

MANUAL DE ATENCIÓN Y VALORACIÓN PERICIAL EN VIOLENCIA SEXUAL

Guía de buenas prácticas

COORDINADOR

Jorge González Fernández

Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja

Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual

Guía de buenas prácticas

Barcelona
2018



BOSCH EDITOR

© JUNIO 2018 JORGE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Coord.)

© JUNIO 2018



Librería Bosch, S.L.

<http://www.jmboscheditor.com>

<http://www.libreriabosch.com>

E-mail: editorial@jmboscheditor.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

ISBN papel: 978-84-948453-9-0

ISBN digital: 978-84-948684-0-5

D.L.: B14268-2018

Diseño portada y maquetación: Cristina Payà (cspaya@sbeditorialdesign.com)

Printed in Spain – Impreso en España

AUTORES

Rafael Alcázar Ruiz. Trabajador Social. IMLyCF de Alicante. Sociólogo. Profesor Asociado en Universidad de Alicante.

Alberto Alemany Carrasco. Director de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. Fundación A LA PAR.

Antonia Aretio Romero. Trabajadora Social en Servicio Riojano de Salud. Sociólogo. Doctora en Trabajo Social.

Rafael Bañón González. Director del IMLyCF de Murcia. Presidente del Comité Científico-Técnico del Consejo Médico Forense de España.

Víctor Calzas Villaescusa. Capitán de la Guardia Civil. Unidad Orgánica de Policía Judicial.

Isabel Cartagena Daudén. Psicóloga de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. Fundación A LA PAR.

Juan Gabriel de la Cruz Rodríguez. Jefe de Servicio de Clínica Forense. IMLyCF de Cáceres.

Víctor Dujo López. Máster en Psicología General Sanitaria. Máster en Psicología

Clínica, Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid.

Enrique Echeburúa Odriozola. Catedrático de Psicología Clínica. Universidad del País Vasco

María Gómez Valdemoro. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital San Pedro de Logroño.

Jorge González Fernández. Médico Forense. Director IMLyCF de La Rioja.

José Luis Graña Gómez. Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Cristina Hernando Torrecilla. Facultativa del Servicio de Química del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Santiago Herraiz España. Teniente Fiscal de la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Pedro José Horcajo Gil. Máster en Psicología General Sanitaria. Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid.

Begoña Martínez Jarreta. Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza.

José Amador Martínez Tejedor. Médico Forense. Director IMLyCF de Avila, Burgos, Segovia y Soria.

Nieves Montero de Espinosa Rodríguez. Médico Forense. Directora IMLyCF de Granada.

José María Montero Juanes. Médico Forense. Director IMLyCF de Cáceres.

Beatriz Otero Abadín. Directora del IMLyCF de Galicia (IMELGA).

Alex Pifarré Rubbel. Facultativo del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Pedro Juan Remírez Acín. Inspector del Cuerpo Nacional de Policía. Unidad Familia y Mujer.

María Ángeles R. Superviviente de Violencia de Género.

Pilar Ruiz Rodríguez. Trabajadora Social Forense. Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social Forense.

Marta Simón Gil. Trabajadora Social Forense. Profesora Asociada de la Facultad de Relaciones Laborales de la EHU/UPV. Vicepresidenta de la Asociación Española de Trabajo Social Forense.

Enrique Stern Briones. Fiscal Jefe de la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

José María Tenías Burillo. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Pare Jofre (Valencia).

Bernat-N. Tiffon Nonis. Psicólogo Forense. Profesor de «Psicología Jurídica» en Universitat Abad Oliba-CEU.

Araceli Vázquez López. Facultativo del Servicio de Biología. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

María Luisa Velasco Junquera. Psicóloga del Centro Asesor de la Mujer. La Rioja.

ÍNDICE

Prólogo. <i>María José Ordóñez Carbajal</i>	31
---	----

PARTE I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

Aspectos generales de la violencia sexual. <i>Jorge González Fernández</i>	35
--	----

Bibliografía	41
--------------------	----

CAPÍTULO 2

Evolución histórica de la sexología forense. El nacimiento de la Medicina Legal y los grandes clásicos (Siglos XVI-XIX). <i>Jorge González Fernández</i>	47
--	----

1. El Siglo XVI	49
-----------------------	----

2. El Siglo XVII	49
------------------------	----

3. El Siglo XVIII	49
-------------------------	----

4. El Siglo XIX	50
-----------------------	----

Bibliografía	70
--------------------	----

CAPÍTULO 3

Evolución histórica de la sexología forense (y 2). Los avances científicos y la atención centrada en la persona (Siglos XX y XXI). <i>Jorge González Fernández</i>	73
--	----

1. El Siglo XX	74
----------------------	----

ÍNDICE

2. El Siglo XXI	82
Bibliografía	87

CAPÍTULO 4

Cuestiones legales de los delitos contra la libertad sexual. *Enrique Stern Briones*.....

1. Antecedentes históricos	91
2. Delitos contra la libertad sexual	93
3. Agresión y abuso sexual.....	94
4. Agresiones y abusos a menores de dieciséis años.....	99
5. El acoso sexual.....	102
6. El exhibicionismo.....	102
7. Prostitución de mayores de edad.....	103
8. Prostitución de menores de edad.....	104
9. Pornografía infantil.....	104
Bibliografía	107

CAPÍTULO 5

La recuperación integral de las víctimas: objetivos y medidas. *Jorge González Fernández*

Bibliografía	109
	114

CAPÍTULO 6

Guías y protocolos de actuación. *Jorge González Fernández*.....

1. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.	115
2. National management guidelines for sexual assault.....	116
3. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations. Adults/Adolescents.....	118
4. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica	120
5. National training standards for sexual assault medical forensic examiners	122
	123

6.	Reglamento técnico del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia	124
7.	Guía de buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres	125
8.	Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género	126
9.	Guidelines & protocols. Medico-legal care for survivors/victims of sexual violence	127
10.	Recent rape/sexual assault: national guidelines on referral and forensic clinical examination in Ireland	128
11.	Strengthening the medico-legal response to sexual violence	129
12.	A national protocol for sexual abuse medical forensic examinations. Pediatric	130
13.	Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual	131
14.	National best practices for sexual assault kits: a multidisciplinary approach	132
15.	Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects	134
16.	Protocolo de actuación en la atención a menores víctimas y a las personas con discapacidad necesitadas de especial protección en los institutos de medicina legal y ciencias forenses	135
	Bibliografía	136

CAPÍTULO 7

Coordinación inter e intra-institucional en la atención a víctimas de violencia sexual. Organismos e instituciones de referencia. *José María Mon-*

	<i>tero Juanes</i>	141
1.	Introducción	141
2.	Objetivos	143
3.	Legislación de interés en torno a la víctima	143
4.	Urgencia de la respuesta forense	145
4.1.	Medidas de coordinación judicial	146

ÍNDICE

4.2. Medidas de Coordinación con Cuerpos y Fuerzas de Seguridad	146
4.3. Medidas de coordinación con el sistema sanitario	147
4.3.1. Reconocimiento por ginecólogo que abarcará fundamentalmente	148
4.3.2. Reconocimiento por médico forense que abarcará fundamentalmente	149
4.3.3. Información asistencial	150
4.4. Coordinación de actuaciones en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.....	151
4.5. Coordinación con Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.....	151
4.6. Medidas de coordinación con OAV.....	153
Bibliografía	154

CAPÍTULO 8

Protocolo general de intervención en personas que sobreviven a la violencia sexual. <i>José María Montero Juanes</i>	157
1. Atención a víctimas adultas	158
2. Atención a víctimas menores	160
Bibliografía	162

CAPÍTULO 9

Violencia sexual en parejas jóvenes. <i>José Luis Graña Gómez, Víctor Dujo López y Pedro J. Horcajo Gil</i>	163
1. Introducción	163
2. Violencia sexual en la pareja. Características y prevalencia.....	165
3. Teorías explicativas y factores de riesgo	170
4. Recomendaciones metodológicas para futuras líneas de investigación.....	173
5. Prevención.....	174
6. Perspectiva legal.....	175
7. Discusión y conclusiones.....	178
Bibliografía	180

CAPÍTULO 10

La violencia sexual como forma de maltrato en el ámbito doméstico.

<i>María Ángeles R.</i>	189
-------------------------------	-----

PARTE II

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER

CAPÍTULO 11

Las buenas prácticas en la evaluación pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual. *Jorge González Fernández, M^a Begoña Martínez-Jarreta y José M^a Tenías Burillo*

1. Identificación del médico forense actuante	197
2. El consentimiento informado	198
3. Presencia de acompañante	199
4. Sexo del médico examinador	202
5. Número de profesionales presentes	203
6. Número de reconocimientos necesarios	203
7. La urgencia	203
8. La toma de imágenes	204
9. Atención individualizada de necesidades específicas	206
9.1. Personas con dificultades idiomáticas	206
9.2. Particularidades culturales y religiosas.....	208
9.3. Asalto sexual por la pareja	208
9.4. Víctimas adolescentes	209
Bibliografía	209

CAPÍTULO 12

Actuación y acompañamiento desde el Trabajo Social con mujeres agredidas sexualmente. *Antonia Aretio Romero*

1. Introducción	215
2. Un poco de contexto.....	216

ÍNDICE

3.	Intervención desde el trabajo social ante las agresiones sexuales puntuales	219
4.	Intervención desde el trabajo social ante las agresiones sexuales continuadas	222
5.	Aportaciones específicas del trabajo social en la intervención ante las agresiones sexuales.....	227
5.1.	El trabajo social como disciplina propia para el conocimiento del marco social.....	227
5.2.	El trabajo social sanitario	228
5.3.	Las situaciones de vulnerabilidad.....	229
5.4.	Trabajo con las redes sociales	230
5.5.	Trabajo grupal y comunitario.....	231
5.6.	Deconstrucción de la identidad: hacia una nueva identidad liberadora	233
5.7.	Coordinación interinstitucional. Movilización de recursos.....	234
5.8.	Actitudes y criterios de intervención desde el trabajo social para la VG.....	235
6.	Conclusión.....	235
	Bibliografía	236

CAPÍTULO 13

	La recogida de datos de interés forense. <i>Beatriz Otero Abadín</i>	239
1.	Recepción de la víctima.....	240
2.	Anamnesis.....	240
3.	Situaciones especiales	243
3.1.	Entrevista médico forense a los menores víctimas de violencia sexual.....	243
	Bibliografía	244

CAPÍTULO 14

	La exploración física. <i>Nieves Montero de Espinosa Rodríguez</i>	247
1.	Introducción	247

2.	Cronograma de actuación médico forense	251
2.1.	Anamnesis	251
2.2.	Exploración Física	252
2.2.1.	Inspección.....	253
2.2.2.	Exploración.....	253
2.2.2.1.	Exploración general.....	253
2.2.3.	Secuelas físicas	261
3.	Objetivos de la intervención pericial del médico forense.....	262
	Bibliografía	264

CAPÍTULO 15

	La toma de muestras biológicas. Los plazos. <i>Jorge González Fernández....</i>	267
1.	Introducción	267
2.	El consentimiento	268
3.	La protección contra la contaminación en la toma y manipulado de las muestras	268
4.	La toma de muestras	269
5.	Los plazos	270
6.	La normativa en España.....	274
7.	Los kits de recogida.....	275
8.	Recogida y empaquetado	277
9.	Cadena de custodia.....	277
	Bibliografía	278

CAPÍTULO 16

	Actuación clínica del médico especialista en Ginecología. <i>María Gómez Valdemoro.....</i>	283
1.	Consecuencias en la salud.....	283
1.1.	Consecuencias físicas	284
1.2.	Consecuencias psicológicas.....	284
1.3.	Consecuencias sociales	284

ÍNDICE

2.	Actuación sanitaria	285
2.1.	Actuación Especializada en Servicio de Urgencias de Ginecología	285
2.1.1.	Recepción y acogida.....	285
2.1.2.	Actuación clínica	287
2.1.2.1.	Anamnesis	287
2.1.2.2.	Valoración del estado psicológico	288
2.1.2.3.	Exploración física.....	289
2.1.3.	Exámenes de Laboratorio.....	290
2.1.3.1.	Estudio cito-bacteriológico.....	290
2.1.3.2.	Analítica de sangre	291
2.1.3.3.	Otras muestras	291
2.1.4.	Parte médico	292
2.1.5.	Tratamiento médico y Atención psicológica	292
2.1.5.1.	Tratamiento de las lesiones físicas	292
2.1.5.2.	Prevención de ETS (<i>Gonococo</i> , <i>Chlamydia</i> y <i>Trichomonas</i>)	293
2.1.5.3.	Prevención de VHB y VHC	293
2.1.5.4.	Profilaxis VIH	295
2.1.5.5.	Profilaxis Antitetánica	300
2.1.5.6.	Prevención de Embarazo	301
2.1.5.7.	Prevención de Secuelas Psíquicas	302
2.1.5.8.	Tratamiento Social.....	302
2.1.5.9.	Alta y seguimiento	302
2.2.	Primera visita Post-Agresión	303
2.3.	Control al mes (Servicio de Infecciosas).....	304
2.4.	Control a los 6 meses (Servicio de Infecciosas).....	304
2.5.	Seguimiento en consulta de Ginecología (a las 3-4 semanas)	304
	Anexo.....	305
	Bibliografía	307

CAPÍTULO 17

La intervención psicológica en crisis como factor de prevención. *María*

<i>Luisa Velasco Junquera</i>	311
1. La prevención desde la psicología.....	312
2. La intervención psicológica.....	314
2.1. Primeros auxilios psicológicos	315
2.1.1. Aspectos conceptuales	315
2.1.2. Objetivos Generales	315
2.2. La intervención psicológica temprana	318
2.2.1. Objetivos Generales	318
2.2.2. Fases en la intervención psicológica temprana.....	319
3. Tratamiento psicológico propiamente dicho	321
3.1. Tratamiento psicológico individual	322
3.2. Tratamiento psicológico grupal	322
Bibliografía	323

CAPÍTULO 18

Protocolos de intervención policial en la atención a víctimas. *Pedro Juan*

<i>Remírez Acín</i>	325
1. Hechos delictivos a los que se aplican	327
2. Funcionarios que acudirán al lugar de los hechos	327
3. Medidas de actuación	328
3.1. Seguridad Ciudadana.....	328
3.1.1. Medidas previas	328
3.1.2. Medidas de protección de la escena del crimen	329
3.1.3. Responsable del Dispositivo	330
3.1.4. Comunicación a las Unidades especializadas y a las Autoridades competentes.....	330
3.1.5. Medidas de protección según el lugar.....	331
3.2. Policía Científica/Policía Judicial.....	332
3.3. Otras actuaciones.....	333
4. Protocolo de intervención.....	334

ÍNDICE

4.1. Información de derechos	335
4.2. Actuaciones colaterales.....	335
4.3. El trato con la víctima.....	336
4.4. La declaración	337

CAPÍTULO 19

Daño psicológico en víctimas adultas de agresiones sexuales. *Enrique*

<i>Echeburúa Odriozola</i>	339
1. Introducción	339
2. Víctimas de riesgo y víctimas vulnerables al daño psicológico...	340
2.1. Víctimas de riesgo.....	341
2.2. Víctimas vulnerables al daño psicológico	341
3. Daño psicológico en las víctimas de agresiones sexuales	342
3.1. Reacciones a corto plazo	343
3.2. Reacciones a medio plazo	343
3.3. Reacciones a largo plazo	343
4. El caso especial de los sentimientos de culpa	344
5. Credibilidad del testimonio en las víctimas de agresiones sexuales	345
6. Conclusiones	346
Bibliografía	347

CAPÍTULO 20

Evaluación psicopatológica de la víctima. Lesiones y secuelas psíqui-

<i>cas. José Amador Martínez Tejedor</i>	351
1. Introducción	351
2. Las lesiones y secuelas psíquicas	354
2.1. Conceptos.....	354
2.1.1. El Daño Psíquico.....	354
2.1.2. La Lesión Psíquica	354
2.1.3. La Secuela Psíquica.....	355
2.1.4. El Daño Moral	355

