



CONFERENCIA INAUGURAL

Exploración del menor víctima de delitos contra la libertad sexual desde la perspectiva de un médico forense

María Ibáñez Bernáldez

Médico Forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Badajoz.
Profesora del Área de Medicina Legal.
Facultad de Medicina Universidad de Extremadura

“Al que escandalice a uno de estos pequeñuelos que creen en mí, más le valdría que le ataran al cuello una piedra de molino y lo tiraran al mar” Mateo, 18.

INTRODUCCIÓN: DE LA CONTROVERTIDA Y POLÉMICA TIPIFICACIÓN DIFERENCIADA DE AGRESIÓN Y ABUSO AL CONSENTIMIENTO COMO EJE BÁSICO EN EL ANÁLISIS JURÍDICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

En los últimos tiempos, la sociedad se ha adentrado en un camino sin retorno con la más firme intención de trabajar a fin de alcanzar la más eficaz, inmediata e integral protección de las víctimas de especial vulnerabilidad dentro de un proceso judicial, y de entre ellas, los menores de edad, en cumplimiento de lo plasmado tanto a nivel doctrinal como normativo, y éste tanto en el ámbito nacional como en el internacional, terminando con la histórica desigualdad entre las partes, sin que ello suponga un regreso a la justicia del ámbito privado. Se trata de armonizar los derechos de las víctimas y el respeto a un proceso judicial con la satisfacción de todas las garantías.

Si hasta hace recientemente escaso tiempo, la víctima ha sido la gran olvidada del proceso penal que se centraba en la figura del imputado, ahora investigado, y en sus derechos y garantías, las últimas reformas legislativas configuran el procedimiento inseparable de la idea de justicia, que hacen efectivos los objetivos inexcusables de reparación patrimonial y moral a la víctima evitando, por ello, que el proceso sea una nueva fuente de daños, o al menos procurando minimizar sus negativos efectos, ya que tiene derecho a ser informada, a ser atendida y protegida en todas sus fases.

Toda esta modificación legislativa ha re-

forzado la protección de los menores de edad víctimas y testigos, de los hijos de las víctimas de violencia de género, o de aquellas víctimas especialmente vulnerables, intercediendo dispositivos especiales y herramientas para garantizar los derechos de estos desde la denuncia del atentado, e incluso frente al propio proceso, y así evitar la victimización secundaria, pero sin merma de las garantías procesales del acusado, en ocasiones también menor de edad¹.

La percepción de las personas menores de edad en las relaciones sociales ha experimentado una notable transformación, oscilando de la clásica noción de *incapaz* físico y moral, hasta la visión actual, que eleva a los niños y adolescentes como titulares activos de derechos, cuyo razonamiento moral y autonomía se encuentran en un continuo desarrollo debido a su vulnerabilidad.

Numerosos han sido los avances legislativos alcanzados hasta la fecha tanto a nivel internacional como en el derecho interno español que traducen la creciente preocupación por la protección a la infancia y a la adolescencia.

El preámbulo de las Reglas Mínimas de Beijing de 1985², reconoce que *“la niñez, por constituir una etapa inicial del desarrollo humano, requiere particular atención y asistencia para su desarrollo físico, mental y social, necesitando protección jurídica en condiciones de Paz, Dignidad y Seguridad”*; en consecuencia, recomienda a los Estados que adopten las medidas necesarias para promover el bienestar del menor y de su familia.

La Convención sobre los Derechos del niño de 1989³ (en adelante, CDN), supone un paso fundamental en su defensa y protección, recordando



que la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas⁴ proclama que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales, siendo la familia el grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, que deben recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, y que para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, el niño debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, y educado en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad. **Y así sienta las bases que han de promover la formulación de una asistencia y abordaje de la víctima adaptada al menor de edad.**

En Derecho internacional, la CDN³ es el principal instrumento legal que garantiza la protección del niño en el ámbito estatal. El artículo (en adelante, art.) 19 obliga a los Estados parte a adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de violencia. El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha emitido varias Observaciones Generales y recomendaciones en las que se interpretan las obligaciones del Estado derivadas de la CDN³. A modo de ejemplo, la Observación General número (en adelante, n°) 13 describe medidas para proteger a los niños frente a toda forma de violencia¹. La Observación General n° 5 hace referencia a las medidas para aplicar y supervisar el cumplimiento de la CDN en las leyes y políticas nacionales².

Las Directrices en materia de justicia respecto de menores víctimas y testigos de crímenes emanadas del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas el 22 de julio de 2005^{5,6} tratan de fomentar en los Estados miembros buenas prácticas a fin de que aquellos derechos se traduzcan en actuaciones concretas, así, el punto n° 14 de las Directrices exige que la intervención de

los menores de edad en procedimientos judiciales se realice en un ambiente adecuado, que se acomode a las especiales necesidades del niño, conforme a sus habilidades, edad, madurez intelectual y capacidad, debiendo desarrollarse en un lenguaje que el niño utilice y comprenda. El punto n° 23 postula que deben hacerse todos los esfuerzos para evitar que el menor sea sometido a excesivas intervenciones.

De otro lado, el Consejo de Europa desde sus inicios ha prestado una atención muy especial a la infancia. En esta línea se encuadra el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación sexual hecho en Lanzarote en 2007 y ratificado por España el 12 de noviembre de 2010⁷ entre cuyos principios enumera en su art. 30, que cada parte deberá garantizar que las investigaciones y actuaciones penales se lleven a cabo en el interés superior del niño y dentro del respeto a sus derechos.

Deberán adoptar una actitud protectora hacia las víctimas, velando a fin de que las investigaciones y actuaciones no agraven el trauma sufrido por el niño y porque la respuesta penal se acompañe de asistencia, siempre que sea pertinente. Las investigaciones y actuaciones sobre el menor víctima o testigo han de tener carácter prioritario y evitar retrasos injustificados, estableciendo las medidas de protección en sus art. 31 a 36: el art. 31 establece que: “*los Estados, de conformidad con su derecho interno, han de prever normas que ofrezcan al menor la posibilidad de ser oído, de expresar sus preocupaciones y de aportar fuentes de prueba*”. Y el art. 35 interesa cómo han de encauzarse las entrevistas para que los derechos reconocidos al menor no se vean reducidos a mera declaración de intenciones y una de las medidas a adoptar, es la limitación del número de entrevistas a las estrictamente necesarias para el éxito del proceso penal. Obviamente el texto pretende dar garantía a la preservación de la validez de aquéllas a fin de que sean susceptibles de destruir la presunción de inocencia incidiendo en una cuestión de carácter técnico, circunscrito a la grabación a través de medios audiovisuales de la entrevista, y otro, más relevante desde el punto de vista de la dogmática procesal, que es la admisión de la grabación como elemento probatorio.

1 Naciones Unidas (ONU), Comité de los Derechos del Niño, Observación General n° 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13, 18 de abril de 2011.

2 Naciones Unidas (ONU), Comité de los Derechos del Niño, Observación General n° 5 (2003): Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44), CRC/GC/2003/5, 27 de noviembre de 2003.



El Convenio de Lanzarote obliga también a los Estados a tipificar penalmente varias formas de abusos sexuales y explotación sexual contra los niños³ y a adoptar medidas legislativas o de otra clase para evitar los abusos sexuales de niños⁴ mediante: campañas de concienciación, **formación de personal especializado**, información a los niños sobre los riesgos de abuso y ayuda especializada a las personas en riesgo de cometer delitos de abuso de niños. Los art. 4 y 5 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)⁸, obligan también a los Estados a adoptar medidas legislativas especiales e investigar los actos de violencia contra las mujeres. El art. 22 de este Convenio obliga a los Estados a proporcionar servicios de apoyo especializados a las mujeres y los niños víctimas de violencia doméstica.

La Directiva 2011/36/UE⁹, sobre trata de seres humanos y protección de las víctimas, establece que los Estados deberán adoptar las medidas adecuadas para la protección de las víctimas de trata de seres humanos, que cuando sean menores, deben centrarse en asegurar su recuperación física y psicosocial y en encontrar una solución duradera a su caso. Como quiera que los menores víctimas de la trata son particularmente vulnerables, deben preverse medidas de protección adicionales para protegerlos durante los interrogatorios que se lleven a cabo en las investigaciones y actuaciones judiciales.

Mediante la Directiva 2012/29/Unión Europea (en adelante, UE) del Parlamento Europeo de 25 de octubre de 2012¹⁰ se establecen normas mínimas de apoyo y protección a las víctimas de delitos, y se proclama el compromiso de la Unión Europea con la protección de los dere-

chos de las víctimas, recordando que, a través de la Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer¹¹, se insta a los Estados miembros a mejorar sus legislaciones y políticas nacionales destinadas a combatir todas las formas de violencia contra la mujer y a emprender acciones destinadas a combatir sus causas, en particular mediante actividades de prevención, garantizando el derecho de asistencia y ayuda a todas las víctimas de la violencia.

