



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN LA ISLA DE MALLORCA EN EL AÑO 2022. CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA, DEL AGRESOR Y DE LA AGRESIÓN

Miryam Tugores Fraile

Grado en Medicina

Facultad de Medicina

Año Académico 2022-23

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN LA ISLA DE MALLORCA EN EL AÑO 2022. CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA, DEL AGRESOR Y DE LA AGRESIÓN

MIRYAM TUGORES FRAILE

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Medicina

Universitat de les Illes Balears

Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

Agresión, Sexual, Violación, Delito, Libertad, Indemnidad, Mallorca

Nombre del Tutor del Trabajo: BORJA MORENO VÍLCHEZ

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A mi familia, por ser apoyo y pilar fundamental en cada uno de los pasos que doy.

A Borja, tutor y compañero excepcional de esta aventura, que sin tu eterna disposición o sin esas infinitas ganas de enseñar nada de esto hubiese sido posible. Gracias por estar,
siempre, por estar.

1. Resumen

Introducción

En la actualidad, la violencia sexual se encuentra experimentando un crecimiento exponencial en todas sus manifestaciones, incluyendo las agresiones sexuales. Estas agresiones, objeto de estudio en este proyecto, son consideradas delitos según el Código Penal español, en los artículos 178 a 183 bis, y representan una seria violación de los Derechos Humanos de la víctima.

Objetivo

El objetivo de este estudio es caracterizar los casos de agresiones sexuales (tanto del sexo femenino como masculino) acaecidos en la Isla de Mallorca entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Metodología

La recogida de información se ha hecho mediante un estudio transversal descriptivo de tipo observacional de manera retrospectiva. Se ha realizado una revisión individual de informes médico-forenses de agresión sexual registrados en la base de datos Orfila (utilizada por los/las médicos/as forenses de Baleares y propiedad del Ministerio de Justicia) desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Resultados

En este estudio se examinaron 133 casos de agresiones sexuales: 111 correspondientes al partido judicial de Palma (83,46%), 11 al de Manacor (8,27%) e igualmente 11 al de Inca (8,27%). La mayoría de las agresiones se produjeron durante la época estival, con un repunte en marzo y octubre, en fin de semana o festivo (57,52%) y en horas nocturnas (80,53%). La ubicación no fue especialmente relevante, aunque la mayoría de los ataques ocurrieron en el domicilio del agresor o de la víctima.

La mayoría de las víctimas eran del sexo femenino (94,74%), mayores de 18 años (78,20%), siendo de nacionalidad española la mitad de ellas aproximadamente (48,12%). En el 69,92% de los casos, el agresor fue un único asaltante, y más de la mitad de las víctimas (54,89%) no conocían al agresor previamente.

Sólo el 28,57% de las víctimas percibió la agresión como violenta, en comparación con el 42,86% de los casos en los que el/ la médico/a forense describió lesiones objetivas en el informe. En cuanto a la naturaleza de la agresión, la penetración vaginal con pene fue relatada en el 67,53% de los casos, la penetración oral en el 9,09% y la anal en el 6,49%. Además, el 57,89% de las víctimas había consumido drogas de abuso previamente. En el 90,89% de los casos, se tomaron muestras según protocolo.

Conclusiones

Las características de las agresiones sexuales en la Isla de Mallorca durante 2022 indican que la mayoría de ellas ocurren en la época estival, durante la noche de fin de semana o festivo con consumo concomitante de alcohol u otras drogas, en el domicilio del agresor y con el uso de violencia, amenazas e intimidación. También se destaca que mayoritariamente las víctimas son mujeres mayores de edad y de nacionalidad española, mientras que la mayoría de los agresores son desconocidos para su víctima y actúan de manera individual.

Discusión

El estudio en cuestión permite conocer la realidad de las agresiones sexuales en la Isla de Mallorca y evidencia la necesidad de mejorar la cumplimentación de los protocolos para recopilar información completa sobre los delitos contra la libertad e indemnidad sexual; así como la necesidad de creación de medidas preventivas y de educación para evitar estos delitos.

2. Índice

1. Resumen	5
2. Índice	7
3. Justificación e introducción.....	9
4. Marco teórico.....	9
4.1 Sexología forense.....	9
4.2 Delitos contra la libertad e indemnidad sexual.....	9
4.2.1 Generalidades	9
4.2.2 Etiología.....	10
4.2.3 Antecedentes históricos.....	11
4.2.4 Delitos que sancionan la violencia sexual en la legislación actual	14
4.3 Violencia sexual	14
4.3.1 Epidemiología.....	14
4.3.2 Concepto	15
4.3.3 Capítulo I “De las agresiones sexuales”	16
4.3.4 Capítulo II “De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años”	17
4.3.5 Capítulo VI “Disposiciones comunes a los capítulos anteriores”	19
4.4 Respuesta urgente a las víctimas de agresiones sexuales	19
4.4.1 Coordinación con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	19
4.4.2 Coordinación con Autoridad Judicial.....	20
4.4.3 Coordinación Medicina Forense y Sistema Sanitario	20
4.5 Actuación pericial y asistencial conjunta	22
4.5.1 Lugar del reconocimiento.....	22
4.5.2 Acompañamiento de la víctima.....	22
4.5.3 Sexo de la persona examinadora	23
4.5.4 Número de profesionales presentes	23
4.5.5 Número de reconocimientos necesarios.....	23
4.6 Reconocimiento médico-legal de la víctima	23
4.6.1 Objetivos de la intervención pericial	23
4.6.2 Identificación del/la médico/a forense actuante	24
4.6.3 El consentimiento informado	24
4.6.4 Anamnesis	26
4.6.5 Exploración psicopatológica	29
4.6.6 Toma de imágenes fotográficas	32
4.6.7 Exploración física	32
4.6.8 Toma de muestras biológicas	40
4.7 Atención asistencial por el servicio de Urgencias Ginecológicas	46
4.7.1 Reconocimiento ginecológico	46
4.7.2 Actuación clínica.....	47
4.8 Seguimiento de las víctimas por otros servicios asistenciales	49

4.9	Procesamiento de muestras biológicas, toxicológicas y microbiológicas.....	49
4.9.1	Análisis biológicos	49
4.9.2	Análisis químico-toxicológicos.....	50
4.9.3	Análisis microbiológicos	50
4.10	Emisión del informe médico-forense.....	51
4.11	Seguimiento de víctimas de agresiones sexuales por las Unidades de Valoración Forense Integral	51
5.	Objetivos.....	53
6.	Metodología	53
6.1	Método.....	53
6.2	Muestra.....	53
6.3	Procesamiento de datos	54
7.	Resultados	54
7.1	Características de la agresión	54
7.1.1	Partido judicial.....	54
7.1.2	Distribución mensual.....	54
7.1.3	Momento de los hechos.....	55
7.1.4	Lugar dónde se consumó la agresión	55
7.1.5	Características de la violencia sexual	55
7.1.6	Toma de muestras.....	57
7.2	Características de la víctima	58
7.2.1	Sexo de la víctima.....	58
7.2.2	Edad de la víctima	58
7.2.3	Nacionalidad de la víctima	60
7.2.4	Consumo de tóxicos	61
7.3	Características del agresor	61
7.3.1	Número de agresores	61
7.3.2	Relación entre la víctima y el agresor/ agresores	62
8.	Conclusiones	63
9.	Discusión.....	64
10.	Bibliografía	65

3. Justificación e introducción

El presente trabajo de fin de grado pretende caracterizar las agresiones sexuales con implicaciones médico-legales ocurridas en la Isla de Mallorca durante el año 2022, a través de un enfoque observacional y descriptivo.

En este sentido, es importante destacar que la agresión sexual es un delito grave, que causa daños físicos y psicológicos a las víctimas, y que está tipificado en el Código Penal español en sus artículos 178 a 183 bis, recientemente modificado por la “Ley Orgánica 10/2022, de **Garantía Integral de la Libertad Sexual**”. (1)

La relevancia de este estudio radica en analizar las características de las agresiones sexuales en Mallorca, incluyendo detalles sobre la víctima, el agresor y a la agresión; con tal de facilitar la comprensión de la realidad relativa a las agresiones sexuales de dicha región.

4. Marco teórico

4.1 Sexología forense

El área de la medicina encargada de estudiar las cuestiones y problemas médico-legales relativos a los sexos recibe el nombre de *sexología forense* o *medicina legal sexológica*. Entendiendo la sexología como la ciencia que estudia los sexos; y el sexo como aquellas características físicas, anatómicas y fisiológicas que diferencian los hombres de las mujeres. (2)

La variabilidad de la sexología forense es amplia, abarcándose en este estudio aquellos delitos contra la libertad e indemnidad sexual.

4.2 Delitos contra la libertad e indemnidad sexual

4.2.1 Generalidades

En la actualidad, los delitos contra la libertad e indemnidad sexual tienen elevada importancia, tanto desde la perspectiva médico-legal como social.

Las razones que subyacen esta importancia son: (3)

- La **gran frecuencia de estos delitos**, influenciada tanto por el aumento real de estos ataques sexuales como por la creciente conciencia de las víctimas para denunciarlos.
- Las **consecuencias físicas y psíquicas** que podrían derivar, desde una perspectiva médica, para las víctimas de dichas agresiones.
- Por las **medidas legales** que se concretan, especialmente porque estos actos están recogidos como delitos en el vigente Código Penal español.

4.2.2 Etiología

Este tipo de delitos se distingue por un comportamiento sexual condenable, impulsado por un deseo sexual incontrolado e irresponsable, que viola la libertad o la integridad sexual de la víctima. (4)

Los factores favorecedores de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual son: (3,4)

- **Factores exógenos:**

- Estos delitos muestran una mayor frecuencia en las **áreas urbanas**, especialmente en los distritos industriales, lo cual está influenciado negativamente por factores socioeconómicos, educativos y culturales del entorno inmediato. En los años anteriores se aprecia un aumento de estos delitos cometidos dentro del propio **domicilio de la víctima**.
- Se ha identificado un patrón estacionario, siendo más frecuentes en **primavera y verano**. Estos delitos tienden a ocurrir con mayor frecuencia **en horarios vespertinos y nocturnos**, así como durante los **fines de semana**.

- **Factores endógenos:**

- La **personalidad del agresor**, tanto en su aspecto físico como psicológico, juega un papel de elevada importancia en estos casos. En muchas ocasiones, el agresor presenta trastornos de salud mental, como la psicopatía, trastornos relacionados con el control de impulsos (como el sadismo, la pedofilia o la gerontofilia) o discapacidades intelectuales (como la oligofrenia o la demencia).
- Además, se ha observado que estos delitos están frecuentemente asociados al **consumo de alcohol o drogas** en más del 50% de los casos.

- La **edad** desempeña un papel crucial tanto en las víctimas como en los perpetradores de estas agresiones: las víctimas suelen ser más jóvenes que sus agresores.
- Los casos en el que agresor tiene algún tipo de **relación previa con la víctima** están en aumento.

4.2.3 Antecedentes históricos

El reconocimiento legal de la libertad sexual y la protección contra agresiones es un avance relativamente reciente, y actualmente se encuentra regulado en el Código Penal (CP).

Durante el periodo de 130 aC a 530 dC, en los edictos del Derecho Romano Privado, se establecían penas por "**Atentados al pudor de una mujer honrada o de un impúber**". En estos casos, la pena se basaba únicamente en la injuria producida, sin considerar otros aspectos como la violencia física o sexual en sí misma. Estas leyes reflejaban una visión patriarcal y machista de la sexualidad, y se culpabilizaba a la víctima en lugar de al agresor. (5)

En el **Libro de los Jueces**, entre los años 466 y 701 dC, se establecía como delito el despojo de la virginidad o castidad de mujeres vírgenes o viudas. Estas mujeres eran consideradas víctimas en la ley y se establecían sanciones para los agresores. (6)

En el Fuero Real de España, entre 1171 y 1214, los delitos sexuales se recogían en "**De los que roban o engañan a las mujeres**". En estos delitos se consideraba víctima a cualquier mujer, incluyendo a las solteras, casadas o monjas, cuando había dos o más agresores. Por otro lado, cuando el agresor era único, la ley solo protegía a las mujeres que estaban casadas, o que eran monjas o solteras, que habían sido robadas o engañadas. (5)

El **primer Código Penal español** (1822), divide los delitos sexuales en dos Títulos, uno sobre prostitución y corrupción de menores; y otro sobre delitos de adulterio y estupro alevoso y rapto. (5)

En el Código Penal de 1848, los delitos que amenazaban la vida social organizada, la decencia o la moralidad sexual familiar se incluyeron en el Título X "**De los delitos contra la honestidad**" (7). En consecuencia, los ataques a la libertad sexual que sufrían las mujeres y niñas solo se castigaban cuando se consideraba que se manchaba la *honra* del padre, hermanos o esposo. Por lo tanto, si un marido cometía un acto sexual contra su esposa, esto no era castigado por esta vía, ya que no ofendía la honestidad de la mujer casada. De la misma manera, la agresión sexual contra una prostituta no era considerada

un delito porque, según la sociedad, la prostituta carecía de la honestidad necesaria para que se pudiera lastimar. (8)

Antes de la reforma de 1989, si la víctima de un delito sexual perdonaba al agresor o contraía matrimonio con él (ya sea antes o después del acto de violación), esto podía resultar en la impunidad del culpable. (8)

En el contexto de estos delitos, se tipificaron en la legislación del momento diversas conductas delictivas, tales como el estupro, adulterio, violación, rapto y la corrupción de menores. La gravedad de estos delitos se justificaba en la posibilidad de que la mujer víctima resultara embarazada. Por tal motivo, solamente las mujeres podían ser víctimas de estos delitos, mientras que los sujetos activos eran exclusivamente varones, si bien una mujer podría ser considerada partícipe o inductora de los mismos. (8)

En el CP de 1870, estos delitos se encuentran en el Título IX **“De los delitos contra la honestidad”** acto de adulterio, la violación y los abusos deshonestos, el estupro y la corrupción de menores, los delitos que implican escándalo público, así como el acto de rapto. (9) El CP de 1928 amplía esta lista para incluir el amancebamiento, el incesto y la prostitución, mientras que también introduce algunas novedades: (10)

- En el caso de la violación, se establece una reducción de la pena si la víctima era prostituta.
- En el caso de los abusos deshonestos, la duración de la pena de prisión depende de si hubo o no penetración y si el agresor es del mismo sexo que la víctima.
- Se considera por primera vez, agravamiento si hay dos o más agresores presentes.