2.2.	Mecanismos del Daño Psíquico.....	355
2.3.	Relación de causalidad	357
2.4.	Lesiones Psíquicas.....	358
3.	Exploración psicopatológica.....	359
3.1.	Estado inicial	359
3.2.	Evolución del estado psíquico.....	360
4.	Cuadros clínicos más frecuentes	361
5.	Secuelas psíquicas	362
6.	El daño psíquico como «prueba» de una relación no consentida	363
7.	Evaluación de la capacidad de consentimiento.....	363
	Bibliografía	366

CAPÍTULO 21

	Evaluación psicopatológica del agresor. Imputabilidad. Riesgo de reincidencia. Tratamientos. <i>José Amador Martínez Tejedor</i>	369
1.	Tipologías de delincuentes sexuales	369
2.	Parafilias y delitos sexuales	374
2.1.	Exhibicionismo	375
2.2.	Pedofilia.....	376
2.3.	Sadismo.....	377
2.4.	Masochismo.....	377
2.5.	Voyeurismo.....	377
2.6.	Frotteurismo.....	377
2.7.	Fetichismo travestista.....	378
3.	Aspectos psiquiátrico forenses de las parafilias	378
3.1.	Imputabilidad.....	378
3.2.	Riesgo de reincidencia de los delincuentes sexuales	378
3.2.1.	Evaluación del Riesgo de Reincidencia.....	379
3.2.2.	Antecedentes de la evaluación del riesgo: los estudios de la Peligrosidad	379
3.2.3.	Concepto de riesgo e instrumentos de predicción...	380

3.2.4. Valoración del riesgo vs. valoración de la peligrosidad.....	381
4. Tratamiento de los agresores sexuales	383
Bibliografía	384

CAPÍTULO 22

La valoración social y familiar: lesiones y secuelas sociales. <i>Marta Simón Gil</i>	387
1. La evaluación de las lesiones y secuelas sociales por el trabajador/a social	387
1.1. Organización Institucional y su relación con los trabajadores/as sociales forenses.....	387
2. Consideraciones sobre la violencia sexual a nivel internacional y su relación con la legislación de violencia de género en España....	388
2.1. Consideraciones Internacionales sobre la Violencia Sexual.....	388
2.2. Violencia sexual en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género	389
2.3. La Violencia Sexual en los Juzgados de Instrucción y Penal.....	390
3. El trabajo social en la evaluación pericial de víctimas de violencia sexual	391
3.1. Aspectos generales del Trabajo Social en el Sistema Judicial	391
3.2. Pertinencia de la evaluación del daño social por el trabajador/a social en víctimas de violencia sexual.....	392
4. El daño social en el contexto legal.....	393
4.1. Dimensión social del trauma	393
4.2. Establecimiento de lesiones y secuelas sociales derivadas del delito.....	394
4.3. Reconocimiento jurídico de las lesiones y secuelas sociales en los tribunales españoles.....	397
5. Modelo y aspectos metodológicos generales de la valoración forense	399

5.1. Aspectos Metodológicos de la evaluación pericial del Trabajo Social con víctimas de violencia sexual.....	399
5.2. Metodología y técnicas en la evaluación de lesiones y secuelas sociales	400
6. Conclusiones	403
Bibliografía	405

CAPÍTULO 23

Investigación policial en agresiones sexuales. <i>Víctor Calzas Villaescusa ...</i>	409
1. Introducción	409
2. La agresión sexual.....	410
3. La investigación policial.....	412
3.1. Actuación inicial en el lugar del delito	412
3.2. Estudio de la «escena del crimen».....	413
3.2.1. Estudio del lugar de los hechos.....	413
3.2.1. Estudio Médico-forense de las personas.....	416
3.2.2.1. Actuaciones o informes sobre la posible víctima	416
3.2.2.2. Actuaciones o informes sobre los autores ..	417
3.2.2.3. Actuaciones o informes sobre el testigo	418
3.3. La entrevista policial a la víctima de un delito de agresión sexual	419
4. Conclusiones	420
Bibliografía	421

CAPÍTULO 24

Técnicas empleadas en el estudio de ADN sobre muestras en delitos contra la libertad sexual. <i>Araceli Vázquez López</i>	423
1. Técnicas preliminares en los indicios más frecuentes encontrados en casos de agresión sexual.....	424
1.1. Técnicas preliminares orientativas.....	425
1.1.1. Técnicas preliminares orientativas de restos de semen	425

ÍNDICE

1.1.2. Técnicas preliminares orientativas de restos de saliva	426
1.1.3. Técnicas preliminares orientativas de restos de sangre	427
1.2. Técnicas preliminares de certeza	429
1.2.1. Técnicas preliminares de certeza de presencia de restos de semen	429
1.2.2. Técnicas preliminares de certeza de presencia de restos de sangre	431
2. Extracción de ADN	431
2.1. Lisis diferencial	432
3. Análisis genético	433
3.1. Cuantificación de ADN humano	433
3.2. Amplificación	434
3.2.1. STRs autosómicos	435
3.2.2. Marcadores de linaje	435
3.3. Separación y detección del ADN amplificado	437
3.3.1. Detección de fragmentos de ADN mediante electroforesis capilar	437
3.3.2. Secuenciación mediante electroforesis capilar	438
3.3.3. Nuevos métodos de secuenciación	439
3.4. Edición de perfiles genéticos	440
4. Valoración de resultados	440
4.1. Tipos de resultado	440
4.2. Valoración estadística de la coincidencia/compatibilidad ..	441
Bibliografía	441

CAPÍTULO 25

Las bases de datos en la identificación de delincuentes sexuales. <i>Alex Pifarré Rubbel</i>	445
1. Introducción	445
2. Características generales de los marcadores genéticos empleados en las bases de datos	446

3.	Sistema CoDIS. Generalidades	448
3.1.	Marcadores genéticos STR del <i>core</i> de CoDIS y otros sistemas	448
4.	Bases de datos de ADN en España. LO 10/2007, de 8 de octubre.....	450
4.1.	Ficheros preexistentes en España.....	450
4.2.	Ley Orgánica 10/2007, de 8 de octubre, reguladora de la base de datos policial sobre identificadores obtenidos a partir del ADN	451
4.3.	Bases de datos criminales	452
4.4.	Ámbito internacional de las BD criminales.....	453
4.5.	La BD criminal en España	454
4.5.1.	<i>Specimen category</i> . Índices de búsqueda	455
4.5.2.	<i>Stringency</i> (rigor)	456
4.6.	Otros aspectos a tener en cuenta en el uso de las BD	458
4.6.1.	Base de datos de staff o del personal trabajador.....	458
4.6.2.	Requisitos de los perfiles genéticos. Match o coincidencia	458
	Bibliografía	459

CAPÍTULO 26

	La sumisión química. Criterios clínicos orientadores. <i>Nieves Montero de Espinosa Rodríguez</i>	461
1.	Introducción	461
1.1.	Concepto	462
1.2.	Regulación	462
2.	Objetivos	464
3.	Sustancias empleadas.....	464
3.1.	Sustancias frecuentemente empleadas	465
4.	Clínica y criterios para la toma de muestras.....	469
5.	Recogida sistemática de muestras	470
5.1.	Cantidades y material.....	471

ÍNDICE

5.2. Obtención de muestras.....	471
5.3. Conservación	472
6. Consideraciones	472
6.1. Situaciones específicas que se pueden presentar	473
6.2. Modificación de la metodología del Protocolo General	474
7. Conclusiones	475
Bibliografía	476

CAPÍTULO 27

Técnicas de determinación de drogas facilitadoras de la agresión sexual. Sustancias analizadas y su valoración. *Cristina Hernando Torrecilla*. 479

1. Introducción: las drogas facilitadoras de la agresión sexual.....	479
2. Determinación de drogas en muestras biológicas.....	480
2.1. Análisis generales	481
2.1.1. Cribado drogas y psicofármacos por enzimoimmunoassay (EI).....	481
2.1.2. Investigación general de drogas y psicofármacos por Cromatografía de gasesespectrometría de masas (CG-MS).....	482
2.1.2.1. Método SIM.....	483
2.1.2.2. Método SCAN.....	485
2.2. Análisis específicos	488
2.2.1. Análisis de alcohol etílico.....	488
2.2.2. Análisis de 4-hidroxibutirato (GHB).....	490
2.2.3. Análisis de cannabinoides	491
2.3. Análisis de muestras de cabello.....	492
2.3.1. Aspectos teóricos	493
2.3.2. Aspectos prácticos.....	493
2.3.3. Aspectos interpretativos.....	495
3. Sustancias detectadas	496
3.1. Alcohol etílico	497
3.2. Alcohol y cocaína.....	498

3.3.	Sustancias inesperadas	499
3.3.1.	Opioide analgésico: Hidrocodona	499
3.3.2.	Antihistamínico: Bromfeniramina	500
3.3.3.	Antihistamínico: Doxilamina.....	501
3.4.	Sustancias recetadas	502
3.4.1.	Hipnótico sedante: Clometiazol.....	502
3.5.	Sustancias sospechosas de Sumisión Química	503
3.5.1.	GHB	503
3.5.2.	Barbitúrico: Fenobarbital.....	504
3.5.3.	Benzodiazepinas	504
3.5.4.	Antipsicótico sedante: Clorpromazina.....	506
3.5.5.	Sustancias no encontradas. Escopolamina	507
3.6.	Nuevas tendencias: NPS, Chemsex.....	508
3.7.	Sustancias detectadas en cabello	508
3.7.1.	Sumisión Química y robo.....	508
3.7.2.	Secuestro y agresión sexual.....	509
3.7.3.	Convivencia y agresión sexual	510
4.	Conclusiones	510
	Bibliografía	510

PARTE III

ATENCIÓN A OTRAS VÍCTIMAS VULNERABLES: MENORES, ANCIANOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPÍTULO 28

	Aspectos legales de la violencia sexual contra grupos vulnerables. <i>Santiago Herraiz España</i>	515
1.	Configuración legal de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales: regulación legal expresa de conductas que afectan a víctimas pertenecientes a grupos vulnerables.....	516
2.	La edad de consentimiento sexual del menor	519
3.	Pautas de actuación en la pericial forense	524
	Bibliografía	527

CAPÍTULO 29

La exploración física del menor. *Rafael Bañón González y Juan Gabriel de la*

<i>Cruz Rodríguez</i>	529
1. Introducción	529
2. La exploración física.....	530
2.1. Sospecha de Agresión/Abuso sexual <i>agudo</i>	531
2.2. Sospecha de Agresión/Abuso sexual <i>no agudo</i>	535
3. Aspectos específicos del examen físico genital.....	535
3.1. Hallazgos físicos	536
3.1.1. Hallazgos físicos normales no relacionados con violencia sexual.....	536
3.1.2. Hallazgos comúnmente causados por causas médi- cas diferentes a trauma o contacto sexual	538
3.1.3. Hallazgos debidos a otras causas que pueden con- fundirse con abuso sexual	538
3.1.4. Hallazgos sin consenso de expertos sobre su signi- ficado con respecto a un posible contacto sexual o trauma.....	539
3.1.5. Lesiones causadas por traumatismos.....	539
3.1.5.1. Agudos	540
3.1.5.2. Lesiones cicatrizadas.....	540
3.2. Infecciones	540
3.2.1. Infecciones no relacionadas con un contacto sexual .	540
3.2.2. Infecciones que pueden provenir o de un contacto sexual o no sexual.....	541
3.2.3. Infecciones causadas por un contacto sexual.....	541
3.3. Hallazgos diagnósticos de contacto sexual	541
4. Conclusión.....	542
Bibliografía	542

CAPÍTULO 30

Estudio de la credibilidad del testimonio en menores víctimas de abusos

y/o agresiones sexuales. *Bernat-N. Tiffon Nonis.* 545

1. Marco teórico y contextualización	545
--	-----

1.1.	Modalidades del abuso sexual y localización.....	546
1.2.	Perfil del agresor sexual.....	548
1.3.	Sospecha / certeza y credibilidad del abuso sexual	548
1.3.1.	La Situación de Sospecha	549
1.3.2.	La Situación de Certeza.....	551
1.4.	Indicadores asociados a falsas alegaciones de abuso sexual.....	557
2.	Marco práctico.....	558
2.1.	La prueba de la entrevista con el menor	558
2.2.	Cualidades del entrevistador	559
2.3.	Análisis de la credibilidad del testimonio	560
2.3.1.	Análisis del contenido basado en criterios (CBCA)	562
2.3.2.	Reglas del CBCA	564
2.3.3.	Consideraciones con respecto a la administración del SVA/CBCA.....	565
2.3.4.	Punto de corte significativo de la prueba CBCA.....	567
2.3.5.	Consideraciones críticas al CBCA.....	569
2.3.6.	Consideraciones finales	571
3.	Anexos.....	571
3.1.	Casística con sujetos con discapacidad psíquico-intelectual	571
3.2.	Otras aproximaciones para el estudio de la credibilidad del testimonio	572
3.2.1.	Evaluación del relato CRITERIAL.....	572
3.2.2.	Evaluación del relato FUNCIONAL	572
3.2.3.	Evaluación del relato ESTRUCTURAL	574
	Bibliografía	576

CAPÍTULO 31

Las secuelas psíquicas en los menores abusados. <i>José Amador Martínez Tejedor</i>		587
1.	Introducción	587

ÍNDICE

2.	Mecanismos de las alteraciones psicológicas de los menores abusados	591
3.	Síntomas iniciales	592
4.	Secuelas psíquicas	594
	Bibliografía	595

CAPÍTULO 32

	La intervención del trabajador social forense con víctimas vulnerables de agresión sexual. <i>Pilar Ruiz Rodríguez y Rafael Alcázar Ruiz</i>	597
--	--	-----

1.	Introducción	597
2.	El trabajador social forense en la intervención con víctimas de agresión sexual vulnerables: menores, ancianos y discapacitados.	599
2.1.	Asistencial	599
2.2.	Pericial	599
2.2.1.	La entrevista cognitivo-contextual	600
2.2.2.	La prueba preconstituida	601
2.2.3.	La evaluación del testimonio de los menores	602
2.2.4.	La evaluación del contexto socio-familiar	603
2.2.5.	La valoración del daño social y su reconocimiento judicial	604
3.	Ámbito asistencial. Las Oficinas de Atención a Víctimas (OAVD)..	605
4.	El tratamiento social de las víctimas	606
5.	Conclusiones	608
	Bibliografía	609

CAPÍTULO 33

	Atención a víctimas con discapacidades físicas o sensoriales. <i>Jorge González Fernández</i>	613
--	---	-----

1.	Introducción	613
2.	Factores de vulnerabilidad	615
3.	Atención a víctimas con discapacidad física	617
4.	Víctimas con discapacidad sensorial	618

4.1. Víctimas con Discapacidad Auditiva	619
4.2. Víctimas con Discapacidad Visual	622
4.3. Víctimas sordo-ciegas	623
5. Los animales de servicio	625
Bibliografía	625

CAPÍTULO 34

Violencia sexual a personas con discapacidad intelectual. La Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. *Alberto Alemany Carrasco e Isabel Cartagena Daudén*.....

1. Contextualización del concepto de discapacidad intelectual.....	627
2. Vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual frente a la violencia sexual y el proceso penal	629
3. Evaluación de capacidades que afectan al testimonio de la persona con discapacidad intelectual (ECAT-DI)	631
4. Obtención y valoración del testimonio de la persona con discapacidad intelectual.....	633
5. Valoración del daño.....	636
6. Evaluación de la capacidad para consentir relaciones sexuales ...	638
7. Conclusiones a la intervención forense con personas con discapacidad intelectual.....	639
Bibliografía	639

CAPÍTULO 35

La violencia sexual en las personas mayores. *Rafael Bañón González y Jorge González Fernández*.....

