

# Protocolo de intervención médico-forense en víctimas de violencias sexuales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña

---

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

Coordinación: Elena Cano Rodríguez

Año 2024

El Observatorio Catalán de la Justicia en Violencia Machista ha editado este protocolo respetando el texto original de los autores y de las autoras, que son responsables de su corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y de las autoras y no se identifican necesariamente con las del Observatorio.

## Aviso legal



Esta obra está sujeta a la licencia de [Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Así pues, se permite la reproducción, distribución y comunicación pública del material, siempre que se cite su autoría y al Observatorio Catalán de la Justicia en Violencia Machista (Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, Departamento de Justicia) y no se haga un uso comercial del mismo ni se transforme.



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

# Índice

Índice.....	2
1. Introducción.....	7
2. Marco conceptual de las violencias sexuales.....	9
2.1. El nuevo paradigma de la Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual.....	10
2.2. La conceptualización del consentimiento sexual.....	11
2.3. Los daños causados por las violencias sexuales y su recuperación...	14
2.4. La reparación de las víctimas.....	15
2.5. Principios rectores de la práctica .....	16
3. Intervención médico-forense durante el servicio de guardia .....	19
3.1. Fundamentos biológicos del trauma e impacto a corto plazo.....	20
3.2. Intervención en personas adultas. ....	23
3.2.1. Consideraciones previas. ....	23
3.2.2. Consentimiento informado.....	24
3.2.3. Anamnesis.....	25
3.2.4. Exploración psicopatológica. ....	27
3.2.5. Exploración física en personas adultas. ....	27
3.2.5.1. Exploración de superficie corporal extragenital:.....	28
3.2.5.2. Exploración paragenital:.....	29
3.2.5.3. Exploración genitoanal:.....	29
3.3. Intervención en niños, niñas y adolescentes (NNA).....	30
3.3.1. Consideraciones previas. ....	30
3.3.2. Obtención del consentimiento.....	31
3.3.3. Anamnesis en NNA. ....	32
3.3.4. Exploración psicopatológica. ....	33
3.3.5. Exploración física en NNA. ....	34
3.3.5.1. Exploración de la superficie corporal extragenital: .....	34
3.3.5.2. Exploración paragenital:.....	35
3.3.5.3. Exploración genitoanal:.....	35
3.4. Obtención de fotografías.....	46
3.5. Recogida de muestras .....	47

3.5.1.	Muestras obtenidas por centros sanitarios, sin participación del médico forense. ....	48
3.5.2.	Kits para la toma de muestras en casos de agresión sexual.....	49
3.5.3.	Análisis de biología.....	50
3.5.3.1.	Muestras para el análisis biológico: .....	52
3.5.3.2.	Plazos para la toma de muestras biológicas:.....	54
3.5.3.3.	Secuencia recomendada para la toma de muestras biológicas: .....	55
3.5.3.4.	Toma de muestras dubitadas:.....	56
3.5.3.5.	Muestras indubitadas:.....	60
3.5.4.	Análisis de toxicología. ....	61
3.5.4.1.	Muestras para estudio toxicológico: .....	62
3.5.5.	Empaquetado y remisión de muestras al laboratorio.....	64
4.	La evaluación del impacto del trauma en personas adultas .....	66
4.1.	Aspectos a tener presentes en la evaluación médico-forense .....	70
4.2.	Aspectos sobre la elaboración del informe.....	73
4.3.	Intervención de los peritos de parte. ....	74
5.	La evaluación del impacto del trauma en niños y adolescentes .....	77
5.1.	Barnahus. La Unidad integrada de atención a infantes y adolescentes víctimas de abusos sexuales. ....	77
5.2.	Evaluación del impacto del trauma. ....	80
5.3.	Aspectos a tener presentes para la evaluación forense.....	81
5.4.	La anamnesis con NNA.....	82
5.4.1.	Consideraciones respecto a las especificidades de los infantes. .	82
5.4.1.1.	Diferencias evolutivas en la adquisición de la cognición: .....	82
5.4.1.2.	Memoria: capacidades y limitaciones.....	84
5.4.2.	Anamnesis.....	85
5.4.3.	Exploración psicopatológica. ....	88
5.4.3.1.	Variables que influyen en el aspecto emocional del ASI:.....	89
5.4.3.2.	Infantes: .....	90
5.4.3.3.	Adolescentes:.....	91
5.4.3.4.	Pruebas complementarias:.....	93
5.4.3.5.	Secuelas a largo plazo:.....	93
5.5.	Aspectos sobre la elaboración del informe.....	94

6.	Intervención médico-forense en casos de mutilación genital femenina..	96
6.1.	Identificación del tipo de mutilación.....	97
6.2.	Consecuencias previsibles de la mutilación genital femenina.....	99
6.2.1.	Consecuencias o complicaciones esperables inmediatas. ....	99
6.2.2.	Consecuencias o complicaciones esperables a corto y largo plazo. ....	99
6.2.2.1.	Ámbito físico:.....	100
6.2.2.2.	Ámbito psicológico: .....	100
6.2.2.3.	Ámbito sexual:.....	100
6.2.2.4.	Ámbito obstétrico. Relacionado con el embarazo, parto y posparto: 100	
6.3.	Opciones terapéuticas en la mutilación genital femenina. Manejo y tratamiento.....	101
6.3.1.	Abordaje psicosexual.....	101
6.3.2.	Opciones quirúrgicas.....	102
6.4.	Intervención médico-forense en casos de mutilación genital femenina.....	102
6.5.	Protocolización de la exploración médico-forense en casos de MGF.....	103
6.5.1.	Preparación: .....	104
6.5.1.1.	Lugar de reconocimiento:.....	104
6.5.1.2.	Actuación asistencial y pericial conjunta: .....	104
6.5.1.3.	Presencia de una persona de confianza durante el examen:.....	104
6.5.1.4.	Participación de un intérprete o mediador cultural: .....	105
6.5.1.5.	Información previa al reconocimiento:.....	105
6.5.1.6.	Consentimiento informado: .....	105
6.5.2.	Recogida de datos.....	105
6.5.2.1.	Anamnesis: .....	106
6.5.2.2.	Examen físico:.....	106
6.5.2.3.	Examen psicopatológico: .....	109
6.5.2.4.	Documentación médica / revisión de la documentación: .....	110
6.6.	Elaboración del informe forense de valoración del daño corporal en los casos de MGF.....	110
7.	Otras formas de violencia sexual.....	114

7.1. Violencia sexual en el marco de la pareja .....	114
7.2. Violencias sexuales grupales. ....	116
7.3 Violencias sexuales digitales.....	117
7.4 Las violencias sexuales facilitadas por sustancias químicas. ....	118
8. Bibliografía.....	121
Anexo I .....	131
Anexo II .....	136
Anexo III .....	138

## GLOSARIO

ASI – Abuso sexual infantil

CEJFE – Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada

CMF – Consejo Médico Forense

DIF – Departamento de Igualdad y Feminismos

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*

FGE – Fiscalía General del Estado

IMLCFC – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña

ITS – Infecciones de transmisión sexual

KAS – Kit de agresión sexual (SAK, por sus siglas en inglés)

LOGILS – Ley Orgánica de garantía de la integridad y libertad sexual

LOPJ – Ley Orgánica del Poder Judicial

MGF – Mutilación genital femenina

NIJ – National Institute of Justice

NNA – Niños, niñas y adolescentes

OMS – Organización Mundial de la Salud

TEPT – Trastorno de estrés postraumático

VIH – Virus de inmunodeficiencia humana

VPH – Virus del papiloma humano

# 1. Introducción

La violencia sexual atenta contra los derechos humanos de las personas que la padecen, a la vez que es fuente de problemas de salud física y mental con graves repercusiones personales, lo que obliga a las administraciones y profesionales que prestan servicios a identificar, prevenir y responder ante estas conductas. Como profesionales de la medicina con funciones especializadas en medicina forense, nos encontramos en un lugar clave para implementar formas de intervención que permitan mejorar la respuesta de la Justicia ante la violencia sexual.

Este documento pretende recoger información científica actualizada sobre los procedimientos forenses a seguir desde el conocimiento del posible hecho delictivo, sobre los efectos y el impacto que la violencia sexual pueda tener en la víctima y en su salud, a fin de promover una intervención médico-forense ajustada a la evidencia científica, protocolizada y que dé respuesta a los requerimientos de los Tribunales a la vez que, teniendo en todo momento a la víctima en el centro, sea una intervención cuidadosa y ajustada a sus circunstancias para minimizar, en la medida de lo posible, la revictimización ligada a la judicialización de su caso.

Este documento toma como modelo de referencia el *Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, y hace suyos los requerimientos introducidos con la Ley 10/22 de garantía de la libertad sexual (en adelante, LOGILS) para diseñar protocolos de actuación global e integral para casos de violencias sexuales. También pretende seguir el cambio de paradigma dibujado en el *Modelo de abordaje de las violencias sexuales* y en el *Protocolo Marco para una Intervención con la Diligencia Debida en Situaciones de Violencias Machistas* a fin de enfocar la práctica desde las necesidades y los derechos humanos, reconociendo a las mujeres como titulares de derechos, promoviendo la autonomía para su ejercicio, poniendo al alcance de las víctimas los medios necesarios para su reparación.

Dado que las formas en que se pueden ejercer las violencias sexuales, especialmente sobre mujeres y niños, son variadas, ha resultado un documento extenso, puesto que intenta recoger y actualizar las principales modalidades de violencia, así como la forma en que repercuten sobre la salud mental, física y psicosocial de las víctimas, e intenta describir cuáles serían las mejores prácticas para dar respuesta ante cada supuesto, siempre desde una perspectiva victimocéntrica.

Se trata de un documento que debe servir de guía al desarrollo de las intervenciones forenses que se lleven a cabo dentro de las unidades de valoración forense integral (Resolución JUS/3407/2023, de 2 de octubre, por la que se crea el Programa temporal para la implementación del Plan de mejora de las unidades de valoración forense integral del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña y se refuerzan los Equipos de Asesoramiento Técnico Penal) y también en el despliegue del modelo Barnahus para la atención de los casos de abuso sexual infantil.

## 2. Marco conceptual de las violencias sexuales

El impulso del movimiento de mujeres y feministas permitió a partir de los años noventa, y en paralelo al avance en materia de derechos humanos, que se concibiera que las violencias eran una forma de discriminación, un atentado a la dignidad y una vulneración de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas, consensos que quedaron recogidos en diversos instrumentos internacionales. También permitió visualizar todo el abanico de violencias sexuales que iban mucho más allá de su penetración vaginal.

La conceptualización y estereotipos sobre las violencias sexuales que todavía perviven hoy en día tienen unas profundas raíces históricas (Toledo y Pineda, 2016). La evolución de la conceptualización también ha incorporado la idea de que las violencias sexuales no pueden concebirse como una problemática individual sino como un fenómeno social y cultural de gran prevalencia (Toledo y Pineda, 2016). Este consenso abre la puerta a que las Administraciones contemplen las violencias sexuales como fenómeno que debe ser considerado una cuestión de Estado y, por tanto, merece su máxima implicación en el desarrollo y financiación de políticas públicas y en la creación de recursos e itinerarios. En Cataluña, el Modelo de abordaje de las violencias sexuales de 2022 (Departamento de Igualdad y Feminismos [DIF], 2022), parte de una comprensión integral de estas violencias como fenómeno social y político y como problema de seguridad y de salud pública, y menciona que *«las violencias sexuales son la forma de violencia machista más prevalente, más invisibilizada y más naturalizada. (...) Su erradicación es una cuestión de libertad y de garantía de los derechos humanos de las mujeres»*.

Esto da paso a que, más allá de la responsabilidad de los infractores, entre en escena la responsabilidad de los Estados en la prevención, investigación y en la reparación de las violencias, en base al llamado principio de diligencia debida. La ampliación de la mirada más allá del infractor individual también permite considerar el rol que tiene la sociedad en general y la comunidad más cercana a la mujer en la prevención de las violencias sexuales, en el apoyo a las agravantes y en su reparación, al menos simbólica.

## **2.1. El nuevo paradigma de la Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual.**

La LOGILS ha supuesto la consolidación legal de la conceptualización de las violencias sexuales como una cuestión estructural, partiendo de la idea de que no se trata de una cuestión individual sino social y estructural, arraigada a patrones culturales discriminatorios, entendiendo que la violencia inflige un daño individual pero repercute de forma colectiva, al lanzar un mensaje de dominación, de inseguridad y de falta de vigencia de la protección del Estado y, por tanto, se trata de una cuestión de Estado.

La reforma ha eliminado la distinción entre abusos y agresiones siguiendo el mandato del Convenio de Estambul que impone estructurar el delito de violencias sexuales en base a la ausencia de consentimiento. La Ley con el nuevo redactado, establece un artículo básico de agresión sexual, en el que se incluyen todas las conductas sexuales sin consentimiento, incluidas la imposición de actos sexuales mediante violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o vulnerabilidad de la víctima, así como las que se ejecuten cuando esté privada de sentido o anulada su voluntad. Se mantiene la distinción de la mayor gravedad cuando el acto sexual impuesto comporte acceso carnal. Además del delito genérico, se incorpora otro delito que incluye una serie de modalidades agravadas como el hecho de haberse cometido en grupo, la agresión sexual mediante la anulación de la voluntad de la víctima o el hecho de haberse cometido por la pareja o por un familiar, entre otros.

La Ley también quiere romper con la dinámica normativa de considerar la existencia de «víctimas especialmente vulnerables», en función de la calidad de la persona y entiende e incorpora la noción de que la vulnerabilidad proviene también de las circunstancias sociales en las que se pueden encontrar las víctimas.

Por otra parte, la Ley pone énfasis en la perspectiva interseccional, subrayando que las violencias sexuales afectan e impactan de forma diferenciada y agravada a las mujeres en función de los diversos ejes de discriminación que

enfrentan: de edad, origen, de etnia, situación administrativa, clase social, discapacidad física o psíquica, diversidad sexual y de género (DIF, 2022). Se trata pues de entender que la complejidad derivada del entrecruzamiento de diversas formas de discriminación precisa de abordajes específicos.

Otro de los cambios estructurales de la ley es la de dejar atrás el paradigma de las violencias sexuales entendidas como accesos inconscientes a los cuerpos de las mujeres, para definir que lo que la legislación protege es la libertad y la autonomía sexual de las mujeres. Esta visión ofrece una protección mucho más amplia, enfocada en el bienestar y la autonomía de la mujer, a la que se considera como sujeto de derechos y no solo como corporalidad. Este cambio también permite reconocer la importancia a toda una serie de violencias que hasta ahora eran consideradas de segundo orden, como las violencias sexuales digitales y otras violencias como la mutilación genital femenina y los matrimonios forzosos.

La LOGILS también realiza un giro importante al poner atención en la reparación, tanto por el hecho de que implica a las instituciones en la reparación institucional, simbólica y pública de las violencias sexuales, y porque, por primera vez, define cuáles deben ser las dimensiones de los daños que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar los impactos de las violencias sexuales. La mención al daño social resulta especialmente relevante porque supone el reconocimiento de la dimensión social de las consecuencias que provocan las violencias sexuales, en cuanto a estigma, daños a los vínculos familiares o comunitarios, repercusiones en el proyecto de vida, la sexualidad, etc.

## **2.2. La conceptualización del consentimiento sexual.**

El consentimiento sexual viene determinado por un contexto concreto en el que los mandatos de género, la asimilación de muchas conductas sexistas y la naturalización de las violencias sexuales tiene una gran incidencia. Por otra parte, es un concepto fuertemente determinado por el ámbito relacional al que se producen las violencias sexuales, y es claramente diferente cuando el perpetrador es una persona conocida o cuando no lo es: en el ámbito de la

pareja, suelen emplearse mecanismos coercitivos para doblegar la voluntad de la mujer (como amenazas explícitas o implícitas de utilizar la violencia física o de otras formas con el objetivo de condicionar su comportamiento), en cambio, en contextos más comunitarios, como en el caso de las mutilaciones genitales femeninas, suele emplearse la coacción (como pueden ser la persuasión argumental, la manipulación o el chantaje emocional). Un tercer elemento determinante del consentimiento será la estructura de poder que atraviese aquella situación: la imposición de la conducta sexual vendrá determinada por la situación de poder en la que se encuentre el perpetrador, sea físico o social, y por las circunstancias personales y sociales de la agravada que se traducirán en unos mayores o menores recursos para oponerse o primar el criterio propio. Algunos autores han utilizado el concepto de *persuasión coercitiva*, que integra estrategias que actúan a diferentes niveles, cognitivo, emocional y social sobre las agravadas. Lejos de la idea de intimidación intermediada por el temor a ser sometida a un peligro físico inminente, en realidad influyen múltiples factores, muchos de ellos sociales, que por sí solos son suficientes para lograr la imposición del acto sexual.

En Cataluña, la Ley 17/2020 define el consentimiento sexual como *«la voluntad expresa, enmarcada en la libertad sexual y en la dignidad personal, que da paso al ejercicio de prácticas sexuales y lo avala. La prestación del consentimiento sexual debe hacerse desde la libertad, debe permanecer vigente durante toda la práctica sexual y está acotada a una o varias personas, a unas determinadas prácticas sexuales y a unas determinadas medidas de precaución, tanto ante un embarazo no deseado como ante infecciones de transmisión sexual. No existe consentimiento si el agresor crea unas condiciones o se aprovecha de un contexto que, directa o indirectamente, impongan una práctica sexual sin contar con el consentimiento de la mujer»*. Como se desprende de esta definición, la libertad, la información, la reciprocidad y la voluntad forman elementos definidores del consentimiento sexual.

La LOGILS recoge esta visión y, además de la violencia y la intimidación, equipara, como mecanismos de imposición sexual, el abuso de una posición de

superioridad o también el aprovechamiento de la vulnerabilidad de la agravada, como por ejemplo en el caso de la sumisión química (sea proactiva o sea oportunista). La Ley pretende que la definición de consentimiento sexual que contiene sea vinculante para los operadores jurídicos, por lo que, en lugar de incorporarla en el apartado de definiciones, opta por incluirla dentro del redactado del artículo 178 del Código Penal, en el delito básico de violencias sexuales.

El modelo de consentimiento seguido por la Ley es el del llamado *consentimiento afirmativo*, y esta apuesta tiene consecuencias prácticas muy relevantes. El consentimiento afirmativo, o del «*solo sí es sí*», presupone que se parte de la ausencia de consentimiento y que solo la existencia de elementos que conduzcan a pensar de forma razonable que existe consentimiento, es decir aval en la interacción sexual, se entenderá que se trata de un acto sexual y no de un delito. La Circular de la Fiscalía General del Estado 1/2023 sobre la reforma de los delitos contra la libertad sexual (Fiscalía General del Estado [FGE], Circular 1/2023, España), menciona que el bien jurídico a proteger en los delitos de violencia sexual es el de la libertad sexual, protegiéndose el aspecto dinámico de poder ejercerla con libertad y el aspecto negativo de no tener que soportar la imposición de interacciones sexuales no deseadas. La libertad sexual asegura el derecho de la persona a la autonomía personal, proyectada sobre la dimensión sexual del propio cuerpo o soberanía corporal.

La FGE en su documento, realiza un posicionamiento contundente y de gran trascendencia social como es el de avalar el consentimiento afirmativo en el que se basa la ley, y lanzar el mensaje social según el cual las personas tienen la responsabilidad de verificar que existe consentimiento sexual antes de iniciar una interacción sexual. Los efectos legales del «*yes model*» suponen equiparar, en términos de dolo (concepto jurídico), la actuación contra el consentimiento sexual a aquella en que se prescinde del consentimiento, corroborando que el silencio o la pasividad de la agravada permiten aplicar el delito (el consentimiento no puede inferirse a partir de la falta de resistencia o de oposición). El consentimiento será revocable en todo momento y es gradual,

es decir, las partes quedan vinculadas por los términos precisos que se hayan consensuado, por este motivo, actos como la retirada unilateral del preservativo (*stealthing*), será considerada delictiva.

### **2.3. Los daños causados por las violencias sexuales y su recuperación.**

Las violencias sexuales causan impactos en las mujeres, en diversas esferas o planos (Ayuntamiento de Tarragona [AT], 2021).

En primer lugar, en la esfera física, pueden causar lesiones o tener afectaciones, a corto o largo plazo, al desarrollo de la sexualidad y a las funciones reproductivas de las mujeres, repercutiendo su calidad de vida y proyecto vital. Otro plano es el de la identidad. Estas violencias y la construcción social que las rodea pueden provocar cambios en las víctimas que comporten, de forma temporal o irreversible, una alteración en su sistema de creencias y en la visión del mundo y de sí misma. Este cambio identitario tiene que ver con aspectos psicológicos profundos como la autoestima y la autopercepción de seguridad, la confianza en el ser humano, el carácter, etc. En el plano relacional, las violencias sexuales pueden provocar la rotura o el deterioro de los vínculos con la pareja o familiares, sea porque el trauma dificulta mantener estos vínculos y la reciprocidad afectiva y de cuidado, o bien porque la incomprensión de las violencias sexuales y el hecho de responsabilizar a la víctima daña la relación. En el plano comunitario, la víctima puede sufrir rechazo o estigma, en función de los valores de ese entorno social y de la conceptualización más o menos estereotipada de las violencias sexuales. En un plano más amplio, cabe mencionar el llamado «*victim blaming*» o escarnio de la víctima, fenómeno social en el que se juzga socialmente de una forma negativa a las víctimas que hacen denuncia (jurídica o pública) de las violencias que enfrentan, desacreditándolas, haciendo valoraciones despreciativas de su físico, juzgando su conducta o proceso personal de asimilación, ridiculizándolas, responsabilizándolas, negando que los hechos sean violencia sexual o banalizándola. Esta reacción social puede tener un impacto emocional en las víctimas igual o superior a la propia violencia sexual sufrida. En relación con las repercusiones derivadas de las violencias

sexuales en el plano profesional o económico, las víctimas también pueden sufrir consecuencias, dado un deterioro de su rendimiento por causa del trauma, o bien el estigma puede perjudicar la trayectoria, por ejemplo, en el caso de la divulgación de imágenes íntimas suyas sin su consentimiento. También pueden generarse costes que deba asumir la mujer, como cambios de domicilio, gastos por procesos terapéuticos, u otros.

En términos generales, se puede decir que tres aspectos contribuyen a la recuperación de las víctimas, y son, en primer lugar, el hecho de disponer de un criterio crítico e informado sobre las violencias sexuales, que contribuyan a colocar la responsabilidad en el agresor, de modo que esa vivencia no sea percibida como una fatalidad merecida sino como una manifestación de discriminación. En segundo lugar, es que el entorno de la mujer comprenda aquellas violencias, le preste apoyo en el plano personal y social, y reconozca su condición de víctima poniendo en valor su resiliencia en el proceso de recuperación. El tercer aspecto, es el de la respuesta de los y las profesionales que le atiendan, que deben mostrar consideración, interés y respeto hacia la víctima.

## **2.4. La reparación de las víctimas.**

Con la LOGILS se aborda por primera vez el derecho de reparación integral de las víctimas (art. 1.3 e) y, haciéndose eco de la Recomendación General núm. 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), reitera la obligación de diligencia debida, obligación que se extiende también a la reparación (art. 2 b). Hasta ahora, la reparación de las víctimas de violencia sexuales (Faircom and Re-treat Project, 2022) ha estado condicionada por diferentes factores, entre ellos, el de la evaluación del daño con una visión muy restringida que no incorporaba la perspectiva de género ni interseccional. En aplicación de la diligencia debida al derecho a la reparación es imprescindible tener en consideración que las violencias sexuales pueden causar daños relevantes a las víctimas, que inciden en su identidad, en su proyecto de vida y en su red relacional.

A tal efecto, la LOGILS ha procurado situar la reparación de las violencias sexuales en un lugar preponderante, y ensanchar la visión sobre los diferentes planes que debe cubrir su reparación, obligando a que las indemnizaciones contemplen no solo el daño físico y psicológico (incluido el daño moral y la dignidad), sino también la pérdida de oportunidades, incluidas, las educativas, de trabajo o prestacionales; los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; el daño social, entendido como el daño al proyecto de vida y el tratamiento terapéutico, social y de salud sexual y reproductiva.

En coherencia, la Ley establece que los informes sobre los daños a la salud y psicosociales los tendrán que llevar a cabo los profesionales de las unidades de valoración forense integral, contribuyendo a un cambio de paradigma en la realización de las evaluaciones, que, a partir de ahora tendrán que abordar, evaluar y reflejar la diversidad de impactos psicosociales derivados de la vivencia traumática. Con el objetivo de promover la valoración de todas las dimensiones del daño, la LOGILS establece que los elementos descritos anteriormente deben ser evaluados (art. 53) y, por tanto, deberán tener su reflejo en los informes médico-forenses resultantes.

## **2.5. Principios rectores de la práctica**

La calidad de la práctica profesional no solo debe medirse en términos de corrección técnica, sino también en términos de ética y de cuidado del bienestar y de la dignidad de las personas sobre quienes recae nuestra intervención.

Siguiendo este prisma, la literatura científica (Office of the High Commissioner [OHC], 2022) (International Rehabilitation Council for Torture Victims [IRCT], 2009) (IRCT, 2007) se ha encargado de sistematizar una serie de pautas básicas sobre las intervenciones terapéuticas en personas que han experimentado vivencias traumáticas que pueden ser tenidas en cuenta en las evaluaciones forenses:

- a. *Principio de beneficencia y acción sin daño.* Dado que las intervenciones pueden retraumatizar a la víctima, al provocar o exacerbar el sufrimiento

psicológico por el hecho de conectar con recuerdos y emociones dolorosas, es necesario considerar varios aspectos:

- Procurar haber obtenido el máximo de información relativa a las circunstancias de su vivencia para evitar la reiteración de preguntas sobre aspectos que puedan contrastarse por otras vías.
  - Facilitar la participación directa de la víctima en la toma de decisiones de su proceso de recuperación, por lo que es importante que disponga de información suficiente para comprender las consecuencias de las decisiones que tome. El consenso debe ser la norma que guíe toda la intervención del o de la profesional.
  - Estilo no directivo. Durante las intervenciones hay que evitar instrucciones y preguntas directivas, intentando, en cambio, formular preguntas abiertas. En términos generales, es necesario realizar preguntas que permitan a la víctima expresarse libremente y que no sugieran la respuesta, y a partir de la información general que nos proporcionen, podremos dar paso a preguntas específicas sobre los aspectos concretos que se consideren más relevantes.
  - Escucha sin juicios ni responsabilización: evitar juicios de valor explícitos o implícitos sobre la conducta previa de la víctima, así como las estrategias de afrontamiento que haya seguido, y tampoco pondremos en duda que la responsabilidad de la violencia sufrida no recaea en la víctima.
  - Reconocimiento de la violencia y de sus impactos: evitar minimizar o relativizar la violencia sufrida y sus consecuencias individuales, familiares o comunitarias.
- b. *Principio de contribución a la protección.* La intervención que se lleve a cabo, más allá de responder al cometido emanado del Juzgado, en la medida de lo posible también debe procurar aportar a la víctima la máxima información que tengamos sobre las necesidades que nos

plantee, sea exponiendo los servicios públicos existentes, material disponible u otros recursos sociales.

c. *Principio de las intervenciones sanadoras.* Las intervenciones de los profesionales con personas que enfrentan violencias sexuales, aunque sean de carácter evaluador, no deben renunciar al objetivo de contribuir a la recuperación, el empoderamiento y la reparación de los impactos provocados por la violencia vivida. Por eso se recomienda:

- Poner en valor las estrategias de enfrentamiento que se hayan seguido, la capacidad de superar esta violencia, de reconstruirse como persona, de llevar adelante su proyecto de vida y de rehacer los vínculos que hayan quedado dañados por el impacto de las violencias.
- Garantizar una mirada transcultural, de diversidad de género y orientación sexual de la intervención para poder trabajar y resignificar la experiencia de la víctima sin invisibilizar su identidad.