En 1978 se eliminaron las sanciones penales para el adulterio y el amancebamiento, y se realizaron modificaciones en las disposiciones relacionadas con el estupro. En 1983 se realizó una modificación en los delitos relacionados con la prostitución. En 1988, se elimina el delito de escándalo público y es reemplazado por el delito de exhibicionismo y provocación sexual.(5)

La Ley Orgánica (LO) 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal, llevó a cabo una reforma del Título VIII del Libro II, que implicó la sustitución de la palabra *honestidad* por *libertad sexual*, estableciendo así el Título **“De los delitos contra la libertad sexual”**. Esta reforma representó un enfoque novedoso en la protección penal, reconociendo la libertad sexual como un bien jurídico protegido y derecho fundamental de toda persona (hombre o mujer). La nueva regulación amplió la categoría de potenciales víctimas a cualquier individuo, sin importar su género, y extendió el delito de violación a las vías rectal y bucal, y no solo a la vaginal. (11)

El 23 de noviembre de 1995 se aprobó por Ley Orgánica 10/1995 el vigente Código Penal, llevándose a cabo diferentes reformas en el Título VIII del Libro II, dividido en los capítulos: “delitos de agresiones sexuales, abusos y acoso sexuales, delitos de exhibicionismo y provocación sexual y delitos relativos a la prostitución”. (12)

Durante los años ha habido distintas reformas en este Código:

- **Reforma de 1999 (LO 11/1999, de 30 de abril):** este tipo de delitos quedaron redactados como sigue “De los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”. Esta reforma incluyó la indemnidad sexual como bien jurídico a proteger, junto con la libertad sexual. Además, se enfatizó la protección de menores y personas incapaces, considerados como colectivos especialmente vulnerables, sin que se pueda considerar la prestación de consentimiento por su parte. (13)
- **Reforma de 2003 (LO 15/2003, de 25 de noviembre):** se incluye la mutilación genital femenina como un delito específico en el artículo 149.1. Además, la reforma amplió la definición de agresión sexual, equiparando la penetración vaginal, anal o bucal con la introducción de partes del cuerpo u objetos a través de estas mismas vías. De esta forma, se amplía la protección a la libertad e indemnidad sexual de todas las personas y se considera como delito cualquier tipo de introducción no consentida, independientemente del órgano sexual que se utilice. (14)
- **Reforma de 2010 (LO 5/2010, de 22 de junio):** con el objetivo de acrecentar el nivel de protección de las víctimas introduce “la trata de seres humanos con fines de explotación sexual y laboral”; y “el agravamiento de los delitos contra la libertad sexual cometidos en organizaciones o grupos criminales”. (15)
- **Reforma de 2015 (LO 1/15, de 30 de marzo):** sobre la explotación y abusos sexuales de la pornografía infantil y las personas menores de edad. (16)
 - La medida más significativa en este contexto es elevar la edad de consentimiento sexual de 13 a 16 años, lo que significa que cualquier acto sexual con una persona menor de 16 años se considera delito de abuso sexual, a menos que la persona menor de edad tenga una edad o grado de madurez similar al de la persona mayor de edad y haya dado su consentimiento de manera libre y voluntaria. (8)
 - Una adición significativa en la reforma es el “delito de corrupción de menores”, que se basa en la acción de exponer a una persona menor de 16 años a presenciar abusos o actos sexuales contra terceras personas. (8)

4.2.4 Delitos que sancionan la violencia sexual en la legislación actual

El Código Penal compila la violencia sexual como tipo delictivo bajo **“De delitos contra la libertad e indemnidad sexual”**, en el Título VIII del Libro II y los divide en seis capítulos:

1. Capítulo I. “De las agresiones sexuales” (artículos 178 a 180)
2. Capítulo II. “De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años” (art. 181 a 183 bis)
3. Capítulo III. “Del acoso sexual” (art. 184)
4. Capítulo IV. “De los delitos de exhibicionismo y provocación sexual” (art. 185 y 186)
5. Capítulo V. “De los delitos relativos a la prostitución y a la explotación y corrupción de menores” (art. 187 a 189 ter)
6. Capítulo VI. “Disposiciones comunes a los capítulos anteriores” (art. 190 a 194 bis)

Desde la implementación de la “Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual”, la modificación más significativa **“De delitos contra la libertad e indemnidad sexual”**, ha sido la **eliminación del delito de abuso sexual**, y ahora cualquier acto que viole la libertad sexual de una persona sin su consentimiento se considera delito de agresión sexual. (1)

Previamente, se consideraba **abuso sexual** a “cualquier acto realizado sin violencia o con intimidación y sin que medie consentimiento atentando contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona”. (12)

Los abusos sexuales no consentidos eran aquellos que se ejecutaban sobre “personas menores de 16 años, personas privadas de sentido, personas de cuyo trastorno mental se abusare o aquellas en las que se ha anulado la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto”. (12)

4.3 Violencia sexual

4.3.1 Epidemiología

La violencia sexual constituye una grave amenaza de los Derechos Humanos y tiene consecuencias negativas para la salud y bienestar de las personas que sufren estas agresiones.

La Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019 llega a la conclusión de que el **13,7% de las mujeres residentes en España de 16 o más años, han sufrido violencia sexual a lo largo de su vida**. Un **2,2%** del total de estas mujeres **han sido violadas alguna vez en su**

vida. En relación a las denuncias, se observa que un porcentaje del **11,1%** (16% en mujeres violadas) de las mujeres que han experimentado **violencia sexual** por parte de personas ajenas a su pareja, ya sea ellas mismas o terceros **han reportado estas agresiones** ante la Policía, la Guardia Civil o los Juzgados. Si nos enfocamos únicamente en las **denuncias presentadas por las propias víctimas** (y no por terceros o instituciones), el porcentaje de denuncias de violencia sexual se reduce al **8%**. Esto sugiere **que la mayoría de los casos de violencia sexual no son denunciados.** (17).

De esta manera, la LO 10/2022, de 6 de septiembre, “De garantía integral de la libertad sexual” en el artículo 48.2, propone que la **recolección de muestras biológicas y otras pruebas**, incluyendo imágenes, que puedan ayudar a comprobar los casos de violencia sexual, se llevará a cabo con el **consentimiento informado** de la persona afectada, y **no estará sujeta a la formulación de una denuncia** o al ejercicio de la acción penal.(1)

4.3.2 Concepto

La violencia sexual está definida en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cualquier forma de actividad sexual, intento de actividad sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o acciones que buscan explotar o usar la sexualidad de una persona a través de coerción por parte de otra persona, sin importar la relación existente entre ellas, en cualquier entorno, incluyendo el ámbito doméstico y laboral. (18)

La OMS ha señalado que la violencia sexual ha destacado que la violencia sexual es una realidad presente en todas las culturas, en todos los estratos sociales y en todos los países del mundo. Aunque las mujeres son las principales víctimas, también existen casos de violencia sexual que afectan a hombres, niños y niñas. (18). Los grupos más vulnerables a estos delitos son las personas con discapacidad intelectual, menores de edad, varones o personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (LGTBI). (8)

La violencia sexual es un concepto amplio que incluye: (18)

- Violación en encuentros románticos o en el propio matrimonio
- Violación por desconocidos o conocidos.
- Violencia sexual en conflictos armados.
- Acoso y agresiones sexuales. Las agresiones sexuales se encuentran recogidas en los capítulos I (“**De las agresiones sexuales**”) y II (“**De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años**”) del Título VIII del Libro II del vigente Código Penal español.
- Trata de personas, matrimonios tempranos y la prostitución forzada.
- Violencia contra la integridad sexual de las mujeres.

4.3.3 Capítulo I “De las agresiones sexuales”

El concepto de agresión sexual viene definido en los artículos 178, 179 y 180 del vigente Código Penal español.

Las agresiones sexuales vienen definidas por unas circunstancias de hecho (o tipo de relación mantenida) y unas circunstancias etiológicas (que establecen las diferentes características del hecho).

Circunstancias de hecho

La agresión sexual se define como cualquier acción que viole la libertad sexual de otra persona sin el consentimiento de ésta, lo cual incluye el acto de penetración (según el artículo 179) por vía vaginal, anal o bucal, así como la introducción de partes del cuerpo u objetos a través de las vías vaginal y anal. (1)

El consentimiento será válido si se ha expresado de forma libre y clara a través de acciones que, teniendo en cuenta las circunstancias específicas, demuestren la propia voluntad de la persona. (1)

Circunstancias etiológicas

Para que la penetración por vía vaginal, anal o bucal o mediante miembros corporales u objetos supongan una agresión sexual, se han de dar las siguientes circunstancias etiológicas, que se establecen como:

- **Violencia:** según la OMS la violencia implica el empleo de fuerza física o poder (ya sean acciones concretas y dirigidas o amenazas) dirigidas a uno mismo o a otras personas. Esta violencia puede resultar tanto en daño físico (lesiones o incluso la muerte) como en daño psicológico. Se clasifica en violencia primaria, aquella ejercida sobre los genitales de la víctima, y secundaria cuando se ve afectado el resto del cuerpo.
- **Intimidación:** se refiere a una amenaza, ya sea verbal o física, que busca causar un daño injusto, actual o posible, en una persona que puede ser más vulnerable en cierto grado. (3)
- **Circunstancias agravantes** (art. 180): (1)
 - a) “Cuando los hechos se cometan por **dos o más personas.**”

- b) “Cuando la agresión sexual vaya precedida o acompañada de una **violencia de extrema gravedad** o de actos que revistan un carácter particularmente **degradante o vejatorio**.”
- c) “Cuando la víctima sea una persona en situación de **especial vulnerabilidad** por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o por cualquier otra circunstancia, salvo lo dispuesto en el artículo 181.”
- d) “Cuando la víctima es o ha sido **esposa o mujer** que está o ha estado **ligada por análoga relación de afectividad**, aun sin convivencia.” Se introduce este nuevo punto tras la LO 10/22.
- e) “Cuando el delito se cometa prevaliéndose su autor de una situación de **convivencia o de parentesco**, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, o de una **relación de superioridad** con respecto a la víctima.”
- f) “Cuando el autor haga **uso de armas u otros medios igualmente peligrosos**, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 del CP vigente, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 194 bis.”
- g) “Cuando el autor cometa el delito anulando la voluntad de la víctima **suministrándole fármacos, drogas o cualquier otra sustancia** natural o química idónea a tal efecto.” Se introduce este nuevo punto tras la LO 10/22, hasta el momento, esta acción solo podía ser sancionada como abuso sexual, con una pena máxima de 4 años de prisión. Sin embargo, a partir de ahora, se podrá considerar como agresión sexual agravada, lo que conlleva una pena de prisión de hasta 15 años para el perpetrador.

4.3.4 Capítulo II “De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años”

Formando el Capítulo II y bajo el nombre “De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años”, abarcando los artículos 181 a 183 bis, sanciona las agresiones sexuales a menores de 16 años. Tras la LO 10/22 se suprime el Capítulo II bis del Título VIII del Libro II “Agresiones y abusos a menores de dieciséis años”, **eliminando de esta manera el abuso sexual a menores de 16 años** (ahora, cualquier tipo de actividad de carácter sexual llevada a cabo con una persona menor de 16 años, se considera agresión sexual).

El Código tipifica y castiga: (1)

- “Al que realice actos de carácter sexual **con una persona menor de 16 años**, incluidos los actos de carácter sexual los que realice el **menor con un tercero o sobre sí mismo a instancia del autor**” (art. 181).

- “Al que, con fines sexuales, haga **presenciar a una persona menor de 16 años actos de carácter sexual** o delitos contra la libertad sexual, aunque el incitante no participe en ellos” (art 182).

Según consta en el artículo 181.2, supondrá un **agravamiento** si en los comportamientos anteriormente descritos confluyen alguna de las situaciones descritas: (1)

- En el artículo 178 (actos contra la libertad sexual de otra persona sin el consentimiento de la misma, mediante empleo de violencia, intimidación o abuso de una situación de **superioridad del agresor o vulnerabilidad de la víctima**”).
- El artículo 179 (**violación**).

Por su parte, el artículo 181.3 prevé agravaciones específicas en este delito, ya comentadas con anterioridad por ser coincidentes a las del artículo 180; sin embargo, se añade como agravante específico que la víctima **sea menor de cuatro años**. (1)

El artículo 183 incluye el *grooming* y el *sexting*, actos llevados a cabo con tecnologías e internet. (1)

En concreto, castiga:

- El **grooming** es una práctica en línea que se utiliza para obtener la confianza de una persona menor de edad (normalmente, haciéndose pasar por un igual) con el objetivo de obtener fotografías inapropiadas o incluso a forzarle a tener un encuentro físico. Está castigado por ley contactar y proponer un encuentro con una persona menor de 16 años con tal de cometer cualquiera de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual de las personas; siempre que dicha propuesta vaya acompañada de acciones materiales destinadas al acercamiento. (8)
- El **sexting** consiste en el envío de imágenes o vídeos de características sexuales. Puede hacerse de manera voluntaria entre las personas, pero también puede comprender un tipo de violencia sexual si se realiza sin el consentimiento de la persona involucrada o si se comparte con terceros sin su permiso. Está castigado por ley el hecho de contactar con una persona menor de 16 años con la finalidad de que ésta le suministre material de contenido pornográfico. (8)

Este capítulo acaba con un último artículo, 183 bis, que propone una **cláusula de exclusión** de la responsabilidad penal “cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad, grado de desarrollo o madurez”, con la finalidad de evitar convertir en abusadores a quienes empiezan igualmente a descubrir su sexualidad. (1)

Asimismo, como novedades tras la LO 10/22 y comunes en los Capítulos I y II se incluyen:

- **Cláusula de atenuación de la pena** “si el hecho supone poca entidad y siempre y cuando no confluayan violencia o intimidación, ni ningún agravante específico.” (1)
- “Cuando el agresor sea **autoridad, agente de la autoridad o funcionario público**, además de las correspondientes penas, se impondrá la pena de **inhabilitación absoluta** de 6 a 12 años.” (1)

4.3.5 Capítulo VI “Disposiciones comunes a los capítulos anteriores” (1)

En casos de agresiones y acoso sexuales, generalmente se requiere una denuncia de la persona afectada o su representante legal. Sin embargo, en situaciones específicas como las de víctimas menores de edad, personas con discapacidad o desvalidas, solo se necesita la denuncia presentada por el Ministerio Fiscal.

Con la reforma, se establece la pena obligatoria de **privación de patria potestad o inhabilitación especial** para aquellos condenados por prostitución de menores, corrupción y explotación sexual de menores y agresión sexual a menores de 16 años. Antes de la reforma, esta decisión quedaba a discreción de la Autoridad Judicial.

Además, se agrega un artículo nuevo, 194 bis, que establece que las lesiones físicas o psicológicas específicas que sufra la víctima se castigarán por separado y no quedarán absorbidas por el delito básico, lo que se conoce como **concurso de delitos**.

4.4 Respuesta urgente a las víctimas de agresiones sexuales

Para conseguir una respuesta coherente con los objetivos perseguidos, es necesaria la existencia de un equipo multidisciplinar y la colaboración continuada y estable de los distintos miembros; con tal de seguir unos itinerarios prediseñados de respuesta en cada ámbito específico de cada uno de los integrantes del equipo y su coordinada conectividad. (8)

4.4.1 Coordinación con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

La actuación coordinada policial debe abarcar todo el proceso, desde la denuncia de la víctima mediante la comunicación inicial al Juzgado, hasta la finalización del reconocimiento médico en el centro sanitario.

En función de cómo sucedan los hechos, la actuación policial diferirá: (8)

- Si la víctima se presenta directamente en un centro sanitario **sin interponer denuncia** de los hechos; desde el centro sanitario se informará a la Autoridad Judicial sobre la

supuesta agresión sexual para que adopten las diligencias de investigación procedentes.

- Una vez finalizado el reconocimiento médico-forense, si la víctima desea interponer la denuncia, los cuerpos policiales la acompañarán a ello.
 - Si no quiere presentar denuncia, los cuerpos policiales garantizarán igualmente la seguridad de la víctima hasta la finalización del proceso. Cuando la víctima sea una persona menor o una mujer con discapacidad, es mandatorio que los cuerpos policiales se encarguen de acompañar a la víctima a formular la denuncia.
- Cuando la víctima acuda directamente a un centro policial para **efectuar la denuncia**, tras ser realizada y a la mayor brevedad posible, se debe **trasladar de forma inmediata a la víctima al centro sanitario** de referencia con servicio de ginecología y realizarse la **comunicación al Juzgado de Guardia** sobre los hechos y la presencia de la persona en el hospital.

Con la finalidad de practicar un análisis coordinado y conjunto, las muestras obtenidas de la inspección ocular (tales como ropa de la víctima u otros objetos de interés médico-forense) deben ser igualmente entregadas a los/las médicos/as forenses para su remisión al laboratorio con el resto de las muestras. (8,19)

4.4.2 Coordinación con Autoridad Judicial

La Autoridad Judicial es la responsable de la instrucción y con la información recibida respecto a la agresión sexual, decidirá la intervención del médico/a forense. Si bien, el/la médico/a forense sí deberá asesorar al Juez/a sobre la conveniencia de desplazarse o no al centro hospitalario para realizar la evaluación pericial. Ya que la finalidad de esta valoración subyace en la posibilidad de detectar posibles pruebas que permitan vislumbrar las características de los hechos; por lo que la ventana temporal entre los hechos acaecidos y la toma de muestras debe ser coherente. (8)

4.4.3 Coordinación Medicina Forense y Sistema Sanitario

Si la persona víctima de una agresión sexual es **evaluada en un centro de atención primaria u otro servicio sanitario (incluidos los centros privados)** previo a su llegada al centro hospitalario de referencia, se debe: (20)

- Atender a la víctima en un entorno en el que se priorice su **bienestar e intimidad**.
- Atender y **estabilizar solamente las lesiones que representen un riesgo vital inmediato** para la víctima antes de su traslado al centro hospitalario de referencia, evitando

exploraciones, lavados y cambios de ropa innecesarios, así como ingesta de líquidos o alimentos con la intención de no destruir posibles pruebas.