Repasando el ordenamiento jurídico español, cabe resaltar el avance en el desarrollo normativo para procurar una mayor y mejor asistencia y protección de menores de edad víctimas.

En primer lugar, la propia Constitución Española¹², en su Capítulo II “*De los derechos y libertades*”, el art. 39 señala: “1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. 2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad. 3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en los que legalmente proceda. 4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

En consonancia con esta declaración programática, toda la regulación legal de la familia y menores que se desarrolla en la normativa civil se encuentra inspiradas en el principio de protección del interés del menor.

De especial importancia fue la Ley Orgánica (en adelante, LO) 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor¹³, que pretendía abordar una reforma en profundidad de las tradicionales instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil.

Los cambios sociales y culturales operados luego tras su aprobación han provocado un cambio en el *status* social del menor de edad y, consecuentemente, una nueva orientación en la configuración del pilar de los derechos humanos

3 Consejo de Europa, Convenio para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, STCE nº 201, 25 de octubre de 2007.

4 Algunos ejemplos son: Consejo de Europa, Comité de Ministros (2001), Recomendación Rec (2001) 16 sobre la protección de los niños contra la explotación sexual, 31 de octubre de 2001; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (1996), Resolución 1099 (1996) sobre la explotación sexual de los niños, 25 de septiembre de 1996; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (2000), Resolución 1212 (2000) sobre la violación en conflictos armados, 3 de abril de 2000; Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (2002), Resolución 1307 (2002) sobre la explotación sexual de los niños: tolerancia cero, 27 de septiembre de 2002.



de la infancia, que se sustenta fundamentalmente en el pleno reconocimiento de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos. Y esta ley es un reflejo del progresivo cambio de visualización de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

Con arreglo a la CDN³ y a los otros referentes mencionados, España debe fomentar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para garantizar el derecho del niño, niña o adolescente a desarrollarse libre de cualquier forma de violencia, perjuicio, abuso físico o mental, descuido o negligencia, malos tratos o explotación.

El cuerpo normativo español ha incorporado importantes avances en la defensa de los derechos de las personas menores de edad, así como en su protección frente a la violencia. En esta evolución encaja la ya mencionada reforma operada en la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹³, por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio¹⁴, y la Ley 26/2015, de 28 de julio, ambas de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia¹⁵, que introduce como principio rector de la actuación administrativa el amparo de las personas menores de edad contra todas las formas de violencia, incluidas las producidas en su entorno familiar, de género, la trata y el tráfico de seres humanos y la mutilación genital femenina, entre otras.

Con acuerdo a la ley, los poderes públicos tienen la obligación de desarrollar actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, así como de establecer aquellos procedimientos necesarios para asegurar la coordinación entre las administraciones públicas competentes y, en este orden, revisar en profundidad el funcionamiento de las instituciones del sistema de protección a las personas menores de edad y constituir así una protección efectiva ante las situaciones de riesgo y desamparo.

En el campo de libertad sexual, como derecho inherente al ser humano queda reconocida la autonomía absoluta de disponer del propio cuerpo para el ejercicio de las relaciones sexuales ejerciéndose de forma gradual y paralela a la madurez biológica, intelectual y volitiva de la persona, basado en la libertad y en el mutuo consentimiento válido que respete la dignidad y la igualdad de las personas participantes en su ejercicio¹⁶.

Señala Bañón¹⁷ que la violencia sexual infringida contra personas de especial vulnerabilidad, como son los menores de edad, constituye una realidad compleja que requiere una intervención multidisciplinar en la que todos los profesionales e instituciones involucradas en su asistencia han de contar con un elevado nivel de preparación y procedimientos conforme a protocolos normalizados.

En la investigación médico forense de estos delitos cometidos sobre menores de edad concurren una serie de particularidades que la convierten en una de las prácticas más controvertidas en el quehacer diario de los médicos adscritos a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante, IMLCF).

La violencia sexual contra la infancia es un problema social que tiene importancia máxima, prueba de ello es la promulgación de la Directiva 2011/93/UE relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil¹⁸, que desarrolla una estrategia de abordaje multidisciplinar que estará presidida por el principio del interés superior del menor.

Este estado de cosas se sitúa en abierta contradicción con el orden de valores que establece la Constitución Española¹², la cual, en su art. 1.1 declara que son valores superiores de nuestro ordenamiento la libertad y la igualdad, y ordena, en consecuencia, a los poderes públicos en el art. 9.2 a promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, reconoce en su art. 10 la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el derecho al libre desarrollo de la personalidad



como fundamentos del orden político y la paz social, consagra en su art. 14 el principio de igualdad, y a continuación garantiza, en los art. 15 y 17, los derechos a la vida y la integridad física y a la libertad y seguridad.

Una persona es vulnerable cuando carece de estrategias para defenderse correctamente ante comportamientos violentos de cualquier índole, pero especialmente de aquellos de contenido sexual. Esta falta de habilidades también afecta a la capacidad de comunicar el atentado y colaborar activamente en su investigación, generalmente por defecto en la capacidad de expresar verbalmente de forma explícita la naturaleza y circunstancias del hecho, e incluso su propia existencia^{17,19}.

España ha ratificado los principales tratados y convenios internacionales de derechos humanos que establecen la obligación de actuar con la **debida diligencia** frente a todas las formas de violencia contra las mujeres, entre ellas las violencias sexuales. Cabe destacar la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas²⁰, el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica del Consejo de Europa arriba mencionado (Convenio de Estambul)⁸ y el Convenio sobre la lucha contra la trata de seres humanos del Consejo de Europa (Convenio de Varsovia)²¹.

Este marco internacional de promoción y protección de los derechos humanos, incluida la lucha contra toda clase de discriminación y violencia que sufren las mujeres y las niñas, encontró un nuevo impulso con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas²², la cual, en su objetivo 5, establece entre sus metas eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

La regulación del Código Penal aprobado por LO 10/1995, de 23 de noviembre²³, resultó especialmente insatisfactoria en relación con las víctimas menores, y como recordaba el Preámbulo de la de la LO 11/1999, de 30 de abril²⁴, primera reforma introduci-

da en el Título VIII del Libro II del Código Penal, era necesaria la revisión de los tipos penales para garantizar una auténtica protección de la integridad y libertad sexual de los menores y de los por entonces incapaces, ya que las normas recogidas en la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³ no respondían adecuadamente, ni en la tipificación de las conductas ni en la escasa magnitud de las penas asignadas.

La LO 11/1999, de 30 de abril²⁴, modificó el epígrafe del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por LO 10/1995, de 23 de noviembre²³, que pasó a rubricarse bajo el título de "*Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales*".

El segundo retoque legislativo de los delitos sexuales se produjo en virtud de la LO 15/2003, de 25 de noviembre²⁵, inspirado en el endurecimiento de las penas, modificando además los delitos contra la libertad e indemnidad sexual en orden a impedir interpretaciones que impedían penar determinadas conductas de una especial gravedad. Tras estas reformas legales, se sucedieron las introducidas por la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, y la de LO 1/2015, de 30 de marzo²⁷.

La protección específica de menores de edad en relación con los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, y más concretamente en el ámbito de los delitos de agresión y abuso sexual, constituye una novedad introducida por la reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, al incluir en el Título VIII del Código Penal un capítulo II bis bajo la rúbrica "*de los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años*".

Resulta indudable que en los delitos sexuales perpetrados en menores de edad el bien jurídico a proteger adquiere una dimensión especial por el mayor contenido de injusto que representan estas conductas. Mediante las mismas se lesiona no sólo la indemnidad sexual, entendida como el derecho a no verse involucrado en un contexto sexual sin un consentimiento válidamente prestado, sino también la formación y desarrollo de la personalidad y sexualidad del menor²⁸.

Por otra parte, la extensión de la utilización de internet y de las tecnologías de la información y la comunicación con fines sexuales con



menores ha evidenciado la necesidad de castigar penalmente las conductas que una persona adulta desarrolla a través de tales medios para ganarse la confianza de estos a fin de concertar encuentros para obtener concesiones de índole sexual. Por ello, se introduce un nuevo artículo en el Código Penal, el 183 bis, mediante el que se regula el internacionalmente denominado específico ámbito de aplicación de la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo, al menos en lo relativo a las agresiones y abusos sexuales. La reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio²⁶, incluyó dos preceptos en el capítulo II bis: los abusos y agresiones sexuales sobre víctimas menores de trece años -art. 183-, y el llamado *on line child grooming*, o acercamiento a menores de trece años a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación a fin de cometer cualquiera de los delitos de abusos o agresiones sexuales.