### **3. Intervención médico-forense durante el servicio de guardia**

La intervención médico-forense en contexto de guardia en casos de violencia sexual ha sido conceptualizada en la LOGILS (capítulo primero, artículos 47 y 48), como actuación fundamental para la acreditación del delito, ligada a la exploración médica y ginecológica y a la recogida de muestras. Cabe destacar que esta norma explicita que la recogida de muestras y otras evidencias que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal y que la actuación del médico forense en relación con el examen de la víctima y las actuaciones de interés legal, tendrán que practicarse sin demora y conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo necesario.

A pesar de que la LOGILS no haga ninguna mención, en la intervención médico-forense de guardia debemos situar la exploración psicopatológica en el mismo rango de importancia que la exploración médica y ginecológica y la obtención de las muestras, aunque este aspecto no estaría ligado a la acreditación del delito, sino para documentar la primera referencia del impacto psicológico del suceso. De hecho, el conocimiento del impacto inmediato que pueden tener los acontecimientos traumáticos, así como del tipo de respuesta que pueden presentar las víctimas, es clave para aclarar dudas y contrarrestar, en su caso, ideas preconcebidas y estereotipos muy extendidos en nuestro entorno sociocultural en base a los que podría cuestionarse la falta de consentimiento y poner en cuestión la credibilidad de la víctima (Dhawan y Haggard, 2023).

Las manifestaciones efectuadas por las víctimas en estos primeros momentos serán muy relevantes en el momento del enjuiciamiento. Tanto es así que algunos de los aspectos de la respuesta de las víctimas que se encuentran en la base de las dudas sobre el consentimiento y sobre la credibilidad pasan, por ejemplo, por no revelar o no denunciar inmediatamente la agresión, por la

presencia de inconsistencias en el relato (especialmente en el relato producido en momentos diferentes), por la presencia de dificultades para recordar aspectos del suceso y por el estado emocional que muestra la víctima en los momentos iniciales. Por estos motivos, en las evaluaciones de guardia es importante consignar el contexto y las circunstancias en las que la víctima ha expuesto los hechos, desde el estado emocional a la eventual dificultad para describir el episodio. Precisamente para aportar este contexto resulta necesario conocer los fundamentos biológicos del trauma y cómo se produce el impacto a corto plazo.

### **3.1. Fundamentos biológicos del trauma e impacto a corto plazo.**

La reacción individual ante una situación amenazadora o un suceso de impacto viene condicionada, de forma inmediata, por la activación del circuito de defensa y por el desencadenamiento de la respuesta de estrés. La finalidad de esta activación es intentar garantizar la supervivencia del individuo.

Ante una circunstancia amenazante, se produce activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, con liberación de catecolaminas y cortisol, y activación del circuito cerebral de defensa. El circuito cerebral de defensa se encuentra integrado, entre otras áreas, por la amígdala (especialmente el núcleo central y el núcleo medial), el hipocampo, y el córtex prefrontal; también juegan un papel el núcleo paraventricular del hipotálamo, el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. Se trata de estructuras que están involucradas en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones (Godoy *et al.*, 2018).

Las hormonas de estrés interaccionan con las estructuras del circuito cerebral de defensa por mediación (a través de receptores específicos) de la acción de glucocorticoides y mineralocorticoides sobre el hipocampo, estructura crítica por su relación con la memoria episódica y espacial. El estrés también puede afectar a otras áreas cerebrales relacionadas con la formación de memoria, como la ínsula, y, de hecho, el estrés agudo puede desencadenar una reconfiguración de redes neuronales a mayor escala (Schwabe, 2017).

Las hormonas del eje de defensa también interaccionan, vía los receptores por glucocorticoides y mineralocorticoides, sobre la amígdala y córtex prefrontal, lo que permite entender cómo la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal puede influir en funciones mentales superiores (McEwen, 2017) (McEwen y Akil, 2020).

La noradrenalina también desempeña un papel clave en la regulación de los efectos del estrés sobre la consolidación de memoria, mediada por su interacción sobre la amígdala (Roozendaal *et al.*, 2009). Los mecanismos involucrados en el efecto del estrés sobre estructuras más allá del hipocampo (mediados por glucocorticoides en interacción con arousal noradrenérgico) serían similares a los del efecto sobre hipocampo, potenciando la consolidación de memorias y alterando, a la vez, la capacidad de recuperación del recuerdo (Schwabe, 2017). Todo ello permite entender que el contenido de memoria asociado al suceso traumático (memoria traumática), como consecuencia del elevado nivel de *arousal* desatado por la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, puede resultar fragmentado y desorganizado. Por otra parte, como resultado de la acción hormonal sobre estas estructuras, el contenido será codificado en un modo predominantemente sensorial, de modo que es posible que la memoria resultante no quede bien fijada en la memoria de base (autobiográfica) (Bryant, 2019).

Estos cambios tienen traslación directa sobre la formación de la memoria del episodio: la atención se enfocará en los aspectos centrales y es posible que no se codifiquen detalles periféricos, la codificación y consolidación de la información siguiendo una secuencia temporal ordenada se puede ver comprometida, y, en cambio, la consolidación de contenidos de tipo sensorial puede verse potenciada.

Aparte de los aspectos cognitivos, la vivencia de un suceso de impacto se puede materializar en forma de reacciones corporales diversas, configurando la respuesta inmediata a la amenaza. Algunos de los reflejos observados habitualmente en situaciones potencialmente amenazantes o estresantes, desde el incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria pasando por el distrés gastrointestinal están mediados por la amígdala, por las proyecciones

que, originadas en los núcleos central y medial, se dirigen hacia otras regiones cerebrales (Ressler *et al.*, 2022). La vivencia de una experiencia traumática también puede materializarse a nivel conductual, con un abanico de reacciones que va desde el enfrentamiento (*fight*), a la fuga (*flight*), pasando por la inmovilidad tónica, o bloqueo (*freeze*) y por el desvanecimiento (*faint*) (Bracha, 2004).

En contra del imaginario y los estereotipos prevalentes en nuestra sociedad, la reacción de enfrentamiento o de fuga no son las reacciones más habituales entre las víctimas de los acontecimientos traumáticos, de modo que el conocimiento de la existencia de la diversidad de posibles respuestas ante un suceso traumático contribuirá a evitar juicios erróneos sobre el consentimiento y sobre la credibilidad.

La influencia de los elementos socioculturales en la interpretación de la respuesta al suceso traumático también se produce sobre la víctima, de modo que ella misma puede dudar de la validez de su propia reacción, dificultando su autorreconocimiento como víctima de una acción no consentida, generando sentimientos de culpa o vergüenza. Estos sentimientos e interpretaciones pueden, por tanto, estar en la base de un retraso en la revelación de los hechos, de su denuncia, de una eventual omisión de una parte de los hechos e incluso del eventual abandono del procedimiento judicial.

Así pues, entre los motivos más frecuentes por el retraso en la revelación de los hechos se apuntan los siguientes: estados de activación, bloqueo o confusión en los momentos iniciales; escasa o nula autopercepción de víctima o de haber sido objeto de una agresión; sentimientos de culpa y de vergüenza o dudas y miedo a no ser creída. También se encuentran el temor a posibles represalias por parte del agresor o de los agresores, la dependencia emocional y económica del agresor, la desconfianza en el sistema, el deseo de olvido y de no revivir el suceso a través de la denuncia, o la falta de competencia o especial vulnerabilidad.

Todo ello, las disfunciones descritas estarán en la base de una posible reacción aguda en el estrés; se trata de un trastorno transitorio asociado a las

respuestas psicopatológicas iniciales y que puede aparecer entre 3 y 30 días con posterioridad a la exposición a un suceso traumático; si bien no todos los casos en los que se produce una reacción aguda al estrés desembocarán en un trastorno por estrés postraumático, la identificación del cuadro será útil para evaluar la sintomatología postraumática precoz (García-Esteve *et al.*, 2021).

## **3.2 Intervención en personas adultas.**

### **3.2.1. Consideraciones previas.**

Las cuestiones planteadas hasta ahora motivan la necesidad de plantear una serie de consideraciones previas a tener presentes a la hora de realizar el abordaje de la exploración médico-forense de guardia.

- Es necesario facilitar un entorno emocional en el que la víctima se sienta escuchada y no juzgada, teniendo presente que los signos en sentido contrario pueden interferir en la anamnesis o, incluso, generar un efecto negativo.
- Habrá que procurar un entorno lo más cómodo posible, en el contexto del centro sanitario, que facilite y garantice la intimidad adecuada en estos casos.
- Durante la evaluación del médico forense, la víctima tiene derecho a ser acompañada tal y como se contempla en el artículo 4.c de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito, en el que se especifica como derecho básico el acompañamiento de la víctima por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios, lo que debe quedar reflejado en el informe médico-forense. Sin embargo, el acompañamiento puede estar limitado por las exigencias de la actuación profesional, con especial importancia en cuanto al momento de la exploración y toma de muestras (posible riesgo de contaminación).

En este sentido, también será de especial interés la detección de situaciones en las que el acompañamiento pueda suponer una posible alteración de la anamnesis, como si comporta una sospecha de coacción (por ejemplo, en casos de tráfico de seres humanos). Ante la

detección de estas situaciones, debería intentarse separar a la víctima de su acompañante, y, en todo caso, dejar constancia en el informe médico-forense.

- Tal y como expone el artículo 48.1 de la LOGILS, se evitará en todo caso la reiteración de los reconocimientos, a menos que sea indispensable para la investigación. Por tanto, es conveniente llevar a cabo la actuación conjunta de los profesionales en un único acto (anamnesis, exploración y recogida de muestras) con el fin de evitar al máximo el fenómeno de victimización; no obstante, es necesario respetar posibles cambios de ritmo o necesidad de interrupciones en función del estado o decisiones de la víctima.
- Tener presentes los posibles requerimientos específicos que puedan presentar víctimas de diverso origen cultural: es conveniente clarificar los contenidos que se hayan expresado durante la entrevista y asegurar que ha habido una buena comprensión mutua; es necesario prestar especial atención a la comunicación no verbal (para evitar interpretaciones erróneas) y también tener presente que el sesgo cultural personal (de los profesionales) puede influir en las primeras impresiones durante la evaluación, especialmente en lo que se refiere a la actitud observada.

### **3.2.2. Consentimiento informado.**

El consentimiento debe obtenerse antes del reconocimiento y debe incluir todas sus partes (anamnesis, exploración física y genital, toma de muestras y obtención de fotografías, si procede). Puede ser un consentimiento verbal o por escrito, si bien hay publicaciones que recomiendan que el consentimiento se obtenga por escrito.

La prestación del consentimiento a las intervenciones urgentes por violencia sexual requiere que, previamente a iniciarlas, se haya proporcionado información sobre el papel de los y las profesionales que intervienen, en qué consiste la intervención y cómo se llevará a cabo, y cuál es la finalidad de la obtención de las muestras. También debe informarse a las víctimas de su

derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento de la exploración. En caso de personas con discapacidad que no puedan entender el alcance de la intervención, el consentimiento será prestado por su representante legal (Consejo Médico-Forense [CMF], 2021).

### **3.2.3. Anamnesis**

La anamnesis forense en el momento de la valoración pericial inicial de las víctimas de violencia sexual es parte fundamental en el procedimiento ya que su resultado guiará tanto la exploración física como la recogida de muestras. En el supuesto de personas adultas con discapacidades significativas, se recomienda que se pregunte por los hechos tanto a la persona que acompaña a la víctima como a la propia víctima, porque a pesar de la posible dificultad al expresarse, ella es quien ha sufrido la violencia y es posible que quiera explicar lo que ha vivido y cómo.

Inicialmente se empezará con preguntas dirigidas a obtener datos generales (identificación; condición de residente, turista, etc.). Se recopilará información sobre la filiación de la víctima, edad, sexo y circunstancias especiales como víctima gestante, en tratamiento hormonal, reasignación de género u otros.

Se preguntará por antecedentes médicos generales (somáticos y psiquiátricos) que puedan ser relevantes para el caso, así como por posible tratamiento farmacológico habitual.

Posteriormente se dirigirá a cuestiones relacionadas con los antecedentes obstétricos-ginecológicos: menarquia, fecha de última regla, gestaciones, partos, abortos y procesos patológicos. En caso de haber mantenido relaciones sexuales previas consentidas, se pedirá la fecha de la última (especificando, dada la posible influencia en la interpretación de los resultados analíticos, si se trata de persona conocida o no, y si se hizo uso de preservativo).

Una vez finalizada la anamnesis general, se recogerá la información en relación con el hecho, procurando no interrumpirla durante el relato. Es necesario recoger información lo más precisa posible, siempre y cuando la

situación de la persona explorada lo permita. Como datos importantes del relato, que orientarán exploración y obtención de muestras, destacarán: lugar, fecha y hora aproximada de los hechos, agresor o número de agresores, conocido/s o no, tipo de agresión (existencia de penetración (tipo), uso de métodos barrera, eyaculación, etc.), existencia de violencia (física, uso de armas, retención o sujeción física, amenazas, persuasión coercitiva, aprovechamiento de alguna posición de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima), conductas posteriores a los hechos (higiene, cambio de ropa, relaciones sexuales posteriores, administración de tratamiento farmacológico, consumo de bebidas o alimentación, micción, deposición, vómitos,...).

Dado que muchos episodios de violencia sexual tienen lugar en entornos y situaciones de ocio, como información de interés es necesario recabar datos sobre el posible consumo de tóxicos por parte de la víctima: una investigación efectuada recientemente en nuestro entorno ha mostrado que el 69,9 % de las víctimas atendidas de forma aguda en el hospital que han denunciado haber sido víctimas de violencia sexual habían consumido alcohol pocas horas antes de sufrir el suceso (García Esteve, 2021).

Por tanto, a efectos de orientar el análisis toxicológico, se preguntará sobre este punto (tipo de sustancia consumida o que sospecha que podría haberle sido administrada, hora aproximada del consumo, vía de entrada y dosis, así como si se trata de un consumo voluntario o no). Este aspecto se describe más ampliamente en el apartado correspondiente a las muestras por estudio toxicológico.

La información relativa a una eventual intoxicación será necesaria a efectos de considerar la influencia de niveles elevados de alcohol (u otras sustancias de abuso), no solo como factores de vulnerabilidad, sino también como elementos que pueden tener influencia en la calidad del recuerdo relacionado con el episodio traumático.

En relación con el relato de los hechos por parte de la víctima y su transcripción en el informe médico-forense, es aconsejable que esta sea concisa y resumida. Cabe remarcar que en ningún caso esta descripción de los hechos puede tener

la consideración de declaración, sino que es la recopilación sistematizada de la información que nos permite orientar el caso y la intervención.

#### **3.2.4. Exploración psicopatológica.**

En el momento de la anamnesis se realizará una valoración psicopatológica inicial que comprenderá, al menos, los siguientes elementos: valoración del estado general (cuidado/descuidado, estado higiénico...), conciencia, orientación y atención, alteraciones del curso o contenido del pensamiento, posibles síntomas o signos que sugieran intoxicación derivada del consumo de sustancias tóxicas, valoración de posibles alteraciones mnémicas (características del recuerdo de la secuencia de los hechos, etc.), posibles déficits intelectuales, posibles afectaciones en la esfera psicótica o en la esfera afectiva, ideación autolítica (acotando, si fuera posible, si se encuentra vinculada o no a los hechos), juicio crítico (conservado o no).

Esta valoración psicopatológica también puede permitirnos identificar los primeros síntomas asociados al impacto, como la reacción aguda al estrés. Se trata de un cuadro clínico que supone un malestar psíquico que excede del malestar que comportaría un trastorno adaptativo. Según DSM-V, para cumplir criterios diagnósticos de este trastorno es necesario presentar 9 o más síntomas de un total de 14, correspondientes a los grupos de intrusión, evitación, hiperactivación, estado de ánimo negativo y disociación (American Psychiatric Association [APA], 2013).

#### **3.2.5. Exploración física en personas adultas.**

Antes de empezar con la exploración física, deberá explicarse a la víctima con detalle los pasos que se seguirán y con qué objetivo. Es necesario minimizar al máximo las sensaciones de incomodidad procurando hacer la exploración, en cualquier caso, por regiones corporales. En todo momento la víctima explorada debe tener posibilidad de determinar el ritmo de la exploración o incluso rechazarla.

La exploración física tendrá lugar en el ámbito hospitalario conjuntamente con un especialista en ginecología si se trata de anatomía genital femenina o en

especialistas en urología o cirugía en caso de anatomía genital masculina; siempre en condiciones de iluminación correcta y ayuda de técnicas adecuadas de aumento en caso de que se considerase necesario.

La exploración debe ser cumplida, minuciosa y ordenada, anotando localización, dimensiones y morfología de las lesiones objetivadas. La descripción lesional debe ser detallada, diferenciando adecuadamente entre tipologías lesionales (equimosis, erosión, hematoma, herida, etc.), haciendo mención, cuando sea necesario, de aquellos cambios cromáticos que permitirán orientarlas cronológicamente. También se consignará en su caso la no existencia de lesiones. La precisión en este aspecto contribuye a mejorar la calidad pericial en el momento del juicio oral, especialmente para correlacionar o descartar la relación entre las lesiones que se hayan constatado y los hechos. A tal fin en el informe se hará constar los mecanismos de producción que haya referido la víctima en caso de que lo recuerde o sea conocedora. También deberá dejarse constancia de aquellas lesiones que la víctima describa como previas a los hechos.

El examen físico empezará por la observación general de toda la superficie corporal (extragenital) y continuará por la región paragenital y genital/anal.

#### **3.2.5.1. Exploración de superficie corporal extragenital:**

Debe ser una exploración completa. La guía de la OMS\* (World Health Organization [WHO], 2003) recomienda empezar por las manos de la víctima e ir estableciendo así un clima de confianza con el examinador. Se inspeccionarán ambos lados de las manos, revisando las uñas y observando muñecas por posibles signos de ligaduras o lesiones por compresión. A continuación, se seguirá con el resto de la exploración por antebrazos, brazos y axilas buscando posibles lesiones o signos que sugieran violencia, lucha o defensa o que puedan ser compatibles con inmovilización, sujeción, compresión, etc.

Después, se explorará la región facial y craneal. Se avanzará observando la región cervical y mamas en las que podrían existir posibles sugilaciones. Se

completará el resto de exploración con visualización de abdomen, región dorsolumbar y extremidades inferiores.

### **3.2.5.2. Exploración paragenital:**

Esta incluirá región inferior abdominal, cara interna de muslos y región glútea.

### **3.2.5.3. Exploración genitoanal:**

La exploración deberá ser adecuada a la anatomía de la víctima.

La exploración genitoanal puede variar en relación con las características anatómicas; la posición más habitual en anatomía femenina es la posición ginecológica o de litotomía y la posición más habitual en la anatomía masculina suele ser la posición fetal.

De la misma forma que en la exploración de la superficie corporal, es necesario describir posibles lesiones con todo detalle (incluyendo aquellas características que permitan estimar la datación), así como hacer referencia a si son recientes o antiguas. Deberá especificarse también su ubicación (haciendo analogía con esfera horaria), distinguiéndolas, en su caso, de signos de patología natural. Las lesiones se podrán detallar utilizando los patrones estándar aceptados con el acrónimo TEAR (*Tear*: laceración; *Ecchymosis*: equimosis; *Abrasion*: escoriación; *Redness*: eritema; *Swelling*: inflamación).

En cuanto a la exploración del ano, el examen se iniciará externamente haciendo descripción de las características de la piel como serían los márgenes anales, simetría de los pliegos anales, presencia de lesiones, etc. Las posibles lesiones o alteraciones que se identifiquen también tendrán que ubicarse en la esfera horaria. En caso de que fuera necesario evaluar el esfínter interno y externo, deberá analizarse el tono muscular de las paredes (para identificar parálisis del esfínter) mediante movimientos de contracción y elevación del ano, se evaluará la sensibilidad y posibles lesiones encontradas en el tacto anal (que será necesario o no dependiendo del caso y del criterio médico) (Navarro, 2001).

En el caso de los hallazgos anales en hombres que sufrió violencia sexual, se ha observado que estadísticamente es más probable identificar lesiones cuando la exploración se ha llevado a cabo dentro de las 48 horas siguientes a la agresión (Liautard *et al.*, 2022). Las lesiones anales que se describen con mayor frecuencia serían fisuras, equimosis y heridas superficiales (Naumann *et al.*, 2023). Otros hallazgos (antiguos y recientes) pueden ser cicatrices, fisuras, hipotonía, signos inflamatorios, dilataciones, ano infundibuliforme («ano en embudo») o alteraciones de los pliegos. En relación con estos hallazgos, hay que tener en consideración que algunos de ellos pueden ser variantes anatómicas o patológicas de la víctima y no producto del traumatismo de la penetración.

No es habitual encontrar lesiones en pene o escroto en el contexto de las violencias sexuales (Catanneo *et al.*, 2022).

### **3.3. Intervención en niños, niñas y adolescentes (NNA)**

#### **3.3.1. Consideraciones previas.**

El abuso sexual infantil es la implicación de los niños y adolescentes en actividades sexuales que no pueden comprender completamente y a las que no pueden consentir como participantes de manera totalmente igualitaria y autodeterminada, debido a su etapa temprana de desarrollo (Herrmann *et al.* 2014).

Muy a menudo, el episodio de violencia sexual no se conoce hasta pasado un tiempo de los hechos. Este aspecto condiciona la urgencia a la hora de actuar desde un punto de vista médico y médico-forense. De esta forma, podemos encontrar cuatro situaciones (Adams *et al.*, 2016):

- Urgente. Se trata de evaluar una violencia sexual muy reciente y deberá realizarse sin demora. Estará indicado si hay problemas médicos, psicológicos o de seguridad, como dolor agudo o sangrado, ideación suicida o sospecha de tráfico de personas; una presunta agresión que podría haberse producido en las 72 horas anteriores, o hasta los 7 días en caso de adolescentes, que requiere la recogida de muestras para un

análisis forense; la necesidad de anticoncepción de emergencia y la necesidad de profilaxis posexposición para las infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Casos catalogados como preferentes, en los que existe una sospecha o conocimiento de violencia sexual en las últimas dos semanas, que no cumplen las indicaciones de los casos urgentes. Se recomienda realizar la exploración en un plazo de entre 1 y 7 días.
- Casos no urgentes. La indicación en estos casos es la revelación del abuso por parte de infantes, comportamientos sexuales, sospecha de abuso sexual por parte de un equipo multidisciplinar o preocupación familiar por un abuso sexual, pero cuando el contacto se ha producido más de 2 semanas antes y sin que se identifiquen necesidades médicas, psicológicas o de seguridad de emergencia.
- Evaluación de seguimiento. Se debe tener en cuenta la necesidad de realizar un seguimiento para reevaluar los hallazgos iniciales poco claros o cuestionables, para realizar pruebas adicionales para las ITS no identificadas ni tratadas durante el examen inicial, para documentar la curación/resolución de los hallazgos agudos o para confirmar las conclusiones del primer examen, cuando este fue realizado por un examinador no entrenado.

En los siguientes apartados nos referiremos a las exploraciones en los casos urgentes, es decir, cuando tenemos conocimiento de que se ha producido un episodio de violencia sexual en los últimos siete días.

### **3.3.2. Obtención del consentimiento.**

Siempre debe ponerse por delante de la exploración el bienestar del NNA, por lo que debemos solicitar su aprobación/permiso para realizar la entrevista y el reconocimiento médico-legal (Ministerio de Justicia [MJ], 2018) , y será necesario dedicar un tiempo a explicar, de forma minuciosa y en un lenguaje adecuado a la capacidad de comprensión del NNA, en el que consiste la exploración que se debe efectuar y su finalidad. También se le preguntará si desea estar acompañado/a por una persona adulta, familiar o acompañante (siempre que no haya un conflicto de intereses con la víctima, derivado o no del

hecho investigado), o si prefiere estar solo con el personal sanitario para poder expresarse con mayor libertad (Vega y Navarro, 2021). Si la víctima no accede o no colabora, no será posible realizar la exploración.

Por debajo de los 16 años, los padres, tutores o representantes legales deben dar el consentimiento (teniendo en cuenta que estos infantes pueden presentar limitaciones para entender el alcance de la intervención); al mismo tiempo estos pueden ayudar y facilitar la colaboración del menor. En caso de dudas o discrepancia entre la persona a explorar y el representante legal, deberá poner la situación en conocimiento de la autoridad judicial, para que la decisión sea adoptada en salvaguardia del mejor interés de la víctima (CMF, 2021). El Código de Deontología Médica (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM], 2021) especifica en el artículo 14 que la opinión de los menores de 16 años será más o menos determinante según su madurez.

Las víctimas por encima de los 16 años serán tratadas como adultas en cuanto a la capacidad de dar su consentimiento, según la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. Si el reconocimiento físico no puede llevarse a cabo por la falta de colaboración o de consentimiento de la víctima, deberá hacerse constar en el informe médico-forense.

### **3.3.3. Anamnesis en NNA.**

Cuando se realiza la entrevista se debe tener en cuenta la edad del niño o de la niña y su desarrollo cognitivo (MJ, 2018). Debemos procurar, si cabe, que la información relativa a los hechos se obtenga de alguna persona que no sea el menor para no victimizarle y evitar que deba aportar un relato de los hechos varias veces. Este aspecto es especialmente relevante cuando se trata de niños/as pequeños/as (hasta 10-12 años); por tanto, en estos casos recomendamos no interrogar al infante en el momento de la guardia, sino obtener la información solo de quien la pueda ofrecer (especialmente de la persona que manifiesta la sospecha de abuso (CMF, 2021), pero también del personal sanitario, padres, tutores u otros acompañantes). También se recomienda obtener de las personas informantes los datos relativos a antecedentes médicos, seguimiento o pautas de tratamiento.

En caso de adolescentes, se puede realizar la entrevista de la misma forma que con adultos (es decir, una entrevista directa), si bien deben tenerse en cuenta las peculiaridades de su edad; en cualquier caso, no se puede forzar a la víctima a dar información relativa a la violencia sufrida excepto si quiere hacerlo (Catanneo *et al.*, 2022).