1. Introducción	643
2. Epidemiología.....	645
3. Lesiones específicas	646
4. La exploración	647
5. Bibliografía	648

PARTE IV
AGRESIONES SEXUALES EN OTROS COLECTIVOS

CAPÍTULO 36

La violencia sexual hacia el varón. Principales aspectos de la exploración física. <i>Juan Gabriel de la Cruz Rodríguez</i>	653
1. Introducción	653
2. El hombre como víctima de violencia sexual	653
3. Epidemiología.....	655
4. Visión de conjunto del abordaje y evaluación de la víctima	657
4.1. Anamnesis	659
4.2. Examen físico y detección de lesiones	659
4.3. Desde el punto de vista forense un protocolo completo puede llegar a incluir las siguientes muestras	662
4.3.1. Muestras para estudios biológicos	662
4.3.2. Muestras para estudios microbiológicos	667
4.3.3. Muestras para estudios toxicológicos	668
4.4. Profilaxis infecciosa	668
4.5. Alta y seguimiento	670
Bibliografía	670

CAPÍTULO 37

Violencia sexual en personas gays, lesbianas y transexuales. Pautas básicas para una atención sensible. <i>Jorge González Fernández</i>	673
1. Aspectos generales	673
2. El contacto inicial	675
3. La anamnesis	676
4. La exploración	676
4.1. Transexuales masculinos	677
4.2. Transexuales femeninos	678
Bibliografía	679

PRÓLOGO

María José Ordóñez Carbajal

El «*Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual*» presenta una guía de buenas prácticas que permitirá, sin duda alguna, mejorar la atención profesional que reciben las víctimas de violencia sexual.

Una agresión sexual produce en la persona que la padece un enorme sufrimiento psicológico, al que desafortunadamente hay que sumar demasiado a menudo la victimización secundaria que supone para esa persona la reacción de la sociedad cuando revela, si es que decide manifestarlo, la agresión sufrida. Esta revictimización se produce en todos los ámbitos, pudiendo abarcar desde la incomprensión de familiares cercanos hasta la del personal profesional que atiende a la víctima, generando sentimientos de culpa, vergüenza e inseguridad que propician en la víctima un mayor sufrimiento, así como que el trauma sufrido se refuerce en vez de aminorarse.

Todas estas actitudes sociales, unidas al estado personal producido por la agresión provocan o pueden propiciar el que un gran número de ellas opten por guardar silencio, no interpongan una denuncia y no revelen la violencia sufrida, ni siquiera a su entorno cercano. Ya en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género, 2013-2016 se planteaba como eje primordial el de ayudar y animar a las mujeres a salir del círculo de mutismo y aislamiento que, bajo la denominación de «*La ruptura del silencio cómplice del maltrato*», exponía cómo a través de diferentes cauces, como Campañas de Prevención y Sensibilización, Impartición de talleres y actuaciones de formación o convenios con las empresas, no sólo las víctimas sino la sociedad entera podría conocer y detectar las primeras señales de maltrato y la detección precoz del mismo.

Una campaña lanzada en Estados Unidos por End Violence Against Women International tiene como lema «Start by believing», y como objetivo «transformar

la forma en que respondemos a la violencia sexual». Quienes han desarrollado esta campaña afirman que *nuestra reacción es la que marca la diferencia*. De ahí la enorme importancia de este manual. Los profesionales que entran en contacto con personas supervivientes de trances extremos como agresiones sexuales pueden agravar el trauma a través de actuaciones insensibles o culpabilizadoras, o pueden, mediante una respuesta profesional, respetuosa, sensible y compasiva, favorecer su curación y recuperación. Es posible ayudar, generando una reacción positiva, a marcar la diferencia entre el trauma y la salida.

Partiendo de que, en la mayoría de los casos en que se produce una falta de sensibilidad o de empatía del personal profesional de atención a las víctimas de delitos sexuales, es fruto del desconocimiento, se hace imprescindible avanzar en aspectos básicos como la prevención y la formación especializada de manera que todas las personas que trabajan con víctimas de violencia sexual reciban un aprendizaje adecuado y dispongan de directrices a seguir a través del establecimiento de buenas prácticas, como las recogidas en el presente libro. Por eso es necesario destacar, como valor añadido, su enfoque multidisciplinar, que favorece la comprensión del fenómeno más allá del ámbito de especialización de cada profesional de manera aislada, prestando especial cuidado a las diferentes necesidades de la víctima para su acompañamiento en el camino de la recuperación.

Se nos presenta un tratado muy completo e interesante, que abarca desde la evolución histórica de la sexología forense o el resumen de las principales guías de actuación que existen en el ámbito internacional, los aspectos legales en relación a los delitos contra la libertad sexual o la coordinación interinstitucional hasta las agresiones sexuales hacia menores, ancianos o personas con discapacidad, así como a colectivos específicos como el LGBT, sin olvidar todos los aspectos de la clínica forense, así como la investigación policial, la evaluación psicopatológica de la víctima y del agresor, y las secuelas sociales y psicológicas de la agresión. El espectro completo para abordar con seriedad y rigor minucioso un tema tan delicado como es la violencia sexual.

Si las personas que sufren una agresión sexual sienten que la sociedad les protege, apoya y trata de forma adecuada, si tienen confianza en el sistema y en la salida a la terrible situación vivida, contarán lo sucedido con mayor facilidad y su trauma no se intensificará de forma innecesaria.

Este libro aporta, como decíamos al principio, un conocimiento serio y riguroso que favorecerá que los profesionales que lo lean mejoren su acercamiento a las víctimas de agresiones sexuales. Por eso es tan importante.

María José Ordóñez Carbajal
Delegada del Gobierno para la Violencia de Género.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

PARTE I

Introducción

ASPECTOS GENERALES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Jorge González Fernández

La violencia sexual, en cualquiera de sus formas, supone una de las más terribles experiencias vitales que puede padecer un ser humano. Provoca, junto con el daño físico, un sufrimiento psíquico derivado de la vulneración del bienestar, de la autonomía, de la privacidad y de la seguridad (1), constituyendo un problema complejo con aspectos médicos, psicológicos y legales (2).

En la literatura científica los términos asalto sexual, violación, abuso sexual y violencia sexual significan en general lo mismo y se emplean indistintamente (3). Sin embargo, su significado jurídico no es similar, existiendo diferencias en el Código Penal español, que distingue aquellas conductas en las que se utiliza violencia o intimidación y que tipifica como agresión sexual, de otras en las que sin mediar consentimiento no existen tales condicionantes, considerándolas como abuso sexual; concreta para las primeras que *«Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación»* (4).

Al margen de estas consideraciones legales, las diferentes guías y protocolos de atención médica o médico-legal establecen sus propias definiciones, y así, las Directrices para la asistencia médico-legal de víctimas de violencia sexual, publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, consideran la violencia sexual como *«Cualquier acto o intento de consumir un acto sexual no deseado, utilizando coacción o amenazas realizado por cualquier persona, con independencia de su relación con la víctima, y en cualquier lugar, incluyendo la casa y el trabajo»* (5).

En España el «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género» describe la violencia sexual como la *«Imposición a la mujer de un com-*

portamiento sexual contra su voluntad, bien se produzca por parte de su pareja o por parte de otras personas» (6).

Respecto a los países referentes en atención a víctimas de este tipo de delitos, debe citarse la revisión realizada en 2013 por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, que considera la violación como «*La penetración, por leve que sea, de la vagina o el ano con cualquier parte del cuerpo u objeto, o la penetración oral de un órgano sexual de otra persona, sin el consentimiento de la víctima*» (1).

En cualquier caso, se trata de una forma de violencia omnipresente, que se produce en todas las culturas, en todos los niveles de la sociedad y en todos los países del mundo. Toda persona puede experimentar un asalto sexual en algún momento de su vida, si bien está documentado y ampliamente aceptado que las víctimas más frecuentes son mujeres y que la mayoría de los perpetradores son hombres, que en las mujeres el riesgo de ser atacadas sexualmente se da tanto en la infancia como en la edad adulta, mientras que en los hombres la mayor prevalencia se da en la niñez, y que la mayoría de las víctimas conocen a su atacante (5) (7). Este último dato es de gran interés, ya que cuanto más cercana es su relación con la víctima, más difícil le resulta a esta hablar sobre el asalto (8).

Se registra en todos los países, aunque en la mayor parte de ellos esta cuestión no ha sido suficientemente investigada. En el mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual en un momento de su vida (9). Según estimaciones, hasta un 20% de mujeres y un 3% de hombres serán víctimas de una violación o de una tentativa de violación a lo largo de su existencia (10)(11).

La encuesta realizada en Francia en el año 2000, sobre una muestra de 6.970 mujeres entre 20 y 59 años, indicó que un 11% había sufrido al menos una agresión sexual en el curso de su vida, y que alrededor de la mitad de ellas no había hablado jamás de este asunto antes de la encuesta (12). Otro estudio desarrollado en este mismo país sobre 756 casos de agresión sexual (13) permitió evaluar la identidad del agresor, comprobando que en las víctimas de 15 y más años un 62'2% conocía al abusador: en el 10% de los casos el agresor era el excónyuge o la expareja, en un 9'6% el marido o la persona con la que convivía, mientras que en otro 5% se trataba de un familiar de la víctima; en el 37'7% de los casos el agresor era un extraño.

En Estados Unidos, la Encuesta nacional de Violencia de pareja y sexual del año 2010 estimó que anualmente se producen 1,3 millones de agresiones físicas relacionadas con violaciones contra las mujeres. El 18'3% de mujeres y el 1'4% de hombres encuestados informaron de que habían sido víctimas de una violación o de un intento de violación durante su vida (14). Otras encuestas de población indican una prevalencia a lo largo de la vida de entre un 13 y un 39% en el caso

de mujeres y un 3% en el caso de hombres (15)(16). Respecto al autor, entre 2005 y 2010 el 78% de las agresiones sexuales fueron cometidas por un miembro de la familia, la pareja, un amigo o un conocido (17).

En España, el Hospital Clínico de Barcelona realizó un estudio sobre 1.203 personas atendidas en su servicio de Urgencias con un diagnóstico de Agresión sexual entre los años 2007 y 2012, que aportaba datos sobre la edad media de los/las pacientes, 29 años, con una proporción por sexos de un 94% de mujeres, y la particularidad, contraria a otras publicaciones, de que el agresor era una persona desconocida en el 60% de los casos (18).

La encuesta de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea hecha pública en marzo de 2014 estimó que 3,7 millones de mujeres en la UE fueron víctimas de violencia sexual durante los 12 meses previos a la entrevista, lo que representa el 2% de las mujeres de entre 18 y 74 años de edad en la UE, y que una de cada 20 (5%) ha sido violada a partir de los 15 años de edad (19).

En el año 2014, una revisión publicada en el Lancet (20), justificada en la gran repercusión mediática que tuvieron varias violaciones y asesinatos de mujeres jóvenes ocurridos en la India y Sudáfrica, abarcó el período 1998-2011 identificando un total de 7231 artículos de los cuales se obtuvieron 412 estimaciones que cubrían 56 países, y cuyos datos más relevantes son que en 2010 el 7,2% de mujeres en todo el mundo había experimentado alguna vez violencia sexual. Las estimaciones más altas se registraron en el África subsahariana central (21%) y en el África subsahariana sur (17,4%); la prevalencia más baja fue para Asia sur (3,3%). No obstante, los autores concluían que si bien la violencia sexual contra las mujeres es común en todo el mundo, con niveles endémicos observados en algunas áreas, las grandes variaciones detectadas debían interpretarse con cautela por las diferencias en la disponibilidad de datos.

En el año 2015 se publicaba en nuestro país la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, que revelaba que el 7,2% de las mujeres de más de 16 años de edad ha sido víctima de violencia sexual a lo largo de su vida, debiendo observarse que en este estudio se incluyen como positivos aquellos casos en los que ha existido intento de obligar a mantener relaciones sexuales aunque al final no tuvieran lugar. También se conoció el dato de casos de mujeres de más de 16 años que en los últimos doce meses fueron víctimas de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja, que alcanzó un 0,6% (21).

Y en Dinamarca, un artículo aparecido en la BJOG en 2015 sobre una muestra de 2541 mujeres que asistieron a un Centro para Víctimas de Asalto Sexual en Copenhague de 2001 a 2010 reflejaba que dos tercios de las víctimas tenían entre 15 y 24 años, el 75% conocía al perpetrador antes de la agresión sexual y las mujeres eran más propensas a denunciar cuando fueron agredidas por un extraño y sufrie-

ron una lesión física o anogenital, destacando que la edad joven y el consumo de alcohol son factores de riesgo de agresión sexual (22).

Para el Proyecto COSAI –Comparing Sexual Assault Interventions– probablemente los números reales estén subestimados, ya que se trata de uno de los crímenes menos declarado; además, algunas de las formas de violencia sexual, especialmente aquellas que incluyen fuerza no física o degradación sexual verbal, tienen mayores tasas de incidencia pero pueden ser percibidas por las víctimas o por los perpetradores como modos de relación normal (23), llegando a estimar que los rangos reales se encuentran entre un 6,8 y un 33,2% (3). Autores como Parsons y Allen consideran que sólo presentan denuncia el 10% de las supervivientes (24).

La decisión de solicitar consulta médica por la agresión, o de denunciar el hecho, responde a la suma y el balance de una serie de factores (10) que engloban desde sus propias circunstancias –y entre ellas los aspectos culturales–, hasta sus expectativas de recibir un trato justo y equitativo por parte de los profesionales, incluyendo el miedo de la policía, el miedo a no ser creído/a, la vergüenza, la culpabilidad, el deseo de olvidar el hecho, o incluso el temor a que los datos de su violación puedan hacerse públicos (15)(25)(26)(27). Además de las mencionadas, han sido recogidas en la literatura otras causas que retraen a la mujer de presentar denuncia: posible estigmatización, vergüenza y temor a sufrir discriminación, falta de apoyo e incluso aislamiento por su familia y por otras personas, temor a represalias del perpetrador, sentimientos de culpabilidad, revictimización institucional y percepción de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley son ineficaces o abusivos (9). Muchas víctimas dudan de que su denuncia se resuelva con éxito, dudas que se justifican con el dato de que en Estados Unidos menos de la mitad de los casos de violación se aclaran satisfactoriamente (28)(29), mientras que en nuestro país el nivel de eficacia policial en el esclarecimiento de este tipo de delitos se situó durante el año 2004 en el 76'49% (30). También se citan como factores que influyen en la decisión de no denunciar una violación el temor a perder su estatus como inmigrantes, la dificultad para acceder a los servicios, bien anímica o bien por falta de medios para el desplazamiento, y las dificultades idiomáticas (1). Además, en el medio rural debe atenderse a circunstancias especiales como la prevalencia de actitudes culpabilizadoras hacia las víctimas, las dificultades en la accesibilidad a los servicios, la confidencialidad de la víctima e incluso la imagen pública del agresor, factores que inciden en la disminución de las denuncias y en el manejo del asalto (31)(32). Por último, y sobre todo en los casos en que el agresor es conocido, las amenazas de este sobre la víctima pueden llegar a presentarse en 2 de cada 3 situaciones (33). El miedo al perpetrador, además de retraer la interposición de la denuncia, puede tener otra consecuencia como es la demora en su presentación (34), con los consiguientes perjuicios en la instauración

de los posibles tratamientos médicos y en la obtención de las pruebas del delito cometido.

Al margen de estos condicionantes, algunas víctimas no demandan ayuda porque simplemente quieren ir a un lugar seguro, asearse y tratar de olvidar los hechos (1); o, en otros casos, de manera inconsciente puede no desear la consulta ya que en ella será requerida a recordar los acontecimientos, situación que se re-crudece en el examen ginecológico durante el cual deberá desnudarse, produciéndose sensaciones y reacciones que podrían recordarle la agresión (26).

También debe saberse que los hombres son mucho menos propensos a denunciar que las mujeres y por esta razón la información sobre el alcance de la violencia sexual contra ellos está especialmente limitada (5). En cualquier caso, las denuncias por agresión sexual en varones adultos o adolescentes son alrededor de diez veces menos frecuentes que en las mujeres (35).

En cuanto al contexto en el que se producen este tipo de agresiones, las encuestas han demostrado que aproximadamente el 25-30% de las mujeres fueron sometidas a violencias en el ámbito de la pareja, de ellas un tercio fueron golpeadas, otro tercio golpeadas y violadas y el tercio restante violadas bajo una percepción moral de presunción de consentimiento de la relación sexual dentro de la pareja (36). En general, en estos casos es poco frecuente que la víctima consulte, permaneciendo la violencia oculta y difícilmente detectable (37)(38)(39)(40).