La redacción introducida por la LO 1/2015, de 30 de marzo²⁷, viene a elevar la edad de consentimiento sexual a los 16 años, sancionándose cualquier acto de carácter sexual realizado con una persona menor de la edad precitada. La elevación de la edad se justifica por el Preámbulo invocando la transposición de la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil¹⁸ y por la que se sustituye la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo.

La LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños, las niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral sobre la violencia contra los niños y adolescentes respondiendo a la necesidad de introducir en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos internacionales asumidos por España en la protección integral de las personas menores de edad. A los efectos de esta ley, se entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con

independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital.

Entre las manifestaciones de violencia objeto de esta LO se incluyen el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar.

La LO establece un conjunto de medidas de protección integral, que incluyen medidas en los ámbitos de la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de niños y adolescentes. Contiene además previsiones en materia de prevención y sensibilización frente a fenómenos de violencia sexual contra los niños y adolescentes como el ciberbullying, el grooming, la ciberviolencia de género o el sexting, así como el acceso y consumo de pornografía entre la población menor de edad (art. 45 y 46). El art. 54 por su parte contiene una mención específica a la intervención ante casos de explotación sexual y trata de personas menores de edad sujetas a medidas de protección. daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla la vida de niños, niñas y adolescentes. Esta importante LO supone también un avance en el cumplimiento de las medidas del Pacto de Estado contra la violencia de Género relativas a los menores de edad.

Modifica la LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³⁰ en los siguientes términos:

Se añade un apartado nuevo 4 al artículo 1, con la siguiente redacción:



«4. La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero.»

A fin de reconocer la violencia vicaria, estableciendo que la violencia de género también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad, tal y como se proponía en la medida 198 del Pacto de Estado³¹.

Se extiende el tiempo de prescripción de los delitos más graves cometidos contra las personas menores de edad, modificando el día de comienzo de cómputo del plazo; el plazo de prescripción se contará a partir de que la víctima haya cumplido los treinta y cinco años de edad. Con ello se evita la existencia de espacios de impunidad en delitos que estadísticamente se han probado de lenta asimilación en las víctimas en el plano psicológico y, muchas veces, de tardía detección.

Se elimina el perdón de la persona ofendida como causa de extinción de la responsabilidad criminal, cuando la víctima del delito sea una persona menor de dieciocho años, completando de este modo la protección de los niños y adolescentes ante delitos perseguibles a instancia de parte.

Se configura como obligatoria la imposición de la pena de privación de la patria potestad a los penados por homicidio o por asesinato en dos situaciones: cuando el autor y la víctima tuvieran en común un hijo o una hija y cuando la víctima fuera hijo o hija del autor. Se incrementa la edad a partir de la que se aplicará el subtipo agravado del delito de lesiones del art. 148.3, de los doce a los catorce años, puesto que resulta una esfera de protección más apropiada en atención a la vulnerabilidad que se manifiesta en la señalada franja vital.

En el tercer apartado se modifica el art. 261 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal³² (en adelante, LECrim) y se establece una excepción al régimen general de dispensa de la obligación de denunciar, al determinar la obligación de denun-

ciar del cónyuge y familiares cercanos de la persona que haya cometido un hecho delictivo cuando se trate de un delito grave cometido contra una persona menor de edad o con discapacidad necesitada de especial protección, adaptando nuestra legislación a las exigencias del Convenio de Lanzarote⁷. Igualmente, en el apartado cuatro se modifica el art. 416, de forma que se establecen una serie de excepciones a la dispensa de la obligación de declarar, con el fin de proteger en el proceso penal a las personas menores de edad o con discapacidad necesitadas de especial protección.

También se reforman los apartados 6 y 7 del art. 544 ter de la LECrim.³² para recoger que cuando se dicte una orden de protección con medidas de contenido penal y existieran indicios fundados de que los hijos e hijas menores de edad hubieran presenciado, sufrido o convivido con la violencia de género, la autoridad judicial, de oficio o a instancia de parte, suspenderá el régimen de visitas, estancia, relación o comunicación del inculpado respecto de los menores que dependan de él. No obstante, a instancia de parte, la autoridad judicial podrá no acordar la suspensión mediante resolución motivada en el interés superior del menor y previa evaluación de la situación de la relación paterno-filial. Esta disposición contribuye al cumplimiento de la medida 204 del Pacto de Estado contra la violencia de género³¹.

Por último, se crean nuevos tipos delictivos para evitar la impunidad de conductas realizadas a través de medios tecnológicos y de la comunicación, que producen graves riesgos para la vida y la integridad de las personas menores de edad, así como una gran alarma social. Se castiga a quienes, a través de estos medios, promuevan el suicidio, la autolesión o los trastornos alimenticios entre personas menores de edad, así como la comisión de delitos de naturaleza sexual contra estas. Además, se prevé expresamente que las autoridades judiciales podrán retirar estos contenidos de la red para evitar la persistencia delictiva.

El art. 29 establece la obligación de las administraciones públicas de prestar especial atención a la protección del interés superior de los niños, las niñas y adolescentes que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de



género, garantizando la detección de estos casos y su respuesta específica, que garantice la plena protección de sus derechos.

En ese sentido se indica que las administraciones públicas garantizarán el apoyo necesario para que las niñas, los niños y adolescentes, de cara a su protección, atención especializada y recuperación, permanezcan con la mujer, salvo si ello es contrario a su interés superior. El art. 34 prevé la regulación **de protocolos específicos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, el ciberacoso, el acoso sexual, la violencia de género, la violencia doméstica, el suicidio y la autolesión entre otros.**

En el art. 43 se establecen los planes de intervención en los casos de violencia en la infancia y adolescencia, y se prevé la necesaria coordinación con los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la comunidad autónoma correspondiente, y se garantiza a los niños, las niñas y adolescentes víctimas de delitos violentos y, en todo caso, de delitos de naturaleza sexual, de trata o de violencia de género una atención integral para su recuperación a través de servicios especializados en consonancia con la medida 208 del Pacto de Estado contra la Violencia de Género³¹.

Cabe destacar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son sujetos especialmente sensibles y vulnerables a esta tipología de violencia, expuestos de forma agravada a sus efectos y con mayores dificultades para el acceso, en igualdad de oportunidades, al ejercicio de sus derechos.

Se trata de una realidad execrable y extendida a pluralidad de frentes la violencia contra las mujeres y menores de edad con discapacidad excede mucho más allá de los cauces de amparo, protección y sanción inicialmente previstos en LO 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género³⁰, ya que en su articulado no queda recogida la distinción alguna por razón de discapacidad de las víctimas, como tampoco se prevén mecanismos especiales de protección para las adolescentes especialmente vulnerables.

Por otra parte, la LO de 2004 se centra en las manifestaciones de violencia cometidas en el marco de las relaciones de pareja presentes o pasadas, ignorando otras muchas formas de violencia contra las mujeres por razones de género, lo que sin duda excluye de su ámbito de aplicación formas de violencia de alta prevalencia como actos de violencia sexual contra mujeres con discapacidad intelectual o actos de violencia cometidos en el marco de los cuidados prestados por particulares o en instituciones sanitarias, sociales o de otra índole.

En este colectivo la mayor vulnerabilidad frente a la violencia se encuentra asociada a la discapacidad, puesto éste implica en muchas ocasiones mayor dependencia económica, dependencia de cuidados de terceras personas o redes sociales en ocasiones más empobrecidas.

A los efectos de este trabajo de puesta al día y revisión se entiende por persona con discapacidad, con carácter amplio, y conforme al concepto recogido en el art. 25 del Código Penal, tras la reforma operada por la LO 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²⁷, a la luz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciembre de 2006³³: *“A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás. Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad, que tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente”.*

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciem-



bre de 2006³⁵ incorporado al derecho español con su publicación en el Boletín Oficial del Estado de 21 de abril de 2008, constituye un hito fundamental en la comprensión de la discapacidad, sustituyendo el modelo médico rehabilitador por el modelo social de discapacidad, al señalar que las causas que provocan la discapacidad no son individuales sino sociales, de lo que se deriva la obligación de los Estados de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el principio de igualdad y no discriminación a las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. De acuerdo con ello, el art. 1 de la Convención redefina el concepto de discapacidad al establecer que *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

Hito destacable fue el que trajo consigo, la LO 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad³⁴. En lo sustantivo, la LO 2/2020 se limita, básicamente, a derogar el párrafo segundo del art. 156 del Código Penal, que contenía los requisitos necesarios para validar conforme a Derecho la esterilización de personas cuya discapacidad intelectual o psicosocial les impidiera prestar válidamente su consentimiento a la intervención.