Por lo que respecta a NNA con diversidad funcional, es necesario estar informados de cuál es el trastorno o tipo de discapacidad que presenta la víctima para poder orientar el abordaje. De forma general, en el caso de infantes con diversidad funcional, las preguntas sobre los hechos irán dirigidas a los acompañantes, al igual que a los infantes sin diversidad funcional.

Antes de empezar la intervención, se debe intentar crear un clima de confianza, ubicarnos en un entorno tranquilo y no mostrar prisa. La actitud del médico o de la médica forense debe ser amable, abierta, comprensiva y sin prejuicios (MJ, 2018). Por esta razón es indicado presentarnos y empezar la entrevista tratando aspectos de la vida del NNA que no estén relacionados con la violencia sexual (como se llama, cuántos años tiene, qué curso hace, con quién vive, si tiene amigos o cómo se llaman, si tiene alguna mascota...).

Si formulamos preguntas a los infantes, deben ser simples y no dirigidas ni sugestivas, y las respuestas, en la medida de lo posible, deben documentarse literalmente (MJU, 2018) (Vega y Navarro, 2021).

Entre los elementos que se deben investigar durante la anamnesis se encuentra la posibilidad de que haya malestar general, anal o genital (sangrado, prurito, secreción genital, presencia de verrugas o lesiones), sintomatología urinaria o en la defecación, o dolor pélvico, abdominal, genital o anal (MJ). , 2018).

#### **3.3.4. Exploración psicopatológica.**

En esta primera evaluación, el objetivo primordial será la exploración física pero no podemos dejar de aprovechar para recoger también aspectos psíquicos como la descripción del comportamiento, la apariencia, los gestos, los posibles síntomas emocionales, y la actitud del infante (colaborador, inhibido/tímido,

ansioso) (Vega y Navarro, 2021) (Vega *et al.* 2014) (CMF, 2021). En el caso de adolescentes, se podrá realizar una exploración psicopatológica inicial completa para valorar, al igual que en los casos de adultos, si presenta sintomatología de estrés agudo, y especialmente, descartar situaciones de riesgo que pueden requerir una intervención urgente de los profesionales de la salud mental (signos de intoxicación y conductas de riesgo, como autolesiones o ideación autolítica).

### **3.3.5. Exploración física en NNA.**

Debemos explicar en qué consistirá el examen físico de una manera sencilla y esclarecedora tanto al NNA como a los acompañantes (Jiménez *et al.*, 2013).

Los protocolos recomiendan realizar la exploración física por un examinador especialmente entrenado en la evaluación de abuso sexual, que se mantenga actualizado y sea capaz de realizar un diagnóstico diferencial de las posibles lesiones que encuentre; en caso de que el examinador no sea experto, habría que revisar y valorar los hallazgos con un experto, como control de calidad (Adams *et al.*, 2016) (Jiménez *et al.*, 2013). En nuestro caso, la exploración hecha conjuntamente con el pediatra o el ginecólogo (en función de la edad del niño y del protocolo del centro hospitalario) aportará el grado de experiencia requerida, a la vez que minimizará la victimización secundaria.

El examen físico empezará por la observación general de toda la superficie corporal (extragenital) y continuará por la región paragenital y genital/anal.

#### **3.3.5.1. Exploración de la superficie corporal extragenital:**

El examen físico incluirá una inspección de todo el cuerpo, al igual que en el caso de los adultos. No debemos olvidar la exploración de la boca, buscando lesiones inexplicables o petequias de los labios o del paladar, especialmente cerca de la unión del paladar duro y del blando (Kellogg *et al.*, 2023) y también del frenillo (Jiménez *et al.*, 2013). En el caso de NNA, no solo deberemos buscar lesiones traumáticas agudas sino también cicatrices preexistentes o de otros signos de maltrato físico (Catanneo *et al.*, 2022).

### **3.3.5.2. Exploración paragenital:**

Se explorarán las regiones crurales, los glúteos y la región abdominopélvica. Tanto en la superficie corporal como en la región paragenital, deben describirse con detalle todas las posibles lesiones que encontramos, aportando datos relativos a las características: coloración, dimensiones, localización anatómica u otras peculiaridades (por ejemplo, si son lesiones figuradas). En caso de no encontrar ninguna lesión, la ausencia también deberá anotarse.

### **3.3.5.3. Exploración genitoanal:**

Dentro del examen físico, la inspección de la región anogenital es la más relevante.

*Recomendaciones para la exploración genitoanal:*

- En el momento de empezarla, se recomienda cubrir con alguna prenda al niño, desde el abdomen hasta las rodillas, antes de que se quite la ropa interior, y mantenerlo cubierto durante la exploración (Jiménez *et al.*, 2013).
- Es imprescindible contar con una buena iluminación. Muchos autores recomiendan el uso del colposcopio como una herramienta, que, si está a nuestro alcance, permite una mejor iluminación y amplificación (Kvitko, 2012) (Jiménez *et al.*, 2013).

#### **3.3.5.3.1. Posición del NNA para la exploración:**

En el caso de niñas prepúberes, la exploración se llevará a cabo en posición supina, sobre la camilla o sobre el regazo del cuidador o de la cuidadora, con «*piernas de rana*» (decúbito prono, acercando las rodillas a la región pectoral, de modo que la región genitoanal queda elevada) y también en posición prona genupectoral, que permite visualizar la parte posterior del himen; no está indicado el uso del espéculo pediátrico excepto si la niña está sedada, y esta situación queda reservada para los casos con un sangrado inexplicable (Jiménez *et al.*, 2013) (Herrmann *et al.*, 2014).

En el caso de niñas en edad puberal se puede realizar la exploración en posición de litotomía (posición ginecológica clásica); está indicado el uso de

espéculo si la niña tiene un desarrollo de Tanner igual o mayor a 3 (Adamos *et al.*, 2016).

En niños, la exploración del ano se puede efectuar con el infante en posición supina con las piernas en rana, en decúbito lateral o en posición prona genupectoral, con una retracción suave de los pliegues glúteos (Adams *et al.*, 2016) (Jiménez *et al.*, 2013).

#### 3.3.5.3.2. Hallazgos genitoanales:

Para evaluar el himen, especialmente en posición supina, se recomienda realizar tracción de los labios para poder visualizarlo mejor y acceder a la vagina. Se trata de estirar suavemente los labios mayores entre el pulgar y el índice en dirección al explorador y hacia ambos lados; con esta maniobra se separan los pliegos mucosos que cierran el introito y se consigue visualizar el himen (Jiménez *et al.*, 2013).

Otra forma de evaluar el himen es utilizar un hisopo húmedo para moverlo suavemente y observar toda la anatomía (especialmente en el caso de un himen franjeado). También se puede utilizar una sonda de Foley; la sonda se inserta en la vagina, una vez dentro, se procede a inflar el globo y, con un ligero retroceso, el himen es traccionado de forma que permite observar hendiduras traumáticas inapreciables en la simple inspección (Jiménez *et al.*, 2013). El mismo resultado se puede conseguir pidiendo a la niña que haga una maniobra de Valsalva (hacer toser a la niña o que haga el esfuerzo como de defecar), con la que se facilita la protrusión del himen hacia el exterior.

Combinar tres técnicas estándar (como la separación labial y la tracción labial en posición supina y la posición genupectoral) aumenta el rendimiento de los resultados positivos. La combinación de las técnicas se exige, según la clasificación Adams, para que un hallazgo pueda considerarse como prueba definitiva de abuso (Adams, 2018) (MJ, 2018) (Herrmann *et al.*, 2014).

En cuanto al himen, en el informe médico-forense se tendrán que recoger datos de su morfología (anular, labiado, semilunar, franjeado, tabicado, cribiforme, imperforado, doble); estado (íntegro no elástico, íntegro elástico, desgarró

reciente, desgarró antiguo, escotaduras congénitas); y presencia o ausencia de lesiones.

En los niños se debe valorar el pene, periné, escroto y testículos, regiones crurales y ano. En el informe se tendrán que recoger datos sobre la exploración del ano, en cuanto a la forma (oval, circular); tono (normal, hipotónico); y descripción de fisuras, edema, aplanamiento de pliegues, desgarró u otras lesiones (Vega *et al.* 2014).

#### 3.3.5.3.3. Diagnóstico diferencial de lesiones con variantes de normalidad:

Debemos estar familiarizados con la anatomía prepuberal normal y las variantes anatómicas (Jiménez *et al.*, 2013). Respecto al himen, cabe recordar que es un tabique, en la casi totalidad de los casos incompleto, ubicado en el extremo inferior de la vagina, que separa el conducto vestibular del conducto vaginal (Kvitko, 2012). La apariencia de los genitales externos y del himen depende de la edad y de factores constitucionales y hormonales, que pueden variar en las diferentes etapas del desarrollo. En el periodo posnatal y neonatal, el himen es rosa brillante y prominente debido a los efectos de los estrógenos. Posteriormente, en la fase de reposo hormonal, el himen pasa de una forma anular a una configuración semilunar característica, que se mantiene hasta la prepubertad (MJ, 2018). En las niñas prepúberes, los estrógenos hacen que el tejido himeneal sea más grueso y más distensible, con tendencia a plegarse hacia afuera. Kellogg *et al.* (2023), en referencia a la tabla I de Adams actualizada, recoge las características de las diferentes variantes normales del himen.

La cantidad y la ubicación de las posibles laceraciones himeneales dependen de factores como la configuración del himen, del espesor del tabique y de la particular resistencia que ofrece. Cuando se ha producido una laceración del himen, los bordes (o labios) no se unen al finalizar el proceso cicatricial, no se reconstituye íntegramente y queda ya dividido en un número mayor o menor de colgajos, denominados carúnculas himeneales (Kvitko, 2012). En el himen no se encuentra tejido cicatricial (Cataneo *et al.*, 2022) (Herrmann *et al.*, 2014),

por eso será necesario distinguir entre escotadura congénita en el himen y carúnculas posdesgarro.

Es importante aprender a diferenciar entre hallazgos normales o variantes de la normalidad, hallazgos accidentales y hallazgos compatibles con una situación de abuso para garantizar una correcta interpretación. Por ejemplo, actualmente sabemos que la anchura de la apertura del himen no tiene valor informativo alguno. Los tampones pueden ampliar la apertura del himen, pero en ningún caso causar una lesión. Hacer gimnasia, correr, saltar, estirar o hacer spagats no lesiona el himen, como tampoco lo hace la masturbación (MJ, 2018).

Para facilitar el diagnóstico diferencial, disponemos de la clasificación de Adams y su grupo, como principal guía globalmente aceptada para la evaluación e interpretación de los hallazgos en los casos de sospecha de abuso sexual infantil; esta guía se ha ido actualizando a lo largo de los últimos años desde su primera publicación en 1992, siendo la última versión, la del año 2023 (Kellogg *et al.*, 2023). Esta tabla diferencia en tres secciones: sección 1 de hallazgos físicos (incluye variantes normales, hallazgos con una explicación médica no relacionada con el abuso, hallazgos debidos a otras condiciones que pueden ser mal interpretadas como abuso, hallazgos sin consenso de expertos, y hallazgos causados por trauma y que son altamente sugestivos de abuso), sección 2 de infecciones y sección 3 de hallazgos de diagnóstico del contacto sexual.

#### 3.3.5.3.4. Consideraciones respecto a la exploración genitoanal:

- En el informe médico-forense deberá documentarse la posición en la que se hace la exploración (Jiménez *et al.*, 2013), describir la morfología del himen en el caso de las niñas (Cataneo *et al.*, 2022), describir de forma minuciosa todas las lesiones presentes en la región anogenital siguiendo la esfera horaria (considerando la uretra a las 12 horas y el ano a las 6 horas (Jiménez *et al.*, 2013) y describir el estado de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Vega *et al.* 2014).

- Se recomienda recoger fotografías (o grabaciones de vídeo) en caso de ver hallazgos positivos y con el fin de confrontarlos con otros expertos cuando sea necesario, como control de calidad pericial, aunque nunca deben sustituir una descripción detallada de los hallazgos de la exploración (Adams *et al.*, 2016) (Kellogg *et al.*, 2023). En cuanto a la obtención de fotografías, se recomienda seguir las pautas indicadas en este protocolo, en el apartado correspondiente (pág. 42).
- Cabe destacar que la exploración normal con ausencia de lesiones anogenitales es lo más habitual en víctimas de abuso sexual infantil, con o sin penetración, aguda o crónica, por lo que este resultado no permite probar ni tampoco descartar un abuso sexual (Adams *et al.*, 2016) (MJ, 2018). Este hecho se explica, en parte, por la rápida regeneración de los tejidos anogenitales, que normalmente evoluciona a una regeneración completa, que autores como Kvitko describen en 10 días, y otros, como Cataneo, apuntan que en la mayor parte de las publicaciones, las abrasiones himeneales, las petequias y las hemorragias submucosas leves y los hematomas curan completamente en 2-3 días; las hemorragias submucosas moderadas o marcadas pueden persistir durante 15 días, y las laceraciones profundas de la horquilla posterior pueden requerir unas 2-3 semanas para su curación.

Otra explicación tiene que ver con el tiempo transcurrido entre la violencia sexual y la exploración física (el porcentaje de hallazgos es mayor si la exploración se realiza dentro de las primeras 24 horas que hasta las 72 horas) (Adams, 2018) (MJ , 2018).

Por otra parte, dado que el abuso más habitual no es violento (suele consistir en tocamientos) existen menos posibilidades de generar lesiones físicas (Vega y Navarro, 2021); pero incluso la penetración del pene en el ano o en el himen en niñas al inicio de la pubertad pueden, de hecho, no provocar lesiones por la elevada elasticidad de los tejidos (Cataneo *et al.*, 2022); en el caso del himen, en estos casos hablaríamos de un himen complaciente.

Todo esto condiciona que los hallazgos anogenitales sean muy variables porque dependen del tipo y la frecuencia de los abusos, además de los objetos utilizados, el grado de fuerza aplicada, la edad de la víctima y la intensidad de la autodefensa. El dolor referido, el sangrado vaginal y el tiempo transcurrido desde el último episodio traumático son los únicos factores que se correlacionan significativamente con el diagnóstico de hallazgos (MJ, 2018).

- Cabe mencionar que la propia anatomía de las niñas por debajo de los seis años, dado que el ángulo subpúbico es muy agudo, hace imposible la penetración porque el ángulo representa una barrera ósea. Entre los seis y los once años, la penetración del pene se puede conseguir, pero hay riesgo de provocar lesiones en el periné o rectovaginales, porque en algunos casos la niña tiene unos genitales de dimensiones reducidas (Kvitko, 2012).
- En ocasiones, las niñas más jóvenes (por debajo de los 12 años) no han adquirido el concepto de lo que significa «dentro» respecto a sus genitales externos; con el desarrollo puberal las niñas adolescentes adquieren una idea más clara del «dentro» respecto al «fuera» de los genitales externos (Adams, 2018).
- Es importante prestar atención sobre los hallazgos descritos en la sección 1, apartado E de la clasificación de Adams (Kellogg *et al.*, 2023), que actualmente son las que generan consenso entre los expertos como altamente sugestivas de abuso sexual, incluso en ausencia de una revelación por parte del infante, salvo que el niño o el cuidador proporcionen una descripción oportuna en tiempo y plausible de lesiones anogenitales accidentales (en la dilatación), aplastamiento o empalamiento, o intervenciones quirúrgicas previas que se confirmen con el historial clínico.
- Los hallazgos que pueden constituir lesiones residuales o de cicatrización deben confirmarse mediante posiciones o técnicas de examen adicionales.
- En el caso de lesiones aisladas, escasas o superficiales que parecen contusiones o petequias, su confirmación como lesión traumática tendrá

lugar observando cómo evoluciona su resolución en un examen de seguimiento.

A continuación, destacamos la tabla 1 de Enfoque actualizado en 2023 para la interpretación de hallazgos médicos en casos de sospecha de abuso sexual infantil (Kellogg *et al.*, 2023).

**Tabla 1. Enfoque actualizado en 2023 para la interpretación de hallazgos médicos en casos de sospecha de abuso sexual infantil.**

Sección 1. Hallazgos físicos.

A. *Hallazgos documentados en bebés o comúnmente visualizados en infantes no abusados* (estos hallazgos son normales y no están relacionados con el relato de ASI por parte de un infante). Son considerados variantes normales.

1. Variaciones normales del himen:

- a. Himen anular: tejido himeneal presente alrededor de la abertura vaginal, incluida la ubicación de las 12 en punto.
- b. Himen semilunar: el tejido himeneal está ausente en algún punto por encima de las ubicaciones de las 3 a 9 en punto.
- c. Himen imperforado: himen sin abertura.
- d. Himen de microperforación: himen con una o más aberturas pequeñas.
- e. Himen tabicado: himen con uno o más septos a través de la abertura.
- f. Himen redundante: himen con múltiples aletas o lengüetas, doblándose una sobre la otra.
- g. Himen con una especie de fimbrias o pólipos de tejido en el borde.
- h. Himen con montículos o protuberancias en el borde en cualquier ubicación.
- i. Cualquier muesca o hendidura del himen (independientemente de la profundidad) sobre la ubicación de las 3 y las 9 en punto
- j. Una muesca o hendidura en el himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o las 9 en punto, que no se extiende casi hasta la base del himen.

k. Borde posterior del himen blando que parece ser relativamente estrecho a lo largo de todo el borde y puede dar la apariencia de una abertura vaginal agrandada.

i. Asimetría en la anchura del borde himeneal posterior.

2. Banda/s periuretral/es o vestibular/es.

3. Cresta/s o columna/s intravaginal/es.

4. Cresta externa en el himen

5. Diástasis ani (área lisa)

6. Etiqueta/s o lengüeta de piel perianal.

7. Hiperpigmentación del tejido del himen, labios menores o perianales.

8. Dilatación de la abertura uretral.

9. Características anatómicas normales de la línea media:

- Surco en la fosa, visto en la adolescencia temprana.

- Defecto de la fusión de la línea media (también llamado surco perineal).

- Rafe medial.

- Línea vestibularis (área avascular de la línea media).

10. Visualización de la línea pectinada/dentada en la unión del anodermo y la mucosa rectal, observada cuando el ano está completamente dilatado, como con el paso o la presencia de flatos o heces en el canal anal.

11. Dilatación anal refleja que se produce durante las maniobras de exploración, como la tracción aplicada a los tejidos perianales o el posicionamiento del paciente, especialmente en prona o posiciones rodillas-pecho en decúbito supino.

12. Dilatación anal, que provoca la visualización de la línea dentada/pectinada, columnas o criptas anales, cualquiera de las cuales se pueden confundir con laceración o abrasión anal.

**B. Hallazgos comúnmente causados por afecciones médicas distintas de trauma o contacto sexual** (estos hallazgos requieren que se considere un diagnóstico diferencial, ya que cada uno puede tener varias causas diferentes).

13. Eritema, inflamación, fisuración o maceración de los tejidos perianal, perineal o vulvar relacionados con una mala higiene u otras dermatitis irritantes.

14. Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen

15. Adherencia labial.

16. Friabilidad de la horquilla posterior.
17. Secreción vaginal que no está asociada con una infección de transmisión sexual.
18. Fisuras anales.
19. Congestión venosa o acumulación venosa en el área perianal.
20. Dilatación anal completa/inmediata en niños con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento o encopresis, o niños que están sedados, bajo anestesia o con un tono neuromuscular alterado por otras razones.

*C. Hallazgos debidos a otras condiciones, que pueden confundirse con abuso.*

21. Irritativo / no infeccioso: eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianales o vulvares debido a la dermatitis irritante, incluida la dermatitis de Jacquet.
22. Inflamatorios: úlceras aftosas, enfermedad inflamatoria intestinal (fisuras anales/etiquetas o colgajos anales prominentes, secreción rectal), enfermedad de Behçet (úlceras dolorosas).
23. Condiciones dermatológicas: liquen escleroso y atrófico, foliculitis, vitíligo, angioqueratomas y hemangiomas.
24. Causas inmunológicas: pioderma gangrenosa (úlceras dolorosas).
25. Multifactorial/idiopático: prolapso uretral, prolapso rectal, canalización anal.
26. Cambios *post mortem*: dilatación anal, decoloración roja/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) por livideces u otras afecciones sistémicas raras. Es necesario un análisis histológico para la confirmación.

*D. Hallazgos sin consenso de expertos sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma* (Estos hallazgos físicos se han asociado con un historial de abuso sexual en algunos estudios, pero en la actualidad, no existe un consenso de expertos sobre cuánto peso se les debe dar, con respecto al diagnóstico de abuso sexual infantil. Los hallazgos 28 y 29 deben confirmarse utilizando posiciones o técnicas de examen adicionales, para garantizar que no sean variantes normales (hallazgos 1.i y 1.j) o un hallazgo de lesión traumática residual (hallazgo 38).

27. Dilatación anal completa e inmediata con relajación de los esfínteres anales internos y externos, en ausencia de otros factores predisponentes tales como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares.

28. Muesca o hendidura en el borde del himen, a la altura o por debajo de las posiciones de las 3 en punto o las 9 en punto, que se extiende casi hasta la base del himen, pero no es una sección completa. Este es un hallazgo muy infrecuente que debe interpretarse con precaución a menos que se haya documentado una lesión aguda en el mismo lugar.

29. Hendidura completa/sospecha de transección hasta la base del himen situada a las 3 o 9 en punto.

E. *Hallazgos causados por trauma.* (Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso, incluso en ausencia de una revelación por parte del infante, a menos que el niño o el cuidador proporcionen una descripción oportuna y verosímil del accidente anogenital accidental, aplastamiento o lesión por empalamiento, o intervenciones quirúrgicas previas confirmadas por el historial clínico. Los hallazgos que pueden constituir lesiones residuales o de cicatrización deben confirmarse mediante posiciones o técnicas de examen adicionales. Lesiones aisladas, escasas o superficiales que parecen contusiones o Petequias deben confirmarse como lesión traumática viendo cómo se muestra su resolución en un examen de seguimiento. Se deben tomar fotografías o grabaciones de vídeo de estos hallazgos, para después ser evaluadas y confirmadas por un experto en evaluación de abuso sexual a efectos de asegurar un diagnóstico preciso.

1) Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales

30. Laceración/es aguda/s o hematomas de los labios, el pene, el escroto o el periné.

31. Laceración aguda de la horquilla posterior o del vestíbulo, que no afecta al himen.

32. Hematomas, Petequias o abrasiones en el himen.

33. Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo.

34. Laceración vaginal.

35. Hematomas perianales o laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis

2) Lesiones residuales o cicatriciales de los tejidos genitales/anales.

36. Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar).

37. Cicatriz en la horquilla o fosa posterior (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar).

38. Hendidura himenal curada/defecto completo en la hendidura del himen debajo de la ubicación de las 3 a 9 en punto que se

extiende hacia o a través de la base del himen, sin tejido himeneal discernible en esa ubicación

39. Signos de mutilación genital femenina (MGF) o incisiones/cortes, como pérdida parcial o total del prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz lineal vertical adyacente al clítoris (tipo 4 de MGF)

### 3) Trauma agudo en los tejidos bucales

40. Trauma bucal agudo, como lesiones inexplicables o petequias de los labios o del paladar, especialmente cerca de la unión del paladar duro y el blando.

## Sección 2: Infecciones

### A. Infecciones no relacionadas con el contacto sexual.

41. Eritema, inflamación, fisuración de los tejidos perianales, perineales o vulvares debido a la infección con bacterias, hongos, virus o parásitos que no se transmiten sexualmente, como *Streptococcus tipo A o tipo B*, *Staphylococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella* u otros organismos gramnegativos.

42. Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus de Epstein-Barr.

B. Infecciones que pueden transmitirse por (o están asociadas con) transmisión no sexual y sexual. La interpretación de estas infecciones podría requerir información adicional, como la historia ginecológica de la madre (virus del papiloma humano, VPH) o el historial de lesiones orales del infante (virus herpes simple, VHS) o la presencia de lesiones en otros lugares del cuerpo (Molluscum) que podrían aclarar la probabilidad de transmisión sexual.

43. Molusco contagioso en el área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión probablemente no sea sexual. Se ha descrito la transmisión del contacto íntimo piel con piel en la población adolescente.

44. Condiloma acuminado (VPH) en el área genital o anal.

45. Infecciones por herpes simple de tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal diagnosticadas por cultivo o prueba de amplificación de ácido nucleico.

46. *Gardnerella vaginalis urogenital* (asociada con el contacto sexual pero también se encuentra en la flora vaginal en prepúberes y adolescentes).

47. *Mycoplasma genitalium urogenital* o *ureaplasma urealyticum*; mientras que se transmite sexualmente en adolescentes, la

prevalencia y la transmisión de estas infecciones a niños no se entienden bien.

C. Infecciones causadas por el contacto sexual, si se confirma con las pruebas apropiadas, y se ha descartado la transmisión perinatal.

48. Infección genital, rectal o faríngea por *Neisseria gonorrhoeae*.

49. Sífilis.

50. Infección genital, rectal o faríngea por *Chlamydia trachomatis*.

52. Infección por *Trichomonas vaginalis* aislada de secreciones vaginales u orina.

53. VIH, si la transmisión por sangre o agujas contaminadas se ha descartado.

Sección 3: Hallazgos de diagnóstico del contacto sexual

54. Embarazo.

55. Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un infante.

### **3.4. Obtención de fotografías.**

Si se desea ilustrar gráficamente los hallazgos se pueden utilizar esquemas o fotografías, pero debe tenerse en cuenta que no sustituirán en ningún caso la descripción escrita de las mismas por parte del profesional. Se deberá tener en consideración que la finalidad principal de las imágenes es descriptiva y el profesional decidirá si es necesario incorporarlas al informe médico-forense.

Cuando se considere que los elementos gráficos no deben añadirse al informe médico-forense, se podrán incorporar al aplicativo informático del instituto como documento adjunto de uso interno, dejando constancia de esta circunstancia en el informe. En ningún caso las imágenes correspondientes a zonas íntimas deben ser aportadas al informe: serán incorporadas a la actuación como archivo adjunto, e, igualmente, se dejará constancia de esta circunstancia en el informe médico-forense.

En caso de que las imágenes sean aportadas en el informe se debe garantizar siempre la intimidad de la víctima para evitar que sea reconocida, por lo que

será necesario tratar las imágenes pixelando u ocultando la cara. Entre los requisitos básicos que deben cumplir las fotografías que se vayan a utilizar hay que considerar: sistema de identificación (por ejemplo, iniciales, número de expediente, número de actuación en el historial de ejCat), fecha y hora, tamaños/uso de testigo métrico, plano próximo y plano general que facilite la ubicación y visión de conjunto.

### **3.5. Recogida de muestras**

La exploración médico-legal y la toma de muestras son herramientas muy importantes en la investigación y el enjuiciamiento de los delitos sexuales. (Forr *et al.*, 2018). La toma de muestras tiene lugar después de la anamnesis y al mismo tiempo que se realiza la exploración de la víctima. Debe realizarse por parte de médicos forenses entrenados. Aunque es una parte muy importante del procedimiento, es siempre una opción de la víctima (National Institute of Justice [NIJ], 2017).

