

# Investigación médico forense de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales.

*Medico-legal investigation of sexual assault crimes.*

---

---

A. Castelló<sup>1</sup>, F. Francès<sup>2</sup> y F. Verdú<sup>3</sup>

---

---

## RESUMEN

Los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales siguen siendo un campo de extraordinaria importancia en la práctica diaria médico forense. En esta revisión se presenta cuál es el estado actual del problema, se apunta una posible estrategia para mejorar su estudio y se expone la literatura científica más reciente respecto a las distintas variedades con que se presentan.

**Palabras clave:** Libertad sexual, prueba pericial, medicina forense.

*Cuad Med Forense 2009 15(55):17-35*

## ABSTRACT

Sexual crimes remain an area of paramount importance in daily forensic practice. This review carries out what is the current state of the problem, it suggests a possible strategy for improving their study and presents the latest scientific literature regarding the different types from which they are presented.

**Key words:** Sexual crime, expert witnessing, forensic medicine.

---

**Correspondencia:** Dr. Fernando Verdú. Unidad Docente de Medicina Legal. Universidad de Valencia. Avenida de Blasco Ibáñez, 15. 46010 Valencia (España). E-mail: Fernando.Verdu@uv.es.

<sup>1</sup> Profesora Contratado Doctor de Medicina Legal y Forense.

<sup>2</sup> Profesor Ayudante de Medicina Legal y Forense.

<sup>3</sup> Profesor Titular de Medicina Legal y Forense.

**SUMARIO:**

- 1.- Estado de la cuestión.
- 2.- Facetas periciales.
- 3.- Atentados violentos contra la integridad sexual.
- 4.- Atentados no violentos contra la integridad sexual.
- 5.- Atentados contra la integridad sexual del menor pequeño.
- 6.- El himen y sus circunstancias.
- 7.- Conclusión.

**I.- ESTADO DE LA CUESTIÓN.**

Los delitos contra la integridad e indemnidad sexuales de las personas -DCLIS, en lo sucesivo- son una manifestación más de la violencia que impregna las diversas sociedades, casi de forma independiente de su grado de desarrollo.

Encontrar una buena definición no es tarea sencilla y a ello se han dedicado muchos autores, con diferente fortuna. Por nuestra parte, proponemos la siguiente:

"Práctica de conductas sexuales, manifiestamente dolosas o eventualmente culpables que - con evidente desprecio de la víctima- le causan trastornos físicos o psíquicos de distinta entidad".

Esta definición aísla perfectamente la conducta con fines de satisfacción sexual del autor, de esas otras situaciones en las que -además del fin libidinoso- aparecen otros actos de brutalidad que pueden tener como consecuencia diversos delitos, como puedan ser las lesiones, el aborto, el homicidio o el asesinato.

Desde el punto de vista médico forense, no se ha de entrar -es evidente- en las calificaciones jurídicas, sino que se han de procurar aquellos elementos de prueba que, posteriormente, sí permitirán dicha calificación.

Antes de abordar estas cuestiones, que son el objeto de la revisión, no está de más recordar algunos datos epidemiológicos de España obtenidos del Ministerio del Interior [1].

Los datos correspondientes a 2006 son los siguientes:

El total de casos producidos en el año 2006 se recogen en la tabla 1. Como era de suponer la parte del león es para el conjunto de agresiones y abusos sexuales. En la tabla 2 aparece la incidencia de todos los delitos conocidos durante el decenio 1997-2006.

**TABLA 1. Incidencia de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual durante el año 2006**

Agresión sexual	2.468
Agresión sexual con penetración	1.481
Abuso sexual	2.182
Abuso sexual con penetración	258
Resto	2.133
<i>Total</i>	8.522

**TABLA 2. Serie temporal 1997-2006**

6.963	7.755	7.561	7.276	7.237	7.423	7.548	8.379	9.011	8.522
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006

Puede verse que desde 2001 se ha iniciado un crecimiento en el número de casos, que alcanzó un máximo en 2005 con un total de 9.011, incluyendo los casos investigados por la Policía Nacional, la Guardia Civil y la Policía Autónoma del País Vasco.

En la gran mayoría de países occidentales, se ha venido produciendo una variación de la normativa, eliminándose conceptos anclados en el pasado, como el de delitos contra la honestidad. En todos los casos el cambio ha sido impulsado por un conjunto de normas internacionales tendentes a evitar cualquier tipo de discriminación contra la mujer.

Pese a los cambios operados, los delitos contra el libre desarrollo del comportamiento sexual siguen en niveles altos haciéndose patente que hace falta mucho más que un Código Penal para que impere el respeto entre las personas.

Un proverbio de origen africano dice que para educar a un niño, hace falta toda la tribu y lo mismo podría afirmarse si lo que se pretende es educar a la sociedad en el respeto a los demás: no es una tarea que pueda acometerse desde una posición aislada, sino que requiere la participación de muy diversos campos del conocimiento.

#### CIENCIAS IMPLICADAS:

Las áreas del saber que han de contribuir al estudio ordenado de los DCLIS, pueden situarse en tres grandes campos:

- La prevención.
- La averiguación.
- La curación.

Desde la perspectiva preventiva, es necesaria la participación de, al menos:

- La Epidemiología, que ha de ser la que nos de luz sobre la magnitud de la cuestión.
- La Antropología, para poder entender las raíces humanas del problema.
- La Sociología, que nos explicará como debe presentarse para que se entienda como un auténtico problema de la comunidad.
- La Psicología, que enfocándose sobre los grupos y los individuos, permitirá diseñar las mejores estrategias de intervención.
- Las Ciencias de la Educación propondrán el método más indicado para transmitir los conocimientos del momento, desde que la persona tenga capacidad para entenderlos.
- El Derecho -por mandato del poder legislativo- ha de establecer el mejor marco normativo administrativo, penal, civil y penitenciario para la prevención primaria y secundaria.
- Las Ciencias Forenses -en su sentido más amplio- procurarán el avance en los métodos de constatación de hechos y detección de indicios, mediante la adopción de protocolos y los progresos en la investigación experimental.
- Las Ciencias de la Seguridad habrán dado la formación necesaria para lograr una investigación óptima.
- Las Ciencias de la Comunicación han de presentar la situación de la forma adecuada, amplificando los avances que puedan producirse en la prevención de este tipo de comportamiento antisocial.

Cuando un hecho puede haberse producido, es el momento de la acción y aplicación de lo preparado:

- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado bien preparadas para la investigación policial y para la atención inicial a las posibles víctimas.
- Asistencia sanitaria y psicológica adecuada a cada situación concreta.

- Médicos Forenses entrenados en la óptima atención a este tipo de delitos en sus posibles variedades.
- Otros Científicos Forenses -Biólogos, Químicos, Físicos...- entrenados en las más avanzadas técnicas que ya hayan sido validadas.
- Magistrados, Fiscales y otros operadores jurídicos sabedores del valor de cada una de las pruebas que vayan a exponerse en el foro.