El Boletín Oficial del Estado de 3 de junio

5 La reforma del ordenamiento jurídico español, que es consecuencia de la ratificación por España de dicho tratado, se inició con la Ley 26/2011, llamada precisamente de adaptación normativa a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, y que se encargó de modificar numerosos cuerpos legales de nuestro Derecho interno. La reforma continuó con el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, a la que han de sumarse la reforma del Código penal llevada a cabo por la LO 1/2015, de 30 de marzo, la nueva legislación de jurisdicción voluntaria (Ley 15/2015, de 2 de julio, modificada por la Ley 4/2017, de 24 de junio, precisamente en relación con el derecho de las personas con discapacidad a contraer matrimonio en igualdad de condiciones) o las más recientes LO 1/2017, de 13 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 5/1995, de 22 de mayo, del Tribunal del Jurado, para garantizar la participación de las personas con discapacidad sin exclusiones, LO 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la LO 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

de 2021, publica la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica³⁵, y el de 5 de junio publica ya arriba mencionada LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹. Ambas leyes contienen disposiciones que contribuyen al cumplimiento de varias medidas previstas en el Pacto de Estado contra la violencia de género y, en general, para la mejora de la situación de los menores que se encuentran en situaciones de violencia.

Pero el hito en el ámbito del desarrollo normativo de los delitos contra la libertad sexual en los últimos tiempos supone la reciente publicación en el Boletín Oficial del Estado español de la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, cuyo objeto es la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales, entendiendo éstas como actos de naturaleza sexual **no consentidos** o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad. La presente ley orgánica pretende dar respuesta especialmente a las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, lo que comprende la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. Asimismo, entre las conductas con impacto en la vida sexual, se consideran violencias sexuales la mutilación genital femenina⁶, el matrimonio for-

6 El Código Penal español tipifica expresamente el delito de mutilación genital en su art. 149.2. En las últimas tres décadas, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África Subsahariana. La incorporación a la sociedad española de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde se practica la mutilación genital femenina, obliga al profesional sanitario a enfrentarse a este tipo de prácticas. No existe a nivel estatal un registro de casos unificado del número de mujeres y niñas mutiladas que residen en territorio español. Tampoco existe un registro de las niñas residentes en España que han padecido la práctica en viajes a sus países de origen o que han llegado ya mutiladas a través de un proceso de reagrupación familiar o adopción. En algunas comunidades autónomas sí que existen registros de casos a cargo de los servicios de salud, servicios sociales y educación,



zado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual. Por último, en coherencia con las recomendaciones de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre violencia contra las mujeres, sus causas y sus consecuencias, se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la violencia sexual, o feminicidio sexual, como la violación más grave de los derechos humanos vinculada a las violencias sexuales, que debe ser visibilizada y a la que se ha de dar una respuesta específica.

La disposición final cuarta modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal²³. Como medida más relevante, elimina la distinción entre agresión y abuso sexual, considerándose agresiones sexuales todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona, cumpliendo así España con las obligaciones asumidas desde que ratificó en 2014 el Convenio de Estambul⁸. Este cambio de perspectiva contribuye a evitar los riesgos de revictimización o victimización secundaria. También se introduce expresamente como forma de comisión de la agresión sexual la denominada «sumisión química» o mediante el uso de sustancias y psicofármacos que anulan la voluntad de la víctima. Igualmente, y en línea con las previsiones del Convenio de Estambul, se introduce la circunstancia cualificatoria agravante específica de género en estos delitos.

CONCEPTOS JURÍDICOS DE BASE MÉDICA

Desde el punto de vista médico legal, no se ha de entrar en las calificaciones jurídicas, sino que se han de procurar aquellos elementos de prueba que, posteriormente, sí permitirán dicha calificación, si bien, para un correcto entendimiento de la norma legal es obligado, aunque de manera somera, señalar cuáles son las bases que se deben establecer a través de las observa-

ciones de los médicos que exploran y asisten a las víctimas de delitos contra la libertad sexual^{16,37}:

1. Acceso carnal. Se entiende como tal la introducción del pene a través de los orificios naturales que contempla la ley (vía vaginal, anal o bucal); siendo necesaria la erección para la penetración por las dos primeras vías. A efectos jurídicos, la consecución del delito no exige eyaculación, o tiempo de permanencia, siendo suficiente la penetración.
2. Introducción de miembros corporales. El término “miembro” se recoge en el Código Penal (delito de lesiones) para designar una parte anatómica de la persona, considerándola “principal” cuando tiene por sí misma, función propia y “no principal” cuando carece de ella. En este contexto, la palabra “miembro” significa, en efecto, región corporal, que al ponerla en relación con su introducción por vía vaginal o anal, requiere una forma anatómica que lleva en la práctica a que se trate.
3. Introducción objetos. Es un término general e impreciso; valdría para cualquier tipo de objeto cuya forma permita su introducción por la vía vaginal y/o anal, en el contexto de la simbología e intencionalidad sexual que conlleva esta acción.
4. Violencia: por violencia o *vis physica* debe entenderse ejercicio de fuerza física. Se trata de una conducta de fuerza realizada personalmente sobre el cuerpo de la víctima suficiente para doblegar su voluntad y conseguir así consumar el acto sexual al que ésta inicialmente se oponía.
5. Intimidación. Concepto de naturaleza psíquica y requiere el empleo de cualquier fuerza de coacción, amenaza o amedrentamiento con un mal racional y fundado; entraña la amenaza de un mal de entidad suficiente para doblegar la voluntad de una persona. Ha de tenerse en cuenta que la voluntad de los menores es más fácil de

normalmente registrados en el curso de la historia clínica.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad aprobó en 2015, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el “**Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina**”, que permiten mejorar la salud de las mujeres y las niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que están en una situación de especial vulnerabilidad.



someter, y por ello, amenazas que ante un adulto no tendrían suficiente eficacia intimidante si pueden tenerla frente a la voluntad de los primeros.

Tal y como la define la Organización Mundial de la Salud³⁸, la violencia sexual es “*todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo*”.

Se ha de tener en cuenta que la **coacción** puede abarcar una variada tipología, que oscila desde el uso de grados variables de fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión, las amenazas (a la integridad física o a perder un empleo, una calificación...) o cuando no se está en condiciones de consentir una interacción sexual, por ejemplo, cuando una de las partes involucradas en el ejercicio de la sexualidad, se encuentra bajo los efectos del alcohol o estupefacientes, dormida, o mentalmente discapacitada conocido como sumisión química. Frente al mito de que la violencia sexual ocurre siempre en lugares oscuros, en soledad y es perpetrada por desconocidos, el medio físico en el que se producen la mayoría de las agresiones sexuales es en la propia casa de la víctima y quien perpetra la agresión es una persona cercana, como una pareja o un familiar.

El espacio público es, no obstante, un lugar inseguro para las mujeres: Organización de las Naciones Unidas Mujeres lanzó “*ciudades seguras*”³⁹ como instrumento para prevenir y responder al acoso sexual y otras formas de violencia sexual contra mujeres y niñas en espacios públicos. En esta iniciativa se asumieron buenas prácticas tales como la iluminación de las calles o la mejora de la red de transporte público. No obstante, durante un período dilatado de tiempo, se ha enseñado a las mujeres y a niños a prevenir las agresiones sexuales, en lugar de sensibilizar sobre la importancia de no convertirse en agresor. Se habla de la “*Cultura de la violación*” para hacer referencia a la normalización y justificación de la violencia sexual en los entornos sociales: Emile

Buchwald en su libro *Transforming a Rape Culture*⁴⁰, expone cómo se crea la *cultura de la violación* normalizando la violencia sexual, y en este contexto, tanto hombres como mujeres asumen que la agresión es algo inherente a la vida y, por lo tanto, inevitable. La cultura de la violación comprende, según Buchwald, la televisión, las bromas, los anuncios publicitarios, las leyes, el mundo laboral o cierta pornografía.

LA EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA MENOR DE EDAD DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Sobre los médicos forenses adscritos a los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en adelante, IMLyCF) recae la responsabilidad de realizar los informes periciales sobre lesiones y posibles secuelas (físicas y psíquicas), así como de recoger y preservar los posibles indicios bien biológicos, bien inorgánicos, que se hallen en los menores víctimas de delitos sexuales y que permitan la investigación y reconstrucción de los hechos. Esta exploración debe adaptarse a las circunstancias concurrentes en cada caso, en la que se ha de modular su intervención al efecto de disminuir el impacto sobre la víctima y sus consecuencias¹⁹.