Pueden tomarse muestras para análisis de biología y para análisis de toxicología. La finalidad de las evidencias recogidas durante el examen puede ayudar a la investigación: identificando a los sujetos perpetradores, corroborando los hechos o exonerando a personas sospechosas (NIJ, 2017).

Las muestras se tomarán con el consentimiento informado de la víctima y siguiendo las recomendaciones publicadas, entre ellas, 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).

Todos los casos que se remitan a cualquier laboratorio forense deben ir acompañados de la siguiente documentación:

- La solicitud o formulario estandarizado de recogida de datos (que contendrá información distinta, dependiendo del tipo de análisis solicitado).

- La cadena de custodia. La cadena de custodia de una muestra es un concepto de gran importancia legal; consiste en la demostración del trayecto que ha realizado la muestra, desde su origen hasta el destino (en este caso, el laboratorio), con la documentación de todas las personas que han estado en contacto con ella, el momento (fecha y hora) y su firma (Lowe *et al.*, 2009).

El momento de la toma de la muestra y todo lo relacionado (identificación, empaquetado, remesa al laboratorio, etc.) constituye lo que se llama *fase preanalítica*; esta fase, que se considera como parte del propio análisis, es crucial para que los análisis se realicen de la manera más correcta.

### **3.5.1. Muestras obtenidas por centros sanitarios, sin participación del médico forense.**

El artículo 48 de la LOGILS especifica la posibilidad de que las muestras biológicas y otras evidencias puedan ser recogidas por un centro sanitario, para la posterior remisión al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), y establece que el plazo y las demás condiciones de conservación se determinará mediante protocolos científicos por parte de los organismos competentes.

La toma de muestras por parte de centros sanitarios, sin la presencia de médico forense, con la posterior remisión al laboratorio debe ser una práctica muy excepcional. Tanto el examen médico-forense como la toma de muestras debe realizarse por profesionales específicamente entrenados en la recogida de estas evidencias (NIJ, 2017).

El IMLCFC, por su parte, ha elaborado un protocolo para gestionar estas cuestiones en caso de producirse, en el que destacan los siguientes puntos:

- Los centros sanitarios que remitan muestras deberán enviarlas correctamente etiquetadas (nombre y apellido de la víctima, fecha y hora de la toma de la muestra).

- Las muestras vendrán acompañadas de un documento de cadena de custodia y un informe hospitalario. El centro sanitario deberá emitir el correspondiente parte de lesiones al Juzgado de Instrucción que corresponda.
- El Servicio de Laboratorio Forense del IMLCFC recibirá las muestras, solo si se envían de forma correcta. Posteriormente, contactará con el juzgado competente para informar del recibimiento de muestras y solicitará el análisis, la custodia o la destrucción.

La Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y se envíen por los centros sanitarios, del Consejo Médico Forense, se expresa en la misma dirección.

### **3.5.2. Kits para la toma de muestras en casos de agresión sexual.**

Para protocolizar y mejorar la toma de muestras en casos de sospecha de agresión sexual, desde hace unos años, se ha destacado la importancia de los kits de agresión sexual (KAS; *SAK – sexual assault kit*). Consisten en un conjunto de materiales que se utilizan en la toma de muestras de víctimas o sospechosos de casos de agresión sexual, empaquetados de forma uniforme (NIJ, 2017). El contenido del kit varía entre países y entre zonas del mismo país (Newton, 2013).

El uso de KAS específicamente diseñados para la recogida de indicios en estos delitos permiten adaptarse a las normas de recogida y remisión de muestras y mejoran la calidad del proceso, lo que facilitará la obtención de vestigios biológicos y perfiles genéticos, a pesar de que las muestras contengan cantidades críticas o trazas de ADN (CMF, 2021). Existen recomendaciones del material que deben contener estos kits.

El primer KAS en España fue el elaborado por parte del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Este incorporaba material como escobillones de *nylon* flocados, material libre de ADN humano (fabricado de acuerdo con la

norma ISO 18385, del que se ha minimizado el riesgo de contaminación por ADN humano durante el proceso de fabricación), etc. (CMF, 2021).

Desde el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña se ha creado un KAS propio, que contendrá:

<b>Producto</b>	<b>Cantidad por kit</b>
Escobillones flocados muestras dubitadas	8
Escobillones flocados muestras indubitadas	2
Frasco de orina no estéril de 60 ml	1
Frasco de orina estéril de 60 ml	3
Frasco de suero fisiológico monodosis	2
Tubo de sangre EDTA	1
Tubo de sangre de oxalato de potasio	1
Bolsas medianas <i>zip</i> para muestras	3
Sobres medianos de papel para ropa	3
Guantes S, M, L	12
Hoja de etiquetas	1
Hoja explicativa del kit	1
Esquema para el reconocimiento de la víctima	1
Bolsa de papel grande para guardar el kit	1

### **3.5.3. Análisis de biología.**

El objetivo de la toma de muestras para el análisis biológico es la determinación de semen, principalmente, o de células epiteliales del posible

sujeto agresor, que podrán ser objeto de análisis genético (perfil genético del agresor y comparativa genética).

De esta forma, se pueden obtener muestras para el estudio biológico en los casos de penetración con y sin eyaculación, penetración con métodos barrera, penetración de partes del cuerpo (dedos), penetración con objetos o tocamientos en área genital, entre otros. Cada tipo de agresión condicionará los resultados que puedan obtenerse con las muestras.

La presencia de semen es la evidencia crucial para algunos de los delitos sexuales (causados por hombres), y el éxito de su detección depende de la fase preanalítica (toma de muestras, envío y recepción en el laboratorio) y de los procedimientos analíticos. Un resultado negativo en semen no descarta el delito sexual por parte de un hombre ya que existen diversas circunstancias que pueden afectar a su detección: el tiempo transcurrido hasta la toma de la muestra, la vasectomía u orquiectomía, la falta de eyaculación, el uso de preservativo o de agentes espermicidas, la menstruación, etc. (Suttipasit, 2019).

El médico forense decidirá en cada caso el tipo de muestras a obtener, y esta decisión se tomará de forma individualizada, de acuerdo con el relato de los hechos, los hallazgos de la exploración y el tiempo transcurrido desde los hechos (CMF, 2021). En caso de ausencia total de relato, la recomendación es tomar un amplio muestreo, dirigido para la exploración física. Aunque existe un procedimiento estándar de toma de muestras, es necesario que este se adapte a las necesidades del caso particular (NIJ, 2017).

Las muestras obtenidas deben preservarse de forma correcta hasta su envío al laboratorio. Tienen que ir acompañadas de la siguiente documentación:

- Solicitud o formulario estandarizado de recogida de datos.

Este documento debe incluir:

- Datos de la víctima: nombre y apellidos, edad, sexo (en casos en los que la víctima sea una persona transgénero, se recomienda

especificar, si se considera necesario, la dotación cromosómica sexual para evitar interpretaciones erróneas en el perfil biológico obtenido de las muestras), relaciones sexuales previas o posteriores a los hechos (tipo de relación con especial relevancia si se hace uso de métodos barrera).

- Datos de la agresión: lugar, fecha y hora, tipos de agresión, número de agresores, relación con el agresor, higiene posterior a la agresión.
- Datos de las muestras: relación detallada de las muestras que se recogen, tipo de análisis solicitado, fecha y hora de la toma de las muestras, identificación del profesional que ha recogido o supervisado la recogida (CMF, 2021) .
- La correspondiente hoja de cadena de custodia.

Todas las muestras de un mismo caso deben remitirse al mismo laboratorio. En ningún caso, durante el momento de la toma de la muestra, se tomarán muestras por duplicado (el doble de las muestras recomendadas para el caso) para duplicar el envío del caso a más de un laboratorio.

Hacer frotis o preparar muestras en portaobjetos en el lugar de la toma de la muestra es innecesario y no debería llevarse a cabo; las preparaciones realizadas en estos contextos tienen muchas células epiteliales, bacterias y otros elementos que pueden interferir (NIJ, 2017).

Se puede utilizar una mínima cantidad de lubricante soluble en agua (no espermicida), agua o suero para el examen vaginal o rectal, para que la exploración y toma de las muestras sea confortable. Se recomienda que sea de un solo uso para minimizar las contaminaciones (NIJ, 2017).

#### **3.5.3.1. Muestras para el análisis biológico:**

Todas las posibles evidencias seminales deben ser tomadas, en todos los casos, ya que, en el momento de la recogida de la muestra, a menudo se desconocen las circunstancias propias del caso (Suttipasit, 2019). Asimismo, deben recogerse independientemente de las actividades posteriores que haya

tenido la víctima: ducharse, nadar, beber, tener relaciones sexuales, etc. (González, 2018).

La toma de las muestras debe tener lugar lo antes posible, evitando las posibles contaminaciones. Para evitar la contaminación se recomienda:

- Que los profesionales que tomen las muestras usen: mascarilla y doble guante, con cambio de los guantes externos en cada cambio de región corporal muestreada, bata o ropa protectora, y que eviten hablar o estornudar durante la recogida y envasado de las muestras (CMF, 2021).
- Que las áreas de trabajo en el momento de la toma de muestras se limpien regularmente y que haya un registro (Newton, 2013).
- En el momento de la toma de las muestras (Suttipasit, 2019): cuidar de que no se transfieran secreciones de la vagina al ano, no colocar diferentes escobillones dentro de un mismo contenedor, recolectar muestras anales con anoscopio (reduce la posibilidad de contaminación) y colocar el espéculo con extrema precaución para evitar que facilite la contaminación de regiones externas en el interior de la vagina.
- Que la persona de apoyo/acompañante de la víctima se coloque fuera del entorno de la recogida de las muestras (por ejemplo, cerca de la cabeza de la víctima) (González, 2018).
- Extremar las precauciones de contaminaciones cruzadas en el caso de toma de muestras de distintos casos (Newton, 2013).

Las muestras más habituales para determinaciones biológicas son:

- Lavados de cavidades: vaginal, rectal y bucal.
- Escobillones de cavidades y superficies.
- Ropa.
- Objetos: preservativos, pañuelos, tampones, etc.

Por otra parte, es necesario distinguir:

- *Muestras dubitadas*: aquellas en las que se sospecha que existe presencia de material genético ajeno en la persona explorada. Son

objeto de la búsqueda de semen, células epiteliales o material genético del sujeto agresor.

Son los lavados y escobillones de las regiones corporales implicadas en la agresión sexual, de acuerdo con el relato de la víctima.

- *Muestras indubitadas* (también llamadas *muestras de referencia*): aquellas en las que se tiene la seguridad de que no hay material genético ajeno en la persona explorada. Se utilizan en el estudio genético de muestras dubitadas, en el marco de la comparativa del material genético. Pueden tomarse tanto de la víctima como de la persona agresora. También podrían tomarse de sujetos con los que la víctima haya tenido contactos sexuales cercanos a los hechos, para descartarlos como agresores.

Se cogen escobillones bucales en aquellos casos en los que no ha habido ningún tipo de contacto sexual bucal; si se ha producido este tipo de contacto, la muestra indubitada es la muestra de sangre, preferentemente con anticoagulante EDTA.

### **3.5.3.2. Plazos para la toma de muestras biológicas:**

Las evidencias forenses se degradan con el tiempo, por lo que es imperativo que las muestras de casos de sospecha de agresión sexual se tomen lo antes posible. Si bien los tiempos de viabilidad de toma de muestras posteriores a los hechos antes eran unos, las técnicas de detección de ADN han mejorado mucho la sensibilidad en los últimos años, lo que ha repercutido en una ampliación de los rangos de temporalidad (NIJ, 2017).

Existen diferentes estudios de viabilidad para encontrar espermatozoides en las muestras de la víctima. Pese a que los mejores resultados se obtienen al recoger las muestras en las primeras 72 horas en muestras vaginales, 48 horas en anales y 15 horas en bucales (González, 2018), es posible encontrar espermatozoides en muestras (CMF, 2021):

- Vaginales: hasta transcurridos 7-10 días.

- Anales: hasta 72 horas.
- Bucales: hasta 48 horas.

Las muestras de la superficie corporal pueden tomarse hasta 7 días después, si no ha habido limpieza de la superficie (Suttipasit, 2019).

En casos de niños prepuberales, puesto que la eyaculación no suele ser interna, la recomendación es la toma de muestras de la superficie corporal, óptimamente antes de las 72 horas (Hazelwood y Wolbert, 2008)

### **3.5.3.3. Secuencia recomendada para la toma de muestras biológicas:**

La recogida de las muestras debe seguir un orden para evitar contaminaciones entre las diferentes áreas corporales.

La secuencia recomendada es (CMF, 2021):

1. Muestras bucales, se recomienda que sean las primeras ya que los restos de semen desaparecen con mayor rapidez.
2. Muestras anorrectales: primero las muestras más externas.
3. Muestras de genitales externos, previa a la exploración digital o a la introducción del espéculo. En caso de genitales externos femeninos, tomar las muestras en orden de fuera hacia dentro.
4. Muestras vaginales: primero las muestras más externas.
5. El resto de las muestras (ropa, objetos...) pueden tomarse en el momento que se considere.

Se recomienda dejar constancia de la metodología y la secuencia de la toma de las muestras en el informe médico-forense. Si por algún motivo no se pudiera seguir, también es recomendable dejar constancia del motivo (Faculty of Forensic Legal Medicine [FFLM], 2021).

### **3.5.3.4. Toma de muestras dubitadas:**

#### 3.5.3.4.1. Lavados:

Consisten en la introducción de un líquido estéril en una cavidad y su posterior recogida.

La obtención de lavados siempre estará precedida de la de los escobillones.

- En el caso del *lavado vaginal*, se procederá a la introducción de unos 10-20 ml de suero fisiológico estéril en la cavidad vaginal, con la posterior recogida e introducción en un frasco estéril.

Existen distintos procedimientos para su obtención; lo más recomendable es que tanto la instilación como la recogida se hagan mediante una jeringa unida a una cánula estéril.

- En el caso del *lavado rectal*, se procederá a la introducción de unos 10-20 ml de suero fisiológico estéril en la cavidad rectal y su posterior recogida e introducción en un frasco estéril.

Existen distintos procedimientos para su obtención; el más recomendable es el siguiente: que tanto la instilación como la recogida se hagan mediante una jeringa unida a una cánula estéril.

- En el caso del *lavado bucal*, se procederá a la introducción de unos 10-20 ml de suero fisiológico estéril en la cavidad bucal y su posterior recogida e introducción en un frasco estéril.

El procedimiento más adecuado para su obtención es la administración a la persona explorada de los 10-20 ml de suero en el frasco estéril, que la persona los enjuague de forma que lleguen a todos los espacios de la boca y luego los devuelva al frasco estéril original.

#### 3.5.3.4.2. Escobillones:

El uso de los escobillones para la recogida de evidencias biológicas es el procedimiento estándar; son las muestras que se pueden obtener y transportar

con mayor facilidad (Ferreira-Silva, 2019). Los escobillones para la recogida de muestras dentro del ámbito forense son diferentes de aquellos que se usan en el ámbito clínico (Newton, 2013).

Hay diferentes tipos de escobillones comercializados; los más usados son los de algodón y los sintéticos (de espuma, nailon, etc.). Los más recomendados para la toma de muestras en casos de reconocimientos de agresiones sexuales, actualmente, son los flocados de nailon. Estos escobillones tienen un diseño que permite un mayor rendimiento puesto que la muestra se adhiere a la superficie y no es absorbida (en los escobillones de algodón, una parte de la muestra se queda retenida en el algodón y no se libera, lo que tiene repercusiones en la menor cantidad de material genético disponible final); igualmente tienen mayor superficie de fibras y el proceso de elución en el laboratorio es más eficiente. La tecnología que tienen se llama *Floq* (Ferreira-Silva, 2019) (CMF, 2021).

Para tomar las muestras con escobillones, hay que colocar el escobillón en la zona de la toma de la muestra y rotarlo, incluida la parte del ápice (Ferreira-Silva, 2019).

Las muestras de las cavidades y las secreciones presentes en la superficie corporal se recogerán con un escobillón seco. Las manchas o muestras de áreas corporales secas se recogerán mediante la técnica del doble hisopo (*double-swabbing technique*), que consiste en aplicar primeramente un escobillón humidificado con una gota de agua o suero estéril (que permita humidificar la zona a muestrear), para después aplicar un escobillón seco (Suttipasit, 2019).

Se recomienda tomar dos escobillones por área a muestrear: idealmente una de ellas quedaría remanente en caso de necesidad de realizar un contraanálisis. Igualmente, no existe la garantía de que todo el material biológico se pueda tomar con un solo escobillón (Ferreira-Silva, 2019). Recoger más de dos escobillones de una misma área anatómica puede diluir la muestra (NIJ, 2017).

- En el caso de la obtención de *escobillones de genitales externos*, se cogerán dos escobillones húmedos de la zona, que incluirá en todo caso:

*Área de genitales externos femeninos*: hasta el introito vaginal, incluido. La toma de muestras se realizará en orden de fuera hacia dentro.

*Área de genitales externos masculinos*: escobillones del pene (glande, cuerpo, corona y base), especialmente si hay secreciones secas. Tomar muestra de la parte anterior del escroto, en torno a la base del pene en casos de felación por parte del agresor (González, 2018).

- En el caso de los *escobillones vaginales*, se tomarán idealmente dos escobillones secos, uno de ellos antes de la introducción del espéculo en la vagina, y uno después. Habrá que rotular claramente cada uno de ellos. Pueden tomarse muestras de la parte más externa de la vagina y de la parte más interna (endocervical).

Si por algún motivo no se puede colocar el espéculo, se obtendrán dos escobillones vaginales de la parte más interna «*a ciegas*» y se identificarán de esta manera (FFLM, 2021).

- En el caso de los *escobillones de área anal y rectal*, se tomarán dos escobillones estériles humedecidos de los márgenes anales, y otros dos escobillones del conducto anorrectal (CMF, 2021) mediante la introducción de los escobillones unos 2 cm y realizando movimientos circulares. En el caso de varones se recomienda la toma de muestras en posición lateral izquierda (posición fetal) (González, 2018).
- En el caso de *escobillones bucales*, se recogerán dos escobillones que se pasarán, con cuidado y sin frotar en exceso, bajo la lengua, alrededor de las encías y por el paladar, hasta la garganta.
- En el caso de *escobillones de superficie corporal*: en casos de contacto con la superficie corporal en los que se detecte la presencia de semen,

la transferencia de células epiteliales, la presencia de semen o sangre (especialmente en zonas de la piel cercanas a la zona genital y las manos) o en casos de mordiscos o sugilaciones (presencia de saliva), se tomarán escobillones; si la superficie está seca se utilizará la técnica del doble hisopo (Newton, 2013).

#### 3.5.3.4.3. Ropa:

La ropa que la víctima llevaba puesta en el momento de sufrir la agresión sexual puede ser susceptible de ser analizada. Por este motivo, se recomienda recoger la ropa interior (bragas y sujetador) y aquellas prendas que puedan considerarse de interés (que tengan manchas de eyaculación, por ejemplo) (CMF, 2021).

Para obtener la ropa, puede resultar necesario cortarla, en estos casos, si hay alguna parte de una prenda rota, el corte debe preservar la zona dañada. Fotografiar la prenda en el cuerpo, antes de obtenerla puede resultar útil para dejar constancia de la colocación de la ropa y de la localización de las partes rotas (Newton, 2013).

Deberán recogerse en sobres de papel y por separado (CMF, 2021).

#### 3.5.3.4.4. Otras muestras:

- *Uñas de las manos* (Newton, 2013). Durante una agresión sexual, puede quedar material en las uñas de las manos: trozos de piel, fluidos, pelos, fibras, etc. Hay técnicas diferentes para obtener material analizable de las uñas: cortarlas, rascarlas o pasar un escobillón por debajo de su superficie.

En el caso de la obtención de las uñas cortadas, se introducirán las uñas de cada una de las manos en un sobre (CMF, 2021).

Dado que el uso de uñas artificiales o de pinturas acrílicas pueden dificultar su obtención mediante el corte o la rascadura, y que esto puede ser una fuente de estrés adicional para la víctima, se recomienda la toma de muestras mediante escobillones.

Se recogerá un escobillón de cada una de las manos (mano derecha y mano izquierda), con la excepción de si hay alguna uña en mal estado o rota, de la que se tomará un escobillón aparte en el que se indicará el dedo y la mano pertinente. En estos casos, se recomienda tomar una fotografía de la uña antes de la toma de la muestra.

La posibilidad de encontrar ADN ajeno es baja y se centra en las primeras 24 horas posteriores a los hechos.

- *Pelo público.* Se toma típicamente en los casos de agresiones sexuales hacia mujeres; esta transferencia suele ser mínima (Newton, 2013). Se pueden encontrar pelos hasta 7 días después, siempre que no haya habido limpieza de la zona. Se obtendrán mediante el peinado suave de la zona para no arrancar pelos de la víctima y se recogerán en un papel; también se remitirá al laboratorio el peine usado (CMF, 2021).
- *Compresas, tampones, preservativos.* Se recogerán en contenedores estériles, por separado y correctamente identificados.

### **3.5.3.5. Muestras indubitadas:**

La toma de muestras indubitadas puede llevarse a cabo de la víctima y del sujeto agresor, principalmente. Tanto las víctimas como los sujetos agresores pueden ser hombres o mujeres (NIJ, 2017).

La toma de muestras indubitadas, especialmente del sujeto agresor, debe realizarse extremando las precauciones para evitar contaminaciones con las muestras de la víctima. Por este motivo, si se toman en el mismo espacio y tiempo, el profesional deberá cambiarse los guantes, la mascarilla y limpiarse las manos entre ambas tomas de muestras. Asimismo, las muestras indubitadas deben empaquetarse separadamente de las de la víctima y deben estar correctamente etiquetadas (NIJ, 2017).

En nuestro entorno, la toma de muestras indubitadas suele diferirse en el tiempo, por lo que suelen tomarse en el curso del procedimiento judicial. Estas muestras pueden obtenerse por parte de médicos forenses o cuerpos policiales.

- *Escobillones bucales*: se tomarán dos escobillones bucales de la zona interna de las mejillas (fregar el escobillón); se puede hacer un enjuague de agua previo, especialmente si se han ingerido alimentos recientemente.

Las muestras de escobillones bucales se consideran indubitadas solo si no ha habido penetración oral (en estos casos la muestra indubitada es la sangre) (CMF, 2021).

- *Sangre venosa*: recoger un tubo de sangre por venopunción con anticoagulante (preferentemente EDTA) con unos 2-5 ml de sangre venosa.

Esta muestra será adicional a la que se tome para análisis toxicológico.

#### **3.5.4. Análisis de toxicología.**

El objetivo de la toma de muestras para análisis toxicológico es identificar sustancias que la víctima haya podido ingerir de forma voluntaria (vulnerabilidad química) o involuntaria (sumisión química).

Los laboratorios hospitalarios habitualmente no disponen de las técnicas adecuadas para realizar los análisis toxicológicos con validez pericial. (Newton, 2013) Por este motivo, deben recogerse muestras y enviarlas a laboratorios especializados en toxicología forense.

De esta forma, se pueden tomar muestras en los casos en que exista sospecha clínica o cuando la víctima o los acompañantes refieran la ingestión de sustancias o se describa su sospecha (MJ, 2022).

Se recomienda la obtención de las muestras lo antes posible. Si las primeras muestras se han obtenido por parte del centro sanitario por motivos clínicos, se recomienda que se consideren, siempre que se garantice su trazabilidad, autenticidad e integridad (MJ, 2022).

Es muy importante recabar la información sobre los tiempos (hora de administración o de consumo de la sustancia y hora de la toma de la muestra) y

que esta información llegue al laboratorio para poder establecer los análisis más adecuados en las diferentes muestras, y poder realizar una correcta interpretación de los resultados. Un resultado negativo no indica que no se haya administrado o consumido ninguna sustancia, sino que no se ha podido detectar. El tiempo de detección de las sustancias depende de la dosis suministrada o consumida y de la sensibilidad del método de detección (Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada [CEJFE], 2019).

Las muestras obtenidas deben preservarse de forma correcta hasta su envío al laboratorio. Tienen que ir acompañadas de la siguiente documentación:

- Solicitud o formulario estandarizado de recogida de datos.

Este documento debe incluir:

- Datos de la víctima: nombre y apellidos, edad, sexo.
- Datos toxicológicos relevantes: fecha y hora de los hechos, consumo de tóxicos y momento del consumo, prescripción de fármacos habitual, administración de fármacos en el centro sanitario posterior a los hechos y hora de esta administración.
- Datos de las muestras: relación detallada de las muestras que se recogen, tipo de análisis solicitado, fecha y hora de la toma de las muestras, identificación del profesional que ha recogido o supervisado la recogida (CMF, 2021) .
- La correspondiente hoja de cadena de custodia.

#### **3.5.4.1. Muestras para estudio toxicológico:**

Ante la sospecha (durante la anamnesis o la exploración) de un contexto de sumisión o vulnerabilidad química, será necesario tomar muestras para el estudio toxicológico.

De manera general, no se recomienda que se realicen pruebas toxicológicas de rutina, y que se limiten a los casos de intoxicación por drogas o alcohol, cuando la víctima explica haber ingerido sustancias o cuando describe síntomas compatibles con este hecho (MJ, 2022 ).

Las muestras recomendadas son (MJ, 2022):

- *Sangre venosa*. Dos tubos de sangre obtenida por venopunción de 5 ml, uno de ellos con EDTA como anticoagulante (tapón de color lila), y otro con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante (tapón de color gris). El color de los tubos está estandarizado y es común en la gran mayoría de los centros sanitarios. Los tubos tendrán que estar llenos al máximo para minimizar la cámara de aire.

La desinfección de la zona de venopunción (si el sujeto no lleva vía) debe realizarse con una solución desinfectante no alcohólica; en caso de que el sujeto lleve una vía, la muestra de sangre se obtendrá directamente de la vía sin necesidad de desinfección.

Las muestras se conservarán refrigeradas (2-8 °C) hasta su envío al laboratorio. Permiten la determinación de sustancias hasta 48 horas después de su consumo.

- *Orina*. Es la muestra de elección en estos casos. Se obtendrá toda lo posible en un frasco de plástico de hasta 50 ml. Los frascos de orina de vacío son para su recogida y traspaso a un tubo, por este motivo debe evitarse absolutamente el envío de muestras de orina en frascos de orina de vacío, ya que hay un riesgo muy elevado de derrame.

La muestra de orina se conservará refrigerada (2-8 °C) hasta su envío al laboratorio. En los casos en que se demore su análisis, puede congelarse.

Permiten la determinación de sustancias hasta 5 días después de su consumo.

- *Cabello*. Es la muestra que se debe considerar en casos en los que la exploración tenga lugar diferida más de 5 días, o en los que se sospeche que el tóxico ya no está en sangre o en orina. La toma de la muestra

deberá demorarse unas 4-6 semanas, tiempo suficiente para que el pelo crezca.

Se recogerá un mechón de pelo del grosor de un lápiz cortado preferentemente de la zona occipital, lo más cerca posible del cuero cabelludo. Se fijará en un papel señalando el extremo correspondiente a la raíz y el correspondiente a la punta.