Otro tipo de violencia sexual es la denominada por los autores anglosajones como «violación de la cita», en la que la víctima puede alcanzar un cierto grado de intimidad con su futuro agresor, recibiendo o acudiendo a su domicilio, siendo presionada por el varón a tener relaciones sexuales mediante la agresión verbal, frecuentemente sin violencia física; a menudo está implicado el alcohol, más frecuentemente en la víctima que en el agresor. Las consecuencias psicológicas en las supervivientes de este tipo de asalto son tan graves como en los casos de violación violenta por parte de un desconocido, resultando estos efectos reforzados por el hecho de que la víctima se autoculpabiliza y el agresor no tiene la percepción de haber violado a su víctima, sino simplemente de haber tenido relaciones sexuales (36).

Por otra parte, las mujeres que ya sufrieron una agresión sexual, especialmente en su infancia, tienen mayor probabilidad de ser nuevamente víctimas de un asalto, refiriéndose la literatura a esta situación como «revictimización sexual», que llega al extremo de que dos de cada tres personas agredidas sexualmente son revictimizadas en el futuro, siendo el abuso en la infancia el mejor predictor (41). Otras publicaciones hacen referencia a que entre un tercio y un cuarto de las víctimas de abuso sexual han sido anteriormente violadas al menos una vez. Entre estas víctimas «de repetición» se constata una especie de fatalismo ante la violen-

cia que se ejerce sobre ellas; se trata de mujeres muy vulnerables que a menudo pertenecen a colectivos desfavorecidos y mal integrados en la sociedad, como parados de larga duración que viven en pequeños suburbios, entre quienes aparecen alcoholismo y aislamiento (36).

Pero no es únicamente el propio hecho de la agresión el que produce un extraordinario sufrimiento psíquico; toda persona que sobrevive a una agresión sexual puede presentar un distress emocional cuando informa de su experiencia, y el modo en cómo los proveedores de servicios responden puede tener consecuencias muy profundas en la percepción de la atención recibida y en la posterior adaptación y recuperación (42).

En el ámbito específico del sistema de Justicia está descrita una clara tendencia para crear traumas secundarios en las personas supervivientes de violación, a través de una actuación insensible o culpabilizadora (43). Y ello puede originarse por cualquier acción, omisión o conducta inadecuada de los funcionarios y empleados públicos que entran en contacto con la víctima en las diferentes etapas del proceso penal, provocándole un daño físico, psicológico o patrimonial (44) a causa de las respuestas frías, incomprensivas e insensibles de las instituciones y de los individuos que en ellas trabajan. Estas respuestas del sistema Judicial contienen además una violencia sobreañadida derivada de la prioridad que se da al esclarecimiento de la realidad objetiva del hecho delictivo, olvidando la atención de la víctima a quien se le da en ocasiones un trato despersonalizado, siendo este uno de los principales factores que inciden en la victimización secundaria.

Por ello, resulta necesario establecer unos mecanismos que disminuyan estos impactos psicológicos, evitando la reproducción de los estresores mediante la reducción de las declaraciones o actuaciones procesales en las que deba tomar parte activa la víctima (45), mitigando de esta forma el riesgo de una afectación secundaria. Así, cualquier intervención del sistema orientada en esta dirección permite un mejor acceso a la Justicia y contribuye a los esfuerzos de las supervivientes para reconstruir su dignidad y autonomía, al tiempo que ayuda a prevenir los potenciales asaltos sexuales gracias a la mayor probabilidad de que los autores sean procesados. En definitiva, puede asegurarse que las buenas prácticas ayudan a evitar la revictimización en estos procesos (46), por lo que resulta obvio que, como principio de atención, los profesionales médicos –legales y terapéuticos– y cualquier otro interviniente, deben evitar una atención descuidada o comportamientos anómalos (3) potenciando y fortaleciendo respuestas precoces, respetuosas y compasivas que favorezcan la recuperación de las supervivientes (5).

En resumen, puede decirse que la concreción de unas buenas prácticas que ayuden a evitar la revictimización en estos procesos es absolutamente necesaria; todo ello desde un prisma multidisciplinar coordinado y sensible, que preste especial cuidado a las diferentes necesidades de la víctima: desde la reducción del tiem-

po de espera y la presencia de acompañantes de elección durante la exploración, el apoyo en los trabajadores sociales, la realización de un reconocimiento ginecológico-forense conjunto, la intervención precoz de equipos de psicólogos asistenciales... hasta la consideración de otras cuestiones especiales como la presencia de intérpretes en el caso de personas con dificultades idiomáticas o de facilitadores en la asistencia a personas con discapacidad intelectual. Todas estas actuaciones, descritas en las principales Guías para la atención a víctimas y supervivientes de violencia sexual contribuyen, sin duda, a mejorar su pronóstico y su readaptación postrauma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Office of Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations - Adults/Adolescents [Internet]. US Department of Justice; 2013. Disponible desde: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>
2. Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med*. 2011;365(9):834–41.
3. COSAI Project. Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.
4. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
5. Wells D, Taylor W. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Internet]. World Health Organization; 2003. [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>
6. Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2012.
7. Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. *J Interpers Violence*. 2011;26(9):1798–814.
8. COSAI Project. Mapping the current situation: Findings from the telephone interviews with stakeholders. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.

9. Ortiz J. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres [Internet]. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2011 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Buenas-Practicas-para-la-Atencion-de-la-Violencia-Sexual-contras-las-Mujeres-FLASOG-2011.pdf>
10. Mein JK, Palmer CM, Shand MC, Templeton DJ, Parekh V, Mobbs M, et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust.* 2003;178(5):226–30.
11. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *Br Med J.* 2007;334(7604):1154–8.
12. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion J-M, Fougereyrollas-Schwebel D, Houel A, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003.
13. Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O’Byrne P. Les victimes d’abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 2007 Oct;36(6):588–94.
14. Black, M.C.; Basile, K.C.; Smith, S.G.; Walters, M.L.; Merrick, M.T.; Chen, J.; Stevens MR. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2010;1–124.
15. Kilpatrick D. Rape in America: a report to the nation [Internet]. Arlington: VA : National victim center; 1992 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde [https://www.victimsofcrime.org/docs/Reports and Studies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0](https://www.victimsofcrime.org/docs/Reports%20and%20Studies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0)
16. Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey [Internet]. Washington, DC: National Institute of Justice; 2006 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/210346.pdf>
17. Planty M, Ph D, Langton L, Statisticians BJS, Krebs C, Berzofsky M, et al. Female Victims of Sexual Violence, 1994-2010. *Bur Justice Stat.* 2013;(March):1–16.
18. Santiñá M, Ríos J, Céspedes F, Martínez B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias. *Rev Esp Med Leg.* 2014;40(3):97–102.
19. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.

20. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: A systematic review. Vol. 383, The Lancet. 2014.
21. Macroencuesta de violencia sobre la mujer. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Marzo de 2015 [Internet]. [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde http://www.nodo50.org/xarxafeminis-tapv/IMG/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015_con_formato.pdf
22. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard. Sexual assault: A descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(4):577–84.
23. COSAI Project. Benchmarking & evaluation tool to assess sexual assault services. London: Comparing Sexual Assault Interventions project; 2012.
24. Parsons L, Allen A. Sexual Assault. In: Ling F, Duff P, editors. Obstetrics & Gynecology Principles for practice. New York: McGraw-Hill Education; 2002. p. 552–61.
25. National Management Guidelines for Sexual Assault. Ministry of Health [Internet]. 2003 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: <http://www.ccinfor.org/custom-content/uploads/2012/12/SouthAfrica-Sexual-Assault-Guidelines-2003.pdf>
26. Linet T, Nizard J. Constats de violences sexuelles: rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2008 Sep 3;33(2):99–109.
27. Kelly L, Regan L. Good Practice in Medical Responses to Recently Reported Rape, Especially Forensic Examinations. London: Child and Woman Abuse Studies Unit, London Metropolitan University; 2003.
28. Spohn C, Beichner D, Davis-frenzel E. Prosecutorial Justifications for Sexual Assault Case Rejection: Guarding the «Gateway to Justice.» Soc Probl. 2001;48(2):206–35.
29. Campbell R, Patterson D, Bybee D, Dworkin ER. Predicting Sexual Assault Prosecution Outcomes: The Role of Medical Forensic Evidence Collected by Sexual Assault Nurse Examiners. Crim Justice Behav. 2009;36(7):712–27.
30. Marín F. Análisis estadístico de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Índice. 2006;(Marzo):17–9.
31. Lamont W. Sexual Assault Services in Alberta. Alberta Association of Sexual Assault Centres; 2006.

32. Annan SL. The experiences of legal and victim support providers with sexually assaulted females in rural areas [Internet]. ProQuest Dissertations and Theses. University of Virginia; 2007. [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: http://search.proquest.com/docview/304807238?accountid=14553%5Cnhttp://openurl.library.uiuc.edu/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:GenderWatch&atitle=&title=The+experiences+of+lega
33. Grossin C, Sibille I, Lorin De La Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int*. 2003;131(2-3):125-30.
34. Adefolalu AO. Fear of the perpetrator: A major reason why sexual assault victims delayed presenting at hospital. *Trop Med Int Heal*. 2014;19(3).
35. Chariot P, Scius M, Lorin A-S, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C. Violences sexuelles: examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *Bull Epidemiol Hebd* ; 40-41. 2010;418-21.
36. Chevrant-Breton O, J C, Paysant F, Leingre-Marion C, Pulain P. Contuite à tenir en cas d'agression sexuelle. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Tome XXI. Colège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. París: CNGOG; 1997.
37. Torró García-Morato C, Llamas Martín C. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Red andaluza Form contra el maltrato a las mujeres. 2009;(D.L. Sevilla):11-20.
38. Grupo de trabajo del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Logroño: Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja; 2010.
39. Escribá V, Royo M, Mas R, Fullana A, Moreno MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2008.
40. Pérez B, Muñoz E, Rodríguez R. Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura [Internet]. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura; [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: <http://periodicos.saludextremadura.com/upload/4896.PDF>
41. Breitenbecher KH. Sexual revictimization among women: A review of the literature focusing on empirical investigations. Vol. 6, Aggression and Violent Behavior. 2001. p. 415-32.

42. Campbell R, Greeson M, Patterson D. Defining the boundaries: How sexual assault nurse examiners (SANEs) balance patient care and law enforcement collaboration. *J Forensic Nurs.* 2011;7:17–26.
43. Vetten L. While women wait ... (2) Can specialist sexual offences courts and centres reduce secondary victimisation? Nedbank ISS Crime Index [Internet]. 2001 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde;5(3). Available from: <https://www.issafrica.org/pubs/CRIMEINDEX/01Vol5No3/women2.html>
44. UTE-UNFPA. Por una atención libre de victimización secundaria en casos de violencia sexual [Internet]. El Salvador: UTE-UNFPA.; 2013 [citado 2018 Febrero 02]. Disponible desde: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/09/UNFPA_Revictimizacion2013.pdf
45. Cobo JA. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual: formularios y guías de exploración y toma de muestras. Masson, editor. Barcelona; 1998.
46. Walby S, Olive P, Towers J, Francis B, Strid S, Krizsán A, et al. Overview of the Worldwide Best Practices for Rape Prevention and for Assisting Women Victims of Rape - Think Tank. Brussels: European Union; 2013.

CAPÍTULO 2

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEXOLOGÍA FORENSE. EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA LEGAL Y LOS GRANDES CLÁSICOS (SIGLOS XVI-XIX)

Jorge González Fernández

La valoración pericial de las víctimas de violencia sexual ha experimentado a lo largo de la historia notables modificaciones relacionadas con las convenciones sociales de cada época y con la adaptación de la norma jurídica a su evolución.

La afrodisiología forense, sexología forense, ginecología forense, o como quiera haberse denominado al estudio médico-legal de las víctimas de violencia sexual, ha recibido diferentes orientaciones a lo largo de la historia, estrechamente relacionadas con los condicionantes jurídicos, sociales y religiosos bajo los que se desarrollaba la vivencia de la sexualidad, asignando a varones y mujeres diferentes roles que influyeron, en los albores de la medicina legal, no solo en el concepto de violencia sexual, sino el modo de atender a las víctimas de este tipo de delitos.

En palabras de Vigarello (1) *«la violencia sexual no tiene el mismo contenido jurídico a algunas décadas de distancia. La sensibilidad ante la violencia no tiene los mismos criterios ni los mismos grados»*. De ahí que cuestiones relacionadas con el bienestar de la víctima, con su confort, con la recepción del mejor trato durante la evaluación pericial, ni siquiera se planteaban en los primeros grandes tratados de Medicina Legal, en los que la importancia parecía recaer únicamente en la demostración de la violencia, bien a través de los signos propios del primer contacto sexual, mediante un minucioso estudio del himen, o bien con la constatación de otras lesiones propias de la fuerza empleada para la consecución ilícita del acto sexual.

La denominación «*Delitos contra la honestidad*», que ya ponía en cuestión el que una mujer de la que se probase que no llevaba una vida «*recatada*» pudiese ser sujeto pasivo de este delito, quedó hace tiempo superada social y también jurídicamente, aunque, pese a ello, existen textos médico-legales relativamente recientes en los que se recomienda al perito que deje constancia de las vestimentas de la víctima y de si «*se trata de ropas humildes, modestas o, por el contrario, si son llamativas o provocativas*».

Como ya se ha expuesto, importancia capital en toda la literatura forense se le da al himen, por cuanto sus lesiones pueden ser el único hallazgo visible tras un acometimiento sexual. Es evidente que la desfloración conlleva una serie de signos claramente objetivables, y que de no existir tal membrana como consecuencia de una normal vida sexual activa, los datos que pueden extraerse en la exploración ginecológica suelen ser inexistentes. Es precisamente esa gran trascendencia de las lesiones himeneales la que ha marcado históricamente la valoración pericial en estos casos, haciendo que la mayor parte de los grandes tratadistas a lo largo de la historia estableciesen al himen como el objeto de la valoración médica pericial; por ello hacen rigurosas descripciones de sus diferentes tipos y de la localización de los desgarros en el momento de la desfloración, dedicando atención a la existencia de lesiones extragenitales como prueba de la resistencia ofrecida por la mujer, pero sin reparar en modo alguno en el estado emocional de la víctima y en las repercusiones psicológicas que sobre ella tiene el evento traumático.

Y así, siendo las lesiones el centro de la actuación médico-forense en orden a aportar al juzgador los datos necesarios para el esclarecimiento de la verdad jurídica, no es hasta principios del siglo XXI cuando se toma en firme consideración que la mujer en estos casos no solo es prueba de un delito, sino también víctima del mismo, y que por tanto necesita de una atención especial que, por una parte le induzca a colaborar en la obtención de cuantos indicios y pruebas pueda haberle ocasionado o transferido el agresor y, por otra, le permita afrontar el trauma en las mejores condiciones para su superación.

Con carácter general puede decirse que todos los grandes tratadistas han abordado los atentados contra las costumbres, contra la honestidad, contra la libertad sexual... siguiendo el camino que los Códigos vigentes en cada momento y país les marcaban, pero cabe afirmar, siguiendo a Casper (2) cuando habla de una de las formas concretas de este tipo de delitos que «*También en este asunto, todo el mundo siempre ha copiado bona fide a sus predecesores y ha generalizado los mayores errores de diagnóstico*».

Veamos por ello, en una revisión histórica, la manera en que la medicina-legal se ha enfrentado a esta cuestión a través de los siglos.