Es importante considerar que más del 90 % de los niños y niñas agredidos no van a presentar hallazgos anormales en el examen físico, lo cual no significa que el atentado no haya existido. Por este motivo el examen físico, incluso cuando lo que recoge es la ausencia de hallazgos, tiene una importancia máxima y debe ser realizado de forma impecable desde el punto de vista científico¹⁷. La actuación médico forense ante una agresión sexual sobre una persona menor de edad tiene como objetivo principal establecer los diagnósticos y valoraciones sobre las lesiones y secuelas físicas o psíquicas, buscar, encontrar y preservar el cuerpo de la prueba en caso de que sea posible, intentando minimizar las sucesivas actuaciones y fomentar la coordinación con otros peritos judiciales intervinientes en el proceso en beneficio de la víctima^{18,19}. El diagnóstico forense de agresión sexual en menores generalmente constituye un difícil desafío. Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves



cuando se pasa alto el atentado sexual como cuando se efectúa un diagnóstico erróneo¹⁹.

El abordaje de la sospecha de agresión sexual infantil implica recabar la mayor información posible acerca de su existencia, lo que no siempre es tarea sencilla⁴¹. El primer dato de máxima importancia, además de la naturaleza del hecho, es el tiempo que ha transcurrido desde el atentado, lo que va a suponer que la exploración se clasifique como urgente o programable. Las modernas técnicas genéticas de detección de vestigios biológicos permiten demostrar la presencia de restos identificables hasta una semana después de ocurridos los hechos, lo que condiciona la urgencia de la actuación a las circunstancias de la misma¹⁹.

La exploración, en los casos urgentes, se debe realizar de forma inmediata y siempre en centro sanitario, o en el centro que se haya establecido como de referencia para atender estos casos. Por tanto, si durante el proceso asistencial en el servicio de urgencias se tiene conocimiento que el atentado ha tenido lugar en las últimas 72 horas (o 7 días, según el caso), se debe notificar, por el médico asistencial que detecte la sospecha (a través del procedimiento de urgencia protocolizado por el centro sanitario), de manera urgente, la situación al juzgado de guardia, el cual activará la intervención del médico forense⁷. El

médico asistencial deberá remitir de MANERA INMEDIATA el Parte Judicial de Lesiones correctamente cumplimentado al juzgado de guardia, documento médico legal cuya finalidad es informar a la autoridad judicial de la existencia de un acto constitutivo de delito del que se tenga conocimiento en el ejercicio profesional. Este es un documento médico legal básico y obligatorio, que tiene unas características formales generales y un contenido personalizado y referido a cada víctima y agresor (si se conoce). Se emite siempre que se asiste a un paciente que ha sufrido lesiones violentas físicas y/o psíquicas por acción u omisión, entendidas éstas como las ocasionadas por un mecanismo externo y ajeno a la persona, que al ponerse en marcha (accidental o intencionadamente) incide sobre la misma y le produce un daño. Respecto al Parte de Lesiones por violencia contra la mujer (de género) o por violencia sexual, son las distintas Comunidades Autónomas que han publicado un modelo oficial, completo y extenso, con la pretensión de que queden bien reflejadas las lesiones sufridas, el tratamiento aplicado, el mecanismo de producción, la recogida de muestras y cualquier otro dato que ayude después, en la investigación judicial, al esclarecimiento de los hechos y al castigo del culpable.

En ausencia de tal comunicación, el médico forense debe informar, por el medio que proceda y previo a su intervención, la existencia de una posible víctima de un atentado contra la libertad sexual a la autoridad judicial competente. A la vista de estas consideraciones, ha de distinguirse:

7 El Capítulo I de la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, sobre actuaciones fundamentales para la acreditación del delito, prevé la especialización en violencia sexual de las unidades de valoración forense integral que asisten a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Asimismo, establece la obligación de especialización del personal médico forense que realice los exámenes de interés legal. Su artículo 19 señala explícitamente: *“Artículo 29. Formación en el ámbito forense...2. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, asegurarán que los Institutos de Medicina Legal, en la formación inicial y continua de los equipos multidisciplinares de profesionales integrados en las unidades de valoración forense integral y de los equipos psicosociales especializados que asistan a los juzgados, incluyan transversalmente la perspectiva de género, así como la capacitación para la identificación de las violencias sexuales. 3. Asimismo, se garantizará la formación para una adecuada especialización de todo el personal del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses que realice la valoración de circunstancias y daños ocasionados en casos de violencias sexuales, considerando especialmente la situación de mujeres, niñas, niños y adolescentes afectados por formas múltiples e interrelacionadas de discriminación”*.

En su Título VI “ Acceso y obtención de justicia”, Capítulo I: “Actuaciones fundamentales para la acreditación del delito”, el art. 48. *Práctica forense disponible, accesible y especializada. 1. La Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán la disponibilidad del personal médico forense para asegurar que el examen y las actuaciones de interés legal se practiquen a las víctimas sin demoras y*

conjuntamente con el reconocimiento ginecológico o médico preceptivo y todo aquel estudio médico necesario. En todo caso, se evitará la reiteración de reconocimientos salvo que resultaren estrictamente indispensables para la investigación. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 363 y 778.3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1982, la recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, que se realizará previo consentimiento informado, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal. Las muestras biológicas y evidencias que se recojan por el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible, al Instituto de Medicina Legal.



A. Sospecha de agresión sexual aguda o reciente:

A1) Durante las primeras 72 horas en una agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital...derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones..., desde el momento de los hechos, la valoración clínica forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una emergencia médico-legal y por tanto ha de ser atendida como tal por el médico forense en funciones de guardia y por el médico asistencial a fin de no duplicar exploraciones de forma innecesaria, estrategia muy importante a efectos de prevenir la victimización secundaria^{41,42}. La celeridad persigue, igualmente, evitar que desaparezcan lesiones que cicatrizan rápidamente.

A2) Se debe considerar del mismo modo una emergencia médico forense la recopilación de muestras en la agresión sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal de 7 días. Debe realizarse sin demora injustificada, ya que de existir restos biológicos del agresor que pudieran dar un perfil genético para una posterior identificación, estos se deterioran y desaparecen, perdiéndose el elemento de la prueba⁴³.

Esta exploración es la primera toma de contacto con la víctima a través de la cual ésta manifestará la naturaleza y circunstancias de los hechos y se realizará la exploración física, psicológica, contextual-social y la toma de muestras, siempre en estrecha relación con el relato de los hechos referidos¹⁹. En la medida en la que sea posible, es recomendable que, al menos, el relato de los hechos se realice sin la presencia de familiares/acompañantes ya que el menor se expresa con una mayor libertad pese a la necesidad de que estos otorguen su consentimiento para que la entrevista se efectúe en exclusiva con la víctima, cuestión que habrá de matizarse en función de la edad del menor y de que haya o no conflicto de intereses⁴³. En cuanto al reconocimiento,

el menor debe ser abordado empleando un lenguaje cercano con términos que le permitan comprender el objeto de la exploración¹⁷.

En un primer momento de la entrevista, los médicos u otros profesionales involucrados en la misma han de ser presentados al menor, los cuales deben estar cualificados para recoger e interpretar adecuadamente el relato de la víctima, a través de la realización de preguntas empáticas y no sugerentes. Por la disponibilidad actual de medios de grabación audiovisual resulta de gran interés registrar la entrevista para su estudio ulterior, grabación que si bien no reúne condiciones para ser considerada como prueba preconstituida, puede ser muy útil para los psicólogos encargados de estudiar posteriormente el análisis del testimonio basado en criterios (CBCA).

En general, la entrevista y anamnesis necesitan mucho más tiempo que el propio examen físico, y son fundamentales para hacer que éste último sea útil. La exploración física va a realizarse juntamente con los servicios sanitarios e incluye una exploración física general completa y, de manera más específica, de las áreas de acceso sexual. La exploración física debe incluir:

1. Estudio general completo.
2. Estudio específico de las áreas genitales y las cavidades anal y bucal.

En todo caso, no se debe perder el enfoque integral que permite evaluar todos los tipos de malos tratos y no sólo el de tipo sexual, y recordar que una víctima de agresiones sexuales puede presentar también lesiones en otras regiones anatómicas¹⁹.

Se debe hacer hincapié en aquellas áreas en las cuales la víctima refiera haber sufrido los tocamientos o el acceso carnal. Por tanto, el examen físico se centra, fundamentalmente, en la inspección de la región anogenital a través de una variedad de métodos y técnicas de examen mientras el niño se encuentre adecuadamente posicionado, bien en decúbito supino, bien en la posición fetal, o en la posición de decúbito lateral⁴³.

8 Raramente son hallados rastros de ADN en las víctimas prepúberes, y sólo en casos excepcionales más allá de 24 horas después del evento; debe dirigirse más atención forense a los vestidos y la ropa de cama de la víctima.