La muestra se conservará a temperatura ambiente.

### **3.5.5. Empaquetado y remisión de muestras al laboratorio.**

No solo la toma de muestras, sino el embalaje y el transporte hasta el laboratorio deben cumplir una serie de criterios con el fin de garantizar la trazabilidad del proceso y mantener la autenticidad e integridad, requisitos necesarios para que los resultados obtenidos en los análisis tengan fiabilidad y validez para su posterior presentación como pruebas judiciales (CMF, 2021).

Para el embalaje de las muestras se deben seguir los siguientes principios (CMF, 2021):

- Cada muestra debe envasarse de forma individual.
- Los envases primarios irán sellados y correctamente etiquetados (tipo de muestra y sujeto de procedencia).
- Las muestras indubitadas de la víctima se individualizarán (sobres diferentes) de las dubitadas.

Para evitar la contaminación por microorganismos, se recomienda (CMF, 2021):

- Dejar secar las muestras húmedas a temperatura ambiente y en un lugar protegido antes de envasarlas.
- Empaquetar preferentemente en envases de papel o cartón.
- Mantener refrigeradas las muestras.

Existen diferentes metodologías de remisión de muestras al laboratorio; las recomendadas son:

- Remitir las muestras en un envase secundario (frasco, caja o sobre) y la documentación (solicitud y cadena de custodia) en un sobre aparte.
- Remitir las muestras y la solicitud en un envase secundario (frasco, caja o sobre) y la cadena de custodia en la parte externa del envase. En estos casos, si se remite más de un caso en el mismo envío, es necesario identificar correctamente cada una de las cadenas de custodia (con el nombre y apellido de la víctima o el juzgado y procedimiento).

## 4. La evaluación del impacto del trauma en personas adultas

Sufrir un suceso de impacto o traumático no es algo excepcional (Crespo y Gómez, 2012; Koenen *et al.*, 2017). Dadas las dimensiones epidemiológicas de la violencia sobre las mujeres y su impacto sobre la salud, especialmente sobre la salud mental, puede considerarse un problema de salud pública (Oram *et al.*, 2016). La violencia sexual, entre otras formas de violencia interpersonal, se encuentra entre los tipos de acontecimientos traumáticos con mayor potencial para desembocar en un síndrome por estrés postraumático (Kessler *et al.*, 2014). En este punto conviene hacer referencia a la Circular 1/2023, de 29 de marzo, de la Fiscalía General del Estado (FGE), sobre criterios de actuación del Ministerio Fiscal tras la reforma de los delitos contra la libertad sexual operada por la LOGILS, que establece que es necesario ofrecer idéntico tratamiento jurídico a las lesiones que se hayan causado, con independencia de su carácter físico o psíquico, y, en consecuencia, desde la fiscalía se podrán recabar las fuentes de prueba que sean precisas para acreditar la entidad, características y resultado de los menoscabo psíquico, así como la necesidad de tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico para su más adecuada sanación o más pronta mejoría (o bien la constatación de que la falta de tratamiento ha impedido o dificultado obtener una mejora o curación). Resulta esencial, por tanto, entender el origen y desarrollo de la respuesta postraumática, así como las formas en las que esta respuesta puede expresarse y los factores que pueden modularla.

La respuesta postraumática se puede desarrollar cuando se presencia o se vive una situación que resulta amenazante para la vida o que puede resultar en riesgo grave para la integridad física, experimentada con miedo intenso, pánico o indefensión, y los sistemas neurohormonales que regulan la respuesta ante la amenaza se desregulan de forma crónica (Sherin y Nemeroff, 2011). Se produce, por tanto, cuando, ante un suceso de impacto, se superan los mecanismos biológicos y psicológicos de la víctima para

afrontar/asimilar/adaptarse. Contribuyen al potencial traumático de los sucesos aquellos factores que les hacen impredecibles e incontrolables para la víctima.

Las manifestaciones o desajustes derivados de una agresión o violencia sexual pueden implicar desde alteraciones fisiológicas a alteraciones en las áreas cognitiva, emocional, conductual y relacional, generalmente dependiendo de las características de las víctimas y de su edad (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2011). Las investigaciones sobre el impacto del trauma en la salud mental nos ponen de manifiesto la dificultad a la hora de establecer un patrón psicopatológico único asociado a la vivencia de una situación de victimización o suceso crítico, y frecuentemente detectamos una amplia variabilidad de signos y síntomas, en ocasiones de una escasa especificidad y que no siempre se adaptan a los manuales diagnósticos o criterios de clasificación internacionales pero que, en cambio, provocan un gran malestar, sufrimiento y desajuste en la vida de la persona que lo sufre.

También hay que tener presente que la resiliencia y la recuperación son resultados habituales al trauma, sin olvidar que también puede darse una cronificación, una evolución tórpida o una aparición retardada de la sintomatología o de las manifestaciones clínicas. La implementación de los recursos de afrontamiento pasados y presentes, los factores de protección personales, familiares y del entorno y la capacidad de resiliencia de la víctima pueden explicar la ausencia de psicopatología, así como presentaciones clínicas «benignas». Entre los factores de vulnerabilidad asociados a una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática podemos encontrar antecedentes de sintomatología ansioso-depresiva, o victimización anterior (como experiencias tempranas adversas y otras cicatrices psicológicas).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es el diagnóstico más habitual relacionado con el trauma o el estrés, se introdujo por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) como categoría de diagnóstico y desde entonces ha habido varias revisiones posteriores. Las más notables se refieren, en primer lugar, al número total de síntomas que comprenden el trastorno y, en segundo lugar, al número de grupos sintomáticos. Este último ha sido ampliamente debatido a lo

largo de los años y de las anteriores ediciones de DSM, sobre todo en cuanto a la categorización de la sintomatología del TEPT. La edición más reciente del DSM, el DSM-5 (APA, 2013), caracteriza al TEPT como formado por 20 síntomas, cada uno perteneciente a uno de los cuatro grupos de síntomas: intrusión, evitación, alteraciones negativas de cogniciones y estado de ánimo, y alteraciones en la excitación y la reactividad (Soberón *et al.*, 2016). El DSM-5 incluye como trastornos relacionados con traumas y factores de estrés el trastorno de estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático, y el trastorno de adaptación.

Personas que han experimentado situaciones traumáticas de forma reiterada o de larga duración son susceptibles de desarrollar el TEPT complejo (con una correlación consistente); para el diagnóstico de este trastorno se requiere haber estado sometido a estresores traumáticos, y el tipo de estresor será considerado más como factor de riesgo que como requisito para el diagnóstico. Como diferencia respecto al TEPT, el TEPT complejo se configura con seis grupos de síntomas: tres propios del TEPT (la evitación, la reexperimentación y la hiperactivación) a los que se añaden las dificultades en el establecimiento/mantenimiento de las relaciones interpersonales, la disregulación afectiva, y una situación persistente de autoconcepto extremadamente negativo (Maercker *et al.*, 2022). Para información más extensa relativa a este trastorno, y especialmente focalizada en víctimas de violencia llevada a cabo por la pareja recomendamos la lectura de Miguel Pérez García y Carmen Fernández Fillol (Universidad de Granada).

En cualquier caso, es relevante tener presente que no todas las respuestas postraumáticas se presentan en forma de TEPT; también se pueden expresar como trastorno por ansiedad generalizada, en forma de trastornos de la conducta alimentaria o en forma de problemas con el consumo de sustancias, entre otros.

El caso del consumo problemático de sustancias suele desarrollarse como parte de estrategias de afrontamiento inadecuadas, en las que el consumo tiene lugar con finalidad ansiolítica o de evasión de malestar o recuerdos. Este problema, más allá de las repercusiones sobre la salud física y mental que

puedan derivarse, también puede comportar un mayor riesgo de volver a ser victimizada en sucesivos episodios de ingesta/consumo.

Más allá de la aparición de síntomas que puedan configurar algún tipo de trastorno psiquiátrico, el impacto también puede materializarse en aspectos psicológicos, como en forma de sentimientos de culpa y de baja autoestima (habituales entre víctimas de violencia sexual en la infancia o cuando el agresor es una persona cercana), o como la presencia de mayor malestar psicológico en aquellos casos en los que hay dificultades en el autoreconocimiento como víctima (Sarasua *et al.*, 2012). Las dificultades (o la falta) en el auto reconocimiento como víctima de violencia también están asociadas al consumo de riesgo de alcohol y al mantenimiento en el tiempo de la relación con la pareja/agresor (Jaffe *et al.*, 2021).

En cuanto al impacto sobre la salud mental en víctimas de género masculino, es necesario saber de entrada que la violencia sexual sobre hombres también está sometida a mitos y prejuicios, en su caso fundamentados en el ideario social y cultural sobre el concepto de la masculinidad y los rasgos que se consideran propios de una masculinidad hegemónica. Del mismo modo, aparte del desarrollo de trastornos de tipo postraumático, también deben considerarse las afectaciones psicológicas. Entre estas afectaciones se han observado tasas elevadas de alteraciones del estado de ánimo, con ansiedad, ideación y conducta suicida, autolesiones, aflicción y duelo, cambios en la autopercepción, vergüenza, baja autoestima u hostilidad; también se describen problemas relacionados con la esfera sexual, en cuanto al desarrollo de dudas sobre la orientación, y también a nivel funcional (desde impotencia a promiscuidad como forma de validación de la orientación sexual) y presencia de somatizaciones (Thomas y Kopel, 2023).

En el caso de víctimas de género masculino también es habitual que desarrollen sentimientos de culpa; en su caso es frecuente que adopten estrategias de afrontamiento de tipo externalizante, como el consumo de sustancias y la realización de actividades sexuales de riesgo, o en forma de agresividad (Widanaralalage *et al.*, 2022) (Forde y Duvvury, 2017).

Todo ello, y con el fin de garantizar una intervención forense de calidad con las víctimas de violencia sexual, esta debe abordarse y llevarse a cabo desde el conocimiento del impacto del trauma (*trauma informed approach*), reconociendo e identificando los mecanismos a través de los cuales los sucesos traumáticos impactan sobre el sujeto, e identificando los efectos que estos sucesos hayan podido ocasionar a las víctimas, desde la posible influencia en la calidad del relato, pasando por las repercusiones sobre la salud mental y funcionamiento general. La finalidad de esta forma de intervención es doble, puesto que, por un lado, contribuye a minimizar la revictimización, y, en segundo lugar, facilita una mejor comprensión sobre el impacto del trauma y contribuye a contrarrestar las ideas preconcebidas que puedan tener cualquiera de los operadores jurídicos (Ellison, 2017; Haskell, 2019).

#### **4.1. Aspectos que se deben tener presentes en la evaluación médico-forense**

Es adecuado iniciar la entrevista con una presentación e información sobre quiénes somos, cuál es nuestro papel, y cómo conduciremos la intervención; puede ser una forma de generar un ambiente de confianza y seguridad que ayude a la víctima en caso de que la asistencia a la valoración médico-forense le comporte inseguridad, preocupaciones o miedo.

Se recomienda llevar a cabo la evaluación desde la intervención mínima necesaria, evitando duplicidad de visitas. En este sentido, en función de las características del caso, debería valorarse la conveniencia de realizar la exploración conjuntamente con el psicólogo forense. En estas exploraciones es preferible promover y facilitar el relato espontáneo, reservando las preguntas para la resolución de dudas al final de la exploración.

La entrevista clínica con la víctima de la violencia sexual debe servir, fundamentalmente, para recabar la información sobre la situación clínica actual, sondeando el funcionamiento general y también sobre la posible afectación en áreas más específicas. Desde la perspectiva victimocéntrica, en esta entrevista hay que descartar hacer preguntas relativas a los hechos y se recomienda que

la información relativa a los hechos sea recogida, preferentemente con anterioridad a la entrevista, a partir de las fuentes documentales ligadas al procedimiento judicial como pueden ser el atestado, las declaraciones, los informes médico-forenses correspondientes a las intervenciones durante la guardia, o, incluso a partir de la visualización de la prueba preconstituida (si es que ha tenido lugar). La obtención de esta información de forma previa a la exploración será de ayuda para la identificación de los elementos que pueden haber estado en el origen de la respuesta traumática y también para orientar la entrevista e identificar los aspectos específicos sobre los que habría que profundizar.

Ahora bien, si la víctima proporciona información sobre el suceso y facilita ser preguntada, conviene ser cuidadosos con el interrogatorio y evitar expresiones o preguntas que puedan ser culpabilizadoras, que puedan ser interpretadas como un cuestionamiento o que minimicen la violencia o su impacto. De igual forma, si la víctima hace mención de la presencia de antecedentes traumáticos, el sondeo sobre las características de los mismos y el eventual impacto también debe ser cuidadoso.

Además de la exploración del impacto, la entrevista debe permitirnos identificar la presencia de factores de vulnerabilidad y la situación psicosocial actual de la víctima, enfocando especialmente en el apoyo social y los medios de apoyo de los que dispone, ya que estos factores son relevantes para estimar el pronóstico.

En cuanto a la exploración psicopatológica, es imprescindible llevarla más allá de la exploración de las funciones básicas para caracterizar las posibles afectaciones e identificar, en caso de que haya, los signos y síntomas que conformen la respuesta postraumática y el alcance de la afectación.

Es necesario, por tanto, explorar la posibilidad de conductas evitativas (qué ha dejado de hacer a raíz de los hechos), la presencia de síntomas intrusivos (pensamientos, imágenes, recuerdos o sensaciones que relacione con los hechos), y en caso afirmativo si vienen de manera espontánea o motivados por algún estímulo que pueda reconocer, si estos recuerdos permanecen mucho

tiempo en su pensamiento o si pasan rápido, si se acompañan de malestar físico o psíquico y de qué manera, si necesita hacer algo para sacarlos de la mente. Puede sondearse también si este malestar es duradero y sobre cómo repercute en sus actividades posteriores.

A pesar de las dificultades, hay que intentar explorar la presencia de sintomatología disociativa, como vivencias de estar o sentirse como en un sueño, una película, vivencias de sentirse fuera del cuerpo.

Otro de los aspectos sobre los que se debe incidir (puesto que pueden estar en la base de cambios conductuales importantes) es en la exploración de los cambios cognitivos y los cambios en el sistema de creencias: alteraciones en la identidad, pérdida de confianza en las personas (sea en genérico o por algún aspecto concreto, tales como aspectos de género, orígenes étnicos o culturales similares o asociados al del agresor), si presenta sentimientos o vivencias de imposibilidad de rehacer su vida. Se debe explorar si presenta sentimientos de culpabilidad o de vergüenza hacia los hechos, si se han establecido cambios en las dinámicas familiares y sociales con posterioridad a los hechos. De igual forma, conviene interrogar sobre el formato de expresión emocional, especialmente si la tendencia está en la supresión de la expresión.

Dado que una de las posibles presentaciones de la respuesta postraumática puede ser en forma de somatizaciones, será relevante interrogar sobre la existencia de dolores habituales como dolores musculares, articulares, cefaleas (en ausencia de otra causa que los justifique). Por el mismo motivo, también será importante preguntar sobre el hábito alimentario o presencia de sintomatología gastrointestinal: si tiene hambre, más o menos de lo que era habitual en ella (y si, como consecuencia, ha habido cambios de peso), cómo son las digestiones (describir la sintomatología).

Una de las formas en que con mayor frecuencia se puede observar el impacto de sucesos traumáticos es en la afectación del sueño, por lo que se considera muy recomendable explorar también esta función: dificultades en la conciliación, en el mantenimiento o despertar precoz, presencia de

interrupciones y cómo evolucionan posteriormente, o presencia de pesadillas habituales.

Conviene que la evaluación forense sobre el impacto de los sucesos traumáticos se complemente con la administración de pruebas complementarias por parte de los profesionales de la psicología forense integrados en los equipos psicosociales del Programa de Mejora de las Unidades de Valoración Forense Integral. Cabe destacar, entre las diversas pruebas complementarias que se pueden administrar, el *Cuestionario del Impacto del Trauma – CIT* (TEA ediciones), cuyos beneficios se encuentran, entre otros aspectos, en que cuenta con una escala de validación de las respuestas que lo hacen muy adecuado para administrar en el entorno forense.

Dado que el impacto de los acontecimientos traumáticos puede ir más allá de las consecuencias sobre la salud mental y afectar a los aspectos psicosociales, se hace necesario evaluar las posibles repercusiones en este ámbito, de forma relevante a efectos de facilitar la información que permita resarcir a todos los daños que la víctima haya sufrido. Para llevar a cabo esta evaluación contaremos con los y las profesionales del trabajo social que, junto con los y las profesionales de la psicología forense, configuran los equipos del Programa de Mejora de las unidades de valoración forense integral, que nos permitirán efectuar una valoración forense integral del caso desde un enfoque biopsicosocial. El formato de la valoración forense integral permitirá, pues, caracterizar la presencia o ausencia de impacto, la intensidad del impacto y su alcance sobre la salud mental, y también las consecuencias y daños sobre los aspectos psicosociales y del funcionamiento de la víctima.

#### **4.2. Aspectos sobre la elaboración del informe**

De acuerdo con el artículo 52 de la LOGILS, las víctimas de violencias sexuales tienen derecho a ser reparadas por los daños sufridos y esta reparación pasa, entre otras acciones, por ser indemnizadas; el artículo 53 desglosa los conceptos que son susceptibles de ser indemnizados (descritos en el punto 1.3).

Así pues, en cuanto a la elaboración del informe con posterioridad a la exploración, es relevante considerar algunos aspectos básicos que el documento debería incluir para facilitar la comprensión de cómo el suceso traumático habrá influido en la persona explorada, y para facilitar a los tribunales los elementos necesarios para estimar la valoración del daño y calcular la indemnización por responsabilidad civil derivada.

El informe médico-forense resultante debería incluir la caracterización del impacto sea en forma de daño temporal o permanente, clarificando si se trata de impacto psicológico o de consecuencias que configuren un trastorno mental, con indicación del periodo de tiempo que se ha requerido hasta la estabilización clínica, y, finalmente, en caso de permanencia de secuelas, asimilar por analogía a las secuelas contempladas en el baremo de la Ley 35/15. Se debe indicar también el pronóstico a futuro y los tratamientos que puedan requerirse, así como los aspectos psicosociales que se observen afectados.

El informe médico-forense debe ser, por otra parte, el elemento que nos permita describir la eventual presencia de sucesos traumáticos previos o de factores de vulnerabilidad en la biografía de la persona explorada, con el fin de concluir si estos antecedentes han comportado una situación de mayor vulnerabilidad para presentar sintomatología postraumática ante el suceso investigado.

La comparecencia a juicio será otro momento relevante en el que facilitar la comprensión sobre el impacto, especialmente en respuesta a las cuestiones que puedan formularse sobre la calidad del testimonio.

### **4.3. Intervención de los peritos de parte.**

El artículo 471 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal contempla la posibilidad de que las partes, acusaciones y defensas designen un perito de parte de su confianza para que intervenga en la elaboración del informe pericial acordado por el Juzgado. Más allá de esta previsión genérica, la concreción y alcance de su aplicación práctica es una cuestión discutida que está siendo resuelta caso a caso y sobre la que no existen criterios suficientemente consolidados. Los

derechos en juego son, en primer lugar, el derecho a la tutela judicial efectiva, que incluye la igualdad de armas entre las partes y el principio de contradicción; en segundo lugar, el derecho de las víctimas a la dignidad y a no sufrir revictimización; en tercer lugar, el derecho de los médicos y las médicas forenses a poder llevar a cabo su cometido profesional; y, finalmente, el interés general en el correcto desarrollo de los procedimientos judiciales sobre delitos. En este complejo equilibrio de derechos en juego, no podemos dejar de mencionar el potencial efecto negativo que las exploraciones psicopatológicas pueden generar en las víctimas, pudiendo prolongar o incluso empeorar las secuelas del trauma.

En el caso de la exploración psicopatológica de personas menores de edad, el sistema legal ya prevé la intervención indirecta de los y de las profesionales intervinientes en el procedimiento judicial. En el caso de las personas adultas, sin embargo, la exploración psicopatológica se realiza de forma directa por parte de los médicos y de las médicas forenses. Para poder llevar a cabo la misma, es preciso crear un marco de confianza que fomente la colaboración de la víctima. Esta compartirá el relato de los hechos objeto de investigación, la existencia de eventuales antecedentes relevantes y los efectos de estos, solo si se siente en un entorno de confianza y respeto. El establecimiento de las condiciones necesarias para garantizar la adecuada exploración de la víctima puede verse seriamente dificultado con la presencia de un o de una profesional que la víctima identifica como agente activo en el favorecimiento de la situación del responsable o incluso como correa de transmisión de la violencia sufrida, en función del tipo de intervención que realice. Esta consideración está vigente en el caso de víctimas especialmente vulnerables; de hecho, la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima, menciona la especificidad de las víctimas menores de edad de las víctimas de violencias sexuales y de las víctimas con discapacidad (art. 26).

En su Exposición de Motivos, el Estatuto de la Víctima contiene un mandato muy claro dirigido a todos los operadores jurídicos, cuando menciona que «la protección y el apoyo a la víctima no es sólo procesal, ni depende de su posición en un proceso, sino que cobra una dimensión extraprocesal. Se funda

en un concepto amplio de reconocimiento, protección y apoyo, en aras a la salvaguarda integral de la víctima». (...) «el reconocimiento, protección y apoyo a la víctima no se limita a los aspectos materiales y a la reparación económica, sino que también se extiende a su dimensión moral». La Ley 4/2015 prevé una serie de medidas específicas de protección de la integridad física y moral y de la intimidad y dignidad de las víctimas, como las del artículo 19, que interpela a los funcionarios encargados de la investigación del delito, entre los que se encuentran los médicos y las médicas forenses y que, si bien está enfocado a las declaraciones judiciales, no quedan exentas otras diligencias a las que las víctimas deban versar su relato de los hechos o aportar otros datos relevantes para la investigación, como son las exploraciones forenses.

Otras normas que no podemos desconocer son la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, que contiene una prohibición expresa de la revictimización de las mujeres, y que, en caso de enmarcarse en una práctica recurrente por parte de una Administración, podría ser considerada violencia institucional (art. 76 bis). Por su parte, la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, junto con su modificación operada por la Ley Orgánica 4/2023, de 27 de abril, establece que las víctimas son titulares de derechos y nos coloca a los y las profesionales en garantes de los mismos (art. 2.a).

Dadas las anteriores consideraciones, en el caso de que haya sido decidido por la autoridad judicial la intervención de un perito de parte en la exploración psicopatológica de la víctima, cuando la víctima manifieste su negativa a someterse a la exploración en presencia del perito de parte, o cuando el médico o la médica forense considere que su intervención puede comportar la imposibilidad de llevar a cabo la exploración, o bien puede generar revictimización, debe contemplarse la posibilidad de suspender la diligencia para informar a la autoridad judicial de esta circunstancia, para que esta adopte las medidas oportunas.

## **5. La evaluación del impacto del trauma en niños y adolescentes**

Actualmente nos encontramos en un momento de cambio de paradigma y de transición de modelo en lo que se refiere a la atención (en general) de los infantes y adolescentes que han vivido violencias sexuales, y, de manera más concreta, en cuanto a la evaluación del impacto con finalidades forenses, con el desarrollo de la estrategia Barnahus.

### **5.1. Barnahus. La Unidad integrada de atención a infantes y adolescentes víctimas de abusos sexuales.**

La estrategia Barnahus para el abordaje integral de los abusos sexuales contra la infancia y la adolescencia es un proyecto de la Generalitat de Cataluña, impulsado por el Departamento de Derechos Sociales, en coordinación con los departamentos de Salud, Educación, Justicia, Interior e Igualdad y Feminismos, para constituir las unidades integradas de atención a infantes y adolescentes víctimas de abusos sexuales. Este modelo sitúa las necesidades y especificidades de los menores en el centro de las intervenciones, de forma que todas las actuaciones en las que tengan que participar como víctimas de la violencia sexual tendrán lugar bajo el mismo techo, en instalaciones diseñadas y preparadas para generar un entorno amigable, en el que serán atendidas por equipos multidisciplinares y especializados, siguiendo las pautas y estándares de la Red Promise.

Las actuaciones dentro del proyecto Barnahus están enfocadas a reducir el número de evaluaciones y entrevistas. Entre sus funciones se encuentra la promoción del apoyo a la exploración judicial y la prestación de la atención al niño por profesionales especializados (policías, médicos forenses, médicos, equipo de asesoramiento técnico penal, psicólogos, etc.) en un entorno acogedor, de forma multidisciplinar y con perspectiva victimocéntrica. Otras de las funciones de la estrategia Barnahus consisten en informar, asesorar y acompañar a las víctimas de abuso sexual infantil (en adelante, ASI) y sus

familias, y la gestión interdepartamental de los casos para garantizar la coordinación de los distintos profesionales en cada intervención.

En este proyecto los y las profesionales de la medicina forense forman parte de los servicios médicos, junto con los y las profesionales de la pediatría y de la ginecología, con el objetivo de llevar a cabo las exploraciones pediátricas y médico-forenses.

El acuerdo de gobierno por el que se define el servicio público de la unidad integrada de atención a infantes y adolescentes víctimas de abusos sexuales (Acuerdo Gov/72/2024, de 26 de marzo) recoge tanto los objetivos del servicio como sus funciones y la organización. Es en este último aspecto en el que el acuerdo de gobierno recoge las competencias de cada uno de los departamentos implicados y en el que, por tanto, quedan recogidas las funciones propias de la medicina forense.

En el caso de violencias sexuales contra NNA habrá que diferenciar la intervención de los médicos y de las médicas forenses en dos situaciones: la sospecha de violencia sexual aguda o reciente (durante las primeras 72 horas y hasta 7-10 días según el caso) y la sospecha de violencia sexual no aguda.

En el primer supuesto, de violencia sexual aguda, la intervención médico-forense se llevará a cabo en el servicio de urgencia en el que se haya notificado el caso, conjuntamente con los equipos de salud correspondientes. Las condiciones y características que debe tener esta intervención han sido descritas en la sección correspondiente en las intervenciones de guardia.

En el segundo caso, la intervención de los y las profesionales de la medicina forense tendrá lugar propiamente en las instalaciones de la Barnahus. Esta será una intervención programada y coordinada con profesionales del Departamento de Salud, integrantes de los Equipos Funcionales de Expertos (EFE, dotados de especialistas en pediatría, ginecología, psicólogos y trabajadores sociales). En este supuesto, siguiendo las indicaciones del acuerdo de gobierno, la intervención estará dirigida a la exploración médica para identificar las posibles secuelas físicas derivadas de la violencia sexual.

Para la detección de secuelas e indicadores físicos de maltrato, será necesaria una exploración física completa, así como la exploración de las áreas de acceso sexual (de acuerdo con los hechos que se hayan relatado). En este momento, si han pasado más de 72 horas queda descartada la recogida de muestras para análisis forense.