Y ya establecida la existencia del ilícito y la culpabilidad del delincuente:

- Buenos sistemas de asistencia y apoyo a las víctimas, para que el impacto deje las menores secuelas posibles.
- Una organización penitenciaria que atienda a los objetivos de cumplimiento y reeducación y que esté dotado de equipos que puedan emitir informes sobre prognosis criminal para evitar -en lo posible- la reincidencia.

¿Podría dar buen resultado una política general basada en los principios enunciados? Quizás, porque lo cierto es que prácticamente todo comienza en el hogar. Por ello es muy conveniente seguir aquel consejo de Confucio: "Antes de arreglar el mundo, da tres vueltas por tu propia casa".

## 2.- FACETAS PERICIALES.

Las posible intervención de la medicina forense en los DCLIS, podría tener lugar:

- En la posible víctima.
- En el posible autor.
- En el testigo.

Veamos a grandes rasgos que se puede demandar al médico forense.

EN LA POSIBLE VÍCTIMA:

Basándonos en la redacción de los distintos injustos típicos, en la persona que puede haber sufrido un atentado contra su integridad e indemnidad sexual, el médico forense podrá pronunciarse sobre los siguientes aspectos:

- **Violencia:** Probablemente la prueba menos dificultosa de obtener, aunque circunstancialmente puede haber algún problema.
- **Intimidación:** Únicamente cuando para obligar se haya recurrido al uso de algún instrumento -que haya dejado una mínima lesión- se podrá aportar algún dato. En otras ocasiones se deberá recurrir a la exploración de la sinceridad de la posible víctima.
- **Variedad de agresión sin penetración:** Salvo que haya quedado alguna alteración anatómica genital -inflamación o irritación- deberá recurrirse a técnicas complementarias de investigación para tratar de detectar restos biológicos.

En otros casos, la posible transmisión de una enfermedad podría servir también como argumento pericial.

- **Acceso carnal:** Aparentemente fácil y en la realidad muy complejo, como se tendrá ocasión de comprobar.
- **Introducción de objetos:** También de muy difícil comprobación a no ser que se den algunas circunstancias especiales, como una posible rotura parcial o que el instrumento haya sido encontrado y puedan realizarse sobre él pruebas de laboratorio.
- **Vejación:** Cuando el concepto tenga componente biológico, se podrá informar sobre la participación de animales -como muestra- o la detección de manchas de heces u orina.
- **Más de un autor:** La investigación de restos biológicos será determinante en estos casos,

así como el examen físico de los sospechosos. En otras ocasiones podrán utilizarse otros elementos, como el tamaño aproximado de manos o los restos de sustancias que pudieran aparecer.

- **Vulnerabilidad:** Sirvan de ejemplo la existencia de una enfermedad mental que impida conocer la realidad al momento de los hechos.

- **Menor de trece años:** En algunas ocasiones el perito deberá manifestarse sobre este aspecto tan difícil de precisar, aunque, desde el punto de vista judicial, la precisión exacta es absolutamente necesaria.

Merece un breve comentario el hecho de que la edad para consentir una relación heterosexual, difiere según el país en que nos encontremos. Así si vive en algunas partes de los Estados Unidos, o en Egipto, es de 18 años; en Irlanda del Norte, 17; en Namibia, 16; en Suecia, 15; en Canadá, 14; en Argentina y España, 13; y en México, 12.

- **Parentesco:** Los estudios sobre ADN han de servir para establecer la existencia de esta circunstancia, si no existe otra prueba documental.

- **Peligrosidad de las armas o medios usados:** Con todo lo que de ejercicio adivinatorio tiene este tipo de requerimientos, ocasionalmente el perito médico deberá responder a preguntas sobre la materia.

- **Privación de sentido:** Podrá constatarse la existencia de una enfermedad que curse con ese tipo de episodios, o bien la utilización de sustancias para domeñar a la víctima.

- **Menor de 16 o 18 años:** Merece similar comentario al realizado para la determinación de los 13 años cumplidos.

- **Filiación:** Servirá de ayuda en aquellos casos en los que el tribunal deba manifestarse en cuanto a la fijación de alimentos.

- **Muerte:** Como en el acceso carnal, es aparentemente fácil resolver la cuestión. Sin embargo, ocasionalmente puede darse alguna dificultad.

EN EL POSIBLE AUTOR:

- **Identificación:** Obviamente es el elemento capital para poder llevar a cabo el resto de intervenciones periciales.

- **Mayor de 18 años:** Será una intervención no demasiado frecuente y siempre sujeta a resultados inseguros.

En las tablas 3 y 4 se reflejan las edades de los detenidos en los DCLIS cometidos en 2006 [3].

TABLA 3. Edades de los detenidos por DCLIS

Detenidos menores de 18 años	363
Detenidos de 18 a 20 años	351
Detenidos de 21 a 30 años	1.641
Detenidos de 31 a 40 años	1.416
Detenidos de 41 a 50 años	782
Detenidos de 51 a 64 años	541
Detenidos mayores de 64 años	187
<i>Total</i>	5.281

TABLA 4. Edades de los menores detenidos por DCLIS

Menores de 13 años	7
13 años	6
14 años	68
15 años	94
16 años	98
17 años	90
<i>Total menores</i>	363

- **Estado mental:** La presencia de un estado mental alterado, al momento de los hechos, podría esgrimirse como circunstancia atenuante o eximente de responsabilidad penal.

- **Estado físico:** En otras ocasiones puede alegarse impotencia para el coito como hecho para impedir la agresión. Deberá estudiarse a la luz de los conocimientos actuales.

EN EL TESTIGO:

- **Aptitud:** La última de las intervenciones que podría solicitarse, sería la determinación de si un testigo tiene plena capacidad para declarar sobre lo percibido. No es lo habitual, pero también merece atención.

### 3.- ATENTADOS VIOLENTOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL.

Entrando ya en el estudio de cada uno de los DCLIS, corresponde abordar en primer lugar aquellos en los que la violencia ha sido el medio utilizado por el o los agresores, para sojuzgar a la víctima.

Una nota previa: debe desterrarse la costumbre de pensar que las violaciones seguidas de muerte, tienen un cuadro lesional específico, ya que no es así. Hay -en efecto- casos en los que en el levantamiento del cadáver ya se intuye que puede haber habido una agresión sexual; sin embargo, en otras ocasiones no hay datos orientadores. Precisamente por eso, en cualquier muerte violenta -sea de varón o mujer- se ha de practicar un examen genital -siquiera somero- para descartar que el móvil sexual pueda estar presente en los hechos.

ATENTADOS VIOLENTOS CON RESULTADO DE MUERTE.

Idealmente, los tres aspectos a analizar en este tipo serán:

- Autopsia.
- Técnicas complementarias.
- Examen de sospechosos.

AUTOPSIA:

Se ha de considerar que el levantamiento del cadáver es el primer tiempo de la autopsia, puesto que los datos que en él se obtengan han de servir para guiar la investigación posterior sobre el cadáver. Por ello, si el médico que ha asistido al levantamiento del cadáver, no es el mismo que ha de practicar la autopsia, se abren dos posibilidades:

- 1.- La más oportuna es que, después de realizar un documentado informe, asista a la práctica de la autopsia para poder aclarar cualquier duda que pueda presentarse durante la práctica.
- 2.- Realizar el informe al que se ha hecho mención para que sea entregado en el instituto donde vaya a examinarse el cuerpo.