- Si se toman **muestras tiempo-dependientes** (sangre y/u orina), por sospecharse de sumisión química, debe redactarse dicha acción en el documento de custodia de muestras.
- Explicar a la persona agredida las razones de las **recomendaciones y pautas sencillas** que se establezcan, como no ducharse ni lavarse la boca, no cambiarse de ropa, ni comer, orinar o defecar...
- **Escribir en la historia clínica** todas las acciones que se lleven a cabo y la información espontánea que se recabe de la víctima, **sin necesidad de explorarla**.
- Avisar cuanto antes al centro sanitario de referencia más cercano para garantizar una acogida adecuada, tras informar y obtener el consentimiento de la víctima,
- Asegurar el **acompañamiento** de la persona agredida al centro hospitalario de referencia. El traslado en **ambulancia** se realizará en los casos que la víctima esté inestable hemodinámicamente, su estado emocional dificulte su traslado o no disponga de medios propios o acompañante.
- Comunicar de los acontecimientos al **Juzgado de Guardia** mediante la presentación de un informe médico y un parte de lesiones. En caso de que la víctima decida no acudir al hospital designado, se documentarán los detalles en su expediente médico y se completará el parte de lesiones.
 - El **parte de lesiones** es un documento médico-legal que debe ser notificado obligatoriamente a la Autoridad Judicial si se detecta alguna lesión sugestiva de delito o falta.
 - El **informe médico** proporciona información detallada y adicional que incluye la anamnesis, exploración, exámenes complementarios, toma de muestras y otros aspectos relevantes.

En caso de que la víctima llegue al **centro hospitalario de referencia**, se debe: (20)

- Brindar un trato digno y respetuoso a la víctima, asegurando un ambiente adecuado.
- Verificar que la **vida de la víctima no está en riesgo**.
- Obtener el **consentimiento informado** de la persona agredida (verbal de manera general o por escrito si se van a tomar muestras).
- Informar al **Juzgado de Guardia** de los hechos, tras obtener el consentimiento informado de la víctima.
- Realizar el examen asistencial y forense, así como la toma de muestras (biológicas y periciales), **de manera conjunta y en un solo**.

- Emitir el **parte de lesiones y el informe médico** por parte del equipo sanitario y remitirlos al **Juzgado de Guardia**. Si la persona agredida es menor de edad, enviar los documentos a la Dirección General del Menor y la Familia.
- **Completar la historia clínica** con toda la información sobre las acciones realizadas.

La coordinación precoz del/la médico/a forense con el/la médico/a asistencial (ginecóloga/o o facultativo/a de guardia) adquiere una vital importancia a la hora de atender y valorar pericial y asistencialmente estos hechos delictivos.

4.5 Actuación pericial y asistencial conjunta

4.5.1 Lugar del reconocimiento

Para atender a la víctima de violencia sexual se debe fomentar un entorno favorecedor de la comunicación y confidencialidad, garantizando en todo momento su intimidad, seguridad y protección; por ello, el reconocimiento perito-asistencial se llevará a cabo en los servicios sanitarios y de forma coordinada con el personal sanitario de guardia (ginecólogo/a y/o pediatra). Sin embargo, en determinadas ocasiones, también pueden realizarse en las dependencias de los Servicios de Clínica Médico-Forense de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF). (8)

4.5.2 Acompañamiento de la víctima

Es recomendable que la persona agredida tenga acceso a una persona que la acompañe durante el examen médico forense y recogida de muestras, así se recoge en la "Ley del Estatuto de la Víctima" (21) y en el "Código de Deontología Médica", haciendo referencia a que tanto paciente como profesional de la salud tienen derecho a una persona como acompañante o colaborador, cuando las circunstancias así lo precisen. (22)

Si la víctima está sola, puede hablarse con un familiar o amigo o si la víctima es una mujer, en Baleares, existe un servicio de acompañamiento 24 horas para este tipo de situaciones. Debe respetarse siempre la demanda de la víctima, tanto si desea acompañamiento como si no.

En caso de que no haya un acompañante presente, se sugiere que una profesional de la salud capacitada esté presente para brindar apoyo emocional a la víctima y proteger al examinador. Si la víctima tiene menos de 16 años y prefiere que sus padres no presencien la exploración, se debe obtener el consentimiento explícito de los tutores legales para permitir que otra persona los acompañe. (19)

4.5.3 Sexo de la persona examinadora

De acuerdo con la literatura, se ha observado que tanto las víctimas femeninas como masculinas de violencia sexual muestran una preferencia por ser examinadas por profesionales de género femenino. Sin embargo, un estudio reciente realizado en Dinamarca como parte del Proyecto COSAI indica que, si los médicos de género masculino son respetuosos, las víctimas no tienen problemas en ser examinadas por ellos. (23)

En cualquier caso, siempre que sea posible, se recomienda respetar la solicitud de la persona respecto al género del examinador, con tal de brindar un entorno cómodo y seguro para la persona agredida durante el examen médico-forense. (8)

4.5.4 Número de profesionales presentes

El personal será el mínimo imprescindible para asegurar la intimidad; se sugiere contar con la presencia de varios profesionales de salud y se prefiere que al menos uno de ellos sea una mujer. Mayoritariamente, durante el reconocimiento están presentes: médico/a asistencial (ginecólogo/a de guardia), enfermero/a y médico/a forense. No se recomienda que los cuerpos policiales actuantes estén presentes durante la exploración médica. (8,19)

4.5.5 Número de reconocimientos necesarios

Se recomienda realizar la evaluación médica y pericial en un solo acto para evitar la revictimización y evitar la duplicidad de exploraciones. Esto está respaldado por la “Ley 4/2015 del Estatuto de la víctima del delito”, que establece que los reconocimientos médicos de las personas agredidas solo deben realizarse si son necesarios para la causa y se deben ser el menor número posible. (21)

4.6 Reconocimiento médico-legal de la víctima

4.6.1 Objetivos de la intervención pericial

Las actuaciones ante este tipo de delitos deben ofrecer una valoración integral de la víctima, cuyo objetivo principal ha de ser siempre el bienestar de ésta.

El informe médico-forense tiene como objetivos los siguientes:(8)

- Informar sobre el grado de **compatibilidad** de los hallazgos encontrados y la probabilidad de haber sufrido violencia sexual.

- Llevar a cabo un **diagnóstico de las lesiones** para determinar su naturaleza, origen, forma en que se produjeron y su nivel de gravedad.
- Establecer los posibles **medios de agresión** y la compatibilidad del posible objeto causante de las lesiones.
- Establecer la **fecha o cronología** de las lesiones y describir el tiempo necesario para su sanación y el período de incapacidad, además de especificar la **atención médica o el tratamiento necesario**.
- Determinar si la agresión es posible que se haya producido bajo los efectos de **tóxicos** o sobre una persona de especial **vulnerabilidad**.
- Valorar las **secuelas físicas y psico-psiquiátricas**, valorando la necesidad de atención posterior.
- Interpretar los **resultados analíticos** toxicológicos o infecciosos.

No es tarea del perito probar ni determinar si han sucedido o no los hechos denunciados tal y como se denuncian, pues eso es una labor exclusivamente judicial. La labor pericial correcta será **informar detalladamente** sobre los hallazgos que se valoran y realizar estudios de compatibilidad ofreciendo una **conclusión razonada** con fundamentos científicos y aplicación jurídica. (8)

4.6.2 Identificación del/la médico/a forense actuante

Conforme al artículo 10 del Código de Deontología Médica, resulta fundamental comunicar al paciente o a sus familiares la identidad del médico encargado de su cuidado y del personal que le brinda asistencia en cada etapa del proceso asistencial. (22)

4.6.3 El consentimiento informado

Cualquier víctima de una agresión sexual tiene el derecho de dar su consentimiento o rechazar cualquier parte o la totalidad de un examen médico-forense relacionado con la violencia sexual. Es necesario informar a las víctimas sobre este derecho antes de comenzar el examen, tal y como contempla la "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente" .(24)

Resulta fundamental obtener el consentimiento para llevar a cabo el examen médico-forense y para divulgar la información en el informe pericial. Si este requisito no se cumple, puede tener consecuencias en diferentes ámbitos: (19)

- Por un lado, esto podría resultar en la **invalidación de las pruebas recopiladas**, lo que las haría inadmisibles en un proceso legal.

- Por otro lado, podría dar lugar a una **acusación contra el perito** por violar la privacidad de la víctima sin su consentimiento previo.

Es necesario brindar a la víctima una explicación completa y comprensible sobre las partes del reconocimiento médico-forense. Esta información ha presentarse de manera respetuosa y detallada, asegurando que la víctima entienda cada una de las intervenciones a realizar. Es importante que este proceso de información sea continuo y flexible, permitiendo que la víctima pueda revocar su aceptación en cualquier momento, tanto para todo el proceso como para aspectos específicos dentro de él. Si la persona decide no continuar o solicita la suspensión de una práctica en particular, su solicitud debe ser atendida. (8,19)

Dicho consentimiento, como expresión práctica de la autonomía, por regla general será verbal, aunque es preferible que sea escrito. El consentimiento se hará por escrito en todos los casos en los cuales se utilicen procedimientos diagnósticos invasores. (19)

En el documento de consentimiento debe quedar registrado si la víctima acepta someterse a la evaluación clínica, si permite el acceso a su historial médico para el examen judicial, así como si autoriza la recogida de muestras con interés médico-forense, y consiente la toma de fotografías. Es importante que quede documentado de manera adecuada para garantizar que se respeten sus derechos. Si la víctima no acepta someterse al reconocimiento médico-forense, ya sea en su totalidad o en parte, es importante que se registre esta decisión. Es contrario a los principios éticos y profesionales influir en las decisiones de la víctima y nunca se debe presionarla para que se someta al reconocimiento. En estos casos se debe informar que los vestigios biológicos y no biológicos, que provienen de lo ocurrido, desaparecerán de su cuerpo y que la mayoría de equimosis, contusiones y excoiaciones curarán con *restitutio ad integrum*, y habitualmente en poco tiempo. Esto supone que, pasados unos días, si solicita un nuevo examen médico, los elementos de prueba que permitirían apoyar su testimonio (si finalmente decidiese denunciar) se habrán perdido. (8)

Situaciones específicas en materia de consentimiento: (8)

- **Persona inconsciente:** se debe contactar a sus familiares o personas cercanas con la finalidad de obtener el consentimiento para realizar el reconocimiento médico-legal. Si existen varias opciones, se dará preferencia al cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida. Si no existe ninguna de estas opciones, se buscará a los familiares más cercanos, y si no hay cuidadores, a los familiares de mayor edad. En caso de que no haya ninguno de estos familiares, será decisión del juez o la jueza otorgar el consentimiento necesario.
- **Persona incapaz temporalmente,** por encontrarse bajo los efectos toxicológicos: es importante realizar un primer examen para detectar lesiones que requieran

asistencia urgente. De acuerdo con algunas guías, en caso de prever que la víctima recuperará pronto su capacidad, se recomienda no tomar más acciones hasta obtener su consentimiento para el examen médico-legal. Si el juez/a lo considera necesario, será responsabilidad de la Autoridad Judicial facilitar el consentimiento para llevar a cabo la exploración.

- **Persona incapacitada legalmente:** si la persona que requiere el examen médico-legal está incapacitada, el consentimiento para realizar el examen será dado por su representante legal. No obstante, si el médico responsable considera que el incapacitado tiene suficiente madurez, le proporcionará la información para poder tomar una decisión. La opinión del incapacitado será considerada en función de su capacidad y será un aspecto importante a considerar en la toma de decisiones.
- **Persona menor de edad que no tiene la capacidad intelectual y emocional** para comprender completamente el alcance de la intervención, el consentimiento será otorgado por su representante legal. Sin embargo, si el menor tiene al menos 12 años, se tomará en cuenta su opinión antes de que el representante legal tome la decisión final.
- **Personas menores de edad que no son incapaces ni están incapacitadas, pero que son emancipadas o tienen al menos 16 años de edad:** no hace falta firmar el consentimiento por sustitución y podrán firmar ellos el consentimiento.

4.6.4 Anamnesis

La anamnesis comenzará con la presentación del equipo sanitario que la atiende. Esta presentación es necesaria a la vez que puede ayudar a crear un ambiente cómodo y relajado, permitiendo que la víctima se tranquilice y así obtener información indirecta sobre aspectos psíquicos y emocionales de importancia, tanto como para afrontar la entrevista como para la valoración pericial. (19)

Es esencial tener un cuidado especial en nuestra comunicación no verbal, evitando hacer preguntas incómodas, cuestionar el testimonio de la víctima y utilizar expresiones insensibles o palabras ambiguas. En ningún momento se debe presionar a la víctima.

Es recomendable evitar abordar directamente la agresión en las primeras preguntas, se deben responder cuestiones puramente objetivas (identificación), médicas generales (antecedentes clínicos, así como enfermedades somáticas y psiquiátricas y tratamiento farmacológico que se deba tener en cuenta para la valoración del caso) y ginecológicas (antecedentes ginecológicos y obstétricos). Es decir: (8)

- **Datos de filiación de la víctima:** se comprobará que los datos relativos a su nacionalidad, nombre, apellidos, sexo y edad son correctos. Se recabará información de datos de contacto.

- **Antecedentes de interés:**
 - **Antecedentes patológicos:** somáticos y psiquiátricos.
 - **Antecedentes obstétrico-ginecológicos y de vida sexual:**
 - Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
 - Última relación sexual consentida, siempre y cuando el tipo de violencia vaya a indicar la toma de muestras (puntualizando cuándo, con quién y si se usó método anticonceptivo especificar cuál)
 - Fecha de última regla (FUR)
 - Toma de anticonceptivos
 - Posibilidad de embarazo.

En cualquier caso, sólo se recogerán en la historia médico forense aquellos datos que sean de interés en la valoración pericial.

Posteriormente, se recabará información relativa a la **violencia sufrida**: es importante solicitar a la víctima que narre lo sucedido utilizando sus propias palabras, sin intervenir mientras cuenta los acontecimientos. La víctima debe poder expresar lo acontecido usando el tiempo que requiera para ello y las preguntas se realizarán una vez haya finalizado el relato (en todo caso, se formularán preguntas abiertas, evitando las sugestivas e inductivas). (8)

El protocolo para el reconocimiento en delitos contra la libertad sexual, propuesto por el Ministerio de Justicia, establece lo siguiente: (25)

1. **Datos judiciales e identificación del/ la médico/a forense**
2. **Datos de la víctima**
 - a) Identificación: nombre, apellidos, sexo, edad y nacionalidad
 - b) Motivo de estancia en la Isla: turista, residente, turista residente, otros
3. **Reconocimiento hospitalario**
 - a) Lugar, fecha y hora de la recogida de muestras o tiempo transcurrido aproximado entre los hechos y la toma de muestras (si no se conocen los anteriores datos)
 - b) Personal facultativo presente durante el reconocimiento: ginecólogo, pediatra, otros.
 - c) Especificar si hay otras personas presentes y relación con la víctima
4. **Anamnesis**
 - a) **Información sobre el/los agresor/es**
 - Fecha (mes del año, fecha y hora) y lugar de los hechos
 - Sexo y número del/ los agresor/es

- Agresor/ es desconocido/s o conocido/s (especificar tipo de relación previa: ninguna, amistad, pareja sentimental, expareja, etc).
- Consumo o administración de sustancias tóxicas o medicamentos (cuáles, cómo y si las ha consumido voluntariamente o se sospecha sumisión química).
- Métodos empleados por el agresor:
 1. Físicos: golpes, ataduras, armas (tipo), quemaduras, otros.
 2. Psicológicos: amenaza, chantaje.
 3. Sin violencia: seducción, engaño.

b) Información sobre la agresión

- Fecha (mes del año, fecha y hora) y lugar de los hechos
- Si se sintió amenazada y/o intimidada
- Si el agresor medió violencia primaria (en genitales) o secundaria (en el resto del cuerpo)
- Tipo de violencia sexual sufrida: especificando si hubo penetración y vía (vaginal, anal o bucal, múltiple), y si hubo uso de miembros corporales y/u objetos (en vagina, ano o boca; y especificar objetos usados)
- Si hubo o no eyaculación y lugar donde eyaculó
- Si hubo o no uso de preservativo
- Otras acciones tales como sugilaciones, besos, mordeduras o tocamientos.

c) Otras cuestiones

- Si se ha lavado (desde que se produjo la agresión)
- Si lleva la ropa del momento de los hechos, en qué estado se encuentra la ropa y si ésta se recoge
- Relaciones sexuales consentidas cercanas a los hechos (tipo, fecha, hora...)
- Relaciones sexuales posteriores al hecho (si/no)

5. Antecedentes personales

- a) Tratamiento farmacológico previo
- b) Antecedentes personales de interés médico-legal
- c) Antecedentes de delitos contra la libertad sexual previamente

6. Antecedentes ginecológicos

- a) Fecha de última regla y duración de la misma

7. Exploración

a) Examen psíquico

- Amnesia: si/no; total/parcial
- Comportamiento general
- Exploración psicopatológica

b) Examen físico

- Algias referidas (si/no/ dónde)
- Descripción detallada de las lesiones primarias (en genitales) y/o secundarias (en el resto del cuerpo)

8. Conclusiones y consideraciones

a) Sospecha de delito contra la libertad sexual: si /no

b) Nueva cita en IML para revisión de estabilización de lesiones, toma de muestras, valoración de daño psíquico

c) Se realiza toma de muestras para remitir al INTyCF: si/no/ cuáles

4.6.5 Exploración psicopatológica

La exploración psicopatológica se basa en analizar todas las dimensiones del psiquismo con el fin de detectar la respuesta inicial en sus aspectos emocionales y cognitivos; diferenciándola de posibles enfermedades mentales de base o concurrentes que se encuentren en fase aguda a la hora de la evaluación o la posible intoxicación por sustancias. (8)

Las dimensiones que se estudian en la exploración psicopatológica son: el nivel de conciencia, orientación, atención, memoria, pensamiento, percepción, afectividad, lenguaje, inteligencia y personalidad.