El examinador debe conocer el estado de la evidencia con respecto a los hallazgos médicos del abuso sexual infantil, así como su clasificación actual. La más difundida y aceptada, la Clasificación de Adams (ANEXO), aconseja una combinación de tres técnicas estándar –de separación labial, tracción labial, y posición genupectoral– ya que aumenta el rendimiento de los resultados positivos y es requerida por dicha clasificación para que ciertos hallazgos puedan considerarse como una prueba definitiva de agresión^{44,9} en el caso de detectarse hallazgos lesivos, además de ser descritos, es necesario fotografiarlos.

En casos de sospecha de menores agredidos puede estar indicado su ingreso hospitalario con la previa información a la familia de la necesidad de estudios complementarios a fin de llevar a cabo un examen exhaustivo y recopilar su historia clínica para verificar motivos de consulta previos, revisiones periódicas y cumplimiento vacunal¹⁶.

Simultáneamente a la exploración se realiza la toma de muestras forenses (indicadas por el médico forense) y clínicas (establecidas por el equipo asistencial).

En el momento actual⁴¹, se recomienda la toma de muestras forenses que puedan derivar del intercambio de material biológico por contacto sexual en función de dos situaciones clínicas que merecen ser diferenciadas a la hora de la activación del procedimiento judicial, y por ende, para solicitar la presencia del médico forense al objeto de exploración y recogida de muestras de interés clínico y judicial:

- Agresión sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal: el semen y restos celulares de varón pueden permanecer en cavidad vaginal hasta 7 días después de producido el hecho (los espermatozoides pueden recuperarse del cuello uterino); por lo tanto, se debe ampliar el tiempo de la toma de muestras en estos casos hasta las 168 horas posteriores⁴⁷.

- Agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital... derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones...; se considera que en dichos fluidos las actuales técnicas analíticas permiten la detección de semen y/o restos celulares de varón hasta 3 días después de producidos los hechos.

Por lo tanto, el tiempo adecuado para la toma de muestras sería, en líneas generales, de hasta 72 horas posteriores al hecho lesivo. La recolección de ropa, ropa de cama u otros artículos domésticos que puedan albergar potenciales rastros puede efectuarse en un momento posterior. Desde el punto de vista forense un protocolo completo puede llegar a incluir las siguientes muestras:

- Muestras para estudios biológicos:

Debido a su utilidad como elemento probatorio de la realidad del contacto sexual y la identificación de los sospechosos, los estudios de ADN de las muestras biológicas (especialmente el semen) son actualmente considerados la aportación más importante para la prueba legal ante los tribunales⁴⁸. De hecho, la presencia de semen en el cuerpo, ropa o inmediaciones de un niño prepúber durante el reconocimiento médico forense usualmente confirma el diagnóstico del contacto sexual, y generalmente es aceptado ante un tribunal como prueba. Sin embargo, esta interpretación no debe considerarse como una prueba irrefutable, especialmente para casos de supuestos atentados intrafamiliares, ya que se ha evidenciado una transferencia secundaria de espermatozoides desde ropa/sábanas de adultos a ropa de bebés o niños durante lavados de la misma. Además, se puede obtener un perfil genético completo del padre a pesar de que no hubiera absolutamente ninguna agresión sexual involucrada^{49,50}.

Es importante conocer que la presencia o no de hallazgos físicos significativos no predice el hallazgo de adenosindifosfato (en adelante, ADN) extraño y no debería ser el criterio para decidir recolectar o no muestras forenses⁵¹. Además, aún puede recuperarse el ADN tras el lavado genital (en su caso) después del evento. No

9 A este respecto, el "Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia", recomienda: "Durante la exploración física, podrá estar presente el representante legal del niño, niña o adolescente, salvo oposición de la víctima"



es frecuente encontrar semen en la cavidad oral más allá de 6 horas, en cavidad anorrectal más allá de 24 horas y en la cavidad vaginal más allá de 72 horas después del contacto sexual^{52,53}. En la cavidad vaginal, el tiempo de vida media depende de la edad de la víctima (prepuberal o pospuberal) y si el semen se localiza en el cuello uterino, la vida media puede ser mucho mayor que 72 horas. En las niñas pospuberales, los espermatozoides pueden permanecer móviles en las secreciones vaginales durante 6-12 horas y en el cuello uterino hasta 7 días después del eyaculado; los espermatozoides no móviles se pueden encontrar en las manchas de las secreciones vaginales de 12 a 48 horas después de la eyaculación. La vida media del semen en las niñas prepúberes es comparativamente más corta debido a la ausencia de moco cervical. Las secreciones secas en la ropa permanecen bastante estables, por lo que el semen puede detectarse por más de 1 año basado en el principio de intercambio de Locard: *“en todo contacto entre un cuerpo y otro se intercambia evidencia física: un agresor al atacar a su víctima deja en ella algo de él y toda víctima deja algo de ella en el agresor. De la misma manera, un lugar deja elementos en quienes lo visitan y el visitante deja elementos en el lugar”*⁵⁴.

- Muestras para estudios microbiológicos:

El tiempo transcurrido entre el atentado y el primer reconocimiento médico de la víctima de agresión sexual infantil no debe ser un impedimento para la recogida de muestras y posterior análisis microbiológico⁴¹. Tal es el caso de las muestras biológicas destinadas a los análisis microbiológicos, ya que se podría detectar algún patógeno de transmisión sexual, lo que podría traer consigo la investigación de la transmisión de este durante la agresión a menores, hecho éste que sería constitutivo de un delito. Actualmente el contagio de una enfermedad constituiría un delito de lesiones, (art. 149 del Código Penal, dolosa, o art. 152 del Código Penal, imprudente). Posteriormente, estas muestras podrían ser objeto de análisis destinados a detectar el perfil genético del presunto agresor si en su momento no se hubieran tomado muestras para estudios genéticos, o se hubiera obtenido un resultado negativo en las destinadas a este fin^{41,42}.

- Muestras para estudios toxicológicos:

El fin perseguido mediante la obtención de muestras para este tipo de análisis pretende la determinación de una disminución o merma de la consciencia o la capacidad de consentir y estudio de un posible delito facilitado por el alcohol u otras sustancias tóxicas. El médico forense se hará responsable de la cadena de custodia de las muestras forenses por él recogidas y de su remisión posterior al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (en adelante, INTCF), adjuntando copia del informe clínico para remitirlo junto al informe médico forense y al expediente judicial al juzgado de guardia.

B. Sospecha de agresión sexual no aguda o no reciente.

Teniendo en cuenta que el tiempo transcurrido entre el atentado sexual y la exploración de la víctima constituye un factor fundamental en la investigación, en términos generales, si desde la fecha que la que se perpetró la agresión ya han transcurrido varios días, el menor ha de ser examinado por un médico tan pronto como sea posible, pero no como una emergencia. **En estos casos el médico asistencial realizará la exploración y actuación sanitaria precisa remitiendo el parte judicial de lesiones al juzgado de guardia para comunicar la sospecha del delito.** Con letra legible, se identificará el médico y se describirán detalladamente las lesiones, incluido el estadio y la localización, describiendo además el estado emocional del menor. Se deberá incluir el pronóstico y el destino del paciente (alta o ingreso hospitalario).

El médico forense procederá a la exploración de la víctima en las dependencias del servicio de clínica del IMLCF y emitirá el informe de sanidad de las lesiones, si bien la conveniencia de este reconocimiento debe ser valorada en cada caso de manera particular según los resultados de las exploraciones previas que se hubieran realizado y de los informes emitidos. No obstante, en casos de especial gravedad el médico forense de guardia realizará de forma urgente dicha exploración conjunta^{41,42}.



LA NUEVA ALARMA SOCIAL EN EL CAMPO DE LA VIOLENCIA SEXUAL: LOS DELITOS DE SUMISIÓN QUÍMICA... ¿LEYENDA O REALIDAD?

La administración subrepticia de sustancias tóxicas, drogas o medicamentos a una persona con fines criminales es conocida como sumisión química, en literatura científica anglosajona, asaltos sexuales facilitados por sustancias. Estas conductas objeto de reproche penal hasta la reforma recientemente operada por la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, encontraban encaje en el Código Penal español como forma típica de abuso sexual y no como agresión sexual, figura delictiva que requería siempre de la existencia de violencia o intimidación, instando por ello la calificación de los delitos de sumisión química como abuso a una reforma del texto penal para evitar una victimización secundaria aún mayor de la que perciben los sujetos pasivos de estos delitos en el momento actual.

Se estima que hasta un 17% de los delitos contra la libertad sexual podrían catalogarse como sumisión química, aunque actualmente existe una tendencia al alza en la prevalencia de estos delitos lo que supone un reto para los profesionales encargados de su abordaje, teniendo en cuenta el estado de confusión de la víctima y el corto periodo de la ventana de detección de las sustancias psicoactivas que se utilizan habitualmente, siendo la más frecuentemente empleada el alcohol etílico. No obstante, aunque puede emplearse solo, suele administrarse combinado con otras drogas de abuso estimulantes o fármacos.