Cuando por los datos obtenidos durante el levantamiento, puede inferirse que se trata de un caso de agresión sexual, el segundo tiempo de la autopsia -examen externo- debe centrarse en dos aspectos fundamentales:

A.- Establecer el intervalo de menor incertidumbre para el momento de la muerte.

Quiere ello decir que el médico forense ha de evitar pronunciarse a este respecto en términos que puedan conducir erróneamente la investigación policial.

Cuanto más alejado se encuentre el momento de la muerte, más difícil va a resultar el establecimiento del intervalo postmortal. Por ello, una de las cosas que el médico forense ha de tener bien presente, es que ante la comunicación al juzgado que se ha producido el hallazgo de un cadáver, debe transcurrir el menor tiempo posible entre dicha comunicación y el reconocimiento del cuerpo.

En el cadáver reciente, el intervalo de incertidumbre que se ha de facilitar es como mínimo de 6 horas. Esta afirmación no es gratuita, puesto que está basada en la aplicación de los nomogramas de Henssge [4].

Es los cadáveres no recientes la prudencia ha de ser todavía mayor.

B.- Obtener indicios.

Aun cuando se trate de casos en los que los primeros datos ya apunten a una agresión sexual, se ha de ser igual de cuidadoso en la localización de indicios que posteriormente puedan constituirse en prueba.

Sobre el cuerpo del cadáver se habrán de localizar, recoger y documentar:

- Rastros biológicos.
- Manchas.
- Huellas.
- Otros rastros.
- Lesiones genitales y anales.
- Lesiones extragenitales.
- Lesiones especiales.

**Rastros biológicos:** Recolección mediante el equipo apropiado de posibles rastros en las tres cavidades. Así mismo se examinarán en su búsqueda las manos, especialmente en las uñas. También se ha de prestar atención a la presencia de faneras ajenas.

**Manchas:** Localización de manchas que, tras el correspondiente análisis devendrán en biológicas -semen, sangre, saliva, sudor, orina, heces...- o no biológicas -pintura, grasa... Para la localización de las manchas -especialmente las de semen- es conveniente la utilización de una fuente de luz convencional, para poder variar el grado de incidencia. La utilización de luces forenses no es imprescindible sobre la piel, ya que se han detectado interferencias; sobre las ropas, en cambio, sí son útiles [5]. De cada mancha se obtendrá la mayor cantidad de sustrato que sea posible para su posterior análisis.

**Huellas:** En estos casos son de especial trascendencia las huellas dactilares [6], aunque las labiales también pueden obtenerse mediante la técnica adecuada [7]. Ocasionalmente, puede aparecer otro tipo de huellas, como las correspondientes a calzados [8], aun sin producir lesión.

**Otros rastros:** La toma de otros elementos encontrados sobre el cuerpo -tierra, hierbas...- pueden orientar hacia la localización de los hechos.

**Lesiones genitales y anales:** Un esclarecedor artículo publicado en el Journal of Clinical Forensic Medicine (2006) [9] -dedicado expresamente a las agresiones sexuales- pone de manifiesto una vez más, que en medicina forense, se sigue recurriendo a datos, técnicas e interpretaciones que distan en muchas ocasiones de tener una sólida base científica.

Para abordar este apartado, se ha de partir de una afirmación categórica, que es preciso sea transmitida a los agentes de justicia: la ausencia de lesiones no implica que los hechos no hayan ocurrido, de igual forma que su presencia no indica que sí han acontecido.

En una revisión realizada en 2007 [10] que separa los resultados en los obtenidos mediante simple inspección visual, con técnicas de tinción y con el uso de colposcopio. Estos son los datos más relevantes:

I.- Había lesiones:

- Inspección simple: 5%-60% de los casos.
- Con azul de toluidina: 40%-58% de los casos.
- Con colposcopio: 64%-87% de los casos.

2.- Las localizaciones más frecuentes de las lesiones eran:

- Horquilla posterior: 70% de los casos.
- Labios menores: 53 % de los casos.
- Himen: 29% de los casos.
- Fosa navicular: 25 % de los casos.

3.- En relaciones consentidas, hay lesiones entre el 10 y el 30%, según diferentes estudios.

Otro trabajo realizado en 2003 sobre 418 víctimas de agresión sexual [11], y que divide a las víctimas en dos grupos en función del momento en que se realiza la exploración, aporta los siguientes resultados:

LESIÓN	MENOS DE 72 HORAS	MÁS DE 72 HORAS
Vulvo-vaginales	51%	22'2%
Himen	25'5%	52'8%
Anal	11'8%	8'3%
Múltiples	9'8%	5'6%
No específicas	2%	11'1%

Los autores del anterior trabajo insisten en la necesidad del uso del colposcopio para el examen de las posibles víctimas, puesto que rinde muy buenos resultados. El uso del colposcopio en la práctica necrópica ya ha sido propuesto [12]. Evidentemente se ha de hacer en aquellos casos en los que la autopsia se practique de forma precoz, puesto que los cambios post mortem, pueden generar artefactos todavía más difíciles de interpretar.

**Lesiones extragenitales:** Sería ocioso realizar una descripción de la gran variedad de lesiones que pueden encontrarse. Dice el Maestro Rojas [13]:

“Estos traumatismos son de diverso orden...; un segundo lo constituyen las contusiones (equimosis, excoriaciones por uñas, etc.) por los esfuerzos para dominar a la víctima y se localizan en los labios, cuello, cara antero-interna de muslos, antebrazos; un tercero, es dado por lesiones defensivas del violador que busca matar a la víctima para evitar la denuncia (estrangulación, heridas) del “tipo Soleilland” de violador de Dupré; un cuarto grupo las heridas intencionales de sujetos perversos y sobre todo sadistas.”

Por su lado, el profesor Kivtko [14] distingue:

- Lesiones necesarias.
- Lesiones innecesarias.

La justeza de su denominación también es suficientemente elocuente y hace innecesario cualquier otro comentario.

**Lesiones especiales:** Dos variedades lesionales han de ser evaluadas de forma peculiar: se trata de las sugilaciones o contusiones por succión y las mordeduras.

Las primeras pueden encontrarse en las denominadas zonas erógenas -cuello, pechos...- y pueden ofrecer información de dos tipos. El primero puede auxiliar a establecer el momento de la producción de los hechos. El segundo -de mayor trascendencia- puede aportar datos respecto al autor de esas marcas, puesto que con toda probabilidad, habrá dejado restos de saliva que podrán recolectarse con la oportuna torunda.

Respecto a las mordeduras -que han de ser fotografiadas sin distorsión- también pueden ayudar a la identificación del autor, tanto por la huella de la mordida, como por los restos de ADN

que puedan encontrarse. Recientemente [15] se ha propuesto un estudio de estos indicios en cuatro fases que parece prometedor.