- El **nivel de conciencia** (capacidad de reconocer la realidad circundante) puede verse alterado en diferentes formas, desde la hipervigilia hasta la obnubilación, confusión, onirismo, estupor o sopor.
- La **orientación** (capacidad de reconocerse en el espacio y localizarse en el tiempo), puede alterarse en su forma alopsíquica (desorientación en espacio y tiempo) o autopsíquica (desorientación en persona).
- La **memoria** (facultad psíquica que permite almacenar y retener información): puede sufrir alteraciones en forma cuantitativa (hipoamnesia o hiperamnesia, retrógrada, anterógrada, afectiva) o en forma cualitativa (paramnesias y pseudoamnesias).

- El **habla y el lenguaje** también pueden sufrir alteraciones en la esfera cuantitativa (alolia, logorrea) y en la cualitativa (verbigeración, coprolalia, ecolalia, neologismos, mutismo, estereotipias. Habla pobre, entrecortada, farfullante). Otras alteraciones a considerar son las afasias, la sordera y la mudez.
- El **pensamiento** (capacidad de crear ideas y conceptos de la realidad) puede alterarse en el curso (cuantitativas: bradipsiquia, taquipsiquia; y cualitativas: el pensamiento puede ser saltígrado, perseverante, pobre, disgregado, tangencial, circunstancial, con descarrilamientos, aglutinación o asociaciones laxas) o en el contenido (presencia de obsesiones, compulsiones, fobias, ideas de suicidio/homicidio o delirantes o de referencia, con radiación o inserción del pensamiento). En este contexto, puede evaluarse la existencia o no de ideación autolítica (planificada y/o estructurada).
- La **senso-percepción** (capacidad para recibir e interpretar información interna y externa) puede verse alterada en forma de ilusiones, alucinosis, despersonalización, desrealización y alucinaciones visuales (zoopsias), auditivas (pueden ser internas o externas, dialogantes, insultantes, amenazantes, esporádicas o imperativas), táctiles (cinestésicas), olfativas y gustativas.
- El **estado afectivo** (capacidad para expresar las emociones o sentimientos experimentados) puede encontrarse abolido, ser inapropiado, plano o lábil.
- El **estado de ánimo** se afecta cuantitativamente (hipotimia, hipertimia, euforia, moria, manía, abulia, apatía, acedia, anhedonia) o cualitativamente en forma de distimia, bloqueo, indiferencia o disforia.
- La **inteligencia** (capacidad de entender, comprender o resolver problemas) puede estar afectada de manera congénita (discapacidad intelectual o trastorno generalizado del desarrollo) o adquirida (trastornos neurocognitivos).
- Otro aspecto que puede evaluarse es si el **juicio de realidad** se encuentra conservado, mermado o alterado.

Evaluación del estado inicial

La respuesta inicial de la víctima ante una agresión sexual puede oscilar entre:(8)

- Una **reacción de estrés agudo**, con síntomas disociativos o sugestivos de ansiedad, tales como: reactividad emocional, aturdimiento, desrealización,

despersonalización, amnesia disociativa, inquietud psicomotriz, falta de concentración o hipervigilia.

- Hasta una **reacción de sobrecogimiento**: encontrarse inmóvil, paralizada y ausente en estado de confusión o shock.
- También son frecuentes los sentimientos de culpa, vergüenza, inseguridad y tristeza. Estos síntomas suelen ser de intensidad moderada y no resultan desadaptativos.

En otros casos, la víctima puede presentar **cuadros psicopatológicos específicos desadaptativos**. Por orden de frecuencia: (26)

- Trastornos ansioso-depresivos, cuadros mixtos, alteraciones de conducta e inadaptación.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por aversión al sexo

Junto con ellos son frecuentes el malestar emocional, la baja autoestima y sentimientos de culpa.(26)

El estudio psicopatológico forense se lleva a cabo dentro del marco del protocolo integral de actuación médico forense y consta de dos fases consecutivas: la fase urgente, que se realiza en un centro clínico, y la fase de seguimiento, cuya duración varía según el cuadro clínico y la evolución del paciente.

Evaluación de la capacidad del consentimiento

Otro punto importante en la exploración psicopatológica es determinar la capacidad de consentimiento, tanto en personas con **trastornos de salud mental** que puedan afectar a su autodeterminación como en aquellos casos de personas intoxicadas con **trastornos por consumo de sustancias** que afecten a su nivel de conciencia y/o a su capacidad de discernimiento. (8)

Los trastornos mentales que pueden afectar al consentimiento son los siguientes: (8)

- Trastorno bipolar en episodio maníaco
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en fase de descompensación o enfermedad fuertemente instaurada
- Discapacidad intelectual
- Otros procesos pueden ser: delirium, demencia avanzada, trastorno por consumo de sustancias, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos.

4.6.6 Toma de imágenes fotográficas

Antes de tomar las fotografías, es necesario conseguir el consentimiento por escrito de la víctima, informándole sobre el propósito de las imágenes y cómo se utilizarán en un posible procedimiento judicial. La víctima debe ser informada de que las imágenes podrían ser mostradas a la parte contraria y se le debe permitir tomar decisiones individualizadas sobre cada fotografía. Además, se deben tomar medidas para proteger la identidad de la víctima, como cubrir su rostro o los ojos en las imágenes.(8)

4.6.7 Exploración física

La exploración física se realizará tras recabar el consentimiento de la víctima. Debe comenzar en la zona extragenital, posteriormente la paragenital y para acabar la genital.

Durante la exploración, se debe asegurar que la víctima esté adecuadamente cubierta y expuesta solo la parte del cuerpo que se va a examinar en ese momento. (27)

La exploración del **área extragenital** debe ser completa, prestando especial atención a: (3)

- Cabeza, cuero cabelludo y zonas retroauriculares: se buscan indicios de golpes utilizados para incapacitar a la víctima, así como áreas de pérdida de cabello causadas por tracción.
- En el rostro: se examina el área alrededor de la boca en busca de marcas de manos, rasguños de uñas, indicios de uso de ropa o cuerdas para intentar silenciar a la víctima, así como posibles golpes o mordeduras en los labios.
- Realizar una inspección del cuello y los senos, que son áreas donde suelen aparecer marcas de succión.
- Realizar una exploración de las áreas de defensa y resistencia, como los antebrazos, las áreas de apoyo, la boca y los dientes. Buscar posibles signos de contusiones, laceraciones, abrasiones y marcas de retención en tobillos y muñecas.

Respecto al **área paragenital**, se inspeccionará la pared abdominal, la parte interna de las piernas y glúteos. La lesión más común aparece en la parte interna de los muslos, al intentar vencer la resistencia con separación de estos para acceder a la zona genital, causando diferentes lesiones.

La descripción de lesiones en el **área genital** ha de ser sistemática: pubis, periné, ano, vulva, himen, vagina, cérvix y útero.

Se realiza un examen externo y otro interno: (19)

- Examen externo: la exploración se llevará a cabo en la camilla ginecológica, y la posición puede variar según las características individuales. La posición más común es la ginecológica estándar y si se ha de examinar la zona anal, puede hacerse en posición genupectoral. En el caso de una persona menor de edad, la exploración debe adaptarse a la situación.
- Examen interno: se llevará a cabo una exploración minuciosa de las diferentes áreas genitales internas y la región anal de la víctima. Este proceso se realizará siguiendo los protocolos y técnicas especializadas, incluyendo el uso de técnicas de aumento o tinción de lesiones, y, si es necesario, la utilización de ecografía y/o rectoscopio. Es imprescindible abstenerse de emplear cualquier material que pueda causarle daño a la víctima sin antes haber evaluado su estado, con tal de descartar lesiones.

La lesionología es variable según la/s vía/s usadas para la penetración. Los hallazgos que se observarán en los casos de coito no consentido en mujeres dependen de la edad de la víctima, si ha tenido experiencias sexuales previas y del nivel de violencia utilizada por su agresor. (3)

Valoración médico-legal del coito desflorador:

Por definición, coito desflorador es aquel que rompe la membrana himeneal. A pesar de que legalmente no hay diferencias agravantes entre un acto sexual que desvirga a una mujer y un acto sexual llevado a cabo en una mujer que ya ha tenido relaciones sexuales anteriores con penetración vaginal, se deben conocer las particularidades de esta membrana. (4)

El himen o membrana himeneal es una estructura membranosa, relativamente rígida, compuesta por tejido conectivo resistente y recubierta en ambos lados por un epitelio escamoso estratificado. La membrana himeneal se encuentra en la entrada del canal vaginal y cobra especialmente relevancia en las mujeres prepuberales vírgenes, ya puede presentar diferentes **morfologías típicas**: (3)

- a) **Himen semilunar (o falciforme)**: el orificio del himen se desplaza hacia anterior, dejando una forma de media luna membranosa en la posición posterior.
- b) **Himen anular (o circular)**: tiene un agujero central o más o menos excéntrico.
- c) **Himen labiado**: está compuesto por dos partes laterales o labios que se encuentran separados por una hendidura central. La flexibilidad y movilidad del

himen permiten que se puedan tener relaciones sexuales sin que se produzcan desgarros en él.

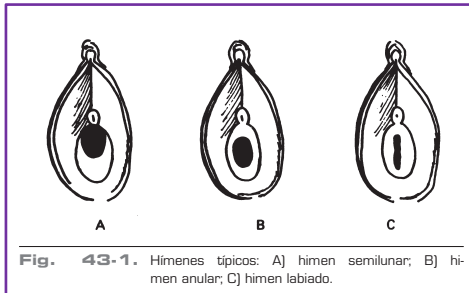


Ilustración extraída de: Calabuig G. Medicina Legal y Toxicología. 6ª. 2004.

O morfologías atípicas: (3)

- a) **Himen biperforado (septado o tabicado)**: tiene dos aperturas ubicadas una al lado de la otra de manera transversal y separadas por una franja central. En ocasiones, esta morfología se acompaña con una vagina tabicada o doble.
- b) **Himen cribiforme**: membrana himeneal con múltiples orificios distribuidos en toda su superficie.
- c) **Himen imperforado**: ausencia de orificio que precisa de tratamiento quirúrgico.
- d) En ciertas ocasiones, congénitamente puede existir una **agenesia himeneal**, es de suma importancia que el/la médico/a forense tenga presente esta morfología al emitir un dictamen sobre si una mujer ha mantenido o no relaciones sexuales.

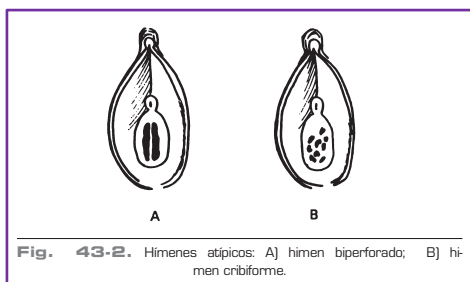


Ilustración extraída de: Calabuig G. Medicina Legal y Toxicología. 6ª. 2004.

En términos generales, el himen tiende a tener una consistencia y elasticidad reducidas, lo que explica por qué puede desgarrarse durante la primera relación sexual. Hay diferentes tipos de himen, como los carnosos, tendinosos e incluso cartilagosos, especialmente en **mujeres jóvenes vírgenes**, que otorgan mayor resistencia para ser penetrados y pueden provocar desgarros durante el acto sexual. En contraposición,

existen hímenes de elevada elasticidad que favorecen la penetración sin causar lesiones, clásicamente denominados **hímenes complacientes**. (3)

Durante el acto sexual, la inserción del pene erecto puede estirar el himen hasta provocar su desgarro. Los desgarros del himen se describen según una **esfera horaria imaginaria** localizada en el vestíbulo vaginal, en la que la posición de las 12 horas se corresponde con la zona más superior, y la posición de las 6 horas con la más inferior, tal y como se observa en la posición ginecológica. (3)

Con la rotura de himen debe hacerse el diagnóstico diferencial con la **escotadura (o mueca) congénita**. El desgarro habitualmente cuenta con una localización característica en función del himen, tiene un borde irregular y llega al punto de inserción (al contrario que las escotaduras congénitas, de bordes regulares y sin llegar hasta un punto de inserción). (19)

La **cantidad y ubicación de los desgarros** del himen están determinados por la propia disposición de éste: (3)

- a) Himen anular (o circular): se desgarra en **cuatro puntos**, dos en un lado, y dos en el otro; y simétricos entre sí, creando pequeñas aberturas.
- b) Himen semilunar (o falciforme): durante el desgarro del himen, se producen rupturas en **dos puntos** laterales, lo que da lugar a la formación de un colgajo intermedio en el refuerzo de la columna vaginal posterior. Esto crea una forma de media luna en la apertura del himen.
- c) Himen labiado: se desgarra en las **comisuras**.

Toda localización y/o número diferente de las lesiones previamente descritas dan lugar a un desgarro atípico.

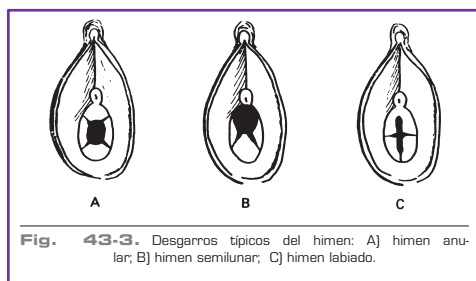


Ilustración extraída de: Calabuig G. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª. 2004.

Al evaluar un himen con una posible rotura, se debe verificar si dicha rotura llega hasta el origen de la inserción. Además, se debe observar si existen zonas hiperémicas

(enrojecidas) y verificar la regularidad de los bordes del himen. Los bordes de las roturas cicatrizan con rapidez, pero por separado, es decir, nunca vuelven a cicatrizar con otro borde, y la membrana nunca vuelve a su estado anterior; creando colgajos himeneales denominados **carúnculas mirtiformes o himeneales**. (19)

De gran interés médico-legal es la **cronología de cicatrización de los desgarros**: (8)

- **Desgarros recientes**: los bordes carunculares están sangrentes, lo que indica que se han producido hace menos de 5 días. Si los bordes están solo hiperémicos puede establecerse que los desgarros se produjeron hace menos de 10 días.
- **Desgarros antiguos**: los bordes carunculares están cicatrizados indicando que el/los desgarró/s se han producido hace más de 10 días.