Sin embargo, el documento contempla la competencia de elaborar los informes periciales solicitados por las autoridades judiciales o el Ministerio Fiscal, contexto en el que nuestra intervención puede ser requerida para informar no solo sobre la vertiente física de la violencia sexual, sino también sobre la repercusión en la salud mental ya que, al igual que en los adultos, no solo es importante caracterizar el impacto, sino traducirlo en términos que faciliten su resarcimiento.

La intervención de los y las profesionales de la medicina forense en la estrategia Barnahus puede tener lugar en casos que se encuentren judicializados, pero también en casos en los que la violencia todavía no se haya denunciado, configurando una actuación «extrajudicial». En este segundo supuesto, la actuación médico-forense estará dirigida a la identificación de hallazgos derivados de la violencia sexual de la forma más precoz posible y a la preservación de indicios, documentando la información que, en futuro, pueda ser utilizada en caso de judicialización.

Tanto para la valoración de secuelas físicas como para la valoración del impacto en la salud mental será imprescindible examinar toda la documentación médica disponible, así como la documentación ligada al seguimiento e intervenciones psicosociales, y a las intervenciones terapéuticas efectuadas.

Dado que el foco de la estrategia pasa por evitar la repetición innecesaria del relato sobre los hechos, será necesario reducir el número de entrevistas que los NNA deban realizar. Esta circunstancia exige, por tanto, la coordinación entre los distintos operadores, con el fin de llevar a cabo exploraciones conjuntas, de carácter multidisciplinar, que permitan recoger el máximo de información posible de forma simultánea. Concretamente, en el caso de la

evaluación del impacto sobre la salud mental, puede ser necesario establecer la coordinación con los profesionales del EATP (Equipos de Asesoramiento Técnico Penal).

Todo ello, y al igual que en el caso de víctimas en edad adulta, se hace necesario efectuar el abordaje desde el conocimiento del impacto del trauma, y desde el conocimiento de las especificidades propias de su desarrollo en la infancia. Estos aspectos se recogen a continuación en el punto 5.2.

## **5.2. Evaluación del impacto del trauma.**

La valoración del impacto del trauma en infantes y adolescentes merece una especial atención y dedicación, dado que tiene unas peculiaridades distintas del impacto en los adultos, tanto por sus características como por sus consecuencias a corto, y más especialmente, a largo plazo.

Los principios básicos de la fisiopatología del trauma han sido descritos en la sección de adultos, siendo aplicables también a los infantes. Pero en el caso de niños y niñas es necesario conocer también los factores que les son específicos.

Cuando un infante sufre un episodio de violencia sexual, hay una serie de elementos que pueden influir en la evolución del infante tanto en sentido positivo (como elemento de protección) como en negativo (como elemento de peor pronóstico) y que deberemos tener en cuenta cuando tengamos que llevar a cabo su exploración. El contexto sociofamiliar actuaría como red de protección y contención, pero también puede actuar como factor de riesgo en casos de desatención o bien por su intervención directa en el abuso. El hecho de que el agresor forme parte del núcleo familiar/entorno más cercano tiene implicaciones diversas: el núcleo deja de ser el marco de seguridad para el infante, lo que puede comportar alteraciones en su sistema interno de creencias, así como alteraciones en el desarrollo del vínculo/apego. También comporta dificultades para identificar la conducta del abusador como violenta, y mayores dificultades a la hora de identificarse como víctima.

En el extremo de la respuesta ante el trauma se pueden producir alteraciones en el desarrollo de la personalidad, en el que jugarán un papel importante los elementos de vulnerabilidad previa al hecho traumático: entre ellos encontraremos el estado madurativo del infante, la presencia de patología de base (psiquiátrica o neurológica), la diversidad funcional y el ambiente sociofamiliar desestructurado. Otra posibilidad en el extremo de respuesta traumática es el desarrollo del TEPT complejo.

### **5.3. Aspectos que se deben tener presentes para la evaluación forense.**

La tarea médico-forense se desarrolla en unas condiciones que pueden resultar victimizadoras; para reducir la influencia negativa de nuestra intervención será básico e imprescindible que la entrevista sea efectuada con el máximo de información sobre los hechos denunciados para evitar interrogar directamente al infante sobre los mismos. Tenemos a nuestro alcance fuentes de información alternativas para ello, como el expediente judicial con el atestado; es altamente recomendable solicitar también en el juzgado la visualización de la prueba preconstituida mediante el sistema

Arconte. [https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Guía buenas prácticas web.pdf](https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Guía_buenas_prácticas_web.pdf)

La herramienta fundamental de la intervención será la entrevista clínica (adaptada a las características, edad y necesidades del infante), junto con la exploración psicopatológica, con las que habrá que explorar todas las esferas de funcionamiento para identificar si hay afectación de alguna de ellas. Necesitaremos también información que no provenga directamente del NNA, porque habrá muchos casos que esta información directa será insuficiente, ya sea por la edad del infante, por situaciones de diversidad funcional o por otros motivos. Será imprescindible, entonces, conseguir información de todas las fuentes que rodean al NNA. Los padres/tutores legales son una de las principales fuentes de información, dependiendo de si la persona investigada en este asunto es uno de los progenitores (situación en la que habrá que interrogar al otro). En cualquier caso, la información que se busca es el comportamiento del o de la menor en casa en los últimos días: si ha habido

cambios destacables en el cumplimiento de las normas en casa, en las rutinas diarias, en el sueño o pérdida de habilidades adquiridas/regresiones.

La escuela es otra fuente importante de información: si ha habido cambios respecto al comportamiento anterior a los hechos (si es que en ese momento se conocen, aunque sea de forma aproximada, las fechas); cambios a lo largo del curso escolar que puedan considerarse destacables; cambios en la relación con sus iguales o con compañeros de cursos superiores, o con sus maestros y adultos referentes en la escuela, y cambios en el rendimiento escolar.

Psicólogos/as o psiquiatras también serán de ayuda con esta información. Muy probablemente, para cuando se nos pida realizar una valoración del impacto, el menor o la menor ya habrá pasado, o estará en proceso de tratamiento psicoterapéutico por el correspondiente profesional de salud mental. La documentación vinculada al proceso asistencial que se haya seguido será de mucha utilidad, tanto si existe diagnóstico, como para valorar la evolución que hayan presentado con el tratamiento y, consecuentemente, para estimar el pronóstico.

#### **5.4. La anamnesis con NNA.**

##### **5.4.1. Consideraciones respecto a las especificidades de los infantes.**

Para llevar a cabo una entrevista a un NNA debe tenerse en cuenta que la edad es un elemento determinante. No es lo mismo interrogar a un niño de educación infantil que a uno primaria o a un adolescente; en definitiva, cada NNA se encuentra en un nivel evolutivo diferente.

##### **5.4.1.1. Diferencias evolutivas en la adquisición de la cognición:**

Podemos ver las diferencias según las edades de los infantes y adolescentes en cuanto a lenguaje, conocimientos, comprensión y memoria según establecen Bravo, Guil *et al.* *Puedo hacerlo, ¿me ayudas a explicarme?* (2023),

Acosta y Moreno (2007), Juárez y Sala (2011) beca CEFJE, Lamb, La Rooy *et al.* (2011) y García y Delval (2019).

- *Los infantes de 3 a 5 años* presentan un pensamiento y lenguaje egocéntrico. Su habilidad de narración ha mejorado, se implica en diálogos largos y muestra avances en los aspectos sociales del discurso. Pueden expresar frases negativas. Comprenden y recuerdan detalles de una historia, pueden anticipar. Comprenden el cuándo y el cómo, y el 100 % de su habla es inteligible. Ahora bien, todavía tienen dificultad para distinguir lo que es correcto de lo incorrecto o tienen todavía el pensamiento mágico (creer que sus pensamientos son suficientes para que las cosas pasen).
- *De los 5 a los 7 años* pueden iniciar nuevos temas de conversación y responden a las aclaraciones que pide el interlocutor. También pueden interpretar estados de ánimo en los demás. El vocabulario expresivo dispone de unas 500 palabras y pueden definirlas. Comprenden instrucciones verbales largas, palabras descriptivas y conceptos numéricos.
- *Los infantes de 7 a 9 años* comienzan a hacer un uso del lenguaje para establecer y mantener un estatus social; existe un incremento de la toma de perspectiva del otro, aumenta con éxito la persuasión. Pueden realizar aclaraciones conversacionales para definir términos y ofrecer información adicional, a la vez que mantener conversaciones sobre temas concretos y entender el punto de vista del interlocutor. Hay también un incremento de la capacidad para producir lenguaje figurativo y comprenden que algunas palabras pueden tener más de un significado. En este periodo es cuando empiezan a surgir las habilidades metacognitivas (capacidad de las personas para reflexionar sobre sus procesos de pensamiento y la forma en que aprenden).
- *La franja de los 7 a los 11 años* comporta un avance exponencial en la evolución del infante/preadolescente, puesto que se empieza a desarrollar la etapa en la que adquieren una mayor capacidad para estructurar sus ideas y desarrollan un mejor pensamiento lógico, racional y operativo. Desarrollan, entre otras, habilidades como seriar (capacidad

para establecer un orden entre elementos que se puedan contar) o la transitividad (capacidad de encontrar la relación existente entre dos elementos, que permite relacionar ideas). A pesar de que ya pueden empezar a expresar argumentos y analizar situaciones, todavía tienen dificultades para tener en cuenta las necesidades de las demás personas. Por tanto, sus decisiones se toman por el propio interés (para evitar sus consecuencias negativas u obtener ganancias).

- *Entre los 9 y los 12 años* los infantes/preadolescentes ya pueden presentar alternativas a una situación concreta, comienzan a entender el lenguaje metafórico, la ironía y los refranes. Hacia los 10 años ya pueden hablar de temas abstractos o sobre temas que podrían haber ocurrido (hacen inferencias).
- *Entre los 12 y los 14 años* ya pueden comprender situaciones ambiguas y hacer un mayor uso abstracto de las palabras y mayor conocimiento de las definiciones. Ya pueden analizar la situación y entender mejor las consecuencias.
- *En la franja de los 15 a los 18 años*, los adolescentes presentan un incremento del uso del lenguaje con finalidad social con un incremento de la argumentación. Ha habido una evolución cualitativa en las capacidades cognitivas de los adolescentes con la aparición de nuevas formas de pensamiento como son la capacidad de analizar el conjunto, plantear hipótesis, utilizar la lógica proposicional o combinar las partes para obtener el resultado que mejor se adapte a sus necesidades. Asimismo, los adolescentes deben desarrollar la autoestima, la autonomía, la identidad, la adquisición de valores, entre otros, aprovechando estas nuevas habilidades cognitivas.

#### **5.4.1.2. Memoria: capacidades y limitaciones**

A la hora de afrontar una exploración forense con NNA no solo es necesario conocer el proceso de desarrollo del lenguaje, también es necesario conocer el desarrollo de la memoria. El factor determinante de la capacidad de memoria de un infante es la edad. A medida que crecen tienen cada vez más capacidad para recordar sus experiencias durante periodos más largos de tiempo: infantes

de 3 a 6 años pueden recordar detalles de un hecho hasta un año después, entre los 7-8 años pueden recordar hechos de hace dos años. Hay que tener presente que los infantes más pequeños olvidarán más rápido que los infantes más grandes; es importante saber también que los infantes menores de 3 años tienen su capacidad de recordar ligada a la adquisición del lenguaje, por lo que recuperar recuerdos previos al inicio de la comunicación verbal es prácticamente imposible (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011).

A pesar de los estudios realizados, todavía no se ha podido aclarar si el estrés puede influir de forma positiva o negativa en la memoria de los infantes, con resultados que sugieren que puede comportar dificultades o incapacidad para recordar, y resultados que apuntan a que puede actuar potenciando el recuerdo (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011; y Juárez y Sala, 2011). Lo que sí se sabe es que el recuerdo de un suceso estresante o traumático está sujeto a las mismas pautas de codificación, almacenamiento y recuperación que los recuerdos de sucesos irrelevantes, lo que significa que, por el hecho de que un hecho vivido sea traumático, los niños no tienen por qué recordarlo con más detalles y que todos los recuerdos se pueden contaminar (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011).

Por este motivo, no podemos esperar que los niños recuerden con gran número de detalles las interacciones con el agresor, especialmente si las interacciones fueron breves, confusas y ocurrieron hace mucho tiempo. Los estudios indican que, en realidad, recordamos mucho menos de lo que se puede pensar y que la cantidad de información que podemos recordar también depende de la relevancia de las experiencias. Hechos vividos en primera persona y entendidos por el niño, o que estén previamente familiarizados con ellos (es decir, si han vivido experiencias previas similares), serán mejor recordados (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011; y Juárez y Sala, 2011).

Por lo que se refiere al olvido de los recuerdos, se ha comprobado una pérdida rápida en los primeros días, para después mantenerse estable la cantidad de información recordada.

#### **5.4.2. Anamnesis.**

Es necesario un ambiente adecuado y conducir la entrevista de forma que los niños y las niñas se sientan cómodos y cómodas para llegar a empatizar con ellos. Es muy importante explicarles desde un principio, con claridad y de forma comprensible, el motivo de la entrevista. De esta forma, es menos probable que los infantes no lleguen a explicar todo lo que saben por no haber conocido las intenciones del evaluador (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011).

Un ejemplo de entrevista forense es el protocolo de entrevista de investigación estructurada de NN víctimas y testigos (protocolo NICHD). Este modelo de entrevista forense, pensado para la obtención de la declaración de los NNA, permite mejorar la calidad, cantidad y precisión de la información, así como minimizar el riesgo de contaminación del relato del infante (Lamb, La Rooy *et al.*, 2011; y Lamb, Brown *et al.*, 2018). La primera parte de la entrevista describe cómo establecer la relación entre entrevistador y entrevistado y nos puede servir de guía y ayuda para nuestras exploraciones. Otras formas de entrevista, como la propuesta por Juárez y Sala (2011) pueden ser también válidas siempre que permitan establecer un clima de empatía, confianza y control de la sugestionabilidad.

Los pasos que se deben seguir serán, en primer lugar, presentarnos con nuestro nombre y función. Nos preocuparemos por el bienestar del infante preguntándole al menor si necesita algo. A continuación, haremos una breve explicación sobre el trabajo que hacemos con los infantes o adolescentes y profundizaremos en el concepto de verdad y la importancia de decirla, tanto por parte del infante como de nosotros, los entrevistadores, reforzando las respuestas correctas.

En cualquier caso, hay que tener muy presente también que la valoración del trauma no es una entrevista en la que debemos averiguar o interrogar sobre los hechos. No iniciaremos la entrevista preguntando «¿Qué te ha pasado?» (esta información se habrá obtenido previamente al leer la denuncia, el atestado y demás documentación relativa a los hechos que se encuentre dentro del procedimiento judicial). Lo que nos interesa saber es cómo están, cómo estaban antes de los hechos y antes de la denuncia, cómo era su vida, cómo ha sido su vida después de los hechos y de la denuncia, y cómo han

evolucionado hasta el momento de la realización de esta entrevista para identificar qué cambios se han ido produciendo en la vida de la víctima a raíz del episodio o episodios vividos.

En las entrevistas es preferible no utilizar un lenguaje y vocabulario que supere las habilidades cognitivas del infante o del adolescente, ya que puede generarse una situación estresante derivada del hecho de no entender lo que se le pregunta, que, al mismo tiempo, podría comportar que la información obtenida no sea correcta.

De forma general, los infantes tienen más dificultades para la recuperación de los recuerdos que los adultos, por lo que necesitan más apuntes o palabras clave para producir el relato de sus recuerdos.

Si en algún momento hay que hablar de los hechos vividos, sea porque son necesarios para entender el estado emocional de la víctima, o porque la propia víctima comienza a hablar sobre ellos, se pueden interrogar, pero siempre con el mismo cuidado con el que se ha ido conduciendo la entrevista hasta ese momento, limitando las preguntas al hecho narrado por la víctima y dándole el espacio y tiempo suficientes para poder expresarse como mejor pueda o quiera.

Utilizaremos preguntas abiertas, o si es necesario, con invitación, «¿qué, cuándo, cómo?» intentando no utilizar preguntas con opción de respuesta múltiple o preguntas de sí/no. En caso de que no haya otra opción que utilizarlas, a continuación, habría que plantear preguntas abiertas para aclarar la información.

Empezaremos entonces a construir la «relación» propiamente dicha. Queremos que el infante nos cuente cosas sobre él, cosas que le gusta hacer, que diga cuáles son y las describa. También preguntaremos sobre cosas que no le gustan o no le han hecho sentir bien, pero que no tengan que ver con los hechos. Ahora bien, si el menor espontáneamente comienza a explicar en este momento los hechos, lo dejaremos proceder.

Si durante esta fase inicial, al infante le cuesta contestar a las preguntas o se pone nervioso, un elemento facilitador de la relajación es darles papel y colores para que hagan algún dibujo (nunca relacionado con los hechos que han motivado la presente exploración). Si, a pesar de los intentos, no se consigue que el niño o la niña acceda a hablar, la mejor opción será posponer la exploración para otro día en que se encuentre más cómodo y sea más receptivo.

Cuando el infante se sienta lo suficientemente cómodo y vaya contestando a estas preguntas se puede ir profundizando sobre sus sentimientos actuales y pasados. Le avisaremos de que cambiamos el tema de conversación para empezar a hablar de cómo se encuentra después de los hechos que tuvo que sufrir, cómo lo ha vivido desde que sucedió.

No dejaremos de reforzar su comportamiento y valentía para hablar de cosas que le afectan. Finalizaremos la entrevista hablando de temas neutros y agradeceremos el esfuerzo realizado.

En el caso de adolescentes, dependiendo de la edad podemos, o bien utilizar las mismas herramientas utilizadas para los infantes o hacer la entrevista que habitualmente utilizamos con los adultos. Es importante tratarlos como adultos y que sientan que lo estamos haciendo, pero sin olvidar que no lo son.

#### **5.4.3. Exploración psicopatológica.**

Tenemos un amplio abanico de síntomas que pueden orientarnos hacia el estado emocional del infante o adolescente. Lo primero que debe tenerse claro es ante qué situación y qué víctima nos encontramos. No será lo mismo una víctima que haya sufrido violencia sexual reciente, ya sea aguda o crónica de corta duración, que una víctima que haya sufrido hace ya cierto tiempo (años), que haya sido de larga duración o por un referente afectivo pero que todavía no ha llegado a la edad adulta. Por otra parte, la sintomatología también puede ser distinta entre un infante y un adolescente.

#### **5.4.3.1. Variables que influyen en el aspecto emocional del ASI:**

Es necesario también conocer cuáles son las variables que influyen en el impacto emocional en el ASI:

- Perfil individual, en el que encontramos la estabilidad psicológica, la edad, el sexo y el contexto familiar.
- Características del acto abusivo: Frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad, etc.
- La relación existente con el abusador. En este caso no es tan importante el grado de parentesco como el grado de intimidad emocional existente entre la víctima y el agresor. Cuanto mayor sea el grado de intimidad, el impacto será mayor. Otro elemento que también influye es la diferencia de edad: a mayor edad del agresor, la vivencia suele ser más traumática que en el caso de agresores adolescentes.
- Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. El apoyo parental, creer al NNA (en especial las madres), es clave para una vuelta a la normalidad, o para la recuperación del nivel de adaptación general previo a la declaración.
- Situaciones adicionales, derivadas de la revelación del abuso también pueden afectar en gran medida a la estabilidad emocional de la víctima: rotura de la pareja y, secundariamente, del núcleo familiar. También la participación en el procedimiento judicial y la victimización secundaria pueden empeorar esta estabilidad.

La gravedad de las secuelas se encontrará en función de la frecuencia y duración de la experiencia, el uso de la fuerza o amenazas, la existencia del acto violento y la relación con el agresor. A modo de ejemplo, un abuso crónico e intenso por un referente afectivo generará un mayor sentimiento de indefensión y vulnerabilidad y, por tanto, una más que probable aparición de síntomas graves.

#### **5.4.3.2. Infantes:**

De forma general, puede decirse que en los niños predominarán el fracaso escolar y dificultades específicas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

En el caso de los infantes, buena parte de los síntomas tendrán relación con sus etapas evolutivas, presentándose en forma de retroceso de los logros conseguidos (aparición de enuresis nocturna cuando ya tenía control completo de los esfínteres, por ejemplo). También podemos encontrar encopresis, dolores de cabeza, dolores de estómago, ansiedad (en forma de irritabilidad), retraimiento. Ahora bien, quizás el signo más importante y sugestivo de un episodio de violencia sexual en estas edades infantiles es la conducta sexualizada, un comportamiento sexual del todo inapropiado para la edad del infante (Cantón y Cortés, 2015).

En el caso de los infantes en etapa escolar, aparte de los que ya hemos nombrado, se pueden añadir otros problemas externalizantes (por ejemplo, agresiones y problemas conductuales), trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los iguales, bajo rendimiento escolar y desregulaciones en los niveles de cortisol y otros trastornos psicobiológicos causados por una desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y vergüenza.

En algunos casos, en un primer momento, puede parecer que no hay afectación derivada de la violencia sexual, pero hay muchos niños y niñas que sufren una disociación, lo que les permite seguir con su vida a pesar de la violencia sexual que están sufriendo (Pereda 2023). Esta disociación se produce cuando el estrés de la situación vivida supera la tolerancia del infante víctima de estos hechos, y puede provocar amnesia o discontinuidad en las memorias (Juárez y Sala, 2011).

Un aspecto a tener en cuenta, cuando el agresor es un progenitor, puede ser el desarrollo de un vínculo desorganizado o inseguro entre el infante y los padres (teoría del vínculo). Según Pereda (2023), este se ha asociado a la

desregulación emocional y estas dos variables se ha visto que influían en el desarrollo de los síntomas disociativos.

En los infantes hay que considerar las dificultades para el autorreconocimiento como víctima en el momento de la exploración, y tener presente que la conciencia de haber sido víctima de ASI puede llegar a la edad adulta, y que, por tanto, será el momento en el que el impacto podría materializarse. Esta sería una posibilidad que nuestro informe de valoración del impacto debería recoger como daño previsible (efectos durmientes o también «*sleepers effects*» (Cantón y Cortés, 2015).

#### **5.4.3.3. Adolescentes:**

En la adolescencia también se pueden presentar los síntomas descritos previamente en los infantes, y en chicas también pueden aparecer alteraciones conductuales, sobre todo si han sido sometidas a abuso sexual con penetración, predominando conductas de riesgo para sí mismas como fugas de casa, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, promiscuidad sexual, autolesiones, e incluso tentativas de suicidio.

La existencia de patología previa nos obligará a realizar un esfuerzo para determinar el origen de la sintomatología que estamos viendo.

A continuación, podemos ver un cuadro de Echeburúa y Corral (2006), en el que quedan recogidos los principales síntomas y etapas evolutivas en las que se pueden producir las consecuencias a corto plazo.

**Tabla 2. Síntomas por etapas evolutivas.**

<b>Tipo de efectos</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Periodo evolutivo</b>
Físicos	Problemas de sueño (pesadillas)	Infancia y adolescencia
	Cambios en los hábitos alimentarios	Infancia y adolescencia
	Pérdida del control de los esfínteres	Infancia
Conductuales	Consumo de drogas o alcohol.	Adolescencia

<b>Tipo de efectos</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Periodo evolutivo</b>
	Huidas del hogar	Adolescencia
	Conductas autolesivas o suicidas	Adolescencia
	Hiperactividad	Infancia
	Bajo rendimiento académico	Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado	Infancia
	Hostilidad y agresividad	Infancia y adolescencia
	Culpa y vergüenza	Infancia y adolescencia
	Depresión	Infancia y adolescencia
	Ansiedad	Infancia y adolescencia
	Baja autoestima y sentimientos de estigmatización	Infancia y adolescencia
	Rechazo del propio cuerpo	Infancia y adolescencia
	Desconfianza y rencor hacia los adultos	Infancia y adolescencia
	Trastorno de estrés postraumático	Infancia y adolescencia
	Trastorno de estrés postraumático completo	Infancia y adolescencia
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad	Infancia y adolescencia
	Masturbación compulsiva	Infancia y adolescencia
	Excesiva curiosidad sexual	Infancia y adolescencia
	Conductas exhibicionistas	Infancia
	Problemas de identidad sexual	Adolescencia
Sociales	Déficit en las habilidades sociales	Infancia
	Retraimiento social	Infancia y adolescencia
	Conductas antisociales	Adolescencia

Fuente: Adaptación propia.

#### 5.4.3.4. Pruebas complementarias:

Para profundizar en aspectos de personalidad y de sintomatología adaptativa y postraumática se administran cuestionarios psicométricos específicos para estas edades, con escalas de control, de utilidad en el ámbito forense.

Actualmente las pruebas más utilizadas son: SENA, instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta, con diferentes versiones según la franja de edad, que se mueve entre los 3 y los 18 años; MACI-II, que es el inventario clínico para adolescentes, y PAI-A que es de utilidad para la evaluación de rasgos y síntomas de psicopatología de adolescentes en diversos contextos.

#### 5.4.3.5. Secuelas a largo plazo:

En cuanto a las secuelas a largo plazo, o «*sleeper effects*», como ya hemos comentado antes, suelen darse en la vida adulta. Ya se encuentran descritas en el apartado de valoración en el caso del adulto, por tanto, aquí haremos una pincelada en forma de tabla de síntomas.

Su posible desarrollo implica que, en la valoración médico-forense del caso, deberemos incluirlas en el informe resultante, como secuelas previsibles que muy posiblemente puedan aparecer en la vida adolescente o adulta (dependiendo del momento de la vida de la víctima en que se haya realizado la valoración).

**Tabla 3. Posibles secuelas.**

Tipo de secuela	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolores crónicos generales</li><li>- Hipocondría y trastornos de somatización</li><li>- Alteraciones del sueño (pesadillas)</li><li>- Problemas gastrointestinales</li><li>- Desórdenes alimentarios, especialmente bulimia</li></ul>
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intentos de suicidio</li></ul>

Tipo de secuela	Síntomas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de drogas o alcohol</li> <li>- Trastorno disociativo de identidad</li> </ul>
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Estrés postraumático</li> <li>- Estrés postraumático complejo</li> <li>- Desconfianza y miedo a los hombres</li> <li>- Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad</li> </ul>
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fobias o aversiones sexuales</li> <li>- Falta de satisfacción sexual</li> <li>- Alteraciones en la motivación sexual</li> <li>- Trastornos de la activación sexual y del orgasmo</li> <li>- Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas en las relaciones interpersonales</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Dificultades en la educación de los hijos</li> </ul>

Fuente: Adaptación propia de Echeburúa y Corral (2006)

### **5.5. Aspectos sobre la elaboración del informe.**

No podemos olvidar incluir en el informe los antecedentes patológicos, ni el resultado de la exploración realizada, así como las fuentes consultadas (entrevista con los cuidadores que acompañan al infante, y documental de otros profesionales).

Es necesario recoger un subapartado, dentro de la exploración psicopatológica, en relación con la vivencia del trauma: se hará mención de la situación de la

víctima en todo lo referente al malestar emocional y su evolución, así como la repercusión de los hechos en las diversas esferas de su vida (social, académica, laboral, sexual, familiar, etc.).