Ya como final de este apartado, las Recomendaciones de la Unión Europea para la armonización de la práctica de las autopsias, disponen ciertos aspectos:

- a) La disección, en muertes traumáticas, debe incluir una exposición completa de los tejidos blandos y de la musculatura del plano posterior del cuerpo. El mismo procedimiento debe aplicarse a las extremidades (método denominado "peel off" o "l'écorchage");
- b) Ante la sospecha o certeza de agresión sexual, se deben extraer en bloque los órganos genitales internos junto con los genitales externos, recto y ano, para su disección. Antes de realizar dicha técnica, deben tomarse muestras en los orificios y cavidades.
- c) En todas las autopsias, el esquema básico de recogida de muestras incluye tomas de los órganos principales con fines histológicos, sangre periférica (para análisis de alcohol, drogas e identificación genética), orina y contenido gástrico. Todas las muestras de sangre deben ser periféricas, no cardíaca o torácica.

#### TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS:

Como se menciona en el apartado c) anterior, los medios auxiliares de investigación pueden centrarse en diversas muestras. A modo de breve relación, se usarán:

- *Métodos histopatológicos:* Para estimación de lesiones (data y vitalidad) y en su caso, causa de la muerte.
- *Métodos toxicológicos:* Para detectar el uso de tóxicos como medio de someter a la víctima o causar su muerte.
- *Métodos de biología molecular:* Con fines de identificación del victimario y en su caso, de la víctima.
- *Métodos microbiológicos:* Para determinar la posible existencia de un contagio que, en el mejor de los casos, podría ayudar a la identificación del autor. No está de más recordar que, en estos casos, se ha de tratar de obtener información respecto a las actividades de tipo sexual que pueda haber tenido la víctima con anterioridad, con el fin de evitar confusiones.

#### EXAMEN DE SOSPECHOSOS:

El examen del sospechoso o sospechosos deberá cumplimentarse atendiendo a los siguientes puntos:

**Identificación:** Podrá realizarse de forma directa o indirecta. La primera es la que se realiza, de forma indubitada, mediante la comparación de restos de material biológico hallado en el cadáver, con el procedente de la persona a la que se está examinando. La indirecta se basa en la comparación de otros restos distintos a los biológicos, que pueden encontrarse tanto en víctima como en victimario.

**Mayor de 18 años:** En aquellos casos en los que no exista documentación fehaciente, se deberá recurrir a técnicas radiográficas para tratar de centrar la edad del supuesto autor de los hechos. Más adelante se volverá sobre la materia.

**Estado mental:** Se hace imprescindible la realización de una exploración mental psicológica y psiquiátrica precoz, a fin de detectar cualquier rasgo que hubiera podido influir y explicar los hechos. Ello puede servir a los fines de la justicia, tanto desde el punto de vista de la defensa como de la acusación.

**Estado físico:** El examen físico completo del sospechoso debe formar parte rutinaria de la investigación de los DCLIS. Se deberá documentar:

- Presencia de lesiones.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Examen del pene.
- Historia clínica con expresión de patologías sufridas.

Posteriormente pueden solicitarse otro tipo de pruebas, como se verá en su momento.

Vistos los principales aspectos de la investigación de los DCLIS con resultado de muerte, pasemos al siguiente punto.

#### ATENTADOS VIOLENTOS CON RESULTADO DE LESIONES.

En los casos en los que la víctima sobrevive al ataque, puede deberse a dos posibilidades; la primera es que el agresor no ha conseguido acabar con la vida de la víctima, aunque lo ha intentado y la ha puesto en peligro real de muerte. La segunda es que únicamente ha utilizado la violencia para la agresión sexual, sin intención de matar.

En la primera situación, la atención estrictamente médica de la víctima es lógicamente prioritaria y la obtención de pruebas puede verse comprometida. No obstante, todavía pueden adoptarse determinadas precauciones para que la pérdida de posibles indicios sea lo menor posible.

En cambio, en la segunda situación sí puede combinarse la atención sanitaria y la exploración médico forense, a fin de que se pueda obtener una sólida batería de indicios que puedan presentarse ante el juzgador. No puede olvidarse que existe una relación directa entre las evidencias que se convierten en pruebas en el juicio y las sentencias condenatorias [17, 18].

Un estudio reciente [19] propone la toma de muestras del hocico de tenca u orificio cervical, en lugar de la vagina. Según el autor, los restos permanecen más tiempo en esa localización y permiten su detección más tardíamente.

No obstante, se ha de recordar que -como se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones- el testimonio de la víctima es el elemento más convincente para los tribunales [20].

En todo caso, lo más adecuado es que los diferentes centros de salud estén entrenados en el manejo de este tipo de situaciones y sepan qué es lo que se tiene que hacer.

En el contacto inicial con las víctimas se ha de atender a los siguientes aspectos:

- Estado físico general, hora aproximada de la agresión y hora exacta del reconocimiento.
- Antecedentes clínicos generales y cualquier incidencia que pueda haberse producido después de los hechos (pérdida de conciencia, sangrado...).
- Si procede, historia ginecológica, últimas relaciones consentidas y uso de anticonceptivos. Si la víctima puede estar embarazada por una relación anterior a los hechos, ha de hacerse una prueba de embarazo inmediatamente para descartar un embarazo preexistente. Si está embarazada, hay que proceder de inmediato a la profilaxis anti-VIH. Si es VIH + la actitud dependerá del estadio de la gestación.
- Una descripción detallada de la agresión y todas sus circunstancias. Se ha de recoger en la documentación con las propias palabras de la paciente.

#### EXAMEN FÍSICO GENERAL:

A continuación se debe hacer un cuidadoso examen -y documentación fotográfica- de todas las lesiones que puedan detectarse, sin entrar en ese momento si pueden tener relación o no con los hechos que se están investigando.

Una esmerada descripción incluye:

- a) Naturaleza de las lesiones (contusión, herida, escara, surco...).
- b) Número de cada una.
- c) Región en la que se localizan.
- d) Distancia a puntos fijos medida con la mayor aproximación.
- e) Forma de la lesión.
- f) Dimensiones; éstas no se darán nunca aproximadas, sino exactas indicando la dimensión máxima y la mínima, cuando se trate de formas irregulares.
- g) Dirección de la lesión cutánea, es decir, la correspondiente en la superficie al eje mayor de aquélla. Se indica siempre situando a la persona en la posición anatómica normal, con las palmas de la mano dirigidas hacia delante. Con relación a los habituales términos, «hacia dentro» y «hacia fuera».
- h) Coloración de la lesión y sus alrededores.

Respecto a este último punto, se ha de ser muy prudente en el momento de relacionar el color de una equimosis con el momento de su producción [21,22].

Como en el caso de la autopsia, hay localizaciones preferentes de algunas lesiones que, sin ser muy aparentes, si son especialmente significativas:

- Muñecas.
- Brazos.
- Muslos.
- Senos.
- Cuello.
- Espalda.
- Nalgas.