Las lesiones y desgarros del himen pueden tener diferentes causas, no necesariamente relacionadas con la cópula. Se admite que las caídas sobre objetos contundentes pueden ocasionar roturas himeneales. (4)

Sin embargo, hay consenso en la comunidad médica en que la realización de deportes o maniobras violentas, como la equitación, el ballet o la separación brusca y amplia de piernas, no suelen ser causas de desgarros himeneales. De la misma manera que existe un consenso generalizado en que las maniobras autoeróticas realizadas por la propia persona rara vez causan desgarros en el himen. Sin embargo, los tocamientos realizados mediante la introducción violenta de dedos u objetos extraños pueden ocasionar desgarros en el himen y otras lesiones en los genitales. (3,4)

Valoración médico-legal de signos generales del coito vaginal:

A la hora de valorar pericialmente una penetración vaginal, es de gran importancia la edad de la víctima, teniendo en cuenta que: (8)

- En niñas **de menos de 6 años** la penetración vaginal con un pene erecto es muy poco probable debido a la desproporción anatómica. En estas situaciones, suele ser más habitual la penetración con objetos o dedos.
- En niñas de entre **6 y 11 años**: la penetración vaginal por un pene erecto puede causar lesiones significativas, incluyendo desgarros perineales y rupturas del tabique recto-vaginal.
- En niñas **púberes o adolescentes**: la penetración vaginal puede dar lugar a desgarros del himen (en caso de que esté íntegro) o a leves lesiones genitales o incluso ausencia de éstas.

- En **mujeres adultas** que ya han tenido relaciones sexuales, no suelen producirse lesiones objetivas en los genitales, especialmente si ha tenido parto/s vaginales, dado que el himen estará reducido a carúnculas mirtiformes.

En la exploración se deben valorar los siguientes aspectos: (3)

- **Desgarros del himen:** los desgarros himeneales recientes pueden presentar signos de sangrado y edema en los bordes. A medida que pasa el tiempo, el sangrado disminuye y el edema se reduce, y se puede identificar la fibrina en el lugar donde se produjo la rotura.
- **Manchas de esperma** en los genitales femeninos o en sus ropas. Se recomienda realizar la exploración lo antes posible, preferentemente antes de que la víctima se lave. Se pueden emplear técnicas complementarias, como la utilización de lámparas de luz azul (conocida como luz de Wood), para identificar la presencia de estas manchas de semen mediante la fluorescencia que producen.
- Presencia de **pelos pubianos o genitales** que pueden pertenecer al agresor o a la víctima.
- **Enfermedad de transmisión sexual y posibilidad de embarazo.**

Desde una perspectiva médico-legal, es importante tener en cuenta que el **embarazo o la presencia de una ETS no son signos concluyentes de una penetración vaginal**. Es posible que estas situaciones se produzcan sin la presencia de una penetración completa. En el caso de una ETS, el contagio puede deberse a un intento de penetración no consumado o a una transmisión inocente por causas ajenas al hecho delictivo. En cuanto al embarazo, también es posible que se produzca sin la presencia de una penetración completa. Puede darse la fecundación con una penetración parcial (coito vulvar o vestibular), lo que hace que no sea un signo concluyente de la existencia de una penetración vaginal completa. (3)

Y finalmente, considerar que la ausencia de lesiones no es sinónimo de ausencia de agresión.

Valoración médico-legal de signos generales del coito anal:

El coito anal no consentido se puede denominar también **atentado pederástico**. El significado estricto del término pederastia es el de introducción del pene por el ano. Quien realiza la acción es el pederasta activo y la víctima es el pederasta pasivo (pudiendo ser una mujer, un hombre, un niño o una niña).

El atentado puede ser agudo o crónico. El agudo ocurre en una o pocas ocasiones, lo cual resulta en lesiones similares a las que se observan en una mujer virgen durante su primera relación sexual. Los crónicos, son más frecuentes y son parecidos al coito vaginal en una mujer con relaciones sexuales habituales. (3)

En el **atentado pederástico agudo** se pueden objetivar las siguientes características: (3)

- **Lesiones del ano y del recto:** se producen cuando hay una aplicación violenta de fuerza durante el acto, especialmente si existe una desproporción significativa entre las partes del cuerpo involucradas.
 - Si la introducción del miembro viril no es grosera, sino que es de manera gradual, no suelen objetivarse lesiones anorrectales.
 - En situaciones en las que haya habido una penetración anal violenta y brusca, se pueden producir lesiones debido a la fuerte distensión del conducto recto-anal: **rotura de los pliegues anales** (frecuentemente a las 6 en el reloj), además de **rubicundez**, **inflamación de la mucosa rectal**, **equimosis**, **excoriaciones** y **grietas** de la mucosa, **fisuras**, **desgarros** profundos y herida triangular en la mucosa (**signo de Wilson Johnston**). A lo que puede acompañarse **escozor**, **dolor** o **malestar al defecar** y/o **andar**; además de trastornos funcionales (**parálisis del esfínter anal con dilatación refleja**).
 - Las laceraciones anales en general curan en 4 o 5 días y no pueden considerarse patognomónicas de penetración anal, ya que pueden ser consecutivas a maniobras de defecación en personas que padecen estreñimiento.
- **Lesiones traumáticas a distancia o extragenitales:** estas son lesiones externas infligidas con el propósito de superar la resistencia de la víctima o satisfacer la pasión del propio agresor. Son muy variables (desde arañazos y heridas; hasta latigazos en la espalda y quemaduras de cigarrillos en las pieles de la víctima).
- **Demostración del esperma en cavidad rectal** en la toma con hisopo en seco o en el lavado con suero de **la cavidad anal**. Tiene gran importancia este hallazgo, ya que es un signo de certeza de penetración anal seguida de eyaculación, además, puede permitir la identificación de la agresión mediante técnicas de DNA. Una limitación de esta comprobación es que solo es posible realizarla cuando se examina a la víctima de manera inmediata después del incidente.
- **Transmisión sexual de enfermedades:** puede tener un cierto valor para identificar el agresor, como ocurre en el coito vaginal.

En el **atentado reiterado o crónico:** la lesionología más frecuente es variada: depresión infundibuliforme del ano, relajación y/o dilatación del esfínter anal con incontinencia de

materia fecal, borrado de pliegues, cicatrices en mucosa anal, hemorroides, fístulas y ETS; así como versión mucocutánea con relativa frecuencia (aunque también en el estreñimiento crónico severo). (3)

En las agresiones sexuales crónicas, los indicios más relevantes para el diagnóstico son la posible presencia de esperma en el canal rectal y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Hay que tener siempre presente el **diagnóstico diferencial** con la *diastasis ani*, extensión del rafe perianal, pigmentación perianal, y hábitos intestinales con estreñimiento crónico severo (estos últimos cursan frecuentemente con lesiones de la mucosa perianal y es frecuente también la eversión mucocutánea del ano). (3)

Valoración médico-legal de signos generales de la penetración bucal:

Debido a las particularidades de las estructuras anatómicas involucradas en esta acción, **raramente pueden encontrarse lesiones** en la boca de la parte pasiva. No obstante, si se encuentran suelen ser tales como púrpuras, petequias y equimosis confluyentes en la zona del paladar blando con el duro (lesiones uni o bilaterales a modo de banda que cruza el paladar en esa zona y no desaparecen a la presión digital). Además, se deben examinar los posibles casos de transmisión de enfermedades sexuales a la mucosa del labio-bucal, así como la presencia de eyaculación en la boca, lo que abriría la posibilidad de realizar pruebas biológicas para identificar al agresor. En algunos casos, también se puede observar mordeduras en el pene producidas por la víctima, lo que puede ser un indicio importante para corroborar la existencia de esta forma de agresión sexual. (3)

Valoración médico-legal de signos generales de la penetración con objetos:

En estos casos es posible encontrar: (3)

- **Traumatismos locales:** la profundidad y/o extensión de las lesiones variará dependiendo de la estructura del objeto que se haya usado para la penetración y con la violencia con la que se haya sido introducido.
- **Vulvovaginitis traumática:** clínicamente, la presencia de enrojecimiento, dolor, hinchazón y secreción purulenta caracterizan a las vulvovaginitis traumáticas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas afecciones también pueden tener causas distintas al trauma. Por lo tanto, para determinar si se trata de una agresión sexual, es necesario esperar a que evolucionen hacia la curación y verificar si hay alguna lesión en el himen. La presencia de equimosis, erosiones vulvares y perineales también puede indicar un origen traumático en estos casos.

- **Partes o fragmentos de cuerpos extraños** dentro de la vagina o el recto, que se hayan roto y dejado residuos en el interior de estas cavidades.

Valoración médico-legal de signos generales de la penetración con dedos:

Se pueden producir traumatismos genitales si la violencia empleada es elevada, erosiones, excoriaciones... además, es posible la contaminación venérea al realizar tocamientos con miembros corporales contaminados. (3)

4.6.8 Toma de muestras biológicas

La toma de pruebas biológicas en agresiones sexuales permite asegurar la protección de los derechos de las víctimas y ampliar la disponibilidad de información para el sistema legal con tal de conocer la identidad del presunto agresor.

Se entiende como muestra biológica cualquier evidencia de origen humano que contenga material biológico y que pueda ser utilizada para el análisis de DNA. Se reconocen como **indubitadas o muestras de referencia** todas aquellas de origen conocido (obtenidas en este caso, de la propia víctima) y como **dubitadas** aquellas de origen desconocido, pendiente de identificación. (4)

Kits de agresión sexual y sospecha de sumisión química

Se recomienda utilizar los kits de agresión sexual del INTCF diseñados específicamente para recolectar pruebas en casos de violencia sexual al atender a las víctimas. Así como en aquellos casos que se sospeche sumisión química, se recomienda el uso de los kits destinados a ellos.

Estos kits incluyen **formularios de consentimiento informado** para la toma de muestras y el material presente debe cumplir con la norma ISO 18385 (**material libre de DNA humano**), para reducir las probabilidades de contaminación por DNA humano durante el proceso de recogida, almacenamiento y análisis de material biológico con fines forenses.(20)

Cada IMLCF con las recomendaciones del INTCF contará con su propio conjunto de kits de agresión sexual y de sumisión química, que contendrán, al menos, los elementos expuestos: (25)

- Bolsas de papel para la ropa
- Hisopos de nylon para la toma de muestras biológicas en lugar de los tradicionales hisopos de algodón. Estos nuevos hisopos presentan ventajas en términos de rendimiento, ya que la muestra se fija a la superficie en lugar de ser absorbida,

como ocurre con los hisopos de algodón. Si bien, las últimas recomendaciones de la Faculty of Forensic and Legal Medicine sugieren evitar la inserción de hisopos de madera en cualquier orificio.(25,28)

- Tubos para recoger muestras de sangre
- Recipientes para recogida de fluidos (orina, lavado vaginal...)
- Ampollas de suero fisiológico/agua estéril
- Peine, papel y sobre para recoger muestras de pelos
- También pueden contener bragas de recambio desechables para la víctima.
- Además, pueden incorporar guantes, mascarillas...

Muestras para estudios biológico-genéticos (20)

Es importante realizar la recolección de muestras para la detección de posibles restos biológicos del agresor lo más pronto posible simultánea al examen físico, con el fin de preservar la cadena de custodia y evitar la alteración o contaminación de las muestras.

Para asegurar la integridad de las posibles pruebas biológicas del agresor, es necesario emplear equipo de protección personal durante el procedimiento como mascarillas, doble guante (es recomendable cambiar los guantes externos del equipo de protección cuando se realice el muestreo en diferentes áreas anatómicas), y ropa protectora.

La recogida de las muestras debe ser secuencial y en un orden específico para evitar la contaminación de una zona a otra. Es necesario tomar muestras de los genitales externos antes de realizar una exploración más profunda con espéculo o exploración digital. Posteriormente, con la ayuda de un espéculo, el o la ginecóloga de guardia deberá tomar muestras secuencialmente de exterior a interior, empezando por la región anal y rectal, seguido de la vulva, vagina y cérvix según las indicaciones del o la médico/a forense.

Las **muestras indubitadas** son las siguientes:

- **Muestras bucales:** se deben utilizar dos hisopos para obtener muestras de la cavidad bucal friccionando la parte interna de las mejillas. En casos con sospecha de sexo oral, esta muestra no está recomendada, pues se debe utilizar sangre como muestra indubitada.
- **Sangre venosa:** recomendable obtener unos dos 5 ml de sangre en un tubo con anticoagulante EDTA.

Las **muestras dubitadas:**

- **Muestras bucales** para búsqueda de semen:

- **2 hisopos en seco:** con dos hisopos estériles y secos, se recogerán los posibles restos de semen de dentro de la boca. La toma de muestras en la boca es la primera acción que se debe llevar a cabo, ya que los restos de semen tienden a desaparecer rápidamente en esta zona.
 - **1 tubo con líquido de lavado bucal:** posteriormente, tras la toma con los hisopos, se realizará una recolección de muestra mediante un enjuague bucal vigoroso utilizando aproximadamente 10 ml de suero fisiológico, que se recogerá en un recipiente estéril.
- **Muestras de la superficie corporal:** examinar restos de sangre, saliva o semen, así como sugilaciones, mordeduras u otras evidencias, y recoger muestras de cada utilizando dos hisopos por área; si se requiere puede usarse un hisopo húmedo y otro seco.
- **Muestras perineales** con dos hisopos humedecidos de las zonas de interés.
- **Muestras del pene y escroto:** con dos hisopos humedecidos se realizará un frotis de la zona externa de las áreas de interés.
- **Muestras anales y del margen anal:** para las muestras del margen anal se utilizan dos hisopos estériles humedecidos, y para las del conducto anal-rectal otros dos hisopos humedecidos. No se deben enviar heces. En niños o niñas, de 10 años o menores, la toma de muestras rectales no está recomendada salvo que sea imprescindible.
- **Peinado de vello púbico y recolección de pelos dubitados:** para recolectar posibles pelos de la víctima, se debe realizar un peinado suave sobre un papel blanco. Es importante tener cuidado para no arrancar los pelos durante el proceso. Tanto el peine utilizado como el papel donde se ha realizado el peinado deben ser enviados como evidencia.
- **Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos:** para la región vulvar se usan dos hisopos estériles previamente humedecidos, para la cavidad vaginal se usan dos hisopos secos, y otros dos hisopos secos para recoger las muestras del cuello uterino. Posteriormente, se realizará el lavado vaginal, utilizando 10 ml de suero fisiológico que se recogerá en un recipiente de plástico. En niños o niñas de 10 años o menores, no está recomendada la toma de hisopos vaginales ni cervicales ni el lavado vaginal.
- **Uñas** (recortes o hisopos): se procederá al corte del borde superior de las uñas y se enviará un sobre con las uñas de la mano derecha y otro con las uñas de la mano izquierda. En caso de que no sea posible recortarlas, se limpiarán cuidadosamente con hisopos estériles y se enviarán también en dos sobres diferentes.
- Otras muestras que podrían recogerse serían:

- **Ropa interior** (braga/ calzoncillo/ sujetador o camiseta interior en menores): recoge la ropa y empaquetarla por separado.
- **Ropa de vestir y otras muestras de interés.** Si se considera relevante, se deben empaquetar individualmente cada una de las prendas, evitando el uso de plástico como envoltorio principal y prefiriendo papel o cartón.

El/la médico/a forense, de manera individualizada en cada caso, determinará qué muestras son necesarias de acuerdo con el relato de la víctima, la exploración y el tiempo transcurrido. Estas decisiones se tomarán siempre respetando el consentimiento informado otorgado por la víctima y siguiendo las normas establecidas en la "Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, que regula la preparación y remisión de muestras para análisis por parte del INTCF ". (25,29)

De manera general, se recomienda que la **toma de muestras de genitales externos, vagina y cérvix** dentro de un **período de 7 a 10 días**, sin importar las actividades que la víctima haya realizado después de la agresión (como ducharse, orinar, nadar, tener relaciones sexuales, comer o beber) y a pesar de que los mejores resultados se obtengan en las primeras 72 horas.