1. EL SIGLO XVI

Quizás sea el himen la parte anatómica más ampliamente estudiada por la medicina legal desde sus comienzos como ciencia. Centenares de páginas, dibujos, esquemas, láminas, fotografías, etc., han sido sustento del estudio de los más grandes tratadistas. Pero para ser rigurosamente precisos, debe mencionarse a los reconocidos autores para quienes la existencia de la membrana himeneal era cuestionable, entre los que destaca Ambroise Paré, uno de los considerados padres de la Medicina Forense, quien en la segunda edición de sus *Obras* (3), afirmaba «*se encuentra a veces en algunas vírgenes una membrana en el orificio del cuello de la matriz*» incluyendo en sus anotaciones al margen «*La membrana hymen es contranatura*». Ilustra su conclusión con una conversación mantenida con Alexis, primer médico de la reina, quien le manifestaba que «*de entrada él solamente la ha encontrado en dos niñas y en una joven mayor*», «*yo le dije que había hecho múltiples disecciones de jóvenes y que jamás había visto esta membrana, y él me contestó que verdaderamente se encuentra raramente*». Obviamente, este capítulo L de su obra, titulado «*De la membrana llamada hymen*» no contiene referencias respecto a los signos de la desfloración.

2. EL SIGLO XVII

Paolo Zacchia es, sin duda, otro de los padres espirituales de la Medicina Forense. Su obra *Quaestionum Medico Legalum* (4), publicada en latín entre 1621 y 1635, constituye un tratado sistemático y riguroso que recoge todos los avances científicos de la época con gran extensión y profundidad, formando un cuerpo doctrinal de 1.200 páginas. Recoge en su Tomo Tercius los Consilium XLI y XLII (páginas 58–62), dedicados a la determinación de la virginidad y de la violación, con mención al episodio histórico de Lucretia. Su criterio racional y científico está marcado, cómo no, por los condicionantes de la época, con un estrecho vínculo entre la religión y la medicina a través de la Regula Prima con la que comienzan sus consejos profesionales «*El médico debe ser cristiano*».

3. EL SIGLO XVIII

Una de las primeras grandes descripciones de los signos de la desfloración y del estupro violento fue incluida por Plenck en su *Elementi di Medicina e Chirurgia Forense* (5), editado en Venecia en 1783. En su capítulo «*Cuestiones del Foro Civil*» trata sobre los signos visibles en vulva, himen y perineo, según el estupro fuese perfecto (consumado) o imperfecto (intento).

A caballo entre los siglos XVIII y XIX, Foderé firma su *Tratado de Medicina Legal y de Higiene Pública* en Marsella a 28 de febrero de 1798 (6). En él, y sin mencionar expresamente a la sexología forense, aborda algunas de las cuestiones éticas que afectan directamente al perito, desde algunos principios fundamentales que deben regir la actuación de cualquier persona, y por extensión de cualquier profesional, como son la Justicia, en su amplio sentido —«*Todas las virtudes que honran a la humanidad deben acompañar al que se ocupa en aliviarla; pero cuando está encargado de comprobar un delito, y de ilustrar la conciencia de los jueces, solo debe rodearse de la justicia...*»; también aporta conceptos fundamentales sobre el principio de No maleficencia y sobre la prioridad que la salud de la víctima debe tener frente a su importancia como prueba —«*En los sujetos vivos y heridos se debe atender á no agravar el mal ó á no poner al enfermo en mayor peligro, excitándole á hablar ó á moverse examinando demasiado pronto la herida, tratándola con aspereza, exponiéndola al ayre, &c.; lo que supone que ante todas las cosas debe declarar el facultativo si el enfermo se halla en estado de sufrir el exámen que se exige, y si la inspección legal le expondrá á interrumpir ó perder un tiempo precioso, necesario para los primeros socorros que deben suministrarse á fin de disminuir el peligro*»—. También otras cualidades que le deben ser propias al perito, como la objetividad y el interés por actualizar sus conocimientos, son expresadas por Foderé —«*...é impasible como la ley, debe negarse á todo sentimiento que no sea el de sujetarse á ella, con la mayor exactitud*», «*Luego que llegue al lugar señalado... es la obligación del facultativo limitarse solamente á los objetos que son propios de su ministerio*», «*No basta haber adquirido cierto número de ideas, sino que es necesario instruirse cada día más y más, y mantenerse al nivel de los descubrimientos diarios*». Y sobre la manera de realizar los reconocimientos médicos en este tipo concreto de pericias, realiza una primera aproximación a lo que debe ser una atención teniendo en cuenta, además de la obtención de pruebas, el cuidado de la víctima y la preocupación que debe presidir toda actuación profesional hacia el respeto a su decencia y al pudor —«*Es muy justo observar siempre los respetos que se deben á la decencia y al pudor, no solo en los cuerpos vivos, sino también en los cadáveres*» —.

4. EL SIGLO XIX

Es en la edición de 1813, en la que Foderé (7) destaca la dificultad de encontrar signos lesivos en el caso de la agresión a una mujer no virgen «*una vez que la virginidad ha desaparecido, no quedan otras trazas de nuevas violaciones del pudor, a menos que haya una gran desproporción de las partes respectivas, o un uso de la fuerza*». Pero los condicionantes de la época, en la que parecería existir un consenso acerca de la necesaria desproporción de fuerzas entre víctima y agre-

sor, o la presencia de signos lesivos en localizaciones diferentes a la genital para considerar la existencia de la agresión, queda aún mas de manifiesto cuando recalca que *«Hay que considerar que la violación debe producir los mismos efectos de la desfloración simple y consentida, pero también mayor daño en las regiones, a causa de la resistencia opuesta al ataque y a la lucha más o menos larga y violenta que ha debido preceder»*. Si bien el concepto de sumisión química como tal es relativamente reciente, los autores clásicos ya lo tenían en consideración en sus textos; Foderé lo introduce de la siguiente manera: *«Nadie ignora la imposibilidad casi total de que un hombre solo fuerce a una mujer a recibir sus caricias, a menos que use algún artificio, tal como administrarle previamente narcóticos»*, poniendo de relieve hace nada menos que doscientos años que *«Una persona puede ser abusada, aunque no conocemos demasiados ejemplos, después de que le hayan hecho tomar en sus alimentos o en sus bebidas una droga estupefaciente: este crimen debe ser calificado de violación, de atentado contra el pudor, ejecutado con violencia»*. También este autor marca un periodo óptimo en el cual el reconocimiento puede aportar datos de interés médico-legal, plazo que por diferentes razones se ha aceptado en la práctica hasta nuestros días *«Los reconocimientos hechos por una denuncia de desfloración puesta por una persona adulta deben tener lugar dentro de los tres días después de la acción, de otro modo no quedará ninguna huella de las violencias recibidas»*.

En Inglaterra, Onesiphorus Bartley publica en 1815 su *Treatise of Forensic Medicine* (8). Al margen de aportaciones claramente inducidas por las convenciones sociales y las falsas creencias de la época, resulta extraordinariamente válido cuanto expone sobre este tipo de crimen en el primer párrafo de la Sección IV dedicada a la Violación: *«Es con infinito disgusto y aversión cuando comienzo a investigar un tema tan lleno de infamia, y en el cual estoy necesariamente comprometido de acuerdo con el plan que propongo. Este crimen en sí mismo es una vergonzosa desgracia de la hombría, y refleja un deshonor en el país donde se comete. Es subversivo de todos los principios de virtud, humanidad, decencia, moralidad y orden social. Hunde a un hombre por debajo del nivel de la creación animal; el animal de hecho sufre degradación en esta comparación»* y continúa afirmando *«De hecho, es doloroso reflejar que, en un país favorecido como este, en el que la religión ejerce su influencia más leve, y donde la mano de acogida de la caridad aumenta sus beneficios, ese monstruo pueda existir»*. Sin embargo, introduce dos cuestiones que en cierto modo restan valor a su obra, una de ellas acorde con la mentalidad británica de principios del Siglo XIX *«Que aquí una mujer ingenua, virtuosa y desprotegida, que reclama y debe reverenciar la protección de la dignidad superior del hombre, que se convierte en rey de la violencia brutal de su lujuria, y la obliga a sufrir una contaminación que su alma aborrece»*, y otra, influida también por esas convicciones, sobre las que se añaden afirmaciones absolutamente acientíficas en cuanto a las posibilidades de fecundación subsiguientes a

una violación, y que le llevan a concluir «*si una mujer queda embarazada después de, y como consecuencia de la presunta violación, se puede suponer que ella no solo era aquiescente, sino que se convirtió en «particeps crimine»*».

También Farr publicó ese mismo año su obra *Elements of Medical Jurisprudence* (9), en la que dedica su capítulo IV a la violación y se propone resolver los principales interrogantes médico-legales que en aquella época generaban controversia. Para este autor «*La consumación de una violación, con un coito completo, que se realiza sin ningún consentimiento de la mujer, parece ser imposible, a menos que se den circunstancias muy extraordinarias: una mujer siempre posee poder suficiente, retrocediendo sus extremidades, y con la fuerza de sus manos, para prevenir la inserción del pene en su cuerpo, mientras que ella puede mantener la resistencia*». También aborda la posibilidad de que tras una violación se produzca un embarazo, y compartiendo los argumentos expuestos por Bartley, zanja la cuestión del siguiente modo: «*Porque sin una excitación de lujuria, o el disfrute del placer en el acto venéreo, ninguna concepción puede tener lugar. De modo que si se perpetrara una violación absoluta, no es probable que quede embarazada*». Concluye este capítulo con una descripción de los signos de virginidad y de aquellas «*marcas por las cuales es más probable que una mujer esté acostumbrada a los hábitos venéreos y, por lo tanto, sea menos creíble a la hora de una deposición por una violación*». Resulta obvio que cualquier crítica respecto a la ausencia de rigor científico en tales descripciones, transcurridos doscientos años, carece ya de sentido.

Tres años más tarde Male publica una breve obra de 278 páginas, titulada *Elements of Juridical or Forensic Medicine* (10), en la que destaca su claridad de conceptos. En las primeras líneas del capítulo sobre la «Violación» ya refiere que «*es considerada por las leyes de todos los países como un crimen atroz y ha sido en todas las épocas severamente castigada*». Da gran importancia a la mujer como prueba y como testigo «*Las evidencias en caso de violación descansan generalmente en la mujer a quien las leyes le permiten ser un testigo competente si tiene suficiente edad y conocimiento para conocer la naturaleza y la obligación de un juramento y para discernir entre lo correcto y lo incorrecto*». También aborda una de las cuestiones constantes en la sexología forense «*la violación no se puede ejecutar sin el ejercicio de mucha violencia, a menos que la mujer sea sometida por amenazas o intoxicada con drogas o licores espirituosos*», y podemos ver a este respecto como introduce la posible ausencia de lesiones en caso de amenazas. Male critica el criterio de otros autores que pretendían una existencia de cambios fisiológicos en la mujer tras su primera relación, consistentes entre otros en la hinchazón del cuello, y cambios de color en la piel y en la orina, que ya fueron calificados por Buffon como «*absurdos*».

En 1829 aparece la obra de Beck, *Elements of Medical Jurisprudence* (11), en la que se aprecia una mayor consistencia técnica. Dedicar el capítulo V a la Vio-

lación y comienza su exposición con el siguiente párrafo: «*No puede haber ningún caso en el que el sentimiento público se indigne más justamente, que cuando se intenta herir o destruir la pureza de la mujer*». Aborda, en el repaso anatómico de los genitales femeninos, la entonces controvertida cuestión de la existencia del himen, citando entre los fisiologistas más destacados que la niegan a Paré, Columbus, Buffon... mientras entre quienes, desde la disección, creen en su existencia previa a las relaciones sexuales, cita a Morgagni, Cuvier, Denman... y concluye que «*El peso del testimonio es evidentemente a favor de lo afirmativo de esta pregunta; y el sentido general de la profesión se opone categórica y decididamente a considerarlo como una presencia no natural*». Beck recomienda el precoz reconocimiento de la víctima: «*Un rápido examen de las partes es de suma importancia en los casos en litigio*». Y entre las principales cuestiones médico-legales que entonces se planteaban aborda la referente a la posibilidad de que la violación vaya seguida de un embarazo, y dice: «*Sobre esta cuestión existe una gran diversidad de opiniones. Se suponía formalmente que era necesario cierto grado de disfrute para causar la concepción, y en consecuencia se consideró que la presencia del embarazo excluía la idea de una violación. Los escritores posteriores, sin embargo, insisten en que las funciones del sistema uterino son en un alto grado independientes de la voluntad... por lo tanto considero que el embarazo no es incompatible con la violación*». Otra de las cuestiones de gran interés en la época es la posibilidad de que una mujer sea violada por un solo hombre, y a este respecto Beck plantea «*La consumación de una violación, la cual significa un coito entero, completo y total sin el consentimiento o la autorización de la mujer, parece imposible, a menos que ocurran algunas circunstancias extraordinarias*».

Un año más tarde se publica en Portugal la obra *Elementos de Medicina Forense applicada aos phenomenos da reproducção* (12). Su autor insiste en afirmar que «*la cópula carnal jamás se puede consumir por simple esfuerzo natural, si la mujer porfiadamente resiste, excepto si ella es de tierna edad, muy débil o enferma*», asignando al médico para comprobar la violación las siguientes funciones: «*1º la superioridad relativa de la fuerza del violador; 2º la resistencia porfiada de la mujer, y sólo vencida por el consumo de sus fuerzas, y por la falta de petición de socorro; 3º los vestigios de la violencia*». Más adelante, el autor sí hace referencia a la posible presencia de instrumentos o «*amenazas llevadas al punto de colocar a la mujer en la alternativa de sacrificar la castidad o la vida*».

La producción de textos médico-legales alcanza en esta época una gran creatividad. En 1831 Ryan publica su *Manual of Medical Jurisprudence* (13), en el que dedica el capítulo XII a las «*Cuestiones relativas a la violación de las mujeres*». Este autor plantea cuatro interrogantes sobre los que debe pronunciarse el perito: «*¿Hay signos ciertos de desfloración? ¿Podemos distinguir entre el empleo de fuerza contra el consentimiento de quien acusa y si esos signos de violencia son*

atribuibles a la introducción de otros cuerpos extraños en los órganos sexuales externos?, ¿Puede una mujer ser violada sin su conocimiento?, ¿Puede el embarazo seguir a una violación? Respecto a la primera cuestión expone los signos de virginidad, con descripción de los órganos genitales en las vírgenes; sobre el himen afirma que se trata de «una membrana largamente sostenida como el más seguro signo de virginidad», pero añade «Ahora se sabe universalmente, que una gran variedad de causas además del coito pueden destruir esta membrana, como el esfuerzo repentino de las extremidades inferiores, la leucorrea, la masturbación, excoriación, fluido menstrual confinado y diversos crecimientos mórbidos, tanto sólidos como fluidos», por lo que concluye «Por lo tanto, no es infalible signo de la virginidad, ni es solo su ausencia una prueba positiva de desfloración». Su resumen acerca de esta cuestión es el siguiente «Creo que la experiencia ha demostrado que todos los signos físicos de la virginidad son equívocos, y que todos pueden estar ausentes por las causas ya enumeradas, sin espacio para una completa sospecha contra el testimonio de la mujer. De mi propia experiencia y el resultado de mis investigaciones, puedo llegar a una conclusión, que no hay signos positivos de virginidad, y en consecuencia los de desfloración son extremadamente inciertos». Respecto a si una mujer puede ser violada sin su conocimiento, el autor afirma «Decididamente sí, si está en una situación de insensibilidad a la violencia: desmayos, asfixia, narcóticos o intoxicación». Interesante también la resolución de la cuarta cuestión, para la que tampoco se aportan argumentos científicos –obvio dado el estado del conocimiento a principios del Siglo XIX– sino tan solo lógicos «de acuerdo con la mayoría de la profesión, esa concepción puede suceder, y no es favorecida o perjudicada por la voluntad en la relación sexual. Esta es la única opinión racional».