#### **EXAMEN FÍSICO LOCAL:**

Para no incurrir en repeticiones: las lesiones en la persona van a tener similares condicionantes que en el cadáver reciente: puede no haber lesión alguna o puede haberlas de gran magnitud.

Un trabajo publicado en 2007 [23] resalta las dificultades que existen para hacer una correcta interpretación de los signos, puesto que las lesiones no himeneales en víctimas prepuberales y puberales son muy variadas y tienen períodos de curación sensiblemente diferentes.

Los mismos autores hacen similares consideraciones cuando se trata de estudiar las lesiones del himen [24], en los casos en los que se detectan. Concluyen que, salvo aquellos desgarros más profundos, las lesiones curan completamente y no dejan evidencia del traumatismo sufrido.

También hay que considerar que las relaciones consentidas pueden dejar lesiones. De hecho, en un estudio anterior [25] se ha puesto de manifiesto que aparecían en el 73% de los casos.

Los protocolos consultados indican la necesidad de utilizar en las exploraciones el colposcopio y al anoscopio, con posibilidad de registro de imagen, pero al mismo tiempo resaltan que debe ser usado por personal entrenado y habituado a su uso.

#### **EXAMEN PSÍQUICO:**

El aspecto psicológico de este tipo de situaciones es de extraordinaria importancia y debe realizarse tanto en el momento agudo de los hechos, como posteriormente.

Como ya se ha señalado en otros puntos, debe practicarse por profesionales bien entrenados.

No obstante, los no profesionales de la psicología que en algún momento puedan verse involucrados en asuntos de esta naturaleza, han de tener al menos unos conocimientos -siquiera rudimentarios- sobre las cosas que es conveniente hacer y mejor todavía, sobre aquellas cosas que no se han de hacer en ningún caso. Una mala actuación puede suponer empeorar la situación de una víctima.

#### EXAMEN DE SOSPECHOSOS:

Como ya se dijo, el examen del sospechoso o sospechosos deberá cumplimentarse atendiendo a los siguientes puntos:

**Identificación:** Como curiosidad -para añadir a lo ya mencionado anteriormente- en los meses pasados se identificó al autor de algunas violaciones por un detalle importante: portaba tatuado en el pene un código de barras.

**Mayor de 18 años:** Aun cuando se siguen haciendo ímprobos esfuerzos por lograr más sensibilidad en las determinaciones por imagen [26], establecer la edad de una persona por medios científicos está fuera de nuestro alcance. Seguirá siendo una decisión que deberán tomar las autoridades, sin un respaldo científico exacto [27,28].

**Estado mental:** En ocasiones pueden detectarse determinadas alteraciones que orientan en la investigación de los hechos, logrando determinados perfiles.

Un interesante trabajo [29] relaciona determinadas tendencias mentales con la comisión de actos atentatorios contra la integridad sexual.

Otros trabajos [30] se centran en la reincidencia y alumbran -tenuemente- el campo del tratamiento de los agresores sexuales.

**Estado físico:** Además de lo ya mencionado en el apartado anterior -referido al examen de sospechosos- se esgrimen determinados argumentos par tratar de desvirtuar la posibilidad de que una persona haya podido tener una relación sexual (consentida o no).

Las alegaciones de impotencia -frecuentes- pueden descartarse con estudios fisiológicos. Aunque no ha de descartarse un hecho de importancia evidente: quizá la situación del hecho, provoca la estimulación necesaria que -en otras ocasiones- no se logra.

Otra alegación que se presenta en ocasiones, es el tamaño del pene como elemento determinante de la imposibilidad de tener un acceso carnal -por su pequeño tamaño- o de haber causado lesiones -por su enorme dotación fálica.

A este respecto, no existe estudio alguno que permita establecer una relación directa determinante. Son alegaciones que no pueden sostenerse con argumentaciones científicas de peso.

#### TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS:

No hay diferencias en lo señalado en los casos de agresiones sexuales con resultado de muerte. Cualquier dato puede resultar determinante.

Como caso curioso -en el que no hay que dejar de pensar en ningún caso- está documentada la identificación de ADN del huésped mediante el análisis de la sangre encontrada en los pedículos pubis -o pithirius pubis- de voluntarios [31].

#### DICTAMEN SOBRE LESIONES:

El último paso de la investigación médico forense, irá encaminado a determinar si, además del delito contra la integridad sexual, se ha podido producir un delito de lesiones.

Con ello, el juzgador estará en disposición de poder aplicar alguno de los específicos tipos penales del delito de lesiones.

#### **4.- ATENTADOS NO VIOLENTOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL.**

No sin cierto reparo, se ha titulado este epígrafe como se ha hecho, puesto que el tipo de delito contra la libertad sexual que se va a abordar este epígrafe, también es violento. Decir lo contrario, sería tanto como afirmar que una muerte por intoxicación no es una muerte violenta. Sin embargo, el tipo de violencia empleada por el agresor no es física: se trata de violencia química.

Los DCLIS producidos bajo los efectos -o mediando el uso- de diferentes drogas es un fenómeno que sigue un crecimiento alarmante.

Diversos trabajos [32,33,34] apuntan que es prácticamente imposible conocer el número real de casos que se producen, debido a las dificultades de las víctimas para recordar lo ocurrido o a las dificultades para detectar las sustancias, por sus corta permanencia en el organismo.

Los productos utilizados con este fin pueden ser medicamentos -benzodiazepinas (flunitrazepan, lorazepan...) hipnóticos (zopiclona, zolpiden...), neurolépticos, sedantes o anestésicos. Así mismo se han usado drogas de abuso como el cannabis, la metadona, o el éxtasis, entre otras. Muy frecuentemente el alcohol también está presente [35,36,37].

##### **EXAMEN FÍSICO LOCAL:**

Obvio resulta decir que la existencia de lesiones estará condicionado por los mismos factores que se han señalado para los otros casos: dependerá del tipo de atentado que se haya producido.

##### **EXAMEN PSÍQUICO:**

La atención psicológica en estos casos, ha de ser especialmente cuidadosa, sobre todo cuando el tóxico empleado en la agresión es el alcohol. Cuando se trata de la utilización intencionada -por parte del victimario- de un producto disimulado, hay tendencia a autoinculparse en menor medida. En cambio, cuando se trata de que el hecho se ha producido aprovechando una situación de intoxicación etílica de la víctima, la sensación de culpabilidad aumenta de forma evidente [38].

##### **TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS:**

La detección de las drogas implicadas en el hecho también va a estar condicionada por ciertos factores, fundamentalmente el tiempo transcurrido desde los hechos y el tipo de droga de que se trate. Las muestras útiles son las habituales -sangre y orina- aunque también se han hecho otros intentos, como la saliva [39] o el pelo [40]. Las técnicas a aplicar son las habituales de separación y detección.

##### **EXAMEN DE SOSPECHOSOS:**

La identificación ha de seguir las mismas pautas que para los casos ya expuestos anteriormente. Un elemento que puede dificultar la investigación es el hecho de que, habitualmente, las víctimas no recuerdan los hechos con nitidez, especialmente cuando el producto usado, tiene efectos amnésicos más o menos pronunciados.