Desde la antigüedad es conocido el empleo de sustancias químicas a fin de dirigir la voluntad de las personas a la comisión de actos delictivos de manera subrepticia, aunque recientemente la aplicabilidad de las sustancias tóxicas con tales fines ha adquirido gran relevancia social por su vínculo con la perpetración de delitos contra la libertad sexual, entre otros actos objeto de reproche penal, anulando o modificando las capacidades cognitivas de las víctimas.

Por ello, la literatura anglosajona emplea los términos “*drug facilitated crimes*”, o “*drug facilitated sexual assault*” (en adelante, DFSA) cuando

el empleo de sustancias tóxicas, medicamentos o estupefacientes se encuentra vinculado a la comisión de delitos contra la libertad sexual.

El acrónimo más comúnmente empleado en España, sumisión química, proviene del término francés “*soumission chimique*”, y define éste como la administración de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento, buscando anular su voluntad o modificar su comportamiento con fines delictivos. Este término se empleó por primera vez por Poyen, Rodor, Jouve, Galland, Lots y Jouglard en 1982, para referirse a “*la administración de un producto a una persona sin su conocimiento con el fin de provocar una modificación de su grado de vigilancia, de su estado de consciencia y de su capacidad de juicio. Esta vulnerabilidad se provoca deliberadamente con el fin de causar a la víctima un perjuicio secundario (robo, firma de documentos y, sobre todo, agresión sexual). En la práctica, las víctimas están dormidas, o bien despiertas, pero bajo el control del agresor*”⁵⁶.

Ampliando el concepto de sumisión química, se puede llevar a cabo una clasificación de estos delitos entendiendo como el subtipo conocido como premeditada o proactiva (en adelante, DFSA premeditada o proactiva), aquella en la que el asaltante le proporciona a su víctima una sustancia incapacitante o desinhibidora, de forma encubierta y con el objetivo de someterla sexualmente, y el oportunista (en adelante, DFSA oportunista) cuando el agresor mantiene actividad sexual con otra persona prevaleciendo de que ésta se encuentra prácticamente inconsciente debido al consumo voluntario de alcohol y/o determinadas sustancias como drogas o medicamentos o mixta, confluyendo la ingesta voluntaria por la víctima de determinadas sustancias tóxicas o bebidas alcohólicas con la administración encubierta por parte del asaltante⁵⁷.

El nexo común es que dicha administración produce en la víctima una incapacidad o inconsciencia que permite o facilita que el delito sexual tenga lugar, al posibilitar que la persona se encuentre bajo unos efectos que reducen significativamente o anulan su autonomía sexual además de imposibilitar cualquier tipo de resistencia o defensa, generando un estado de vulnerabilidad en la víctima⁵⁸.



Existe también una preocupación creciente por el fenómeno conocido como «*Chemsex*», en el que la práctica del sexo, fundamentalmente entre hombres, se asocia el consumo de drogas. En esta situación existe una línea muy fina entre las prácticas sexuales voluntarias y aquellas que se realizan en estado de baja consciencia y/o intoxicación, cuando el individuo tiene mermada su competencia para la toma de decisiones, suscitando problemas relacionados con el consentimiento. Algunos usuarios pueden encontrarse involucrados en otros delitos que rara vez se denuncian por temor a ser acusados de tenencia de drogas, por sensación de culpabilidad, o porque su entorno conozca sus prácticas. Se han reportado destrozos o robos en los domicilios donde se practica *Chemsex*, así como problemas relacionados con la difusión, sin su consentimiento, de grabaciones o fotografías de personas desnudas o practicando sexo bajo los efectos de sustancias⁵⁹.

De todo lo anterior se deduce que el empleo de sustancias psicoactivas supone una anulación completa, o muy significativa, de la capacidad de emitir cualquier tipo de consentimiento válido para participar en una actividad de índole sexual, por encontrarse la víctima plenamente incapacitada a causa de la administración de dichas sustancias⁵⁸.

En relación con las sustancias empleadas por los agresores en la perpetración de los delitos contra la libertad sexual, es preciso en primer lugar analizar, las cualidades comunes a la mayormente empleadas, que además justifican, por su difícil detección en el organismo de las víctimas, su prevalencia subestimada. Se trata de sustancias insípidas, incoloras e inodoras, es decir, carentes de características organolépticas, lo cual dificulta su detección por las víctimas; de acción rápida y corta duración para facilitar el control sobre la víctima y no levantar sospechas; cuyos efectos se den a dosis bajas para que puedan pasar inadvertidas más fácilmente. La administración suele ser por vía oral, añadidas a diferentes bebidas que enmascaren el sabor y el olor; cuando estas bebidas son alcohólicas, se convierten en el vehículo idóneo porque al mismo tiempo potencian sus efectos⁵⁶.

En segundo lugar, los efectos que se suelen buscar son, amnesia anterógrada que supone la incapacidad de formar recuerdos nuevos, de recordar hechos nuevos, sin afectar a los antiguos (la amnesia es un efecto muy favorable para el agresor ya que limita el testimonio de la víctima, llegando a impedir la denuncia del hecho delictivo); sedación para limitar la capacidad de vigilia, atención y respuesta de la víctima ante la agresión; efectos alucinógenos, desorientación temporal y espacial de la víctima para invalidar su testimonio; desinhibición, afectando a la capacidad de autocontrol de la víctima, llegando a situaciones que en condiciones normales hubiera considerado inaceptables⁵⁶.

Entre las sustancias más frecuentemente involucradas en la comisión de actos delictivos con finalidad sexual se encuentran el alcohol etílico, benzodiazepinas, hipnóticos, cannabinoides, analgésicos o anestésicos, barbitúricos, gammahidroxibutirato (GHB) o disolventes orgánicos. Pese a ser numerosas las sustancias empleadas con tales fines, continúa siendo el alcohol etílico, la sustancia desinhibidora empleada por excelencia, en un 50-70% de los casos de sumisión química, con el fenómeno conocido como *binge drinke* o *heavy episodic drinking*.

Abordaje de las víctimas de delitos sexuales facilitados por sustancias tóxicas y alcohol en el ámbito sanitario

Los DFSA suponen un reto para los profesionales sanitarios porque la propia naturaleza delictiva del acto dificulta su detección, por el estado de confusión de la víctima, por el corto periodo de la ventana de detección de las sustancias, por la carencia de medios diagnósticos en los centros sanitarios y por las repercusiones médico legales sobre la víctima. Debe mantenerse, por tanto, un alto grado de concienciación, facilitando la obtención de muestras de validez legal y un diagnóstico clínico certero⁶⁰.

Resulta fundamental documentar el motivo por el cual la persona reconocida que demanda asistencia sanitaria, sospecha o cree haber sido víctima de un DFSA, siendo en ese caso preciso anotar toda la sintomatología referida en su historia clínica, destacando si ha existido consumo voluntario de alcohol, drogas y/o medicamentos.



No olvidar que los tiempos para detectar DFSA en sangre y en orina dependen de la vida media del tóxico, de la dosis que se le ha administrado y de la sensibilidad del analizador. Hay que tener en cuenta que un resultado negativo en la determinación de esas sustancias no significa que no haya sido un DFSA, ya que pueden haber desaparecido las sustancias de las muestras por el tiempo transcurrido. Del mismo modo, el resultado positivo tiene que estar apoyado por la anamnesis y los informes médico forenses⁶⁰.

En el año 2010 se constituyó en el IMLCF de Cataluña el Grupo de Investigación en Sumisión Química que llevó a cabo durante el año 2011 el estudio prospectivo de víctimas de agresión sexual con intervención médico-forense en la ciudad de Barcelona, comentado anteriormente⁶¹. En el marco de este estudio, se desarrolló conjuntamente entre los Servicios de Clínica Médico-Forense y de Laboratorio Forense un protocolo de actuación específico ante la sumisión o vulnerabilidad química. Se elaboró la denominada “*Guía breve de actuación médico-forense ante casos sospechosos de sumisión y vulnerabilidad química*», que fue difundida en el IMLCF a partir del mes de octubre de 2012⁶¹.

Se trata esta publicación de un trabajo pionero en el abordaje de las víctimas de DSFA en España, precediendo a otras publicaciones posteriores del Ministerio de Justicia en esta materia, tales como las Instrucciones publicadas en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación en el año 2012⁶², el “*Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*” de 2021⁴¹ y la recientemente conocida “*Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química*”⁶³ publicada por el Consejo Médico Forense en el mes de marzo del año en curso.