Un año más tarde se publica en Londres la obra en portugués *Instituições de Medicina Forense* (14) de José Ferreira, cuyo capítulo III trata del Estupro. En su primera página expone «La castidad es un atributo de tal orden para el carácter de una mujer que nada puede compensar su pérdida». Incidiendo en este concepto el autor dice «el médico forense debe tener por virginidad en el sexo femenino el estado perfecto de los signos de una mujer, no contaminado por el hombre ni por ninguna otra causa accidental o adquirida», y pasa a proponer una serie de signos de tal integridad, entre los que da al himen un carácter principal, citando a «los mejores anatomistas» –Fallopio, Vesling, Spigel...– para corroborar su existencia «en todas las vírgenes». Aborda también la cuestión de las «mujeres que han sido desfloradas cuando estaban en estado de insensibilidad... que puede nacer del estado de enfermedad, síncope, embriaguez o por beber drogas soporíferas». Y por último se refiere a la cuestión del embarazo posterior a la violación y la zanja con los siguientes términos: «La mujer puede concebir tanto si tiene fuerza para tener el contacto sexual, o incluso en la hipótesis de no tener conciencia del acto».

También en Inglaterra Chitty publica en 1834 *A practical treatise on medical jurisprudence* (15), incluyendo en el capítulo X dedicado a la «Función de la generación y órganos» una descripción de los signos de virginidad: «los labios mayores son más prominentes y próximos, las ninfas son de color rosa pálido, el prepucio del clítoris es pequeño, el orificio de la uretra está cubierto, el himen está presente...», sin ninguna referencia a los delitos contra la libertad sexual.

En 1837 aparece en Bruselas la obra de Devergie *Médecine légale, théorique et pratique* (16), en cuyo capítulo III aborda los Atentados contra el pudor. Plantea cinco cuestiones que deben ser atendidas por el médico legista en los casos de violación: 1º ¿Cuáles son los medios para reconocer la desfloración? Si tuvo lugar ¿cuáles son las causas que pueden haberla producido? 2º ¿Cuáles son los medios para distinguir si la desfloración es reciente o antigua? 3º ¿Cuáles son las huellas o señales de violencia que podemos encontrar en los genitales, en el resto del cuerpo o en la ropa? 4º ¿Se pueden ver huellas de violencia como resultado de una violación, o pueden ser atribuidas a cualquier otra causa? 5º ¿Cuáles son los signos de una enfermedad venérea? y ¿podemos reconocer que estos indicios son el resultado de una enfermedad venérea? Para su resolución propone conocer a la perfección el estado del aparato genital y realiza una exhaustiva exposición en el caso de niñas, de púberes, de mujeres que han mantenido relaciones y de mujeres que han parido. Termina con una serie de recomendaciones «El médico nunca está obligado a dictaminar si una violación fue o no fue cometida, sí para determinar si la persona que se supone violada y el acusado presentan signos de violencia y otros indicios que permitan establecer la presunción del crimen»... «Las alteraciones físicas que se producen en caso de violación deben ser constataadas dentro de los tres días siguientes a los hechos; en caso contrario solo podemos encontrar imprecisión e incertidumbre»... «En el caso de mujeres que ya han cohabitado con hombres, y con mayor razón cuando han tenido niños, raramente se encuentran huellas de violación». Y respecto a la posibilidad de un embarazo subsiguiente a una violación su criterio es que «El hecho de que una mujer quede embarazada después de la violación no es razón para creer que haya consentido, ya que concebir no depende de su voluntad; la concepción puede darse en la intoxicación más completa, el narcotismo, el síncope, un acceso de histeria con pérdida de conciencia».

En 1841 Peiro publica la tercera edición de sus *Elementos de Cirujía Legal* (17). En el capítulo IX leemos el porqué de la gran trascendencia que se da al himen en todos los tratados: «Como este crimen se comete ordinariamente contra una virgen, el médico puede tener que declarar si la que dice ser agraviada ha sido desflorada» y procede a describir los signos de virginidad, entre los cuales el más positivo es «la presencia del himen»; expone a continuación una serie de características que, según su criterio y el de numerosos autores anteriores, tienen mamas

y genitales en la mujer virgen. También Peiro hace referencia a otro de los mitos extendidos en la época cuando expone *«Al presente la humanidad movida tal vez por los conocimientos de la medicina, que como se verá ponen muy en duda la posibilidad de este crimen ejecutada por un hombre solo...»*; sin embargo, varios párrafos más adelante enumera situaciones en las que puede darse la posibilidad contraria *«A menos que no se suspenda toda voluntad y resistencia en una mujer por una violenta conmoción, el uso de narcóticos, o el temor de la muerte a la vista de un arma es extremadamente difícil, por no decir imposible que un hombre solo pueda violar a una mujer adulta»*. Por otra parte, los hallazgos que pueden contribuir a la determinación médico-legal de la violación resultan extremadamente dificultosos, y así, Peiro dice *«Confesemos que los signos que presentan las partes genitales de una mujer que ha estado casada y ha parido, serán completamente nulos. También pueden existir señales de violencia sin que la desfloración haya sido forzada... Añadiremos que la contusión de las partes genitales es la misma con corta diferencia cuando el primer coito se verifica en medio de los transportes de un amor violento, que cuando ha sido contra la voluntad de la mujer... y es enteramente imposible decir que estos desordenes han sido causados en una doncella por la introducción de un miembro viril o de otro cuerpo extraño, á menos que el examen se haya verificado poco tiempo después, y se pueda químicamente demostrar la presencia del fluido seminal»*.

En 1843 Bayard publica su obra *Manuel Practique de Médecine Légale* (18) que dedica el Capítulo primero de su Décima parte a los *«atentados contra el pudor»*. Tras una introducción legal, vemos la recomendación que el autor hace sobre el consentimiento al reconocimiento médico en estos casos: *«como los reconocimientos no están prescritos formalmente por la ley, el médico, después de haber empleado todos los medios de persuasión con el inculpado o con la denunciante, deberá, en caso de rechazo formal, hacerlo constar en su informe y retirarse»*. Y a continuación introduce cuestiones propias de un reconocimiento sensible hacia la víctima: *«Una discreción y una delicadeza extremas son necesarias cuando se procede al reconocimiento de mujeres jóvenes y niños; se debe poner mucha medida cuando nos ocupamos de ellos y en todo caso solo hay que explorarlos en presencia de uno de sus padres o de una mujer. Así se previene cualquier recriminación y se pone a resguardo de la calumnia»*. Acto seguido Bayard expone los signos de la desfloración, y como paso introductorio hace una revisión anatómica de los genitales femeninos; ante la controversia de si existe o no el himen, el autor cita la monografía de Devilliers en la que demuestra su existencia *«siempre»* y que su ausencia total puede ser considerada una *«anomalía»*.

En 1844 aparece la gran obra en lengua inglesa *Manual of Medical Jurisprudence* (19), de Alfred Swaine Taylor, cuya décima edición actualizada por el propio autor se publica en 1879, y se traduce al francés en 1881 a través de la edito-

rial parisina especializada en bibliografía Médico-legal de Germer Baillière et Cie. (20). Entre la primera y la última edición el autor amplía la extensión del estudio de las agresiones sexuales de seis a treintainueve páginas, con inclusión de nueva y muy ilustrativa jurisprudencia. Ya en 1844, para Taylor *«La evidencia médica en casos de violación se puede extraer de cuatro fuentes 1° Huellas de violencia en las áreas sexuales de la mujer; 2° Huellas de violencia en la persona de la víctima o el acusado; 3° La presencia de esperma o manchas de sangre en la ropa de la mujer o el hombre; 4° De la existencia de gonorrea o sífilis en uno de ellos, o en ambos»*. También hace referencia crítica a que *«Algunos científicos forenses han argumentado que una mujer adulta sana y con un vigor normal no puede ser violada y han tratado como falsas todas las acusaciones realizadas bajo estas circunstancias»*, sin embargo *«Esto es posible cuando los líquidos narcóticos o intoxicantes fueron administrados a la mujer por el acusado o por instigación suya, cuando una mujer cae en un estado de síncope a causa del terror o el agotamiento, cuando varias personas unen sus esfuerzos contra una mujer, y en estos casos podemos esperar no encontrar ningún rastro de violencia en el cuerpo de la víctima aparte de los genitales, o una mujer puede ceder ante un abusador, bajo amenazas de muerte o maltrato»*. En la última edición puede leerse como el autor también se muestra crítico con los signos de virginidad tal como se venían entendiendo en anteriores tratados y así considera *«necesario decir algunas palabras de los signos de la virginidad, un tema sobre el cual me parece que en algunas obras médico-legales se han librado discusiones poéticas sin utilidad»*. Respecto a las lesiones que pueden hallarse, Taylor describe dos asuntos referidos por un abogado, en los que *«el crimen se llevó a cabo a pesar de la resistencia de las víctimas, sin ningún rastro de violencia en los órganos genitales en ninguno de los casos (asunto Owen y consorte, vista judicial de 1839 en Oxford)»*, y abundando en lo descrito expone que *«la vagina puede ser la única sede de violencia, sin que se encuentre ninguna marca que indique lucha o uso de la fuerza en el resto del cuerpo»*.

En 1846 Pedro Mata publica la segunda edición de su *Tratado de Medicina y Cirugía Legal* (21), en la que resulta imprescindible detenerse por la trascendencia histórica de la obra y por las grandes cualidades científicas y pedagógicas de su autor, observando cuestiones de interés que a dos siglos vista parecen obvias, pero que en el estado de la ciencia médico-legal de la época convenía que fuesen remarcadas. Hace una referencia a la función que debe desempeñar el perito, quien será un investigador de la información médica a aportar al juzgador, sin que le corresponda determinar si el delito existió, ni de ser así que tipo penal se cometió *«No es incumbencia del médico-legista la averiguación de si el delito de incontinencia á que se atribuye el estrago de las partes pudendas, se ha consumado ó no y menos si ha sido con beneplácito de la persona ofendida, al tribunal es á quien incumbe asegurarse de la realidad del delito; y cuando con este objeto consulta al facultativo, no es para qué éste le diga que el delito de incontinencia se cometió,*

sino si existen en la persona estuprada ó forzada vestigios materiales que puedan atribuirse á una violencia». Respecto a los reconocimientos, Mata cita la obra de Buffon –Historia de la naturaleza del hombre– en la que este autor hace una crítica respecto a la falta de datos que puedan ser aportados por los médicos en la resolución de algunos de estos delitos, y apela al estado de las víctimas durante el reconocimiento: *«se han sometido al examen de matronas ignorantes y expuesto á las miradas de médicos prevenidos las partes mas secretas de la naturaleza, sin pensar que semejante indecencia es un atentado contra la virginidad, que el intentar reconocerla es violarla, y que toda situación vergonzosa, todo estado impúdico, del cual tenga que ruborizarse una joven interiormente, es una verdadera desfloración»*. Aprovechando su experiencia en el estudio anatómico de cadáveres realiza una muy meticulosa descripción de los órganos femeninos acompañada de ilustraciones, y ello para los órganos de la niña de 1 a 4 años, en las doncellas cercanas a la pubertad, en la mujer que ha cohabitado y en la mujer que ha parido. Zanja, en base a sus propios estudios, la controversia acerca de la existencia real del himen, que ya ha quedado expuesta de forma reiterada aclarando *«Yo puedo decir que nunca le he buscado en vano, en cuantos cadáveres de niñas he examinado... Hasta ahora no he visto ninguna niña sin hímen, aunque de forma varia...»* y más adelante asegura *«En el estado actual de la ciencia, la existencia del hímen es un hecho anatómico averiguado y auténtico; solo podrá negarle quien no se haya tomado la pena de observarle por sí mismo»*. Respecto a los hallazgos lesivos en otras partes del cuerpo especifica las localizaciones en las que pueden encontrarse signos de la violencia sufrida: *«Ademas de los desórdenes relativos á los órganos genitales que acabo de esponer, pueden encontrarse en las restantes partes del cuerpo de la estuprada, vestigios de la violencia que ha sufrido; por ejemplo, en las nalgas, las ingles, los muslos, los pechos, las muñecas, los brazos, el cuello y la boca»*. Y aporta una serie de pautas para la correcta realización de la pericia: *«Si el examen que se haya de hacer versa sobre una niña ó joven, que jamás proceda á él el facultativo, sin estar presentes los padres ó los deudos de la estuprada. Si la muger es de mas edad, y puede disponer de su persona, no se necesitará mas que ella. Para el examen se echará de espaldas en una cama, con los muslos medio doblados, y apoyados los pies en el borde de aquella; levantadas las sayas, con toda la decencia debida, el facultativo se colocará delante de la examinanda, y apartará lentamente los muslos, mirando como se abre la vulva, en especial cuando sea la examinada joven, de alguna edad, casada ó viuda»*; obsérvense al respecto dos cuestiones: no considera precisa la presencia de acompañante o de otro profesional en el reconocimiento de mujer de más edad, y destaca que la ropa interior –las sayas– sean manipuladas con toda la decencia debida.

En esta época extraordinariamente prolífica en la publicación de Tratados, Compendios y Manuales, Ramón Ferrer y Garcés, Catedrático de Medicina Legal, Toxicología e Higiene en la Universidad Literaria de Barcelona publica en 1848 su

Tratado de Medicina Legal (22), en el que recoge cuestiones de gran interés. Ferrer define la violación, siguiendo el criterio de la *Constitutio Criminalis Carolina* y de la Ordenanza de Villers–Cotterêts, como «*un crimen cometido contra el derecho de propiedad, contra el buen orden de las familias, contra el estado de la misma persona violada, contra su honor, contra su dicha presente y futura y por consiguiente contra todas las leyes divinas y humanas*». Insiste Ferrer en el criterio imperante en ese momento de la historia, respecto a que «*en la violación debe suponerse el uso de la fuerza empleado en la mujer contra su voluntad*», si bien admite que «*dicha fuerza no consiste únicamente en la que puede ejercerse con las manos, sino también con ligaduras, con máquinas, con artificios, con dolo, con amenaza y en fin con todo aquello que puede comprimir la voluntad de la violada y obligarla á ceder*», insistiendo más adelante en esta cuestión cuando afirma «*la fuerza de un hombre muy vigoroso ejercida contra una mujer débil y tímida, y las amenazas de muerte, en caso de no consentir esta el crimen, podrán alguna vez dominar su voluntad, y enervar sus fuerzas musculares hasta el punto de obligarla á ceder*». También se manifiesta sobre esa cuestión de gran interés, como es que la misión del perito no es juzgar, sino aportar sus conocimientos técnicos para facilitar que el juez tenga la mayor cantidad de elementos que le acerquen a la verdad, y escribe «*se limitará á aclarar sobre la existencia y naturaleza de las lesiones materiales; mas no será él, sino el juez, quien califique el hecho de que se trata*».

También en este año se publica la cuarta edición del *Tratado de Medicina Legal* (23) de Mateo Orfila, quien desde la página 136 de su Tomo I afirma «*es cierto que en la mayor parte de los casos la persona abusada es una chica todavía virgen*», y por ello pasa a describir los signos de la desfloración, especificando que los órganos de las jóvenes vírgenes ofrecen una disposición, un color y una tensión particulares; dedica su atención a los grandes y pequeños labios, a la horquilla, la fosa navicular, el orificio de la vagina, el interior del canal, las carúnculas mirti-formes y el orificio del útero, aunque atribuye a estas características diferenciales un valor relativo, mientras expone que «*la presencia o ausencia del himen merece la más grande atención, y a ello hay que añadir los posibles signos de contusión, heridas y marcas de sevicias en los órganos genitales*». Respecto al modo en el que debe realizarse la exploración expone «*La mayor decencia y el mayor cuidado se debe dar a los reconocimientos de este tipo, que, para ser de alguna utilidad, deben hacerse, en general, poco después del tiempo presunto de desfloración, porque a menudo es suficiente uno o dos días para eliminar las huellas que el cuerpo introducido en la vagina produce a su paso*». También alerta al perito sobre las consecuencias que su informe puede tener para la víctima, y así dice que «*El médico nunca olvidará que, pronunciándose a la ligera, se expone a deshorrar a una joven cuya conducta fue irreproachable*». Orfila ya pone de relieve una cuestión constatada posteriormente en numerosos estudios «*puede haber considerables le-*

siones en los genitales de la joven; por ejemplo, cuando la desproporción entre los órganos masculino y femenino es muy marcada, y los individuos, lejos de proceder con moderación, son impetuosos e impacientes. Las lesiones en áreas sexuales incluso pueden, en este caso de desfloración consentida, ser mucho mayores que en otras circunstancias donde habrá habido violación, pero donde la desproporción de los órganos no será tan manifiesta». Para concluir con la cátedra de Orfila, debe mencionarse la creencia/mito en aquel momento de que un único varón no puede forzar a una mujer «no se puede obviar lo difícil, si no imposible, que un solo hombre logre abusar de una mujer adulta sana; no sería lo mismo si el ataque hubiera sido cometido por varias personas».