De manera general, se sugiere que la **recopilación de muestras de los genitales externos, vagina y cérvix** se realice dentro de los **7-10 días** posteriores a la agresión, sin importar las actividades que la víctima haya llevado a cabo después de la agresión (a pesar de que se haya duchado, haya orinado, defecado, nadado, comido, bebido o incluso, aunque haya tenido otras relaciones sexuales). Aunque se obtienen mejores resultados en las primeras 72 horas, es importante considerar cada caso de forma individual y evaluar la viabilidad de la recopilación de muestras incluso después de este periodo de tiempo. (8)

En la **boca** el plazo de recogida de muestras será hasta **48 horas** tras los hechos. (8)

En el **canal ano-rectal y superficie corporal hasta 72 horas**. (8)

Cada situación debe valorarse de manera individual para determinar si se requiere una intervención forense, incluso si ha transcurrido un tiempo superior al mencionado anteriormente.

En la práctica clínica, la recogida de muestras anales solo se realiza en contexto de sospecha de agresión por dicha vía; sin embargo, se recomienda realizar una recogida completa de los 3 orificios (bucal, vaginal, anal), ya que por las circunstancias del momento el relato de la víctima puede ser impreciso o confuso y porque además, existe la posibilidad de transferencia de semen de la vagina al ano por escurrimiento, incluso en ausencia de penetración. (8)

El CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España) en casos de violencia sexual, sugiere **entregar las muestras al IMLCF correspondiente en las primeras 72 horas y no superar un plazo máximo de 7 días desde la recogida de muestras**, con tal de garantizar la adecuada conservación y custodia de las mismas desde su recogida. (20)

Muestras para estudios químico-tóxicos

Las sustancias psicoactivas pueden estar involucradas en los casos de agresión sexual, por lo que, ante su sospecha, tanto la respuesta clínica como forense debe seguir siempre un protocolo y ser abordada de manera multidisciplinaria. El “delito sexual facilitado por drogas (DSFD)” abarca actos como “violencia sexual, robo con violencia o intimidación, extorsión y maltrato hacia personas mayores y menores, cuando se cometen bajo la influencia de dichas sustancias”.

En casos de sospecha de agresión sexual relacionada con consumo de sustancias psicoactivas, es importante documentar los síntomas reportados, su evolución y determinar si persisten al momento de la evaluación médica.

De manera rutinaria **no se deben realizar pruebas toxicológicas con carácter médico-legal**, estando éstas limitadas a la presencia de señales de intoxicación por drogas y alcohol, o cuando la víctima menciona el consumo de sustancias o describe síntomas como: (19)

- Pérdida de conciencia, somnolencia, confusión
- Desinhibición, alteraciones de la marcha o del equilibrio, comportamiento inhabitual
- Amnesia completa (en bloque) o parcial (fragmentaria)
- Dificultad en la articulación del habla
- Alteraciones sensorio-perceptivas, agitación, alteración del juicio de realidad
- Resaca inusualmente intensa o a síntomas que no concuerdan con el consumo de sustancias reportado
- Mareo, vértigo, desmayo, náuseas o vómitos

Se tomarán muestras de: (19)

- **Sangre:** se recomienda recoger una muestra de sangre venosa periférica en las primeras 48 horas después de la presunta agresión. La muestra debe ser enviada al laboratorio en condiciones de refrigeración (2-8°C) y se deben llenar dos tubos de 5 ml:

- Un tubo con fluoruro sódico y oxalato potásico como conservante y anticoagulante, respectivamente.
- El segundo tubo debe contener EDTA como anticoagulante.
- **Orina:** La muestra de elección para el análisis es la orina. Se recomienda obtenerla dentro de los 5 días posteriores a la presunta agresión y conservarla refrigerada. Si el análisis se demorará más de 24 horas, es preferible congelarla. Deben recogerse más de 10 ml.
- **Pelo:** se llevará a cabo en situaciones en las que se haya denunciado la presunta agresión con un retraso de más de cinco días o exista la sospecha de que las sustancias psicoactivas ya no estén presentes en la sangre u orina. La toma se realizará transcurridas 4-6 semanas. Se recomienda recoger un mechón cortado de la zona occipital lo más cercano al cuero cabelludo. Este mechón se debe colocar fijado sobre un trozo de papel para su adecuada conservación (y se señalarán las raíces y las puntas). Las muestras de pelo deberán conservarse y enviarse a temperatura ambiente.

Todas las muestras que se recojan se incluirán en envases correctamente etiquetados y con su debido sello. En la etiqueta se registrarán el tipo de muestra, la fecha y hora de recolección, el nombre de la víctima y los detalles del proceso legal correspondiente.

Empaquetado de las muestras, cadena de custodia y remisión (8)

A la hora de embalar las muestras es esencial seguir estas indicaciones:

- Cada muestra procedente de una misma área corporal debe envasarse de manera individual.
- En el recipiente inicial se deberá indicar el tipo de muestra, la persona de origen y el número de procedimiento.
- Las muestras indubitadas de la víctima se empaquetarán en sobres diferentes de los de las muestras duplicadas para estudios genéticos.

Es fundamental conservar y enviar refrigerados los indicios líquidos, como los lavados, sangre y orina.

Para enviar las muestras al laboratorio forense, es necesario adjuntar un formulario estandarizado que contenga:

- **Datos de la víctima:** identificación, edad, sexo, antecedentes personales (patologías y tratamientos).

- **Datos de la agresión:** breve descripción de los acontecimientos, lugar, fecha y hora de los hechos. Tipo de agresión, número de persona/s agresora/s, consumo de tóxicos...
- **Fecha y hora** de la toma de muestras, **tiempo desde los hechos hasta la toma de muestras.**
- **Registro** exhaustivo de las muestras que se obtienen y especificar el tipo de **análisis** requerido para cada una de ellas.
- **Cadena de custodia:** es un elemento crucial para determinar la autenticidad de una evidencia y garantizar su admisibilidad en el tribunal. Mediante una documentación adecuada, se registra a todas las personas que han manipulado la muestra y se realiza un seguimiento detallado de su ubicación, en orden cronológico, desde su recolección hasta su posterior eliminación. Esto asegura la integridad y trazabilidad de la evidencia a lo largo de todo el proceso.
- **Identificación del profesional** que haya realizado la toma de muestras y supervisado.

4.7 Atención asistencial por el servicio de Urgencias Ginecológicas

4.7.1 Reconocimiento ginecológico

Según los protocolos de atención a mujeres víctimas de agresión sexual en el ámbito de la salud, se establece que se debe brindar atención desde los Servicios de Urgencias Ginecológicas a todas aquellas **mujeres mayores de 13 años que hayan sufrido presuntamente una violación en el contexto de una agresión sexual**. Esto se considera una urgencia sanitaria que requiere atención especializada y tiene implicaciones legales. En el caso de menores de 13 años, la atención se llevará a cabo en el Servicio de Urgencias Pediátricas del hospital de referencia. (8)

La agresión sexual se caracteriza como un tipo específico de delito violento que genera un alto nivel de estrés para la víctima, derivando ello en diferentes consecuencias para la salud:

- **Consecuencias físicas:** embarazo no deseado, ETS, hemorragias e infecciones urogenitales, disfunciones sexuales, dispareunia, dolor pélvico, distintos grados de lesiones...; siendo el fallecimiento de la víctima la consecuencia más grave de las agresiones sexuales.
- **Consecuencias psicológicas:** desde miedo, humillación, síntomas ansioso-depresivos hasta riesgo de suicidio y síndrome de estrés postraumático.

- **Consecuencias sociales:** aislamiento social, absentismo laboral, pérdida del domicilio habitual...

Si la víctima no quiere denunciar se debe dejar constancia en la historia clínica y se informará a la víctima la obligación legal de los servicios sanitarios de notificar al Juzgado de Guardia estos hechos mediante un parte de lesiones y un informe médico.

4.7.2 Actuación clínica

La actuación clínica se basa en: (8)

- **Anamnesis** (realizada conjuntamente la/el ginecóloga/o de guardia con la/el médico forense).
- **Exploración física** (general y ginecológica). La exploración ginecológica la realiza el/la ginecólogo/a de guardia, con ayuda del personal de enfermería y en congruencia médico-forense.
- **Exámenes de laboratorio**
 - **Estudio cito-bacteriológico:** se tomarán muestras vaginales, anales y/o bucales en función del tipo de penetración sufrida con tal detectar esperma y ETS causadas por Gonococo, Mycoplasma, Chlamydia, Trichomonas, hongos o virus.
 - **Analítica de sangre:** serología luética, VHB, VHC, VIH (previo consentimiento de la víctima, ya que no está indicado pedir carga viral salvo que hayan transcurrido más de 7 días desde el contacto sospechoso), determinación de beta HCG para el diagnóstico de embarazo y analítica general con grupo y Rh.
 - **Recogida de otras muestras:** en caso de sospecha de sumisión química se recogerá una muestra de orina y una muestra de sangre (en tubo de EDTA y en tubo de fluoruro sódico y oxalato potásico).
- **Tratamiento médico**
 - **Desinfección** de las lesiones físicas con agua y jabón.
 - **Profilaxis antibiótica de ETC:** 500 mg de Ceftriaxona vía intramuscular y 1 g de Azitromicina vía oral.
 - **Prevención de VHB:** lo ideal es evaluar el estado de la fuente y la inmunidad del individuo expuesto, administrando vacunas o gammaglobulina anti-VHB según sea necesario. En aquellos pacientes que no estén protegidos contra el

VHB o cuyo estado inmunológico no se conozca, es recomendable no retrasar la decisión de vacunación hasta obtener los resultados de la serología anti-HBs.

- **Prevención VHC:** actualmente no hay una profilaxis efectiva contra el virus de la hepatitis C (VHC), por lo tanto, es crucial realizar un seguimiento cercano de los pacientes afectados.
- **Profilaxis VIH:** la profilaxis post exposición debe realizarse lo antes posible (idealmente en las 2-6 horas siguientes) y siempre antes de las 72 horas. El tratamiento antirretroviral estándar en pacientes adultos y adolescentes > 13 años es Emtricitabina/Tenofovir 245 mg/200 mg (1 comp/24h) + Dolutegravir (1 comp/24h) durante 28 días.

No se recomienda si se conoce que el agresor es VIH negativo o si la víctima es VIH positivo.

Es recomendable profilaxis post exposición anti-VIH en los siguientes casos:

- Agresor **VIH positivo**
- **Múltiples agresores** con penetración
- **Agresor usuario de drogas vía parenteral**
- **Sexo anal**
- **Lesiones genitales con sangrado**
- **Exposición significativa** (el contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del agresor en la vagina, pene o boca de la víctima)
- **Profilaxis antitetánica:** se debe indicar en función de 3 variables: presencia o no de heridas inciso-contusas, características de las heridas y si presenta vacunación previa o no.
- **Prevención de embarazo:** se debe asegurar la prevención de la gestación en todos los casos de la manera más eficaz posible, a pesar de que la probabilidad de ésta sea baja.
 - Si la mujer está empleando un método anticonceptivo eficaz, no será requerida la administración de profilaxis.
 - Si no es así, las pautas de anticoncepción poscoital hormonal incluyen:
 - Dosis única de levonorgestrel 1,5 mg vía oral si han pasado menos de 72 horas (se le dará la pastilla en urgencias).
 - Acetato de ulipristal 30 mg en una sola dosis vía oral si han pasado más de 72 horas, siendo válido hasta 5 días tras la relación desprotegida (se realizará la receta para que lo compre en farmacia).

Muestras para estudios microbiológicos (20)

Con el fin de investigar patógenos responsables de enfermedades de transmisión sexual, como bacterias, virus y en menor medida parásitos, se realizan análisis microbiológicos. La mayoría de estos microorganismos provocan infección genital o faríngea, según el mecanismo de la agresión sexual. En caso de sospecha de enfermedad de transmisión sexual, se tomarán muestras de los genitales internos y externos, así como de la faringe si se observan lesiones o úlceras.

Además, se debe recoger suero para realizar estudios serológicos, ya que algunos de estos microorganismos tienen la capacidad de causar infecciones fuera del área genital, como el VHB, el VHC, el VIH y la sífilis. Las muestras de suero se tomarán tanto en el momento de los hechos como transcurridas 3 semanas para valorar una posible seroconversión.

4.8 Seguimiento de las víctimas por otros servicios asistenciales

Si desde el servicio de Urgencias se considera necesario, tras el alta, la derivación a Unidades de Salud Mental u otros recursos específicos (consulta de psiquiatría, psicología y/o trabajadora social), se realizarán las oportunas derivaciones.

Se realizarán visitas de control a cargo del Servicio de Ginecología, entre 3 y 5 veces (a las 3 semanas, de nuevo a las 3 semanas, y a los 3 meses).

En casos específicos también puede ser necesario el seguimiento por el Servicio de Infecciosas.

4.9 Procesamiento de muestras biológicas, toxicológicas y microbiológicas

Las muestras desde los IMLCF se remiten a los laboratorios acreditados para el análisis forense dentro del curso de la investigación de un delito contra la libertad e indemnidad sexual. Las muestras recogidas en Mallorca se envían al IMLCF con sede en Barcelona.

4.9.1 Análisis biológicos

Los análisis biológicos realizados en el laboratorio se centran en la búsqueda de pruebas como semen, saliva, sangre y células epiteliales, con el objetivo de llevar a cabo un análisis de individualización genética cuando sea necesario, es decir:

- Las muestras procedentes de agresiones sexuales que se reciben en el laboratorio forense solicitan una **investigación preliminar** para determinar el tipo de muestra biológica presente (como semen, saliva y sangre, principalmente) con la finalidad de continuar o no con el proceso. (8)
- Tras un informe preliminar positivo, el siguiente paso es aislar DNA de las células y obtener un **perfil genético**. (19)
- Posteriormente obtenido el perfil genético, para establecer la procedencia de los restos biológicos encontrados, se realiza una **comparación genética** entre las muestras indubitadas (obtenidas de la víctima) y las muestras dubitadas. También se puede realizar mediante **cotejo en la base de datos de DNA** (regulada en la “Ley Orgánica 10/2007”) para buscar coincidencias. (30)

Los análisis de identificación genética no proporcionan información acerca del modo ni el momento en que se depositaron los restos biológicos detectados.

4.9.2 Análisis químico-toxicológicos

En los delitos sexuales, los análisis toxicológicos se enfocan en la detección de sustancias psicoactivas que puedan haber disminuido la capacidad de la víctima para otorgar su consentimiento, pudiendo favorecer la perpetración del delito.

Las sustancias utilizadas suelen tener un efecto rápido y de corta duración, lo que hace que desaparezcan rápidamente del cuerpo. Por lo tanto, la demora en la recogida de las muestras biológicas para fines toxicológicos disminuye la posibilidad de detectar las sustancias comúnmente involucradas en estos delitos. Es por eso por lo que es importante recolectar y analizar la primera muestra de orina obtenida de la víctima. (19)

4.9.3 Análisis microbiológicos

Por lo general, los análisis microbiológicos para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) en casos de delitos sexuales se realizan en laboratorios de microbiología clínica, ubicados en hospitales o centros de atención primaria. En casos excepcionales, se llevan a cabo en centros especializados dedicados al diagnóstico de ITS, y raramente en laboratorios forenses. (19)

4.10 Emisión del informe médico-forense

El informe médico-forense debe ser objetivo y registrar de manera clara y precisa todos los hallazgos, siguiendo un formulario estándar que se puede diseñar según las particularidades de cada IMLCF. Debe recoger la información referente al reconocimiento (fecha, hora, y lugar, así como la identificación del/la médico/a forense de guardia actuante). Constará de una anamnesis, exploración física y psíquica, exámenes complementarios y la toma o no de muestras biológicas. Se finalizará el informe con las consideraciones y conclusiones pertinentes. (19)

El informe pericial pierde su privacidad al ser incorporado al expediente judicial, por lo que solo debe incluir referencias relevantes para el caso. Las fotografías tomadas, especialmente las que afecten a zonas íntimas, no se aportarán en el informe, sino que se indicará su custodia en el IMLCF y su posible entrega a la Autoridad Judicial. (8)

Si se considera oportuno, en el informe se incluirá la sugerencia a la Autoridad Judicial de realizar un seguimiento posterior de la víctima por parte del/la médico/a forense. (19)

4.11 Seguimiento de víctimas de agresiones sexuales por las Unidades de Valoración Forense Integral

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, “**De medidas de protección integral contra la violencia de género**”, señala que es necesario que los servicios forenses dispongan de Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI) para garantizar un enfoque completo y multidisciplinario de la violencia de género. (31)

El Ministerio de Justicia comenzó a asignar personal y organizar las Unidades de Valoración Forense Integral en el año 2005.