#### **5.- ATENTADOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL DEL MENOR [41].**

Se sigue el trabajo del profesor Rodríguez Almada, Profesor Agregado de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de la República del Uruguay.

El abuso sexual de menores es -sin duda- un problema de enorme importancia, del que no se conocen sus cifras exactas [42].

Por ejemplo, un trabajo realizado en España [43], estudió una muestra de estudiantes universitarios. Allí se definió el abuso sexual como el contacto sexual no deseado (a) entre un menor de 13 años y alguien al menos cinco años mayor, (b) entre un menor de 13 años y alguien de similar edad mediante coerción y (c) entre un menor de 18 años y otro individuo contra su voluntad.

Los resultados fueron que la prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años se situó en un 17,9% (un 14,9% antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y los 18 años). Un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres manifestaron haber sufrido esta experiencia. Destacó el elevado porcentaje de penetración, tanto en varones como en mujeres antes de los 13 años (26,7% y 42,1%) y después de esta edad (27,3% y 25%).

De igual forma, tampoco son infrecuentes las falsas denuncias o imputaciones por estos hechos, basados en diagnósticos médicos que son erróneos positivos o de certeza.

Uno de los errores de método más importante consiste en aplicar a los casos de menores, similares principios en la investigación médico legal de los casos de adulto, tanto por sobrediagnóstico como por infradiagnóstico.

El niño, en su desarrollo, puede tener actividad sexual, sea auténtica -compartida- o fantaseada.

Cuando se da, el abusador de menores pequeños:

- Es habitualmente un varón.
- Es alguien allegado a la familia o familiar.
- En las niñas predomina el padrastro, y sigue padre, abuelos y hermanos.
- En el abuso de varones, predominan los conocidos sobre los familiares.
- La madre habitualmente figura como abusadora pasiva.

Lo cierto es que síntomas y signos definitorios se presentan raramente. Es el problema de los llamados signos patognomónicos, que tan extrañamente se dan en la realidad.

En estos casos, la colaboración interdisciplinaria con personal experimentado [44], será lo más adecuado para poder llegar a un diagnóstico con una tasa de error más reducida.

#### EXAMEN DE LA VÍCTIMA:

Como en cualquier caso médico forense, el examen precoz del posiblemente implicado en los hechos investigados, puede darnos buena información sobre la realidad de los hechos [45].

#### ASPECTOS FÍSICOS:

Inicialmente, se puede hablar de unos indicios de alta especificidad -siguiendo a Rodríguez Almada- que nos pueden orientar:

**Gravidez:** Podría indicar abuso, aunque puede darse dentro de una relación entre dos menores.

**Enfermedades de transmisión sexual:** La existencia de una de estas patologías no ha de sugerir necesariamente la realidad del abuso: Gonorrea y Sífilis, son más sugestivas. Hepatitis B y Tricomona vaginal, intermedias y Cándida albicans y Herpes simple, en menor medida.

**Signos genitales:** Hay que ser muy cuidadoso respecto a lo que el profesor Rodríguez denomina genitalización de la peritación del abuso. Así que es necesario tener presente que:

- Pueden haber signos genitales sin abuso.
- Puede haber abuso sin signos genitales.

Podemos encontrar:

**Signos himenales:** Entraremos en su análisis en el último apartado.

**Otras lesiones genitales traumáticas:** Equimosis, sufusiones hemorrágicas, deberán valorarse en el conjunto de los hallazgos.

**Vulvitis y vulvovaginitis:** Es un muy frecuente motivo de consulta pediátrica, por lo que su evaluación ha de ser extremadamente cuidadosa. La niña es causante en no pocos casos.

**Lesiones genitales en varones:** Están descritas con menor frecuencia en la literatura como autoproducidas aunque -como en todos los casos- se ha de valorar globalmente.

**Signos anales:** Continúa señalando el Profesor Rodríguez:

*"Sobre la signología ano-rectal en los casos de abuso sexual de niños o niñas caben las mismas consideraciones generales realizadas respecto de las lesiones genitales.*

*El abuso sexual puede ocurrir con una total indemnidad de la región anal, al tiempo que existe una variedad de lesiones anales y/o rectales que no guardan relación alguna con el abuso sexual.*

*Y también puede ocurrir que se produzcan lesiones que curen rápidamente sin causar secuelas".*

En el examen, pueden detectarse:

**Morfología anal:** El ano entreabierto o el infundibiliforme pueden corresponder a meras variantes anatómicas. No puede considerarse como lesión. Aisladamente, no es un signo.

**Desgarro anal:** Puede considerarse como signo indicativo de abuso, excluyendo otras eventualidades.

**Otras lesiones anales:** Fisuras, proctitis, incluso el prolapso rectal, fuera de otros indicadores, no ha de conducir a un diagnóstico de abuso.

**Competencia del esfínter:** La incontinencia ha de verse acompañada de otros signos para poder ser evaluada adecuadamente.

Para concluir este aspecto -como aporte que no debe olvidarse- se cita un trabajo [46] en el que, comparando 192 casos de niños abusados frente a 200 no abusados, se concluye que el examen genital no difiere entre ambos grupos, salvo que existan lesiones muy específicas. En este estudio únicamente hubo 4 casos de desgarros, todos entre abusados.

#### RELATO DEL MENOR:

Una buena evaluación interdisciplinar podrá aportar información suficiente para determinar ante qué tipo de hecho nos encontramos [47]. Es de enorme importancia que el explorador del menor sea una persona perfectamente competente en la materia.

Tres aspectos a no olvidar:

- El relato ha de ser espontáneo.
- No se ha de reiterar en cortos períodos.
- No se han de formular preguntas que contengan la respuesta.

Idealmente la exploración se realizara con cámara de Gesell y se ha de contar con video-grabación.

**Hallazgos inespecíficos:** La regla en los menores abusados sexualmente, es la presencia de hallazgos inespecíficos, que pueden ser detectados tanto en el domicilio familiar como en el colegio.

Cualquier cambio en el comportamiento normal y el rendimiento escolar de un menor, puede responder a una situación de estrés y una posibilidad es que la niña o el niño esté siendo abusado [48].

En la esfera orgánica podemos encontrar diversas manifestaciones que son refractarias a cualquier tipo de tratamiento; así:

- Dolor abdominal
- Cefalea
- Enuresis
- Encopresis

pueden responder a una situación de abuso.

No debe olvidarse que la utilización de drogas puede darse también en la edad pediátrica [49,50]; también aquí existe la sospecha de un infradiagnóstico real.

En la esfera psicológica, podemos hallar desde las más preocupantes actitudes agresivas -hacia los otros o hacia sí mismo- hasta las manifestaciones depresivas.

Las actitudes pseudomaduras y una excesiva erotización de la conducta del menor también pueden ser signos indicativos.

Un último aspecto pericial que está tomando importancia creciente, es el que se pueda practicar en casos de uso de menores para el tráfico de imágenes pornográficas. En algunos casos no será preciso un dictamen pericial, por lo evidente de la inmadurez de las víctimas. En otros -en víctimas postpuberales- se intentan hacer estudios médicos, aunque las dificultades son enormes y pueden conducir a error [51].