En 1856 Johan Ludwig Casper publica *Practisches Handbuch der gerichtlichen Medicin*, cuya tercera edición fue traducida al inglés y al francés (2). Su capítulo II está dedicado a la pérdida de la virginidad, y dentro de él existen dos apartados: *Diagnóstico de la virginidad* y *Violación*. Casper critica la reproducción que de buena fe, autor tras autor, han realizado a lo largo de la historia sobre determinadas cuestiones que considera equivocadas, y lo hace en los siguientes términos «Me siento obligado a rectificar estos errores y a informar sobre mis observaciones personales en todas sus formas repulsivas, pero con toda la reserva correcta y diciendo solo lo que es necesario para la práctica». Es ese párrafo el que nos permite comprender la exclusión que hace Casper de ciertos estados anatómicos como pruebas de virginidad; para este autor «En todos los tiempos y en todos los pueblos, la virginidad de la mujer ha sido altamente estimada en la opinión general como símbolo del pudor y de la castidad; pero no siempre se ha conocido la existencia del órgano que se considera como criterio de esa virginidad: la membrana himen que cierra la entrada a la vagina»; establece como signos de virginidad el estado de los senos, del himen, grandes labios, vagina... y no da ningún otro valor a otros como «los labios frescos, los ojos claros y brillantes, con una mirada libre y modesta». Casper hace una serie de recomendaciones, no exentas de críticas hacia sus predecesores: «El médico legista no puede sino tomar demasiadas precauciones para emitir su juicio en caso de violación», «El deber del médico es hacer que la exploración sea instantánea» y respecto a la emisión del juicio diagnóstico «Encontramos en el tratado de Mende y en tratados aún más recientes, que, entre las precauciones que deben tomarse para determinar la violación, debemos considerar si no hay botones en la ropa del acusado, si los vestidos de la posible víctima están en desorden... ¿Por qué no también si el plumón de la cama unido al vestido de la mujer es similar al de la cama en cuestión?! Es obvio aquí que los autores plantean como tesis las combinaciones de su fantasía, y no los resultados de sus observaciones». Entre las cuestiones que debe resolver el médico forense Casper plantea: 1º Si una mujer adulta y con buena salud puede ser violada por un solo hombre, para cuya respuesta resuelve: «si la mujer y el hombre son saludables y bien constituidos el experto deberá mostrarse cauteloso»; 2º

Si una mujer puede ser violada durante el sueño, ante lo cual plantea dos posibilidades: que se trate de sueño natural o de sueño inducido por bebidas espirituosas o narcóticos; 3º Si una mujer que sufre una violación puede quedar embarazada, ante lo cual el autor indica que *«La fisiología y la experiencia se ponen de acuerdo para responder sí»*; 4º Hasta qué punto la enfermedad venérea de la posible víctima confirma la existencia de una violación: *«Nada más fácil que admitir que ha habido violación, después de haber visto blenorragias o ulceraciones en los genitales de una mujer o de una niña cuando el acusado tenía esas mismas lesiones. Pero hay que estar bien en guardia ante conclusiones precipitadas»*. Concluye Casper con cuatro decenas de casos sobre violación, su data, presencia de esperma, transmisión de enfermedades venéreas...

Al otro lado del Atlántico, la producción literaria también era incesante. En Bolivia, Aspiazu publicaba en 1862 unos breves apuntes bajo el título *Curso de Medicina Legal* (24), dedicando dos páginas a los atentados al pudor, con referencia expresa a algunas de las cuestiones ya abordadas anteriormente: *«Ciertas sustancias narcóticas, el histerismo, la embriaguez completa privan del sentimiento y de la voluntad, de modo que una mujer quede insensible al acto de la desfloración y aun a los dolores del mismo parto. Además, puede un hombre abusar de una mujer profundamente dormida en ciertas posiciones del cuerpo, y sobre todo, si ha llegado a tener hijos; pero una vírgen no puede ser desflorada durante el sueño sin ser despertada. Fuera de estos casos, una mujer no puede ser violada, a menos que haya una diferencia enorme de fuerzas entre ella y su agresor»*.

Una nueva edición, en 1866, del *Tratado de Medicina Legal y Toxicología* de Pedro Mata (25) da pautas para el abordaje médico-legal *«De las cuestiones relativas á los delitos de incontinencia ó contra la honestidad»*. Mata exponía la extraordinaria dificultad que presenta este tipo de pericias, cuando expresaba la imposibilidad de que el médico perito, con los solos datos científicos obtenidos de la exploración, acierte a *«reconocer los vestigios de un concubito, tanto voluntario como forzado»*, ilustrándolo con su excepcional prosa *¡Desgraciada la mujer forzada que haya de hacer constar este delito por medio de un examen ó reconocimiento facultativo, si sus órganos sexuales son los únicos que han de ofrecer vestigios de la cópula! En la mayoría inmensa de los casos, la ciencia inclina la frente ante ese espectáculo doloroso, declarándose impotente»* y justifica esta afirmación exponiendo la posibilidad de que no existan señales de violencia ante una falta de resistencia motivada por una intimidación *«En los casos en que la mujer ceda por intimidación, la ley podrá tener por evidente la cópula en su parte moral; pero se efectuará en lo físico como si la mujer hubiese accedido a ello. Ni en sus partes pudendas, ni en lo demás habrá el menor desorden que señale las huellas del atentado»*. Incluso Mata menciona, ya hace ciento cincuenta años, una posible falta de reacción de la víctima ocasionada por miedo o temor, y así lo exponía *«El*

abatimiento moral que produce el miedo ó el temor, postra a su vez las fuerzas físicas y no hay lucha, porque no hay resistencia» y «en caso análogo se encontrará la mujer violada, si está falta de razón ó de sentido. Tampoco habrá lucha, ni resistencia, y por lo tanto faltará el desorden, y si esa muher no es vírgen, si sus órganos genitales ya están habituados al concúbito, ¿qué huella quedará de él?». En sentido contrario, hace especial énfasis en que el reconocimiento físico debe ser exhaustivo a fin de descubrir posibles huellas de violencia encaminadas a doblegar la resistencia y la oposición de la víctima «Si la violación se ha conseguido con la fuerza sujetando á la mujer, ó rindiéndola después de una lucha prolongada, podrán hallarse vestigios de esta violencia que acaso prueben su lucha, ó los medios físicos de que se ha valido el forzador...». Quizás Mata pensaba ya en cómo realizar la prueba pericial desde el mejor trato hacia la persona, cuando sopesaba —en ausencia de los grandes avances en toma de muestras e identificación de sospechosos— la abolición de los reconocimientos médicos ante determinados delitos de este tipo «Que los reconocimientos de las jóvenes desfloradas, hechos oficialmente por los facultativos, tienen el grande inconveniente de hacerlas sufrir nueva vergüenza, sometiendo á las miradas, y hasta el tacto de hombres extraños, sus partes mas reservadas, es una verdad incontestable, y basta reflexionar que, como quiera que se le haga justicia, ha de pasar una pobre joven honesta por este segundo martirio, para inclinarse, al primer ímpetu, a favor de la abolición completa y definitiva de estas repugnantes prácticas».

En Perú, Fuentes publicaba en 1869 su *Manual Práctico de Medicina Legal* (26), obra en la que por su condición de jurista realiza escuetas descripciones anatómicas sobre la cuestión que nos ocupa, a la que dedica el Capítulo V. Sí destaca por esa misma condición el interés en que «*La investigación de si existen contusiones y señales de presión en diversas partes del cuerpo y especialmente en los pechos, en los brazos, y en las piernas, no se debe dejar de hacer por el perito, pues esos hechos son otros tantos indicios que se agregan á los elementos del sumario*».

Bajo la corona Británica, en entornos culturales diferentes al occidental, también existía producción científica. Chevers, en la India, publica en 1870 su *Manual of Medical Jurisprudence for India* (27). Comienza este autor afirmando que «*Las denuncias por este crimen parecen ser frecuentes en la India, aunque también hay razones para creer que no son raras las acusaciones falsas*». Según el autor, en las investigaciones por violación, en ocasiones surgen dificultades respecto a la cuestión de la pubertad, debido a que el desarrollo físico en la India es más precoz y la cohabitación en el matrimonio tiene lugar mucho antes que en otros países. Describe que no es infrecuente que se requiera informe sobre la forma en la que el criminal toma precauciones contra la resistencia de la víctima o contra sus gritos, y esto ocurre cuando es sujeta por cómplices o se atan sus manos; en una alta proporción de situaciones los gritos son sofocados introduciendo un trapo en

la boca. También hace referencia a que en no pocos casos la denuncia se presenta diferida en el tiempo, lo que dificulta la actuación del médico y la recogida de testimonios. La preocupación en este país por los crímenes sexuales con gran violencia ya aparece reflejada en el texto de Chevers *«como el delito de violación a menudo se comete con violencia brutal contra niños pequeños en este país, las manchas de sangre se observan con frecuencia en la ropa de ambas partes»*... en algunos casos *«cuando la mujer ha fallecido después de haber sido violada por varios hombres, la muerte ha sido atribuida a agotamiento nervioso»*. Chevers cierra el capítulo haciendo referencia a aquellos pocos casos en los que el Médico es requerido para informar sobre si la mujer es o no virgen.

También las publicaciones de instituciones de prestigio, como la Comisión de Medicina Legal e Higiene Pública de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, trataron la valoración pericial en víctimas de violencia sexual; el primer tomo de sus *Trabajos* (28), en su página 251 incide en la imposibilidad de que una mujer virgen sea desflorada sin que se aperciba, exceptuando los casos en los que esta posibilidad sí sería real de encontrarse, entre otras circunstancias, bajo los efectos de sustancias: *«es un hecho adquirido para la ciencia, que no es posible desflorar á una virgen sin que se aperciba, á menos que se la suponga aletargada artificialmente por la administración de sustancias anestésicas, por el opio, etc., ó bien se encuentre en ese momento en un estado particular de histerismo, de catalepsia ó de congestión cerebral, que la privaran completamente de voluntad y sentimiento»*.

Otro de los Tratados clásicos de la especialidad es el *Traité de Médecine Légale et de Jurisprudence Medicale* (29) de Legrand du Saulle, publicado en 1874 y traducido al castellano en 1889 –versión en la que se hace un repaso por la legislación española, la chilena y la mejicana–. El autor cuestiona la importancia de la prueba pericial si la mujer ha mantenido relaciones con anterioridad a la agresión, y lo expresa del siguiente modo: *«En una mujer casada ó que ya ha tenido relaciones sexuales, ó hasta hijos, el papel del médico legista es muy secundario. La declaración de la mujer y el apoyo que le presten los hechos, tienen en estos casos el papel principal»*. Plantea el autor dos cuestiones recurrentes en la Medicina Legal del siglo XIX: **PRIMERA CUESTIÓN** *¿Una mujer adulta, bien constituida y gozando de buena salud, puede ser violada? Si todo el mundo conviene sin esfuerzo en que una joven, una mujer delicada, endeble ó debilitada puede ser violada, no sucede lo mismo cuando se trata de una mujer en la fuerza de la edad, llena de salud y de un vigor ordinario. El escepticismo sobre este punto ha caído en una exageración evidente y con frecuencia culpable. En efecto, si es difícil para un hombre solo derribar á una mujer, mantenerla en esta posición y dominarla hasta el punto de poder saciar en ella su pasión brutal, es evidente que podrá conseguirlo siempre con ayuda de cómplices, y hasta por sí solo en circunstancias*

dadas empleando ciertos medios... la violación no puede ser cometida sino dentro de las condiciones siguientes: 1.º En una mujer idiota ó en estado de demencia ó de imbecilidad. 2º En una mujer sometida á la influencia de algún narcótico o de algún veneno... SEGUNDA CUESTIÓN ¿La violación puede ser seguida de preñez? La cuestión apenas merece ser planteada. Los que firman, y son raros hoy, que la fecundación no puede verificarse sin la voluntad de la mujer, tienen en su contra hechos tan numerosos y de tal modo concluyentes, que su opinión no merece la pena de ser discutida. Sus pretendidos argumentos, sacados de la fisiología, no prueban más que una cosa y es que su fisiología es falsa». Vemos pues como du Saulle no dedica más de una línea a rebatir a aquellos tratadistas de la primera mitad del siglo que descartaban, bajo teorías totalmente acientíficas, la posibilidad de que una violación diese lugar a un embarazo. También el autor aborda la manera en la que debe de conducirse el perito, y de sus recomendaciones cabe destacar las que a continuación se describen, algunas de las cuales han sido literalmente reproducidas por autores posteriores: «El médico legista, después de haberse documentado bien de la misión que le asigna el mandato judicial, para ser siempre su escrupuloso intérprete, debe trasladarse junto a la víctima. No estando formalmente prescritos por la ley los reconocimientos corporales, el médico, después de haber empleado todos los medios de persuasión que se le ocurran hacia la querellante, deberá, en casos de negativa formal, hacerlo constar en su informe y retirarse. Si se trata de una joven ó de una niña, no se hará el examen sino en presencia de alguna mujer de su familia ó de una mujer, sea ó no de su familia, y se empleará en la investigación, y sobre todo en el interrogatorio, la mayor delicadeza. El médico encargado de un reconocimiento no debe dirigir á la víctima, sobre todo si se trata de una niña pequeña, sino las preguntas más indispensables; hasta valdría más abstenerse, siempre que sea posible, de este medio de examen; si desdeña esta precaución, se expone á cambiar el papel de hombre de autoridad científica por el de simple testigo. En fin, después de haber hecho un examen de los órganos, tan completo como sea posible, el médico debe apreciar con cuidado y consignar en su informe el estado de estos órganos, las lesiones que ha observado, la naturaleza del flujo y de las ulceraciones, si existen, y aplicar en sus conclusiones y en el examen de los hechos, de las que servirán de base, la más extrema prudencia».

Ajeno a nuestra normativa jurídica, Hidalgo y Carpio, padre de la medicina forense mejicana, plantea en 1877 (30) una cuestión de gran trascendencia por cuanto afecta a la autonomía de la víctima de violación, supeditando al interés común su capacidad de decidir si desea o no someterse al reconocimiento pericial «¿Hasta qué punto, en caso de estupro ó de violación, puede la mujer víctima ser compelida por el Juez a dejarse reconocer de los peritos? El estupro, en el que no se procede de oficio, por ser un delito privado, sino á petición de la agraviada, de sus padres ú otras personas á quienes la ley concede esta acción, puede dar mar-

gen á la presente cuestión. Si la persona que demanda resiste al reconocimiento pericial, esta resistencia puede tomarse como un desistimiento de la demandante, y al Juez no le queda más que sobreseer en el negocio. Pero no sucedería lo mismo si la demanda fuese de violación, porque entonces no valdría que la parte desistiese, puesto que se trata ahora de un delito público que produce alarma y ofende a la sociedad. La averiguación de ese delito, no pudiendo hacerse sino mediante el reconocimiento de peritos, hace necesario compeler á la mujer que lo rehúsa, a fin de obtener su consentimiento, excluyendo, sin embargo de una manera absoluta, toda fuerza física que podría dar lugar á lesiones corporales graves. Este modo de proceder sería justificado por aquella regla de derecho, de que el interés público debe anteponerse a toda consideración probada, pues de lo contrario quedaría al antojo de los particulares que las leyes surtieran sus efectos ó no».