Las UVFI son equipos multidisciplinarios compuestos por expertos en **medicina, psicología y trabajo social forense** que brindan asesoramiento pericial especializado en casos de violencia de género a la Autoridad Judicial, los tribunales y el Ministerio Fiscal, en todos los casos penales y civiles de violencia de género. Asimismo, recopilan, administran y comparten información de su actividad y llevan a cabo actividades de docencia e investigación en el ámbito de la violencia de género. (32)

Las **funciones** de la UVFI son: (33)

1. Evaluación integral de las consecuencias físicas, psicológicas y sexuales de la violencia en mujeres víctimas de violencia de género.

2. Evaluación de los impactos de la exposición a la violencia y de los ataques sufridos por las personas dependientes a su cargo.
3. Evaluación de la objetiva peligrosidad y riesgo de reincidencia del agresor.
4. Evaluación de los procedimientos civiles que afectan a las víctimas de violencia de género, según lo establecido en la legislación actual.

La Autoridad Judicial es el órgano competente para solicitar la activación de la UVFI. A pesar de ello, la propuesta para hacer una valoración forense integral puede venir del **médico o la médica forense** (después de su intervención en la guardia) o por petición del **Ministerio Fiscal**, o de **los/las abogados/as de las partes involucradas** o incluso por iniciativa del propio **juzgado**, incluso si no se ha presentado ninguna propuesta inicial. (33)

En la sede del IMLCF, **de manera programada**, se produce la intervención de la UVFI.

En el ámbito médico forense, las tareas que se llevan a cabo en las UVFI son: (33)

- **Metodología sobre la víctima**
 - Valoración psicopatológica de la víctima mediante exploración de la víctima para valorar aspectos físicos y psíquicos y revisión de la historia clínica.
 - Valoración del riesgo de violencia de género sobre la víctima (riesgo no apreciado, bajo, medio, alto y extremo) del formulario VFR 5.0 - H del Sistema VioGén.
- **Metodología sobre el agresor**
 - Valoración de imputabilidad mediante exploración del investigado para valorar aspectos físicos y psíquicos y revisión de la historia clínica.
 - Valoración del riesgo de reincidencia
- **Valoración de lesiones y secuelas de las personas lesionadas y/o riesgo vital**
 - Exploración física y psíquica
 - Reportaje fotográfico para documentar el caso
 - Estudio de pruebas complementarias

El informe pericial completo de valoración forense se entregará dentro de un período de tres a seis meses. En situaciones especialmente complejas, este plazo puede extenderse siempre y cuando se informe anticipadamente al tribunal pertinente y se obtenga su aprobación. (33)

5. Objetivos

El objetivo del presente estudio es:

Caracterizar las agresiones sexuales acaecidas en Mallorca desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022 atendidas con motivo urgente por el/la médico/a forense en servicio de guardia. Teniendo en cuenta el perfil de la víctima (nacionalidad, edad, sexo y consumo de drogas o alcohol previo) y del agresor (conocido o desconocido, y número de implicados); así como el contexto en el que se produjo la agresión (momento y lugar de los hechos), si se utilizó violencia o amenazas/intimidación y características de la penetración (vía específica, si hubo eyaculación o no y presencia o no de método barrera).

6. Metodología

6.1 Método

Para el análisis de los casos de las agresiones sexuales en Mallorca durante el año 2022 se ha realizado un **estudio observacional y descriptivo** desde una perspectiva médico forense. Es decir, mediante una investigación en la que se observan y describen las características de una población sin que exista intervención por parte del investigador, se miden las variables que se definen en los objetivos del presente estudio.

6.2 Muestra

Para cumplir con los objetivos del estudio sobre el análisis de agresiones sexuales producidas en la isla de Mallorca durante el año 2022, se han recogido los informes de agresiones sexuales con atención urgente del/la médico/a forense en el servicio de guardia, documentadas en la base de datos Orfila (utilizada por los/las médicos forenses de Baleares y propiedad del Ministerio de Justicia) contando con la previa autorización para su utilización.

De la base documental Orfila se han recopilado 140 informes forenses de agresiones sexuales en el año 2022. De estos, 7 informes han sido rechazados por presentarse incompletos. Los **133 informes de agresiones sexuales** restantes han sido analizados e incluidos en el presente estudio; si bien, no significa que este número sea el total de resoluciones dictadas en la materia, puesto que no se han contabilizado aquellos informes no recogidos en la citada base de datos ni aquellas agresiones sexuales sin asistencia del/la médico/a forense en el servicio de guardia.

6.3 Procesamiento de datos

Una vez recogidos en los informes de agresiones sexuales se procedió al diseño de una **ficha de recogida** de datos, basada en estudios previos (34,35). De forma que se cumplimentó una ficha individualmente y por cada una de las 133 víctimas.

Posteriormente, se realizó el **análisis e interpretación de datos** de las fichas de recogida.

7. Resultados

7.1 Características de la agresión

7.1.1 Partido judicial

En Mallorca, el año 2022 hubo un total de 133 agresiones sexuales denunciadas y recogidas en la Base de Datos Orfila; 111 pertenecientes al partido judicial de Palma (83,46%), 11 al de Manacor (8,27%) y otras 11 al de Inca (8,27%).

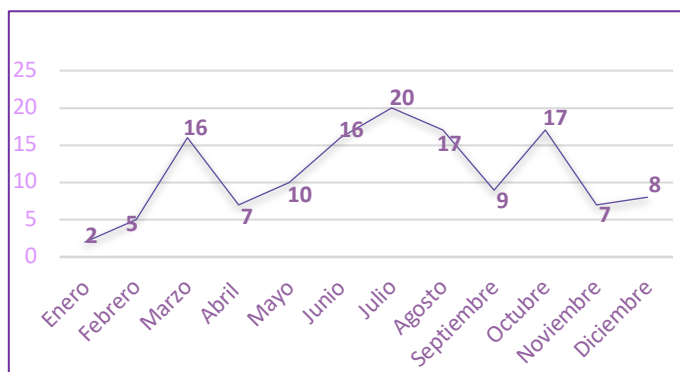
7.1.2 Distribución mensual

Se aprecia un **patrón estacionario en los meses de verano** (junio, julio y agosto), llegando a su máximo en julio (con 20 casos de agresiones sexuales denunciadas).

Apreciándose 2 repuntes tanto en el mes de marzo (16 casos) como en el de octubre (17 casos).

El número menor de agresiones sexuales denunciadas corresponde a los meses de invierno, llegando a su mínimo en enero (con 2 casos denunciados).

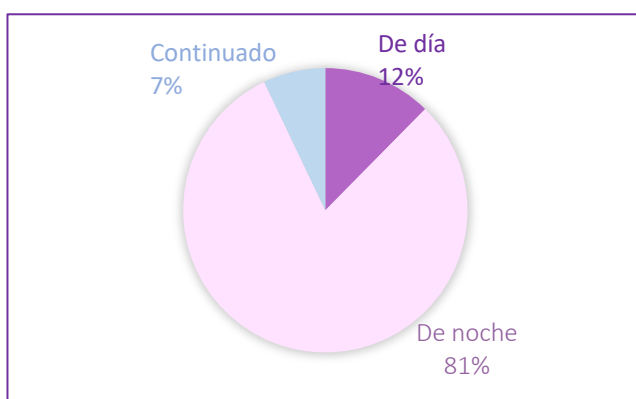
Gráfica 1. Distribución casos de agresiones sexuales denunciadas/ mes en Mallorca en el año 2022



7.1.3 Momento de los hechos

La mayoría de las agresiones sexuales se produjeron durante la **noche (80,53%)**, el **12,39% durante el día**, y el **7,08% se trató de un delito continuo** (incluidos día y noche).

Gráfica 2. Distribución porcentual del momento del día en qué se produjo la agresión



El **57,52%** se llevaron a cabo durante el **fin de semana** (incluido viernes) o **festivo** (incluida la noche anterior). El **53,10%** de las agresiones sexuales ocurrieron **entre semana**. El 5,31% se trató de un delito continuado (varios días a la semana, varias veces al mes o al año). Y en el 1,77% no consta información en el informe.

7.1.4 Lugar dónde se consumó la agresión

De los datos analizados, el **14,29%** de las agresiones se cometieron en el **domicilio del agresor**, seguido del **domicilio de la víctima (12,78%)**.

Otros lugares dónde se consumó la agresión fueron: vía pública (9,02%), playa (9,02%), domicilio familiar (8,27%), bar o pub (7,52%), hotel de la víctima (6,02%), coche (6,02%), domicilio de un amigo/ conocido (4,51%), hotel del agresor (2,26), desconocido (2,26%), prisión (1,50%), domicilio laboral (1,50%), campo (1,50%), parque (0,75%), centro de masaje (0,75%).

7.1.5 Características de la violencia sexual

De los datos analizados, el **28,57%** **relató haber sufrido algún tipo de violencia primaria (lesiones en los genitales) o secundaria** (lesiones de sumisión en el resto del cuerpo). El 24,81% no relató el uso de violencia. Mientras que el 36,09% no lo recuerda. En el 10,53% de los casos no consta en el informe.

En el informe de la agresión sexual, en el **57,15%** de los casos no se describieron lesiones objetivas. **Mientras que en el 42,86%** sí. De estas lesiones descritas:

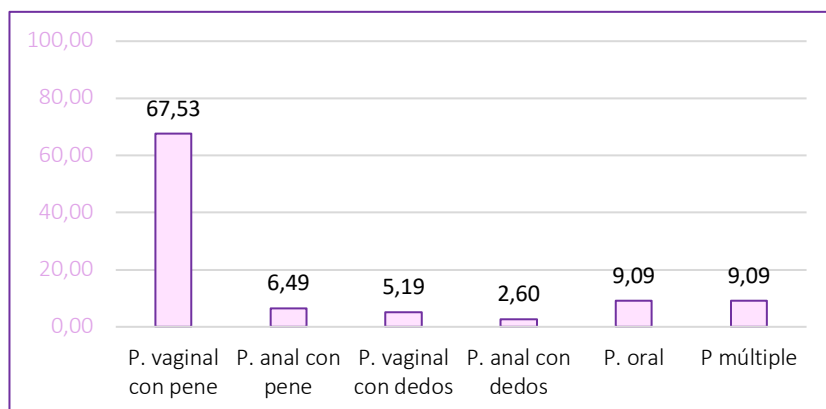
- El **78,95%** correspondía a **lesiones extragenitales**.
- El 15,79% a lesiones genitales.
- En el 5,25% se encontraron tanto lesiones genitales como extragenitales.

El **43,61%** de las víctimas relataron recibir **amenazas y/o intimidación** por parte de su agresor/es frente al 11,28% que no lo relató. El **31,58%** no lo recuerda y en el 6,77% de los casos esta información no consta en el informe de la agresión.

En el **57,89%** de las agresiones sexuales se denunció **penetración**:

- El **67,53%** correspondía a **penetración vaginal con pene**.
- El 9,09% penetración oral.
- El 9,09% penetración múltiple (oral y/o vaginal y/o anal)
- El 6,49% a penetración anal con pene.
- El 5,19% relató penetración vaginal con dedos.
- El 2,60% relató penetración anal con dedos.

Gráfica 3 . Distribución porcentual de la vía y tipo de penetración



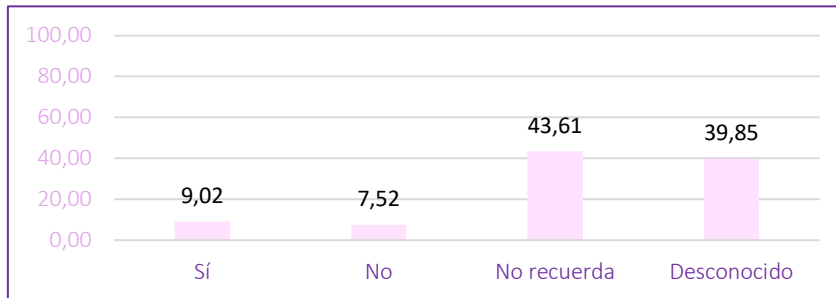
El 31,58% de las víctimas no recuerdan si hubo penetración o no.

En el 3,76% de los casos no se relata penetración.

En el 6,77% de los casos, la información relativa a la penetración no consta en el informe.

En cuanto a la **eyaculación**, el **43,61%** de las víctimas no recuerda si hubo o no eyaculación. En el 39,85% no se recoge en el informe la información relativa a la eyaculación. El 9,02% de las víctimas afirma eyaculación y el 7,52% lo niega.

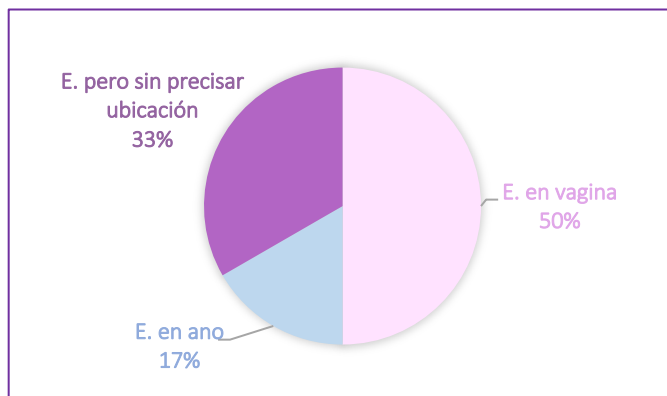
Gráfica 4. Distribución porcentual sobre la eyaculación



De las víctimas que relataron eyaculación:

- El 50% de ellas, relata eyaculación en **cavidad vaginal**.
- El 33,33% a pesar de afirmar eyaculación, no especifica ubicación.
- El 16,67% de las víctimas, relata eyaculación en cavidad anal.

Gráfica 5. Distribución porcentual del lugar de la eyaculación



De las víctimas que relataron eyaculación:

- En el **83,33% de los casos no se usó preservativo** como método barrera.
- En el 16,67% de los casos esta información es desconocida.

7.1.6 Toma de muestras

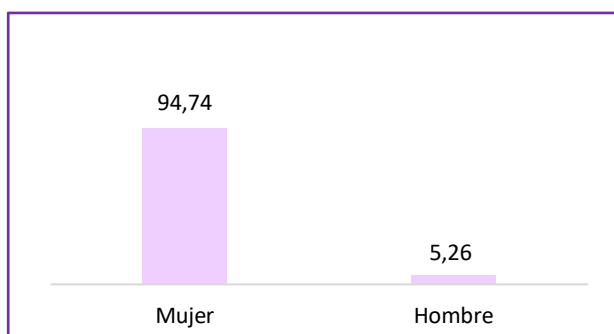
En el 90,89% de los casos, se tomaron muestras según protocolo.

7.2 Características de la víctima

7.2.1 Sexo de la víctima

Respecto a la distribución por sexo del número total de víctimas, el **94,74% de las víctimas fueron mujeres**, proporción alta en comparación con el **5,26% de hombres víctimas**.

Gráfica 6. Distribución porcentual por sexos de las víctimas



7.2.2 Edad de la víctima

Las agresiones sexuales denunciadas en 2022 abarcaron un **rango de los 3 a los 66 años**, apreciándose un **repunte en la edad de 19 años**.

A continuación, se detalla en el eje de las abscisas (*eje X en el sistema cartesiano*), las edades de las víctimas, y en el eje de las ordenadas (*eje Y*) el número total de víctimas con dicha edad.