#### **EXAMEN DEL SOSPECHOSO:**

Una vez más, la adecuada exploración del implicado va a permitir llegar a un diagnóstico de menor incertidumbre.

Quizá fuera de la intervención habitual del Médico Forense, la exploración de la sinceridad y -dentro de las atribuciones del juzgador- la buena interpretación de una declaración, podrá dar mayor información que una prueba pericial inadecuadamente conformada.

#### **6.- EL HIMEN Y SUS CIRCUNSTANCIAS.**

Cuando en 2005 el profesor Luis Alberto Kvitko -Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires- publicó su libro sobre la materia [52], puso a disposición de los profesionales una herramienta de extraordinario valor y difícilmente mejorable. Embriología, anatomía, variedades, formas de exploración e interpretación de resultados están allí perfectamente recogidos y poco se puede añadir.

Esto justifica, nos hayamos fijado en otros aspectos de interés y que es conveniente conocer para realizar una buena intervención pericial.

#### **¿ES FÁCIL DE IDENTIFICAR EL HIMEN?**

Un trabajo realizado en Estados Unidos [53] se centró en evaluar cómo un grupo de recientemente formados jefes de residentes de pediatría pueden catalogar estructuras anatómicas de dos fotografías diferentes de genitales femeninos prepuberales. Además, el estudio debía explorar aspectos de la formación pediátrica en abuso sexual y de cuestiones de la práctica clínica relacionadas con la rutina de los exámenes genitales.

Los resultados fueron sorprendentes. Después de enseñarles dos fotografías, solo un 64% de los jefes de residentes catalogó correctamente el himen en la fotografía utilizada en primer lugar. En la segunda fotografía (que presentaba más claramente varias estructuras anatómicas) un 71% catalogaron correctamente el himen.

#### ¿PUEDE REGENERARSE EL HIMEN?

Un caso presentado en 2002 [54] da una respuesta afirmativa. Una mujer de 32 años -embarazada por segunda vez- no podía expulsar los loquios tras una cesárea. La causa era la existencia de un himen imperforado. La historia clínica revelaba un episodio previo a los 13 años. La explicación aportada es que, a partir del segundo mes de embarazo, no tuvo ningún tipo de relación sexual y ello favoreció la reformación de la estructura.

#### ¿ES ÚTIL LA MEDICIÓN DEL ORIFICIO DEL HIMEN?

Existen suficientes diferencias entre estudios [55] que justifican el hecho de que la medición del orificio del himen no deba incluirse en los protocolos de investigación. Pueden darse diferentes medidas en función de la posición, el estado de relajación y la técnica utilizada.

#### ¿INFLUYE EL NIVEL DE ESTRÓGENOS EN LOS CARACTERES DEL HIMEN?

Absolutamente. En la fase de premenarquia pueden distinguirse tres fases [56] :

- Pre-estrogenización: himen delgado, translúcido y con vasos sanguíneos visibles.
- Inicio de la estrogenización: himen delgado, con áreas de opacificación y vasos menos visibles.
- Estrogenización completa: himen aterciopelado, rosado, con flecos y sin vascularización visible.

#### ¿ES FRECUENTE LA PRESENCIA DEL HIMEN ELÁSTICO?

En directa relación con el punto anterior, los cambios hormonales que ocurren en la adolescencia [57,58], -durante la maduración sexual- facilitan la aparición de hímenes elásticos con mucha frecuencia.

### 7.- CONCLUSIÓN.

Aun cuando aparentemente existe una buena formación en lo referente al examen médico forense de las víctimas de DCLIS, lo cierto es que todavía queda mucho trabajo por hacer; esto es más cierto si apartamos la mirada de nuestro país y se contempla el asunto como un auténtico problema global de salud.

Así lo hizo la Organización Mundial de la Salud, que editó en 2003 unas "*Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*" [59], que están disponibles a texto completo y es de inexcusable lectura.

La misma organización dispone de otra dirección donde se puede acceder a diferentes recursos en la materia [60], entre los que se encuentra un informe subregional denominado Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica, también muy interesante.

En España, desde 2007, está disponible un "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género" [61], en el que se puede obtener además una relación de los protocolos y guías de actuación sanitaria en las diferentes comunidades autónomas.

Finalizamos con una referencia a los programas SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) y SART (Sexual Assault Response Team) que se desarrollan en los Estados Unidos de América y que se organizan desde su Departamento de Justicia [62,63], como otras formas de trabajar en este trascendental campo de la medicina forense. □