Aguilera y Templado introducen en sus *Lecciones de Medicina Legal y Toxicología* (31) dos cuestiones de gran interés relacionadas directamente con el confort y con la autonomía de la persona a explorar; por una parte proscriben el uso del espéculo en las mujeres vírgenes «En las vírgenes, ó recientemente desfloreas, no debe hacerse uso del especulum para explorar la vagina; sólo en las que han cohabitado mucho es permitido ese medio» y por otra abordan la cuestión del consentimiento para todas las actuaciones médico-legales e incluso proponen la presencia del Juez como valedor del perito «De paso añadiremos que todas estas visitas y actuaciones no pueden hacerse sin el consentimiento de los interesados, y que sería muy conveniente la presencia del juez en estos casos para dar más autoridad al perito, por más que por razones de decoro no presenciara el reconocimiento de los querellantes».

En 1877, el austriaco Eduard Ritter von Hoffman publica su obra *Lehrbuch für Gerichtliche Medizin*, revisada y traducida al francés cuatro años más tarde por Emmanuel Lévy (32). En su Sección X aborda los Atentados a las costumbres y al pudor, cuyo capítulo I trata de la violación. Comienza con el estudio de las modificaciones anatómicas de los órganos genitales de la mujer tras el coito; para ello, como el resto de autores contemporáneos hace un repaso de los genitales femeninos. En esta publicación se desmonta uno de los mitos existentes en esa época: «Las personas ajenas a las pericias médico-legales representan la escena de violación o intento de violación, como una lucha entre un joven vigoroso, amoroso, apasionado y brutal que trata de obtener el favor de una joven hermosa por medio de la violencia, que solo sucumbe después de una resistencia enérgica. Todas las características de este cuadro son falsas, o ciertas muy excepcionalmente. La realidad es aún más triste; la mayoría de las veces el culpable es una persona que tiene autoridad sobre una chica joven, es el padre, el suegro, el maestro, el vecino; la fuerza física se reemplaza por la ascendencia de la edad o la autoridad resultante del parentesco o la función. Por lo general, no es un hombre apasiona-

do, es un individuo agotado por la vejez o el alcoholismo. La víctima es una niña indefensa, a menudo menor de trece años». Concluye el revisor este capítulo con la introducción de estadísticas de gran interés sobre violaciones y atentados al pudor en adultos y en menores, con tablas comparativas con el trabajo recientemente publicado por Tardieu en la 7ª edición de su obra en 1878.

Veamos a continuación qué dice Brouardel en su Memoria de las *Causas de error en las pericias relativas a los atentados al pudor* (33), de 1883. Propone una serie de reglas para evitar caer en errores en estos casos: la primera es que «el perito debe cerrar las orejas y abrir los ojos antes de formarse una opinión, y no debe incluir en su informe más que los hechos que pueda constatar por sí mismo»; a la segunda regla no le da Brouardel menor importancia: «cuando el médico descubre una lesión inflamatoria de la vulva, una erosión, una ulceración de esta región, no debe jamás contentarse con una sola exploración... si informa claramente al Juez de instrucción de que un segundo, un tercer examen son indispensables para lograr una convicción absoluta, nunca el tiempo necesario le será denegado... concluir sobre un único examen es exponerse a sí mismo a graves errores e incurrir en el riesgo de equivocarse a la Justicia»; dice el autor que la tercera regla sorprenderá a aquellos que desconocen las dificultades de las investigaciones de los atentados a las costumbres: «Un médico no debería permitirse elaborar un informe sobre el estado del himen, su integridad, o sobre la naturaleza de una vulvitis, hasta que no haya adquirido «de visu» una experiencia real»; y concluye estas recomendaciones con una última que resume las tres anteriores: «si no está seguro, absolutamente seguro, no informe que una membrana está íntegra o desgarrada».

Cruzando de nuevo el Atlántico, Flores publica en México en el año 1885 su *Estudio sobre el himen* (34), un trabajo de 104 páginas que incluyen 16 láminas. Divide este autor los hímenes en regulares y anómalos, y realiza una amplia descripción de cada una de las formas, que ilustra con una lámina; establece una teoría de la resistencia según su diferente morfología, llegando incluso a elaborar fórmulas físicas con las que establecer la fuerza necesaria para vencerla, y lo hace de manera específica para cada tipo, según sea labial, en herradura, anular o semilabiado, justificando la utilidad de sus hallazgos: «Tratándose de la violación de doncella, el conocimiento de la forma del himen puede dar mucha luz. A medida que la membrana sea más resistente, el esfuerzo del violador tiene que ser más grande, y más fácil será encontrar lesiones producidas por la mayor fuerza empleada. Una violación de doncella cuyo himen sea labial, sin señales de violencia, no es probable; la violación de una joven, en igualdad de circunstancias, cuyo himen sea anular, es dudosa; la de una cuya forma corresponda al en herradura, ya es verosímil, y tratándose del semilunar, es muy posible. El perito, pues, en un

caso parecido, puede ser terminante en sus conclusiones ocupándose de ciertas formas, y guardar sus reservas si de las otras se trata».

En los últimos textos del siglo XIX se puede observar como algunos autores ya introducen cuestiones relacionadas con la sensibilidad en el reconocimiento a víctimas de violencia sexual. Así, el *Compendio de Práctica Médico-forense* de Ramón y Vega (35) tras revisar los signos de la violación, y dividirlos en generales – entre los que incluye los desórdenes del sistema nervioso traducidos por «*síncopes y convulsiones y alteraciones visibles del sistema vaso-motor, que se manifiestan por palpitaciones, quebrantamiento general, dolores precordiales, disnea y a veces fiebre*»–, y signos locales –*corresponden á este grupo, á más de los equimosis, erosiones y contusiones que se advierten muchas veces en los muslos y partes inmediatas á los órganos sexuales, las alteraciones propias de éstos, y otras en los brazos, pecho, cuello, mamas, etc.*»– y otorga a estos últimos un extraordinario valor médico-legal al afirmar que «*Estas lesiones gozan de verdadero valor distintivo para poder apreciar si en el acto de la violación se obró con ó sin consentimiento de la querellante, circunstancia importante en el terreno de la peritación*». Ramón y Vega aborda cómo debe ser el reconocimiento de la víctima, con una referencia expresa al consentimiento «*Rara vez ocurre en la práctica que la mujer víctima de un atentado de esta naturaleza, se niegue á prestarse al examen y reconocimiento pericial, máxime cuando ellas son las más interesadas en la apreciación exacta de los hechos. Sin embargo, en el caso de presentar una negativa formal al acto del reconocimiento, el perito debe suspender en el momento sus pesquisas periciales, dando conocimiento inmediatamente del hecho á la autoridad que le ordenó el reconocimiento. Esta es la opinión de autorizados médico-legistas, y no vemos razón para no admitirla como pretenden los partidarios de que en estos reconocimientos se prescinda en absoluto de la voluntad de la persona objeto de la visita. Si el hecho del reconocimiento debe imponerse por razones de justicia, al juez, y no al perito, corresponde esta determinación*». También aborda la cuestión del acompañante «*Siempre que sea posible asistirá al acto del reconocimiento, una mujer, y mejor que otra, la madre, cuando se trata de una niña*». Y por último, hace una aproximación al trato delicado hacia la víctima «*el examen de los órganos se practicará tratando de vencer las dificultades que á menudo presenta el miedo, el pudor, ó la excesiva sensibilidad de la reconocida*».

Veamos la situación en la India finales del siglo XIX, todavía bajo el control de la corona Británica. Gribble y Hehir publican en 1891 su *Outlines of Medical Jurisprudence for Indian criminal courts* (36). Dedicar el primer capítulo de la Parte III a la violación, y lo empiezan con la siguiente afirmación «*Las denuncias por esta ofensa son muy comunes, y, como en Europa, la acusación es falsamente formulada de manera frecuente*». Según ellos, parece admitirse que es imposible que un hombre de constitución normal cometa una violación sobre una mujer

adulta sin dejar huellas de otras lesiones en su persona; sin embargo, a este respecto aclaran que *«por supuesto, es posible que una violación sea cometida después de que la mujer haya sido intoxicada»*. Atención a lo que proponen para casos de denuncias en agresiones sexuales a menores: *«Uno de los primeros puntos que debería investigarse es la casta de los padres del niño. Cuando son de casta y posición respetables es más improbable que confeccionen una acusación falsa de este tipo. Pero si la madre es de un carácter abandonado tal confección no es ni mucho menos improbable»*. Los autores aportan nueve casos ilustrativos –uno tomado de Casper y otro de Cheevers–, que van desde denuncias falsas, a convicciones dudosas, empleo de objetos para destruir el himen e intentos de agresión sexual.

En su *Précis de Médecine Légale* (37), Vibert establece unas «Reglas para el examen médico-legal» que incluyen materias a las que en la actualidad se da gran importancia en una correcta atención centrada en la persona. Aborda la posible presencia del acompañante *«El profesor procederá a examinar a una mujer, a una joven o a una niña en presencia de sus parientes o de testigos, siempre que esto sea posible; evitará así las interpretaciones calumniosas a que pueden dar margen sus intervenciones»*; es decir, esta cuestión trascendental en orden a conseguir el mayor bienestar posible de la víctima en el transcurso de la exploración, se enfocaba más como mecanismo de protección del profesional ante la posibilidad de denuncias por prácticas inadecuadas. También Vibert avanza algunas cuestiones relacionadas con la confidencialidad tales como que *«no debe consignar en el informe sino aquellos datos que hayan de ser estudiados por el experto y que sirvan para dilucidar cuestiones puramente médicas»*. Y trata la cuestión de la autonomía al aceptar la negativa de la persona a ser explorada *«Suele ocurrir que las mujeres rechacen el examen ordenado por la autoridad, y en tal caso el profesor, después de haber explicado a la persona, si así lo cree útil, la necesidad de su intervención, debe retirarse e informar al juez de lo ocurrido»*. Cuestión superada en la actualidad es la elección del lugar del reconocimiento *«Para examinar a una mujer, deberá colocarse a esta en decúbito supino sobre una mesa o sobre el borde de la cama, si no se tiene a mano el mueble especialmente destinado a tal género de investigaciones»*. Respecto a la cuestión examinada por numerosos autores sobre la posibilidad de que un hombre viole a una mujer que se resiste, Vibert aclara que *«no hay que olvidar que una mujer, sin haber perdido la conciencia, puede ser incapaz de continuar su lucha por el terror que la situación le produce y por el miedo a violencias mayores de las ya sufridas»*; además *«la embriaguez, el efecto de medicamentos narcóticos, anestésicos generales como el éter, el cloroformo, el protóxido de nitrógeno, permiten la comisión de una violación, al ser la víctima incapaz de defenderse o sin conciencia del acto cometido sobre ella»*.

A punto de concluir el siglo, Puga Borne publica en Chile su *Compendio de Medicina Legal* (38), en el que a partir de la página 71 se ocupa de las principales

cuestiones médico-legales referentes a los delitos contra la honestidad. Así, para aclarar si ha existido o no desfloración realiza la ya clásica descripción de los genitales femeninos en el caso de la mujer virgen, hace una detallada relación de los tipos de himen y de sus características y establece los signos de desfloración, que son comunes a los expuestos por otros autores. Pero son las páginas 84 y 85, que se refieren a la «*Conducta del Perito*», las que resultan en este momento del mayor interés; refiere las precauciones que debe tomar el médico experto: *«Es preciso que el exámen tenga lugar en presencia de uno o dos testigos, que conviene elegir entre los parientes de la víctima... Importa mucho que la colocación de la víctima para el examen sea cómoda; en caso contrario, si el examen se prolonga, puede ser fatigoso... A menudo el pudor, el temor, el dolor, dificultan el examen, lo que se remedia procediendo con lentitud i miramiento»*. Estas primeras recomendaciones sobre el bienestar de la víctima contrastan con otras afirmaciones que, escapando a lo científico, se basan más en las convicciones morales de la época; así cuando el autor habla de las lesiones que pueden acompañar a una agresión sexual, expone: *«cuando ha habido violación, las contusiones, los desgarros, la inflamación de la vulva i de la vagina han de ser más aparentes, habiendo sido los esfuerzos más bruscos la resistencia de las partes mayor como consecuencia de la lucha que ha debido preceder al acto, existirán contusiones, no solamente en las partes externas de los órganos de jeneración, sino también en los muslos, en los brazos, en las manos i en otras partes del cuerpo. Estas señales de violencia constituirán, en efecto, una gran presunción de violación: sin embargo, es preciso observar que las mujeres parecen no querer ceder mas que a la fuerza, cuando ellas mismas han preparado su derrota, i que una mujer puede, en esta lucha, haber sufrido contusiones, i acabar, sin embargo, por entregarse voluntariamente. Añadiremos que la contusión de las partes genitales es más o menos la misma, en el primer acto que tiene lugar en los trasportes de un amor violento, que cuando tiene lugar contra la voluntad de la mujer»*. Aborda también la cuestión de una posible intoxicación *«Las sustancias narcóticas y las anestésicas, como el cloroformo y algunas veces la embriaguez completa, privan del sentimiento y de la voluntad, i pueden sumergir a la mujer en un estado de sopor tan profundo i de entorpecimiento tal de los sentidos que no se reanime por los dolores mismos del parto; con mayor razón podrá no sentir, en caso semejante, la desfloración, i menos aun el coito si ya estaba desflorada»*. Por último, desmitificando a otros autores anteriores trata de la cuestión del embarazo tras la violación, para afirmar con contundencia *«No es preciso para que haya fecundación, que la mujer tenga emociones voluptuosas... basta para que haya fecundación, que se efectúe la eyaculación del esperma en los jenitales de la mujer, i que pueda tener lugar la acción de un espermatozoide sobre un óvulo: no es pues dudoso que una mujer violada pueda concebir; i por consiguiente, un hombre acusado de violación no puede alegar el embarazo de la mujer como prueba de que el coito ha tenido lugar con consentimiento mutuo»*.

Y ya, cerrando el siglo XIX, y como muestra de la importancia que daba la medicina-legal de esta época al himen queda el *Atlas der Gerichtliche Medizine* (39) de von Hoffman. Una obra extraordinaria con 193 figuras en blanco y negro y 56 láminas en color, que realizan un completo repaso al estado de la medicina legal en el final del siglo XIX. Pues bien, 52 de esas figuras corresponden a imágenes del himen: sus distintas variedades, muescas, aperturas divididas, aperturas asimétricas, con septum parcial, con septum dividido... hímenes desflorados, carúnculas, hímenes postparto; en definitiva, un auténtico tratado visual sobre el himen, dentro de una obra que, aun con el paso del tiempo, sigue siendo imprescindible en la medicina legal y forense.

Hemos podido ver en la parte inicial de este viaje por el tiempo, como esas cuestiones acerca de la existencia misma del himen, sus diferentes morfologías, la posibilidad de una violación por parte de un único agresor, incluso la consideración del embarazo como prueba de relaciones consentidas... centraron en gran medida los principales debates médico-legales hasta bien entrado el Siglo XIX, muy lejos –a más de un siglo de distancia– de los avances técnicos derivados de la identificación de perfiles de ADN que obligan en la actualidad a un minucioso examen y toma de muestras. Igualmente, en esta primera parte dedicada a la evolución de la Sexología Forense, puede observarse cómo a pesar de que algunos autores ya mostraban su preocupación por el bienestar y la comodidad de las víctimas, apelando a la sensibilidad y al decoro, este importante aspecto solo queda reflejado de una manera superficial en los diferentes tratados revisados, en los que se soslaya la trascendencia que a partir de principios de este Siglo XXI se presta a la atención centrada en la persona, tal como veremos en la parte final del siguiente capítulo de este Manual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vigarello G. Historia de la violación. Madrid: Ediciones Cátedra; 1999. 7-11 p.
2. Casper JL. *Traité Pratique de Médecine Légale*. Paris: Librairie Médicale Germer Baillière; 1862. 72-115 p.
3. Paré A. *Les Oeuvres d'Ambroise Paré. Seconde*. París: Chez Gabriel Buon; 1579. 899-901 p.
4. Zacchia P. *Quaestionum Medico Legalum*. Anisson&Posuel; 1726. 58-62 p.
5. Plenk GJ. *Elementi di Medicina e Chirurgia Forense*. Venezia; 1783. 99-105 p.
6. Foderé FM. *Tratado de Medicina Legal y de Higiene Pública*. Madrid: Imprenta de la Administración del Real Arbitrio de Beneficencia; 1801. 1-88 p.