Gráfica 7. Distribución por edades de las víctimas

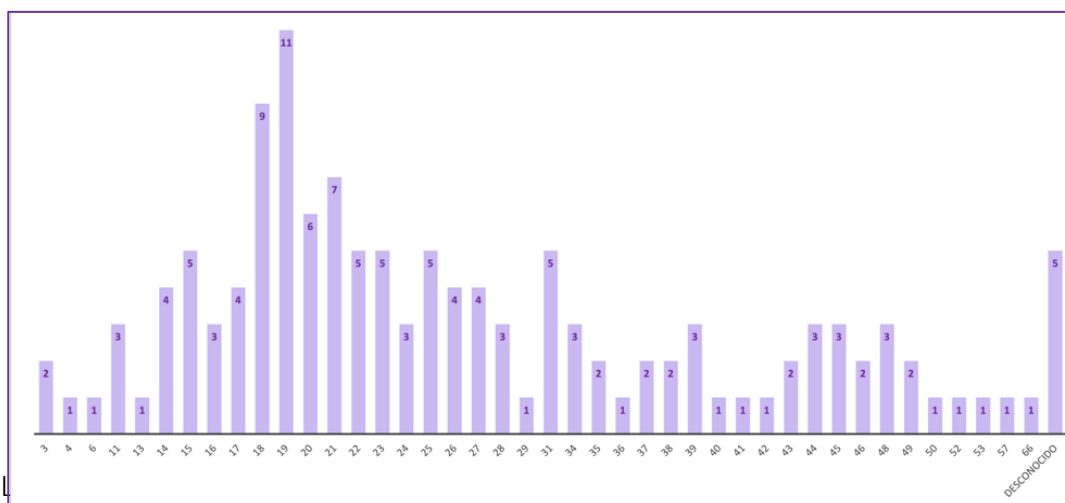
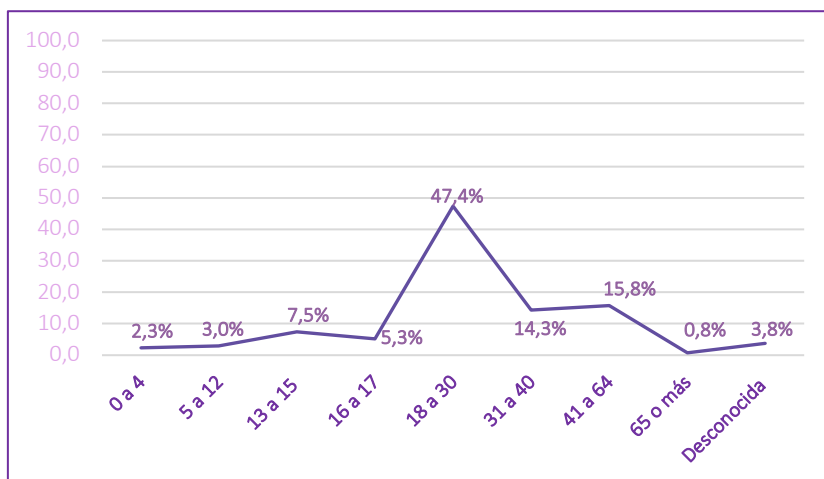


Tabla 1. Distribución por edad de la víctima

Edad de la víctima	%
De 0 a 4 años	2,26
De 5 a 12 años	3,01
De 13 a 15 años	7,52
De 16 a 17 años	5,26
De 18 a 30 años	47,37
De 31 a 40 años	14,29
De 41 a 64 años	15,79
De 65 años o más	0,75
Desconocida	3,76

Examinando los datos por desglose de edad, la franja en dónde se denuncian un **mayor número de victimizaciones es entre los 18 y los 30 años**, elevándose hasta un **47,37%**. Las víctimas de más de 65 años suponen el 0,75%, una mínima parte del total.

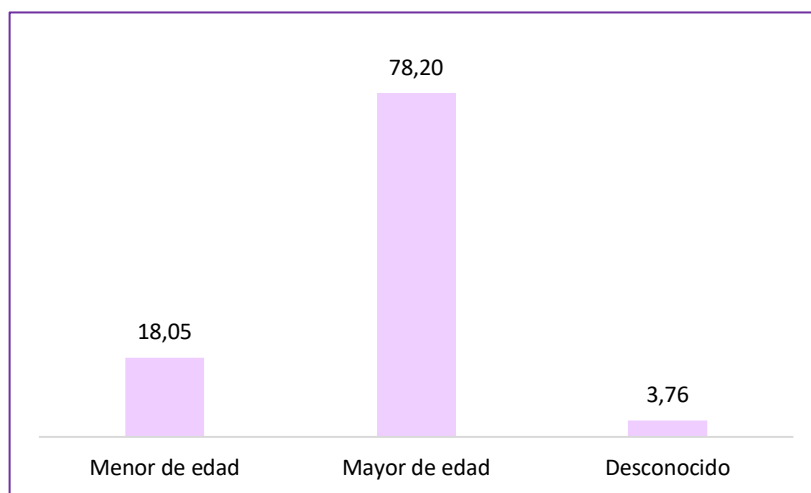
Gráfica 8. Distribución porcentual por edades de las víctimas



La mayoría de las **víctimas son mayores de edad**, en concreto, de las 133 víctimas analizadas, 104 tiene más de 18 años, lo que equivale al **78,20%**. Hay 24 víctimas **menores de edad** (con 17 años o menos); lo que representa el **18,05%** del total, son los llamados “Delitos contra la indemnidad sexual”.

Y en el 3,75% de los casos (5 casos de 133) no consta edad alguna.

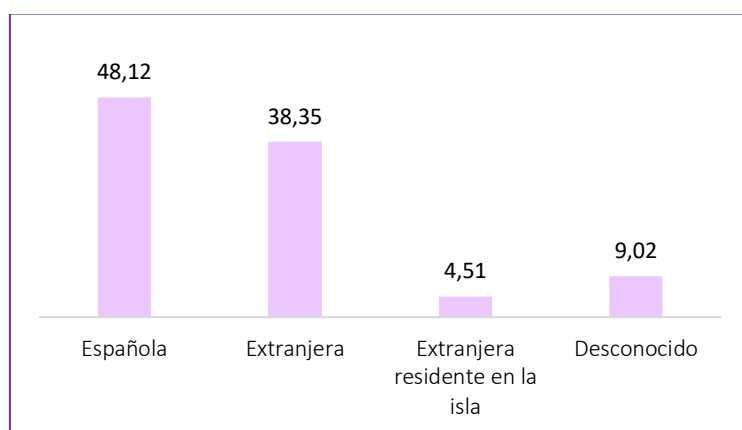
Gráfica 9. Distribución porcentual por víctima mayor o menor de edad



7.2.3 Nacionalidad de la víctima

Respecto a la nacionalidad de la víctima, la mayoría de ellas corresponde a la **española (48,12%)**. Seguido de la nacionalidad extranjera (38,35%) y de la extranjera residente en la isla (4,51%). En el 9,02% de las agresiones sexuales denunciadas la información relativa a la nacionalidad no consta en el informe.

Gráfica 10. Distribución porcentual por nacionalidad de la víctima

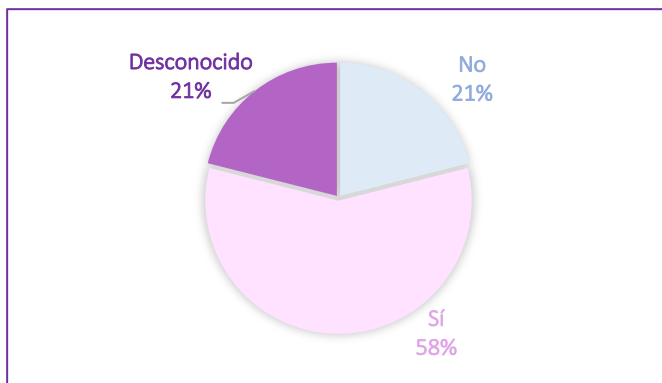


7.2.4 Consumo de tóxicos

Respecto al consumo de tóxicos:

- El **21,05%** de las víctimas manifestó **no** haber **consumido** ningún tipo de tóxico momentos previos a la agresión.
- El **57,89%** manifestó **sí** haber **consumido tóxicos** momentos antes de la agresión.
- En el 21,05% de los casos, este dato es desconocido, no consta en informe y/o no se ha recogido.

Gráfica 11. Distribución porcentual por consumo de tóxicos en la víctima momentos previos a la agresión



Del 57,89% de las víctimas que manifestaron consumo de sustancias tóxicas momentos antes de la agresión, las sustancias que relataron fueron:

- Alcohol en el 63,64% de las veces.
- Alcohol junto con otras sustancias en el 29,87%.
- Otras sustancias en el 3,90%.
- Y el 2,60% de las veces no especifican la sustancia consumida.

7.3 Características del agresor

7.3.1 Número de agresores

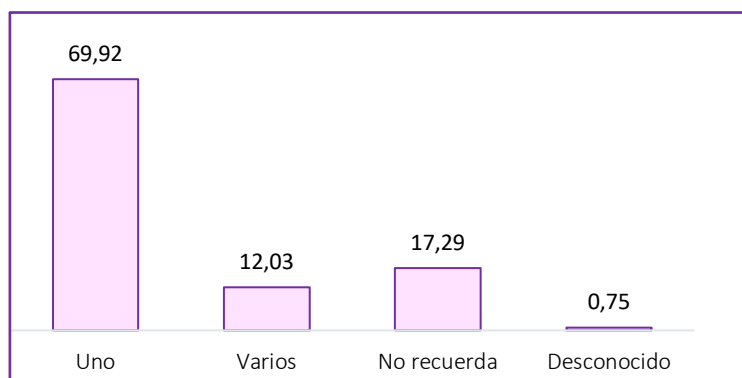
En el **69,92%** de los casos la agresión fue realizada por **un solo agresor**.

En el **12,03%** **por varios** agresores. De estos:

- El 81,25% fue realizada por 2 agresores.
- El 6,25% por 3 agresores.
- El 6,25% por 4 agresores
- El 6,25% restante no sabe especificar.

El **17,29%** no lo recuerda. En el 0,75% no consta información en el informe.

Gráfica 12. Distribución porcentual por número de agresores



7.3.2 Relación entre la víctima y el agresor/ agresores

De los datos analizados, el **54,89%** de las agresiones sexuales denunciadas son producidas por un **desconocido**, es decir, en la mayoría de los casos, la víctima no conoce a su agresor o agresores.

Únicamente el **27,07%** es una persona de cercanía de la víctima (conocida). Se han tenido en cuenta: pareja, expareja, amigo/conocido, familiar, pareja del progenitor y compañero laboral.

En los casos de doble agresor, el **2,26%** corresponde a agresiones sexuales llevadas a cabo simultáneamente **por una persona desconocida y otra conocida**.

En el 12,8% de los casos, la víctima no recuerda quien la agredió (si una persona conocida o un extraño). En el 3,01% la relación víctima/agresor no consta.

De las 36 víctimas (de 133) que conocían a su agresor:

- En el 55,56% de los casos la agresión sexual fue realizada por un amigo o conocido de la víctima.
- En el 25% por un la pareja o expareja de la víctima.
- En el 19,44% por un familiar de la víctima.

8. Conclusiones

Las agresiones sexuales acaecidas durante el año 2022 en la Isla de Mallorca, de interés médico legal y recogidas en la Base de Datos Orfila, tienen como características las siguientes:

Características de la mayoría de las agresiones:

- Durante la **época estival**, con un repunte de casos en el mes de **marzo** y otro en el mes de **octubre**.
- Durante la **noche del fin de semana o festivo**.
- En el **domicilio del agresor**.
- La mayoría de ellas relataron uso de violencia, amenazas y/o intimidación; y en **casi la mitad** de las agresiones se describieron **lesiones** objetivas, siendo la mayoría de ellas **extragenitales**.
- En más de la mitad de los casos, se denunció **penetración** (principalmente penetración **vaginal** mediante introducción del **miembro viril**). Una de cada diez víctimas afirma eyaculación (y de estas, la mitad de ellas refieren **eyaculación en el interior de la vagina**) **sin preservativo**.
- La mayoría de las agresiones fueron denunciadas en el **Partido Judicial de Palma**.
- En la mayoría de los casos, se tomaron **muestras biológicas**.

Características de la mayoría de las víctimas:

- La mayoría son **mujeres**.
- **Mayores de edad**; existiendo un pico de agresiones entre el rango de **18 - 30 años**.
- Nacionalidad **española**
- Relato de **consumo de drogas de abuso** (principalmente **alcohol**) momentos previos a la agresión.

Características de la mayoría de los agresores:

- **Un único** agresor.
- Sin relación con la víctima (agresor **desconocido**)

9. Discusión

El objeto primordial del presente trabajo de fin de grado ha consistido en la realización de una caracterización exhaustiva de las agresiones con causa médico-forense que se produjeron en la isla de Mallorca durante el año 2022 y registradas en la Base De Datos Orfila. Para tal efecto, se llevó a cabo una metodología descriptiva y observacional midiendo diversas variables relativas a la víctima, el agresor y la agresión en sí misma, a fin de obtener información fidedigna y clara sobre la situación de las agresiones sexuales en dicha región.

Asimismo, este estudio no solo ha arrojado información valiosa sobre las características de las agresiones sexuales en la Isla de Mallorca, sino que también ha evidenciado la importancia de cumplir con el protocolo existente para este tipo de delitos en el ámbito médico-forense. Aunque existe un protocolo establecido, es de vital importancia que los profesionales de dicho ámbito se conciencien acerca de la necesidad de aplicar de manera regulada, protocolizada y estandarizada dicho formulario destinado a la recopilación de información específica sobre la agresión sexual. Esto permitirá facilitar el análisis de los datos obtenidos en años posteriores, lo que, a su vez, permitirá generar nuevas hipótesis y llevar a cabo nuevos estudios en la materia.

En consecuencia, este trabajo representa una contribución relevante al ámbito jurídico ya que permite conocer la realidad de las agresiones sexuales en la Isla de Mallorca. Este estudio también arroja información forense destacando la necesidad de mejorar la aplicación de los protocolos existentes con el fin de recopilar información precisa y completa sobre los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Y pone de manifiesto la necesidad de desarrollar y aplicar medidas preventivas, así como educación de la población para evitar este tipo de delitos.

10. Bibliografía

1. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
2. Krivacska JJ. Handbook of Forensic Sexology (New Concepts in Human Sexuality) . 1994.
3. Calabuig G. Medicina Legal y Toxicología. 6ª. 2004.
4. Menéndez de Lucas JA. Manual de medicina legal y forense para estudiantes de medicina. 2020.
5. Cruz Fortún MÁ. Factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual. 2014.
6. Moreno Curiel C. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales.
7. Código-Penal-Español-1848.
8. Fernández JG. Guía de buenas prácticas. 1.ª ed. J.M Bosch; 2018. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/j.ctvr0qvf0>
9. Código Penal Español 1870.
10. Curiel M. Delitos contra la libertad e indemnidad sexual: abusos y agresiones sexuales. 2020.
11. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, Disposiciones generales.
12. Ley Orgánica 10/1995 , de 23 de noviembre, del Código Penal.
13. Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, Disposiciones Generales. 1999.
14. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, Disposiciones generales.
15. Núm. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, Disposiciones generales. 2010.
16. Ley Orgánica 1/15, de 30 de marzo, Disposiciones generales. 2015.
17. Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer. 2019.
18. Krug EG, World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002. 346 p.
19. Consejo Médico Forense. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2021. Disponible en: <http://cpage.mpr.gob.es>
20. Sanidad M DE. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. 2023.
21. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
22. De P, Cortes L. Código de Deontología Médica. 2011.
23. Stefanidou T, Hughes E, Kester K, Edmondson A, Majeed-Ariss R, Smith C, et al. The identification and treatment of mental health and substance misuse problems in sexual assault services: A systematic review. PLoS One. 10 de abril de 2020;15(4):e0231260.
24. 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.

25. Ministerio de Justicia. Protocolo para el reconocimiento en delitos contra la libertad sexual.
26. Sarasua B, Zubizarreta I. Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales. 2012;30:7-18.
27. Kvitko A. La violación : Peritación Médico Legal en las presuntas víctimas del delito. México; 2007.
28. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects [Internet]. Disponible en: www.fflm.ac.uk
29. Orden JUS 1291/ 2010, de preparación y remisión de muestras.
30. Carlos J, De España R. Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN.
31. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, De medidas de protección integral contra la violencia de género.
32. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Protocolo técnico de funcionamiento de las unidades de valoración forense integral. 2019.
33. Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. Plan de mejora para las Unidades de Valoración Forense Integral del Ministerio de Justicia (2020-2021). 2020.
34. Moreno Vilchez B, Coves Machi L, Medio Cornejo E, Sánchez Peira S, Sanpedro Vidal M. Agresión sexual en Mallorca: Características del agresor, de la víctima y de la agresión en el año 2017.
35. Moreno Vilchez B, Coves Machi L, Gutiérrez Buitrago G, Sogorb Maestre P. Agresión sexual en Mallorca: Características del agresor, de la víctima y de la agresión en el año 2015. Comparación del número de casos con años previos.