La valoración de las secuelas requiere un apartado específico, que recoja tanto la afectación actual (sea en forma de trastorno o en forma de alteración psicológica), como la posibilidad de que se produzca una modulación de la personalidad de base, o bien las secuelas de aparición futura que se han indicado anteriormente.

En cuanto a daños a la salud y psicosociales, la descripción de las secuelas debería acompañarse de la valoración del perjuicio. Para esta valoración podemos recurrir al baremo de la «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», indicando que la secuela se ha seleccionado por analogía o asimilación. Habrá que incluir también los posibles perjuicios morales sufridos tanto por la víctima (p. ej. perjuicio moral por pérdida de la calidad de vida) como por los miembros del núcleo familiar.

## **6. Intervención médico-forense en casos de mutilación genital femenina**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Mutilación Genital Femenina (MGF) como «todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos». Se considera que la MGF es cualquier procedimiento que implique extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los genitales con finalidad no terapéutica.

La MGF supone una violación de los Derechos Humanos de niñas y mujeres. Se acostumbra a llevar a cabo en niñas de 0 a 15 años de edad, por razones culturales o religiosas, pero también en mujeres adultas, en las que puede mediar una situación de violencia, intimidación, abuso de confianza, superioridad o vulnerabilidad, aprovechándose del estado mental de la víctima, de encontrarse esta privada de sentido o de tener anulada su voluntad.

La Ley 17/2020 considera esta práctica un tipo de violencia machista en el ámbito social o comunitario, «aunque conste el consentimiento expreso o tácito de la mujer».

El Código Penal tipifica la mutilación genital femenina como un delito de lesión, art. 149.2: «El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección».

La reforma de la LOPJ del año 2014 confiere al Estado español facultades para juzgar delitos tipificados en el Convenio de Estambul, entre los que se recoge la MGF. El delito puede perseguirse cuando el procedimiento se dirige contra una persona española, contra una persona extranjera que reside habitualmente en España; y cuando el delito se haya cometido contra una víctima que, en el

momento de la comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se le imputa el hecho delictivo se encuentre en España.

Por último, la LOGILS considera la MGF un tipo de violencia con impacto sobre la vida sexual de la mujer; interpela a los poderes públicos a establecer y procurar la formación específica de los diferentes profesionales para la prevención, detección o valoración de este tipo de violencia desde todos los ámbitos; y establece el derecho a la indemnización de la víctima por los siguientes conceptos: daño (físico, psicológico, moral, social —entendido como el daño al proyecto de vida—) y tratamiento (terapéutico, social, de salud sexual y reproductiva).

## 6.1. Identificación del tipo de mutilación

La OMS establece, desde el año 1995, 4 tipologías de MGF:

**Tabla 4. Tipologías mutilación genital femenina.**

---

**Tipo I- *Clitoridectomía*.** Resección del prepucio del clítoris, con o sin resección parcial o total del clítoris.

---

**Tipo II- *Ablación / Escisión*.** Resección del clítoris con extirpación total o parcial de labios menores. Labios mayores intactos.

---

**Tipo III- *Infibulación*.** Escisión del clítoris, labios mayores y menores. Posteriormente se suturan ambos lados de la vulva, dejando un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual.

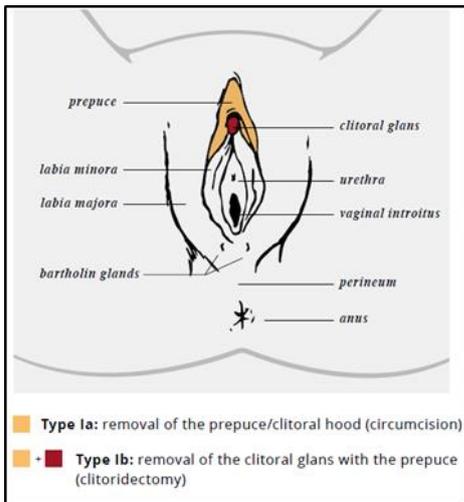
---

**Tipo IV- *Otros tipos de procedimientos*,** que implican la extirpación parcial o total de genitales femeninos, tales como: Punción, perforación, anillamiento o incisión del clítoris o de los labios vaginales. Cosidos o estrechamiento del clítoris o de los labios vaginales y cauterización del clítoris y del tejido circundante. Raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes del *angurya*) o cortes de la vagina (cortes del *gishiri*). Introducción de sustancias o hierbas corrosivas en la vagina para provocar un sangrado o para estrechar el conducto vaginal. Cualquier otro procedimiento que se adapte a la definición.

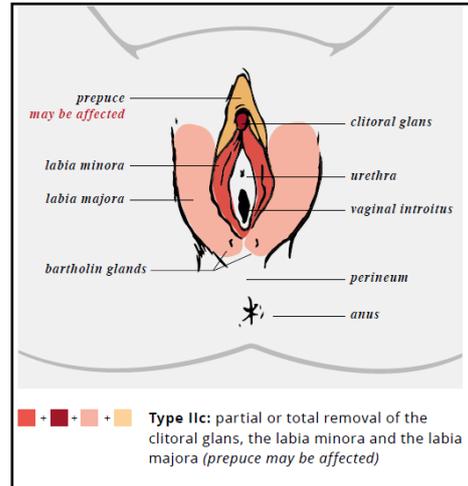
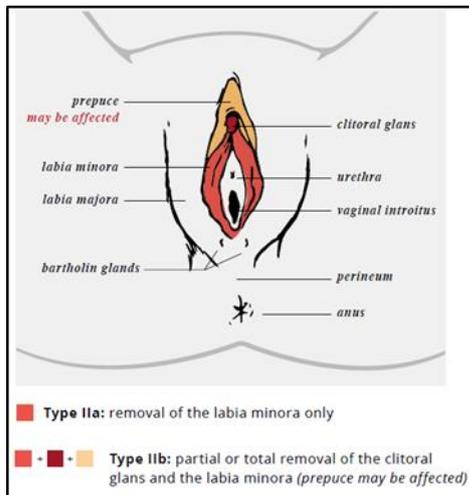
---

A continuación, se representan esquemáticamente los tipos I, II y III (figuras 4, 5 y 6).

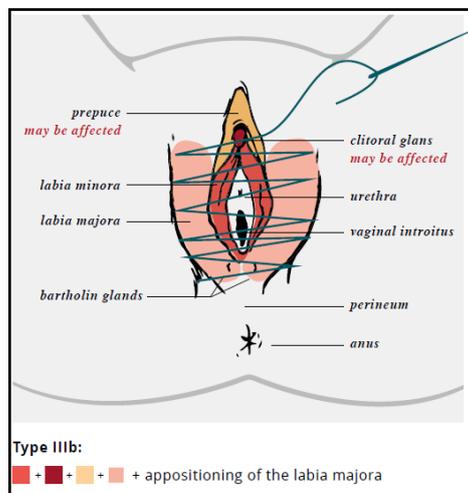
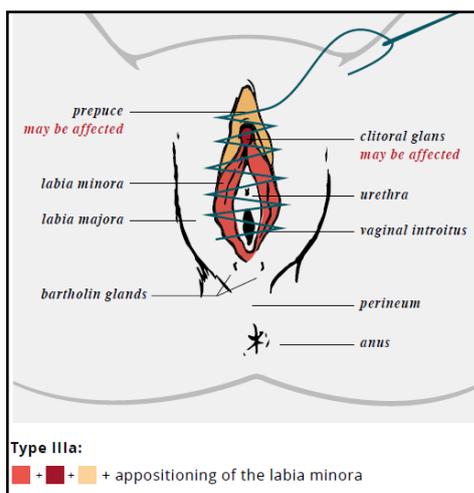
**Figura 4. MGF Tipo I. Clitoridectomía.**



**Figura 5. MGF Tipo II. Ablación / escisión.**



**Figura 6. MGF Tipo III. Infibulación.**



Fuente: Esquemas obtenidos de la publicación *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Organización Mundial de la Salud, 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## **6.2. Consecuencias previsibles de la mutilación genital femenina.**

La MGF es un procedimiento que no aporta ningún beneficio para la salud y el bienestar de las niñas y mujeres. Por el contrario, provoca daños en tejidos sanos, altera funciones fisiológicas y puede tener consecuencias negativas esperables de ámbito físico, psicológico, sexual u obstétrico, que varían según su estado de salud, la tipología de la mutilación, las condiciones higiénicas en las que se ha practicado, el instrumental utilizado y la destreza de la persona que lo ha realizado.

Algunas de las consecuencias o complicaciones esperables serán de aparición inmediata. Y otros harán aparición a corto o largo plazo (OMS, 2013).

### **6.2.1. Consecuencias o complicaciones esperables inmediatas.**

- Hemorragia, con anemia secundaria.
- Dolor agudo.
- Infección (local o generalizada en el tracto urinario, genital o reproductivo. Abscesos, úlceras, sepsis, septicemia).
- Retención de orina refleja, debido al dolor cuando pasa la orina a través de los bordes de la herida o a la lesión del tracto urinario después del corte/sección.
- Choque (hipovolémico, séptico).
- Muerte causada por la hemorragia o la infección.
- Impacto psicológico: tristeza, miedo, angustia, sentimientos de vergüenza, terrores nocturnos.

### **6.2.2. Consecuencias o complicaciones esperables a corto y largo plazo.**

#### **6.2.2.1. *Ámbito físico:***

- Transmisión de infecciones como VIH, hepatitis o tétanos, por el uso de instrumentos no esterilizados.
- Infecciones genitourinarias recurrentes.
- Dolor crónico: a nivel vulvar secundario por daño del tejido genital; a nivel pélvico por infecciones del tracto reproductivo; al orinar por obstrucción e infección del tracto urinario.
- Dismenorrea y hematocolpos. La menstruación puede durar semanas ya que el orificio de salida es muy pequeño, provocando retención de sangre que causa mal olor, infecciones vaginales, uterinas y del aparato reproductor y, en ocasiones, infertilidad.
- Flujo vaginal anormal o prurito vaginal causado por infecciones crónicas del tracto genital.

#### **6.2.2.2. *Ámbito psicológico:***

- Alteración o trastornos del estado de ánimo: depresión, ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos psicósomáticos: trastornos alimenticios, alteración del sueño, dificultades de concentración y aprendizaje.
- Alteraciones conductuales en las menores, relacionadas con la pérdida de confianza respecto a las personas cuidadoras y en ellas mismas.

#### **6.2.2.3. *Ámbito sexual:***

- Disminución de la sensibilidad sexual que en muchos casos provoca anorgasmia.
- Dispareunia (mayor en MGF tipo III).
- Disminución del impulso/excitación sexual.

#### **6.2.2.4. *Ámbito obstétrico. Relacionado con el embarazo, parto y posparto:***

- Las secuelas ginecológicas (infecciones de tracto genital) pueden persistir en el tiempo y producir esterilidad o infertilidad.

- Pérdida de elasticidad por la formación de queloides y quistes dermoides en la cicatrización de la piel que dificultan el parto.
- Se incrementan los desgarros perineales y las fístulas en partes vaginales.
- Parte distócico. Prolongación del parto con incremento del sufrimiento fetal y mayor riesgo de muerte fetal o neonatal; aumenta la necesidad de parto instrumentado y cesárea.
- Prolongación de la estancia hospitalaria posparto.
- En el posparto se pueden producir hemorragias por atonía e infecciones urinarias por retención.

### **6.3. Opciones terapéuticas en la mutilación genital femenina. Manejo y tratamiento.**

Hay mujeres que han sufrido MGF y solicitan recuperar la anatomía y funcionalidad original de los genitales por diferentes motivaciones: recuperar su identidad como mujer, reparar el estigma visible de la MGF, mejorar la vida sexual o eliminar la dispareunia. En todos estos casos, la apuesta en el ámbito asistencial es el abordaje integral por parte de ginecología y cirugía plástica, apoyo psicológico y terapia sexual.

#### **6.3.1. Abordaje psicosexual.**

Debe ofrecerse un abordaje multidisciplinar a las mujeres afectadas de MGF, que se adapte a sus problemas sexuales y de salud derivados de la mutilación, así como a su contexto social y cultural. Debe darse apoyo psicológico, un entorno en el que la mujer pueda expresar sus deseos, preferencias y miedos (a la marginación o exclusión familiar o comunitaria) cuando decide someterse a un tratamiento recuperador o reparador.

Desde el punto de vista de la salud sexual debe darse información adecuada, asesoramiento y terapia sexual a las mujeres que lo soliciten. Es imprescindible evaluar la vida sexual actual de la mujer y sus expectativas antes de ofrecerle el tratamiento personalizado más adecuado, sobre todo en aquellas situaciones en las que la MGF es asintomática.

### **6.3.2. Opciones quirúrgicas.**

La indicación de un tratamiento quirúrgico debe ser evaluada por los diferentes profesionales que formen el equipo médico y la mujer, teniendo en cuenta los objetivos que se persiguen y centrado en las expectativas.

Entre las técnicas quirúrgicas que más se realizan se encuentran:

- *La desinfibulación.* Consiste en la realización de una incisión que permita abrir la abertura vaginal cerrada de la mujer, que previamente ha sido sometida a infibulación, así como retirar adherencias y tejido cicatricial. Esta técnica es necesaria en los casos de MGF III para permitir la higiene menstrual, el coito vaginal y el parto vaginal.
- *La reconstrucción del clítoris.* Se realiza eliminando tejido cicatricial, recuperando la parte interna del clítoris interno y colocándolo externamente, en posición anatómica. Con esta cirugía no siempre se logra la plena recuperación de la sensibilidad en la zona afectada. El sistema sanitario público garantiza la cirugía reconstructiva de clítoris a todas las mujeres residentes en Cataluña que han sufrido la mutilación genital femenina.

### **6.4. Intervención médico-forense en casos de mutilación genital femenina.**

En aplicación de la legislación vigente actualmente, cuando se sospeche o se detecte un caso de MGF desde el ámbito sanitario, educativo, social o policial, los profesionales de estos colectivos tienen la obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial competente (Juzgado en funciones de Guardia o Ministerio Fiscal).

La intervención del médico o de la médica forense en estos casos será a requerimiento de la autoridad judicial y en relación con alguno de los siguientes supuestos (Gallego y López, 2010).

- *Valoración del daño corporal.* Para la elaboración del informe de lesiones y secuelas, a partir de la documentación médica de la que se disponga

sobre la víctima o previo reconocimiento de la misma. Se deberá hacer referencia explícita al tipo de mutilación practicada, así como las secuelas físicas y psicológicas que puedan objetivarse o que se puedan prever a corto o largo plazo.

- *Medidas judiciales cautelares.* Ante las sospechas, por parte de familiares o profesionales, por viaje inminente de la familia al país de origen donde culturalmente la MGF es una práctica aceptada, como medida cautelar se puede acordar:
  - Revisión periódica de la menor, por parte del médico forense, a efectos de detectar posibles lesiones derivadas de esta práctica.
  - Procedimiento de desamparo preventivo - suspensión de patria potestad. Valoración psicopatológica de los padres de la menor para determinar su competencia legal. Este extremo es de muy difícil valoración atendiendo a la influencia de factores socioculturales y de escasa percepción de riesgos sobre la salud de la menor por parte de sus progenitores.
- *Autopsia judicial.* En el caso de defunción de una niña o mujer en el contexto de una MGF o a consecuencia de las secuelas derivadas de esta. Sería preceptiva la intervención del médico o de la médica forense a efectos de llevar a cabo la autopsia judicial y establecer las causas y circunstancias de la muerte, siendo de especial interés dictaminar sobre el nexo de causalidad con la MGF.
- *Praxis médica.* Elaboración de informe médico-forense en relación con la praxis médica de centros y profesionales que hayan podido realizar esta práctica en nuestro país.

## **6.5. Protocolización de la exploración médico-forense en casos de MGF.**

El protocolo de actuación médico-forense en los casos de MGF es un documento guía que describe, de forma detallada, la actividad que se llevará a cabo para la valoración del daño corporal de esta víctima, así como las especificidades que pueden ser necesarias.

### **6.5.1. Preparación:**

#### **6.5.1.1. Lugar de reconocimiento:**

Es esencial disponer de un lugar adecuado, discreto y tranquilo para llevar a cabo el reconocimiento. Es necesario conseguir establecer un clima de seguridad y confianza, así como garantizar la intimidad de la menor/mujer y disponer de los medios materiales necesarios. En este sentido, se recomienda que las exploraciones se lleven a cabo, de forma preferente, en un entorno hospitalario y con la participación de profesionales especializados.

#### **6.5.1.2. Actuación asistencial y pericial conjunta:**

La posibilidad de una actuación conjunta vendrá determinada por la forma en la que se pone en conocimiento los hechos a la autoridad judicial y su decisión. Para evitar duplicidades de reconocimientos y victimización secundaria, es preferible realizar en un solo acto la exploración asistencial (pediatría/ginecología) y la del médico o de la médica forense.

#### **6.5.1.3. Presencia de una persona de confianza durante el examen:**

Se recomienda que en todo momento la víctima esté acompañada por una persona de confianza, que según la edad de la víctima o circunstancias particulares puede ser: quien ejerce la patria potestad, tutela, curatela, guarda, acogida, asistencia o trabajadora de salud capacitada.

En caso de chicas adolescentes menores de 16 años, debe respetarse su deseo si no quieren que los padres estén presentes. Debe obtenerse el consentimiento explícito de los tutores para proseguir con el examen, con otra persona asistente. En el contexto de estas exploraciones puede darse la circunstancia de que los tutores legales tengan un interés contrario a la exploración. Por este motivo, en caso de duda o discrepancia, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que valore el nombramiento de un defensor judicial o adopte la decisión que corresponda en el mejor interés de la menor o de la mujer con discapacidad.

#### **6.5.1.4. Participación de un intérprete o mediador cultural:**

En cada caso deberá valorarse si es necesaria la presencia de un intérprete o mediador cultural, preferentemente una mujer. Los familiares no serán válidos para ese propósito. Es importante que el profesional que ejerza esta función no esté a favor de la MGF y no influya de acuerdo con sus percepciones personales o prejuicios.

#### **6.5.1.5. Información previa al reconocimiento:**

Antes de empezar el reconocimiento es necesario presentarse y explicar a la mujer, niña o tutor legal cuál es el motivo del reconocimiento y en qué consistirá, haciendo uso de un lenguaje inteligible, en términos comprensibles, que se adapte a su edad y nivel formativo.

#### **6.5.1.6. Consentimiento informado:**

Una vez facilitada la información sobre el objeto y pretensiones de la exploración, así como de las actuaciones que se llevarán a cabo, debe obtenerse el consentimiento de la mujer para iniciar el reconocimiento. Si la víctima es menor de edad, o presenta alguna discapacidad que le impida entender, será su tutor o representante legal quien prestará el consentimiento. En caso de que los intereses del tutor o representante legal entren en conflicto con los de la víctima se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial competente. Para mayor información, revisar el apartado 3.2.1.

#### **6.5.2. Recogida de datos.**

El momento de la recogida de datos debe permitirnos establecer un vínculo de confianza con la víctima. Se debe hacer uso de un lenguaje claro y coloquial.

En el caso de menores de edad o víctimas con discapacidad, previo a la recogida de datos y siempre que sea posible, se ha intentado obtener información de aquellas personas que han detectado las lesiones o han planteado la sospecha del caso o revisar aquellas fuentes documentales en las que se haya hecho constar (informes médicos asistenciales).

### **6.5.2.1. Anamnesis:**

- Datos de filiación: nombre, edad, fecha de nacimiento, lugar de residencia, curso escolar (menores, adolescentes), actividad laboral, estado civil.
- Antecedentes familiares que puedan ser de interés.
- Antecedentes personales patológicos medicoquirúrgicos, ginecológicos, psíquicos. Hábitos tóxicos.
- *Anamnesis específica en relación con la MGF.* Puede ser un buen momento para preguntar sobre esta práctica cuando se recogen los antecedentes quirúrgicos o ginecológicos. Es necesario que el tono sea neutro y evitar expresiones verbales o no verbales de desaprobación, vergüenza o disgusto. Puede ocurrir, en función de la edad de la mujer, que ella no recuerde este antecedente o los tutores legales no quieran explicarlo. Si el antecedente es recordado y admitido por ella podemos pedir que explique cómo vivió la experiencia y cuál es su estado actual, lo que nos será útil para valorar el impacto que ha tenido por ella a nivel físico, psíquico y sexual.

Ejemplos de preguntas relacionadas con MGF: ¿Sabe/s si ha/s sufrido algún corte o lesión en el área genital?; ¿Tiene/s conocimiento de alguna práctica cultural, ritual o procedimiento que haya/s recibido en el área genital?; Algunas mujeres/niñas de su/tu comunidad o país han experimentado cortes en el área genital. ¿Me puede/s decir si es su/tu caso?; ¿Cómo le/te afecta actualmente la experiencia de haber sufrido cortes/incisiones a nivel genital?; ¿Ha/s experimentado algún problema físico o mental a raíz de esta práctica?; ¿Le/te ha afectado a la relación con su/tu pareja? ¿Cómo?; ¿Se ha visto afectada su/tu imagen corporal?; ¿Cree/s que podemos ayudarle/ayudarte de alguna manera?

### **6.5.2.2. Examen físico:**

En caso de disponer de un informe médico en el que se describan de forma suficiente las lesiones presentadas y permita dar respuesta a las cuestiones

requeridas por los tribunales, no será necesario proceder a un nuevo examen físico para evitar una victimización secundaria.

Si no es así, se debe proceder a la exploración de la víctima. Se aconseja empezar con una exploración general que facilite establecer un vínculo de confianza con la víctima, especialmente en menores y adolescentes, y que al mismo tiempo permita evaluar signos de maltrato y otras enfermedades. Posteriormente se deberá explorar la región anogenital. Es recomendable cubrir el cuerpo de la persona y exponer solo la zona a explorar en cada momento, evitando que la niña o mujer esté completamente desnuda.

La exploración se realizará siguiendo el siguiente orden:

- *Exploración completa de la superficie corporal extragenital*, con especial interés en las zonas de resistencia - defensa o sujeción (muñecas, antebrazos, tobillos). Describir localización, forma, tamaño (usando un testigo métrico) y evolución de eritemas, erosiones, excoriaciones, laceraciones, hematomas, quemaduras o cicatrices.
- *Exploración paragenital*. Se inspecciona la parte inferior de la pared abdominal, la región interna de los muslos y los glúteos.
- *Exploración genitoanal*. En víctimas en edad pediátrica o prepúberes se puede realizar el examen de esta región si la menor se posiciona con «*piernas de rana*». En el resto de casos, el reconocimiento se realizará con la víctima en posición ginecológica. Se describe la existencia de cualquier tipo de lesión equimosis, laceración, abrasión, eritema, inflamación, infección, extirpación, escisión o infibulación. Hay que detallar la localización y tipos de las lesiones, tamaño, periodo de evolución y mecanismo de producción. Pero también es importante informar en el sentido contrario, si no se objetiva ningún tipo de lesión.

Si se desea ilustrar gráficamente los hallazgos se pueden utilizar esquemas o fotografías, pero debe tenerse en cuenta que no sustituirán en ningún caso la descripción escrita de las lesiones objetivadas por parte del profesional. Las fotografías que se hayan tomado, sobre todo las que afectan a zonas especialmente íntimas, no se aportarán al informe médico-forense. Se dejarán

como documento adjunto al aplicativo informático de la institución, haciendo constar en el informe que se han recogido, que se encuentran custodiadas en el IMLCFC, y que pueden ser aportadas a la autoridad judicial en el momento en que esta lo considere necesario (CMF, 2021).

A continuación, se exponen algunas ilustraciones a modo de ejemplo (OMS, 2018):

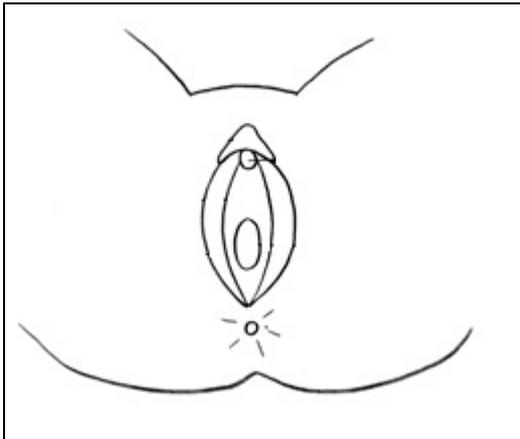


Ilustración 1. Esquema gráfico básico (en blanco)

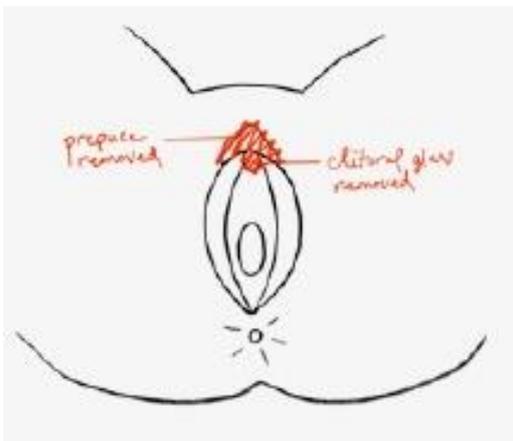


Ilustración 2. Representación de la MGF tipo I: extirpación del clítoris y su prepucio

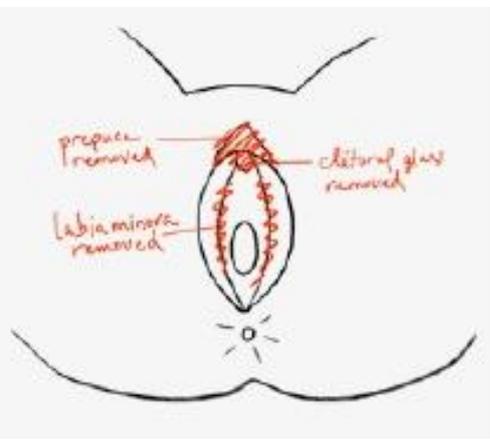
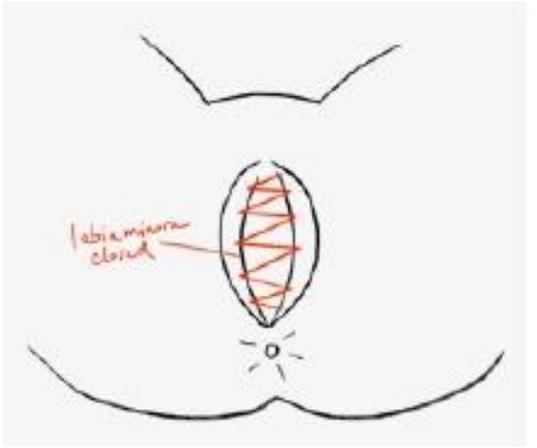
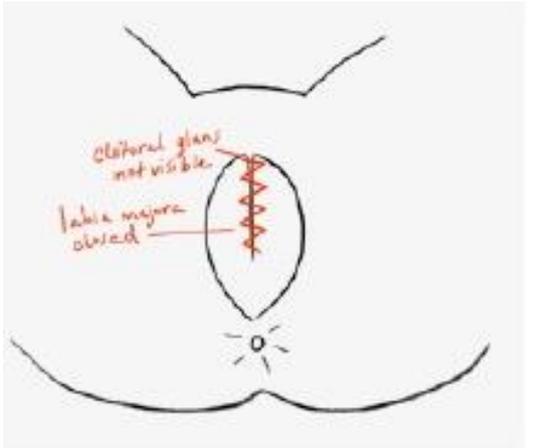


Ilustración 3. Representación de la MGF tipo II: extirpación del clítoris, su prepucio y los labios menores

	
<p>Ilustración 4. Representación de la MGF tipo IIIa. Sutura de los labios menores.</p>	<p>Ilustración 5. Representación de la MGF tipo IIIb. Sutura de los labios mayores.</p>

Fuente: Ilustraciones 1 a 5 obtenidas de la publicación *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Organización Mundial de la Salud, 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

### 6.5.2.3. Examen psicopatológico:

El propósito es determinar si están presentes síntomas psicopatológicos o factores que comporten riesgo o vulnerabilidad (presente o futura) y en qué medida estos derivan de la situación vivida de mutilación. Hay que tener en cuenta que, en el caso de menores, la dependencia de los padres obliga a recabar información a través de ellos, que pueden ser sujetos implicados.

