familiars, coneguts, xarxes socials)	M	A	F	S
15	La meua parella em va obligar a tenir relacions sexuals sense preservatiu o altres mètodes anticonceptius	M	A	F	S
16	La meua parella em va amenaçar de fer mal a alguna persona o cosa estimada si no tenia sexe amb ell	M	A	F	S
17	La meua parella va insistir en que avortés	M	A	F	S
18	La meua parella em va acusar de ser incapaç de satisfer-lo sexualment	M	A	F	S
19	La meua parella em va dir que tenir sexe amb ell era una obligació o deure	M	A	F	S
20	La meua parella em va amenaçar de divulgar aspectes de la nostra vida sexual (familiars, coneguts, xarxes socials)	M	A	F	S
21	La meua parella va retirar el preservatiu durant la relació sexual sense el meu consentiment	M	A	F	S