## BIBLIOGRAFÍA:

1. [http://www.mir.es/MIR/PublicacionesArchivo/publicaciones/catalogo/anuarios/anuario\\_2006\\_web.pdf](http://www.mir.es/MIR/PublicacionesArchivo/publicaciones/catalogo/anuarios/anuario_2006_web.pdf) (acceso el 02.12.2008)
2. The Lancet. Efforts to address gender inequalities must begin at home. *Lancet*. 2005;366(9496):1505.
3. Marín Parra F. Análisis estadístico de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Índice; 15: 17-19. <http://www.revistaindice.com/numero15/p17.pdf> (acceso el 07.12.2008)
4. Verdú Pascual FA. "125 años de cronotanodignóstico: el intervalo de menor incertidumbre" en "V Jornadas de Responsabilidad Médica" SMU-SIDEME. Editora Unimontes, Montes Claros (MG). 2003.
5. Wawryk J, Odell M. Fluorescent identification of biological and other stains on skin by the use of alternative light sources. *J Clin Forensic Med* 2005;12:296-301
6. Trapecar M, Balazic J. Fingerprint recovery from human skin surfaces. *Sci Justice* 2007;47:136-140.
7. Navarro E, Castelló A, López-Alfaro JA, Verdú F. More about the developing of invisible lipstick-contaminated lipmarks on human skin: the usefulness of fluorescent dyes. *J Forensic Leg Med* 2007;14:340-342.
8. Adair T, Dobersen M. Lifting Dusty Shoe Impressions from Human Skin: A Review of Experimental Research from Colorado Westminster Police Department, Crime Laboratory, Westminster, CO. *Journal of Forensic Identification*. Vol. 56, No. 3, May/June 2006
9. Wells DL. Sexual assault practice: Myths and mistakes. *J Clin Forensic Med* 2006; 13:189-193.
10. Sommers MS. Defining Patterns of Genital Injury From Sexual Assault: A Review. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 270.
11. Grossin C. Et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int* 2003;131:125-130.
12. Crowley SR. A mobile system for postmortem genital examinations with colposcopy: SART-TO-GO. *J Forensic Sci* 2004;49:1299-1307.
13. Rojas N. *Medicina Legal*. Tomo I. Segunda Edición. "El Ateneo", Buenos Aires. 1942
14. Kvitko LA. *La violación*. Trillas, México. 1986.
15. Bernitz H, Owen JH, van Heerden WF, Solheim T. An integrated technique for the analysis of skin bite marks. *J Forensic Sci* 2008;53:194-198.
16. Recomendación Nº (99)3 del Consejo de Ministros de los estados miembros, para la armonización metodológica de las autopsias medicolegales. *Revista Española de Medicina Legal* 1999; XXIII(86-87).
17. Gray-Eurom K, Seaberg DC, Wears RL. The Prosecution of Sexual Assault Cases: Correlation With Forensic Evidence. *Ann Emerg Med* 2002;39:39-46.
18. Ingemann-Hansen O, Brink O, Sabroe S, Sørensen V, Charles AV. Legal aspects of sexual violence--does forensic evidence makes a difference? *Forensic Sci Int* 2008;180:98-104.
19. Morgan JA. Comparison of Cervical Os Versus Vaginal Evidentiary Findings During Sexual Assault Exam. *Journal of Emergency Nursing* 2008;34:102-105.
20. Saint-Martin P, Bouyssi M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law* 2007;47:315-324.
21. Hughes VK, Ellis PS, Langlois NE. The perception of yellow in bruises. *J Clin Forensic Med* 2004;11:257-259.
22. Dimitrova T, Georgieva L, Pattichis C, Neofytou M. Qualitative visual image analysis of bruise age determination: a survey. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2006;1:4840-4843.
23. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007;120:1000-1011.
24. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007;119:1094-1106.
25. Jones JS, Rossman L, Hartman M, Alexander CC. Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med* 2003;10:1378-1383.
26. Schulz R, Zwiesigk P, Schiborr M, Schmidt S, Schmeling A. Ultrasound studies on the time course of clavicular ossification. *Int J Legal Med* 2008;122:163-167.
27. Schmeling A, Reisinger W, Geserick G and Olze A. Age estimation of unaccompanied minors. Part I: general considerations. *Forensic Sci. Int* 2006;159(Suppl.):S61-S64.
28. Olze A, Reisinger W, Geserick G, Schmeling A. Age estimation of unaccompanied minors. Part II. Dental aspects. *Forensic Sci Int* 2006;159 (Suppl):S65-S67.
29. White JH. Evidence of primary, secondary, and collateral paraphilias left at serial murder and sex offender crime scenes. *J Forensic Sci* 2007;52:1194-1201.
30. Nunes KL, Hanson RK, Firestone P, Moulden HM, Greenberg DM, Bradford JM. Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sex Abuse* 2007;19:91-105.
31. Replogle J, Lord WD, Budowle B, Meinking TL, Taplin D. Identification of host DNA by amplified fragment length polymorphism analysis: preliminary analysis of human crab louse (*Anoplura: Pediculidae*) excreta. *J Med Entomol* 1994;31:686-690.
32. Juhascik MP, Negrusz A, Faugno D, Ledray L, Greene P, Lindner A, Haner B, Gaensslen RE. An estimate of the proportion of drug-facilitation of sexual assault in four U.S. localities. *J Forensic Sci* 2007;52:1396-1400.
33. Saint-Martin P, Bouyssi M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law* 2007;47:315-324.
34. Elliott SM. Drug-facilitated sexual assault: educating women about the risks. *Nurs Womens Health* 2008;12:30-37.
35. Villain M. Applications of hair in Drug-Facilitated crime evidence. En: Kintz P. Ed. *Analytical and practical aspects of drug testing in hair*. 2006. CRC Press. Boca Raton, FL

36. Beynon CM, McVeigh C, McVeigh J, Leavey C, Bellis MA. The involvement of drugs and alcohol in drug-facilitated sexual assault: a systematic review of the evidence. *Trauma Violence Abuse* 2008;9:178-188.
37. Hall JA, Moore CB. Drug facilitated sexual assault--a review. *J Forensic Leg Med* 2008;15:291-297.
38. Girard AL, Senn CY. The role of the new "date rape drugs" in attributions about date rape. *J Interpers Violence* 2008;23:3-20.
39. Laloup M, Fernandez Mdel M, Wood M, Maes V, De Boeck G, Vanbeckevoort Y, Samyn N. Detection of diazepam in urine, hair and preserved oral fluid samples with LC-MS-MS after single and repeated administration of Myolastan and Valium. *Anal Bioanal Chem* 2007;388:1545-1556.
40. Kintz P. Bioanalytical procedures for detection of chemical agents in hair in the case of drug-facilitated crimes. *Anal Bioanal Chem* 2007;388:1467-1474.
41. Rodríguez Almada H. Maltrato y abuso sexual de menores. Una revisión crítica. Ed. Comares, Granada.2006.
42. Suárez Solá ML, González Delgado FJ. Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. *Cuad Med Forense* 2003;32:49-62.
43. Pereda N, Fornis M. Prevalence and characteristics of child sexual abuse among spanish university students. *Child Abuse Negl* 2007;31:417-426.
44. Werner J, Werner MC. Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:499-504.
45. Suárez Solá ML, González Delgado FJ. Importancia de la exploración médico forense en las agresiones sexuales a menores. *Cuad Med Forense* 2003; 31:37-45.
46. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:820-831.
47. Jiménez C, Martín C. Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.) *Cuad Med Forense* 2006;43-44:83-102.
48. Gil Arrones J, Ostos Serna R, Largo Blanco E. et al. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. *Cuad Med Forense* 2006;43-44:57-74.
49. Djezzar S, Arditti J. La soumission chimique. *JEUR* 2004;17:220-224.
50. Rey-Salmon C, Pépin G. Drug-facilitated crime and sexual abuse: a pediatric servation. *Arch Pediatr* 2007;14:1318-1320.
51. Cattaneo C, Ritz-Timme S, Gabriel P, Gibelli D, Giudici E, Poppa P, Nohrden D, Assmann S, Schmitt R, Grandi M. The difficult issue of age assessment on pedo-pornographic material. *Forensic Sci Int* 2008, Nov 17. [Epub ahead of print].
52. Kvitko LA. El himen. *Estudio Médico-Legal*. Ediciones La Rocca, Buenos Aires. 2005.
53. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl* 2005;29:195-205.
54. Chao-Hsi L, Ching-Chung L. Hymen re-formation after hymenotomy associated with pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:559-560.
55. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002;140:600-607.
56. Blogowska A, Rzepka-Górska I, Krzyzanowska-Swiniarska B. Growth hormone, IGF-I, insulin, SHBG, and estradiol levels in girls before menarche. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:293-296.
57. Pokorny SF, Murphy JG, Preminger MK. Circumferential hymen elasticity. A marker of physiologic maturity. *J Reprod Med* 1998;43:943-948.
58. Edgardh K, Ormstad K. The adolescent hymen. *J Reprod Med* 2002;47:710-714.
59. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/sexual\\_violence/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/sexual_violence/en/index.html) (acceso el 08.12.2008).
60. [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf) (acceso el 08.12.2008).
61. [http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/bulletins/sane\\_4\\_2001/welcome.html](http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/bulletins/sane_4_2001/welcome.html) (acceso el 08.12.2008).
62. <http://www.sane-sart.com/> (acceso el 08.12.2008).