La información recogida en el transcurso de la exploración debe incluir: la apariencia física y el desarrollo madurativo, el contacto, la forma de vincularse con padres, familiares o personas de su entorno, la conciencia y la orientación, la autorregulación, el afecto, el estado de ánimo, las emociones y los sentimientos (miedo, rabia, vergüenza, frustración en relación con la identidad femenina), el pensamiento (forma y contenido), la sensopercepción, el lenguaje y la comunicación, la atención, el nivel cognitivo, las conductas motoras (nivel de actividad, coordinación, signos neurológicos menores, presencia de tics o estereotipias), la adaptación social familiar y escolar, la evaluación del control de esfínteres, la alimentación y el sueño (insomnio, dificultades para conciliar el sueño, pesadillas). Se puede realizar una valoración de rasgos de personalidad

/ carácter a partir de la entrevista verbal, el juego o el dibujo (en menores) y si se cree conveniente se pueden practicar pruebas psicométricas complementarias.

En las secciones 4 y 5 de este documento se puede encontrar información detallada sobre la valoración del impacto del trauma en infantes, adolescentes y adultos.

#### **6.5.2.4. Documentación médica / revisión de la documentación:**

Es necesario revisar los informes médicos disponibles o los informes adicionales procedentes de la escuela, de organismos o de entidades especializadas que hayan atendido a la víctima con carácter previo al reconocimiento, para así obtener más información del caso o valorar mejor algunos apartados del reconocimiento como las secuelas.

### **6.6. Elaboración del informe forense de valoración del daño corporal en los casos de MGF.**

El informe forense en casos de MGF debe incluir, en primer lugar, una breve descripción sobre los hechos que han motivado la exploración y objeto del informe.

A continuación, describiremos la metodología que hemos seguido para elaborar el informe: documentación a la que se ha tenido acceso (asistencial o de otros profesionales) y el reconocimiento de la víctima.

Si se realiza reconocimiento debe hacerse constar lugar, fecha y hora, profesionales que participan en la exploración y persona/s que hacen el acompañamiento. Dejaremos constancia escrita de la obtención del consentimiento por parte de la víctima o representantes legales para llevar a cabo la exploración y reportaje fotográfico (si lo creemos necesario).

Si se realiza el informe sin reconocimiento por estar las lesiones suficientemente acreditadas, se debe hacer constar de forma inequívoca.

En el apartado de reconocimiento médico-forense es necesario recoger los datos fruto de la anamnesis, exploración física general y ginecológica en particular y el estado psicopatológico de la menor/mujer.

Respecto a las lesiones físicas corporales habrá que describir su localización, tamaño (usando testigo métrico), evolución y mecanismo de producción.

Por último, en el apartado de conclusiones se informará sobre la existencia o no de hallazgos compatibles con MGF, secuelas presentes en el momento del reconocimiento y secuelas previsibles futuras, la posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico con finalidad restauradora o reparadora (tratamiento terapéutico, social y de salud sexual y reproductiva) y la existencia o no de perjuicio moral por pérdida de calidad de vida derivado de las secuelas.

La existencia de hallazgos compatibles con MGF se informará atendiendo a la clasificación de la OMS. En la práctica, puede ser difícil determinar el tipo de MGF ya que la alteración anatómica de la morfología genital femenina dependerá de la destreza de la persona que ha practicado la técnica, sus conocimientos anatómicos, el tipo de instrumental empleado y el estado de sedación (o no) de la víctima en el momento de llevarse a cabo la intervención. En estos casos se recomienda realizar una descripción, lo más cuidadosa posible, de las estructuras anatómicas lesionadas y su registro mediante esquema gráfico o fotográfico.

En relación con las secuelas presentes en el momento del reconocimiento médico-forense o previsibles en el futuro (inmediato o lejano) habrá que realizar su descripción, haciendo referencia a la alteración anatómica, funcional, estética y psicoemocional que supone para la víctima. Dado que no disponemos de baremo específico para calificar secuelas derivadas de este tipo de delito, se pueden valorar por analogía con las secuelas recogidas en la 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. A modo de ejemplo:

*Alteraciones anatómicas o funcionales:*

- Clitoridectomía con o sin anorgasmia, extirpación parcial o total de labios menores o mayores... por analogía --> *Desestructuración del pene (incluye disfunción eréctil)* 30 - 40 puntos.
- Alteraciones anatómicas o funcionales relacionadas con el aparato femenino, incluido el dolor crónico... por analogía --> *Lesiones vulvares y vaginales que dificulten o imposibiliten el coito (según repercusión funcional)* 20 - 40 puntos.
- Retención de orina refleja por dolor o infecciones de repetición genitourinarias... por analogía --> *Cistitis crónica* 2 - 8 puntos; *Retención crónica de orina: sondajes obligados* 10 - 20 puntos.

*Alteraciones psicoemocionales:* Es importante realizar una descripción detallada de toda la sintomatología emocional que presente la víctima y establecer la secuela por analogía con:

- Trastorno neurótico. Secuela derivada de estrés postraumático (leve, moderado, grave) 1 - 15 puntos.
- Otros trastornos neuróticos 1 - 5 puntos.
- Trastornos permanentes del humor. Trastorno depresivo mayor crónico (leve, moderado, grave) 4 - 25 puntos
- Trastorno distímico 1 - 3 puntos.
- Agravamiento o desestabilización de otros trastornos mentales 1 - 10 puntos.

*Perjuicio estético:* Este se entiende como cualquier deformidad o alteración de la imagen corporal que podemos percibir a través de los sentidos. El gran componente subjetivo hará difícil la cuantificación (ligero, moderado, medio, importante, muy importante, importantísimo). Nos puede ayudar a tener en cuenta las características fundamentales del daño estético para otorgar una puntuación: irregularidad física o alteración corporal externa; permanente; visible; que exista desfiguración morfológica de carácter despectivo; que produzca un sufrimiento en la víctima sentido como un perjuicio moral.

*Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida:* La pérdida de calidad de vida hace referencia a las limitaciones o imposibilidades por actividades esenciales

o actividades del desarrollo personal derivadas del conjunto de las secuelas. Estas actividades quedan recogidas en los artículos 51 y 54 de la Ley 35/15. Se consideran actividades del desarrollo personal el disfrute o placer, la vida de relación y la actividad sexual, entre otras. En el caso de apreciar la existencia de este perjuicio se deberá determinar su trascendencia y graduarlo (muy grave, grave, moderado, leve) siguiendo las recomendaciones recogidas en la ley por su calificación.

## 7. Otras formas de violencia sexual

Aparte de las violencias descritas, se producen otras formas de las que conviene conocer los mecanismos y las dinámicas subyacentes para entender cómo operan y cuáles son los elementos que deberemos tener presentes a la hora de evaluar el impacto que pueda derivarse.

### 7.1. Violencia sexual en el marco de la pareja

A menudo existen formas de violencia que tienen lugar en el marco de la pareja, que no son identificadas como tales y no están expuestas en las denuncias ni emergen durante las investigaciones, entre las que se encuentran las violencias sexuales. Influyen, por ejemplo, factores culturales vinculados a la concepción de las relaciones sexuales como deberes conyugales implícitos en el contrato matrimonial; también influye el hecho de que, usualmente, no se utilice la violencia ni tampoco la intimidación para imponer las interacciones sexuales no deseadas, sino una amplia gama de mecanismos de coerción como la victimización del responsable, el chantaje emocional, la amenaza con la restricción de derechos o el condicionamiento económico entre otros.

En el ámbito de la violencia de género, las conductas coercitivas se convierten en una conducta claramente representativa de esta violencia, que tiene su génesis en la relación de poder desigual que se ejerce o se intenta ejercer por parte del hombre sobre la mujer.

El control coactivo en la violencia de género ha sido ampliamente descrito por la psicóloga americana *Leonore E. Walker* como una forma de mantener el dominio sobre la pareja, siendo este control coactivo un elemento determinante a la hora de la valoración de las secuelas psicológicas de este tipo de violencia y que ella misma describió en el *battered woman syndrome* (síndrome de la mujer maltratada). La variabilidad de estos comportamientos es extensa: pueden mostrarse explícitamente, como en el caso de las amenazas y la extorsión, pero también en formas de tácticas de presión, insistencia persistente, intimidación psicológica, manipulación y control, que erróneamente podrían interpretarse como comportamientos de proximidad y amor asociados

a los patrones de las estructuras patriarcales o del amor romántico. (Waldner *et al.*, 1999).

En 2022 se ha llevado a cabo un proyecto de investigación, becado por el CEJFE y desarrollado por un equipo integrado por médicos forenses y por psicóloga del IMLCFC, para explorar la coerción sexual en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género, en el que se describen tres estrategias básicas para obtener relaciones sexuales no deseadas en el ámbito de la pareja, fundamentadas en los estudios de *Goetz y Shackelford (2004, 2006)*:

- Manipulación del compromiso: Quien ejerce la coacción-coerción sexual argumenta que, si hay cariño, y si realmente existe un compromiso, el otro debe tener relaciones sexuales en función del deseo de la pareja.
- Amenaza de desafección: Es una forma de chantaje emocional en la que se amenaza al otro con quitarle el cariño si no mantiene relaciones sexuales.
- Manipulación de recursos: La negativa a mantener relaciones sexuales tiene consecuencias en los recursos económicos, como por ejemplo recortando o amenazando con no cumplir compromisos de otro orden.

Por tanto, el resultado de la coacción-coerción sexual sobre la víctima puede ser su participación no deseada en cualquier tipo de comportamiento sexual en el marco de la relación de pareja. Podemos encontrar que la violencia sexual esté modulada por la relación interpersonal o que se convierta en una acción puntual en el contexto de una relación deteriorada. En ocasiones, esta agresión puede suponer una señal de aviso de un riesgo de violencia mayor.

Las violencias sexuales en el marco de la pareja, por el hecho de producirse en el seno de una relación íntima conlleva que presenten unas características especiales en cuanto a la forma, el impacto y las consecuencias (Goetz, Shackelford, 2006). Como consecuencia de esta forma de violencia pueden aparecer respuestas psicológicas de gran intensidad, inadecuadas, en apariencia, con el suceso, en las que el concepto de lesión puntual psicológica como reacción frente a un determinado hecho queda desdibujada.

Precisamente para subvertir esta realidad, la Ley Orgánica 10/2022 considera la violencia sexual cometida por la pareja o expareja como modalidad agravante.

La minimización, la ambivalencia y la pérdida de referencia de las víctimas es un denominador común en este tipo de historias violentas. Cuando las formas de violencia utilizadas se presentan en forma de coacción, insinuaciones o conductas sutiles, resulta aún más imprecisa su identificación y posible valoración, siendo en muchas ocasiones de difícil identificación. A modo de ejemplo, se ha observado que las mujeres que han sufrido violencia sexual en el contexto de la pareja es menos probable que consideren esta experiencia como una actuación violenta y, en consecuencia, infravaloran la responsabilidad de la pareja en estos hechos; en estas circunstancias es más probable que mantengan la relación con el agresor a pesar de la violencia (Jaffe *et al.*, 2021).

Así pues, en el marco de las valoraciones forenses integrales, será necesario explorar las violencias sexuales cometidas por la pareja. Dadas las circunstancias subyacentes a esta forma de violencia, especialmente en lo que se refiere a las dificultades para identificar algunas de estas conductas como violentas, puede ser difícil que las víctimas se expresen espontáneamente sobre el tema, por lo que será necesario sondear o preguntar activamente. Precisamente, el proyecto de investigación referenciado previamente en este mismo apartado proporciona una propuesta de escala, como recurso para complementar la anamnesis y mejorar la obtención de la información relacionada con la existencia de coerción sexual (Anexo III).

## **7.2. Violencias sexuales grupales.**

Estas violencias pueden entenderse como actuaciones en las que el grupo hace conductas disruptivas para experimentar el poder, para poner a prueba la adhesión y lealtad de sus miembros o incluso como forma de validar, mediante un ritual colectivo, su identidad o forma de entender la masculinidad. Cuando el grupo comete una violencia sexual, ha habido un proceso previo en el que el grupo ha convergido en la deshumanización de las víctimas y en la legitimidad

de ejercer poder sobre las mismas y se han establecido unas dinámicas en las que los integrantes del grupo ya han perdido su individualidad y se encuentran atrapados por la lógica del castigo-rechazo y de la pertenencia-premio. La fuerza de estos mecanismos sociales hace que quienes pueden no compartir o incluso estar en contra de la violencia cometida por los integrantes del grupo, no se atrevan a expresar su opinión para no defraudar las expectativas del grupo, no romper el vínculo fraternal y no contradecir los códigos de conducta del grupo, y actúen como espectadores de la misma. La Ley Orgánica 10/2022 considera la agresión sexual grupal como modalidad agravante de delito.

### **7.3 Violencias sexuales digitales.**

Las violencias sexuales digitales son cada vez más frecuentes. Pueden consistir en insultos o expresiones discriminatorias de carácter sexual, en amenazas o chantajes relacionados con la actividad sexual (*sextorsión*), o en la divulgación no consentida de contenidos íntimos (DIF, 2022). Según la etapa vital, se dan una serie de modalidades prevalentes, en función de si afecta a infantes, jóvenes o personas adultas. Las violencias sexuales analógicas y digitales provienen de la misma raíz discriminatoria, pero se distinguen por el ámbito en el que se dan o por las herramientas mediante las que se cometen, y por algunos de los impactos que provocan. Hay que tener en cuenta que muchas de las violencias sexuales digitales no requieren sofisticados conocimientos tecnológicos. Las violencias en el entorno digital pueden consistir en una acción única o en la reiteración de acciones, que generan un efecto acumulativo y pueden tener un único responsable o consistir en un ataque colectivo o adhesivo. La anonimización (ocultación de los elementos que podrían permitir la identificación del usuario) de los perfiles, la viralización y la permanencia de los contenidos son factores directamente vinculados con los impactos que provocan. Su potencial lesivo también se incrementa, dado que un único responsable puede estar agrediendo a múltiples mujeres a la vez y sin limitaciones geográficas. Al igual que sucede con las violencias sexuales en general, la amenaza latente de enfrentarlas comporta por sí misma un efecto disuasorio o inhibitorio sobre la libre toma de decisiones que puede plantear dificultades o limitaciones a la hora de revelarlas o denunciarlas.

El desconocimiento social sobre estas violencias provoca a menudo que tanto las mujeres afectadas como su entorno y la sociedad en general, culpabilicen a las víctimas por haberse expuesto innecesariamente en el espacio virtual. Estas violencias no siempre se identifican como tales, o se suelen banalizar porque operan en un espacio que todavía se entiende como menos real o trascendente. Pese a esta extendida percepción, las violencias digitales provocan numerosos efectos en la vida «real» por las consecuencias sociales que conllevan. En el caso de las violencias sexuales, suele generarse un estigma y una desvalorización social de las víctimas que puede afectar de forma severa su proyecto vital y su identidad. La falta de apoyo o incluso el juicio social de las víctimas son algunos de los elementos que explican la gravedad del impacto que causan estas violencias, pero también la impotencia por no poder identificar al responsable o no saber qué hacer para detener aquella situación, y por verse abocadas a la sensación de pérdida de control de las vidas. También se puede presentar una sensación generalizada de indefensión porque sienten que esa violencia condiciona su identidad de forma irreversible, que las autoridades no podrán protegerlas y que el juicio social será severo con ellas, en lugar de reconocer el daño que han sufrido.

Por una información más extensa sobre el apoyo y la evaluación de las violencias machistas digitales, recomendamos la lectura de la *Guía sobre l'impacte de les violències masclistes digitals* de la Generalitat de Catalunya, Departamento de Igualdad y Feminismos, 2024.

#### **7.4 Las violencias sexuales facilitadas por sustancias químicas.**

Las violencias sexuales pueden cometerse por aprovechamiento de una situación de vulnerabilidad química de la víctima o bien provocando su intoxicación suministrándole aquellas sustancias (violencias conocidas con el acrónimo *DFSA - drug facilitated sexual assault*). Ambas conductas están castigadas en la actual redacción del Código Penal, pero en el caso de la administración de sustancias a la víctima para lograr la imposición de la interacción sexual, la LOGILS la considera como una modalidad agravante de delito.

Este tipo de conductas, a menudo son infradenunciadas debido a la ausencia total o parcial del recuerdo de lo sucedido y también por la culpabilización de la víctima, sea por sí misma o por su entorno, al haberse puesto en riesgo y no haber articulado mecanismos de autoprotección.

La vulnerabilidad también puede ocurrir en aquellas situaciones en las que la intoxicación no ha llegado a comportar un estado de inconsciencia, sino que ha producido una afectación en menor medida, con disminución de la capacidad de reacción activa. De hecho, la Circular 1/2023, de la FGE, sobre criterios de actuación del Ministerio Fiscal tras la reforma de los delitos contra la libertad sexual operada por la LOGILS, hace referencia a una sentencia del Tribunal Supremo que señala que *«para que haya abuso sexual no se precisa una ausencia total de conciencia, sino de pérdida o inhibición de las facultades intelectivas y volitivas, en grado de intensidad suficiente para desconocer o desvalorar la relevancia de sus determinaciones (...) y exige contemplar también aquellos supuestos en que la pérdida de conciencia no es total pero afecta de manera intensa a la capacidad de reacción activa (...)»*. De esta forma la presencia de sustancias (siguiendo la Circular 1/2023 de la FGE, en su punto 8.7: *fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química*) en muestras obtenidas de la víctima podría interpretarse como un factor causante de la pérdida o inhibición de sus facultades independientemente de la intencionalidad de la intoxicación y del tipo de tóxico en cuestión.

En el contexto de las violencias sexuales facilitadas por sustancias químicas, se puede dar la circunstancia de que haya víctimas que nunca sabrán el tipo de interacción sexual que se les ha impuesto, o bien lo podrán saber tiempo después con los resultados de los análisis de las muestras obtenidas en la exploración médico-forense.

La ausencia de recuerdo no solo puede afectar a la calidad del relato sobre los hechos, sino que también puede dificultar el proceso personal de integración de la vivencia y de recuperación emocional. Estas dificultades pueden abocar daños a su autopercepción y autoestima, e influir negativamente en su proceso de recuperación.

Para más información, véase el apartado 3.5.4, relativo al análisis de toxicología.

## 8. Bibliografía

- 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.jpag.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
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5.ª ed. Médica Panamericana, pag. 265-290.
- Ayuntamiento de Tarragona. (2021). *Guia jurídica contra les violències sexuals, AADAS*
- 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). Puedo hacerlo, ¿me ayudas a explicarme? Buen trato en la exploración judicial a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Departamento de Justicia, Derechos y Memoria. <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
- Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (2019). *Drogas de abuso en toxicología forense: recomendaciones e interpretación de utilidad médico-legal*.
- 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 Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura. (2007). *Examen físico médico de víctimas de tortura alegadas. Una guía práctica del Protocolo de Estambul - para médicos*. Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura
- Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura. (2009). *La evaluación psicológica de alegaciones de tortura. Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para psicólogos*
- 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 Integral de la Libertad Sexual.

Crespo, M., y 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.

Departamento de Igualdad y Feminismos, Generalitat de Catalunya. (2022). *Modelo de abordaje de las violencias sexuales. Un modelo de país*

Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. (2010). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Catalunya. Documento operativo de violencia sexual*

Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. (2011). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Catalunya – Dossier 3. Documento operativo de mutilación genital femenina.*

Dhawan, E., y Haggard, P. (2023). Neuroscience evidence counters a rape myth. *Nature human behaviour*, 7, 835–838

Echeburúa, E., y Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.

Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469.

Ellison, L., y 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 y 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., y 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
- Garcia-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. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, 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., y 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
- 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., Aragó, 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). Entrevistando a niños preescolares víctimas de abuso sexual y/o maltrato familiar : Eficacia de los modelos de entrevista forense [documento de trabajo]. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.  
<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). Universidad Autónoma 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., ... y 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., y 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>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: mutilación genital femenina*
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*
- 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., y 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 y 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



- Violencia física
- Amenazas

- Consumo de tóxicos.
  - Tipo de sustancia y dosis.
  - Periodo de ingesta
- Características del recuerdo de la secuencia de los hechos
- Presencia de alteraciones mnémicas. (Tiempo en el que se ve afectado el recuerdo)

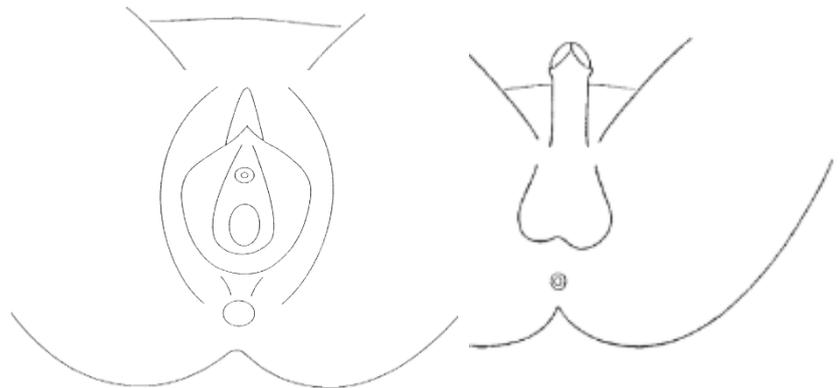
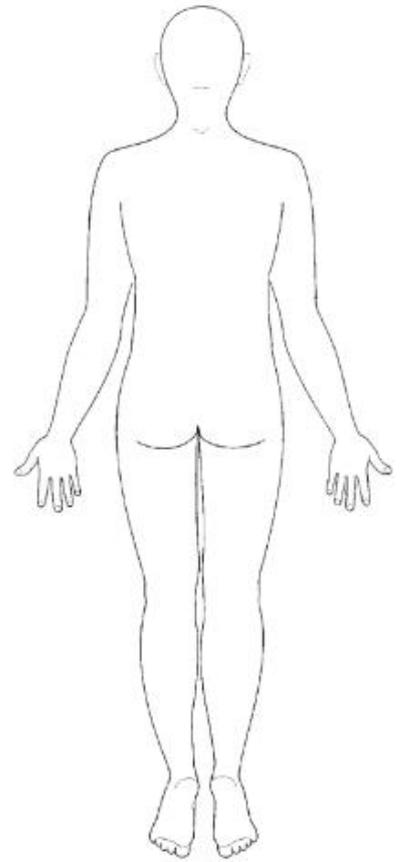
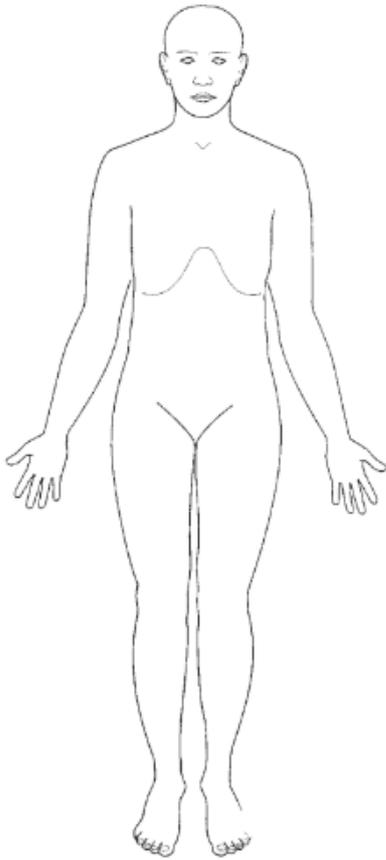
#### **Conducta posterior entre los hechos y el momento de toma de la muestra.**

- Administración de tratamiento posterior
- Otros consumos posteriores
- Otras relaciones posteriores
- Cambio de ropa
- Higiene posterior a los hechos
- Posible micción, deposición, vómitos posteriores a los hechos.

#### **Valoración psicopatológica**

- Conciencia.
- Orientación.
- Atención.
- Aspecto: cuidado o no
- Signos de intoxicación
- Actitud: abordaje, colaboración
- Discurso: espontaneidad, fluidez, estructura...
- Clínica psicótica
- Esfera afectiva: estado anímico (*ejemplo: serena, contenida, emocionalmente estable o bloqueada, con signos de ansiedad psicofísica...*) posible ideación autolítica.
- Juicio crítico
- Otros

## Exploración física



- Vulva
- Himen
- Vagina
- Periné
- Ano



## Anexo II

### RESUMEN DE LA TOMA DE MUESTRAS

#### Muestras para análisis biológico

##### *Plazos para la toma de muestras biológicas*

- Vaginales: hasta transcurridos 7-10 días
- Anales: hasta 72 horas
- Bucales: hasta 48 horas
- Superficie corporal: hasta 7 días después, si no ha habido limpieza de la superficie
- Niños prepuberales (superficie corporal): óptimamente antes de las 72 horas

##### *Secuencia recomendada para la toma de muestras biológicas*

1. Muestras bucales
2. Muestras anorrectales: primero las más externas
3. Muestras de genitales externos: en orden de fuera hacia dentro
4. Muestras vaginales: primero las muestras más externas
5. El resto de las muestras (ropa, objetos...), en el momento que se considere

#### Muestras para análisis toxicológico

##### *Tipo de muestras*

- *Sangre venosa*: dos tubos de 5 ml, uno de ellos con EDTA (tapón de color lila), y otro con fluoruro sódico y oxalato potásico (tapón de color gris).

Permiten la determinación de sustancias hasta 48 horas después de su consumo.

- *Orina*: toda la posible en un frasco de plástico de hasta 50 ml.  
Permiten la determinación de sustancias hasta 5 días después de su consumo.

- *Cabello*: si la exploración tiene lugar más de 5 días después.

La toma de la muestra debe demorarse 4-6 semanas.

## Anexo III

### Propuesta de escala de coerción

#### 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 SI 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, despullada, 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