A semejanza de otras intervenciones, en la medida de lo posible es necesario informar a la persona reconocida de la naturaleza y finalidad del procedimiento y obtener su consentimiento. Conviene tener presente que la persona asistida puede ser preguntada acerca del consumo voluntario como un cuestionamiento de su credibili-

dad, por lo que, se debe explicar que los análisis en sangre y orina detectan alcohol, drogas y medicamentos, y que por este motivo es necesario precisar lo que ha tomado de manera voluntaria, y en qué cantidad, para poderlo distinguir de lo que le puede haber sido administrado de forma encubierta.

Además de documentar el consumo voluntario de alcohol, de drogas y de medicamentos, es necesario anotar si se ha tomado o administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente, ansiolítica) a raíz de los hechos y con carácter previo a la toma de muestras.

Respecto a la exploración, se debe realizar y documentar tanto la realizada a nivel neurológico como del estado mental, con una recogida de muestras de sangre y orina general y con análisis de cabello, si fuera posible, considerando otras muestras según el caso, como una bebida o un alimento sospechosos, o restos de vómito⁶³10 recogida conforme a la Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

La Guía de Buenas Prácticas recomienda obtener muestras tanto de sangre como de orina dentro de las 48 horas desde la perpetración de los presuntos hechos. Entre las 48 y las 168 horas (7 días) posteriores, se recomienda obtener otra muestra de orina. Si la persona es reconocida más allá de los 7 días tras los hechos se recomienda el análisis del cabello, también cuando no se dispone de muestras de sangre ni de orina; se aconseja la obtención de una muestra de cabello en el momento del primer reconocimiento y de una segunda muestra 6 semanas después. Respecto a la muestra de sangre, se tomará sangre venosa periférica en 2 tubos de 5 mililitros, al menos uno con fluoruro sódico como conservante y oxalato potásico como anticoagulante, procurando llenar los tubos al máximo para evitar, en la medida de lo posible, la cámara de aire, así como el otro tubo

10 Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, incluye en su Anexo I un formulario de remisión de muestras.



de sangre total anticoagulada con EDTA (ácido edético). Ambos tubos deben enviarse en condiciones de refrigeración y se recomienda supervisar que no se haga uso de alcohol como desinfectante cutáneo.

La sangre es una muestra biológica que informa del consumo reciente de la sustancia y, además, permitiría en casos favorables establecer la correlación entre la concentración y el efecto clínico. Como principal desventaja de su uso para este tipo de casos figura la rápida eliminación de las sustancias de este medio biológico, por lo que, en el caso de existir cierto retraso en solicitar ayuda médica, es probable que la sustancia administrada haya desaparecido de la sangre⁶³.

En cuanto a la muestra de orina, toda la que se pueda recoger en frasco de seguridad de 50 mililitros, sin conservantes, que también deben enviarse en condiciones de refrigeración^{61,62,63}. La orina es una muestra, habitualmente abundante, que también informa del consumo reciente, pero ofrece ventanas de detección superiores a la sangre para las sustancias químicas, ya que pueden llegar a ser de varios días como en los cannabinoides y metabolitos de algunas benzodiazepinas.

Continuando con las recomendaciones relativas a la toma de muestras, se recogerán dos mechones de cabello cortado muy próximo al cuero cabelludo en aquellos casos en los que la denuncia de los presuntos hechos sea efectuada más allá de los cinco días desde su comisión, y se puede citar a la víctima a las 4-5 semanas después del reconocimiento inicial para tomar nuevas muestras y así facilitar el estudio de consumo crónico o puntual de drogas de abuso. Al ser el cabello una matriz biológica que va incorporando a su composición las sustancias químicas presentes en la sangre a medida que crece, y considerando que la velocidad de crecimiento es de 1 centímetro al mes, mediante el análisis del segmento proximal obtenido a las 3-5 semanas se podría detectar la sustancia administrada y/o su metabolito. Sirve para distinguir la exposición única de la crónica y para poner en evidencia el tóxico si ha desaparecido de la sangre y orina.

La principal desventaja de esta matriz

biológica son las bajas concentraciones que se pueden esperar tras la exposición a una única dosis del compuesto administrado.

En el caso de menores de edad y, en general, de personas con dificultades para comprender que están siendo incapacitadas mediante el uso de sustancias químicas, la muestra de cabello es la matriz adecuada para confirmar el consumo o la administración repetida a lo largo de un período de tiempo. Así mismo, el cabello es de interés forense cuando sea necesario descartar el consumo crónico de alguna sustancia psicoactiva por parte de la víctima. Se indicarán las sustancias de posible consumo y el tiempo que se quiere investigar.

Se aconseja que la respuesta tanto clínica como forense ante la mera sospecha sea protocolizada y multidisciplinar. Así, sería recomendable que en los centros de atención sanitaria se implantara un procedimiento de actuación normalizado y homogéneo para la detección clínica y atención de la sospecha de sumisión química que incorporara los aspectos médico legales, y que la intervención médico-forense fuera lo más precoz posible e independiente de la formulación de denuncia por parte de la víctima⁶³.

La presencia de una persona de apoyo a la víctima durante el proceso de evaluación médico forense debe atenderse tal como dispone la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito⁵⁵, cuyo artículo 4.c contempla como derecho básico el de ser acompañada por una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios. También el Código de Deontología Médica se refiere a esta cuestión en su artículo 9.3⁶⁴. Además, diferentes guías de actuación recomiendan que en todo momento la víctima esté acompañada por una persona de su confianza, ya sea un familiar o un amigo desde el momento inicial^{61,62,63}.

No obstante, puede darse la situación inversa, y que la demanda debe ser igualmente respetada, como ocurre en los casos de adolescentes que prefieren que sus padres no estén presentes. Sin embargo, aquellas situaciones en las que la víctima sea menor de 16 años, se deberá obtener el consentimiento explícito de los tutores para



proseguir con el examen con otra persona asistente⁶³.

Es necesario un trato especialmente exquisito hacia el menor víctima, comprensivo, con ambiente tranquilo, de modo que se facilite la comunicación, confidencialidad y la mayor intimidad posible, debiendo efectuar la recogida de datos con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, modulándose la intervención y adaptando la entrevista para la obtención de información a las características individuales y capacidad de comprensión del niño así como a su nivel intelectual.

Se debe disponer del tiempo necesario y del lugar adecuado, tranquilo y suficientemente equipado. Es preciso dar explicaciones conforme al nivel intelectual del menor de edad de todas las exploraciones que se le van a efectuar y la finalidad de las mismas, exponiendo en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea preciso, como es el caso de la toma de muestras.

En agosto del año en curso, el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad publicó las *"Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante ("pinchazo") en contextos de ocio"*⁶⁶, documento que tiene como finalidad proponer pautas de actuación y algoritmos básicos para articular respuestas y actuaciones sanitarias comunes desde los equipos de profesionales del Sistema Nacional de Salud para una atención integral de las agresiones con objeto punzante ("pinchazo") a mujeres en contextos de ocio para garantizar la protección integral de la salud de las mujeres, teniendo en cuenta las consideraciones previas recogidas en los Protocolos Autonómicos actualmente existentes (Sumisión Química y Agresiones Sexuales) así como los aspectos legales relacionados para una adecuada continuidad asistencial y posterior seguimiento. El documento contiene una primera parte de consideraciones generales, propone un algoritmo básico de actuación, un modelo de consentimiento informado de la víctima para la recogida de muestras, y un documento base de recogida de datos para la custodia de las mismas.

LA VALORACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO

Cuando la naturaleza de la violencia sexual no tiene caracteres de urgencia y el tiempo hasta su detección es suficientemente prolongado, la situación requiere una actuación tan rápida como sea posible, pero no inmediata. En estos casos es posible disociar la asistencia urgente con fines asistenciales de la entrevista con fines periciales, y ésta puede y debe llevarse a cabo juntamente con profesionales de la psicología con experiencia en la evaluación pericial de menores^{17,42}. A medida que el tiempo transcurrido desde el atentado es mayor, adquiere más importancia la entrevista que debe llevarse a cabo con aplicación de técnicas de evaluación de testimonio.

En estos casos es posible y aun conveniente plantear la posibilidad de la grabación de la entrevista de manera que pueda realizarse en condiciones que permitan su consideración de prueba preconstituida, con el doble objetivo de que al tiempo que estas exploraciones son admitidas como pruebas, garantizan los derechos de la persona menor de edad de ser interrogada por una persona experta. Por otro lado, en consonancia con el principio de mínima intervención, reduce el número de exploraciones. Respecto de los menores, la preconstitución de la prueba, no debe ser excepcional, con el fin de evitar la victimización secundaria. En este sentido, debe recordarse que la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito⁵⁵, en su art. 26, sobre *"Medidas de protección para menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección"*, contempla en su apartado "b)" que la declaración podrá recibirse por medio de expertos (...), que mediante el empleo de técnicas propias de sus ciencias y la utilización de protocolos diseñados para realizar las entrevistas a menores harán la experiencia menos traumática para el menor¹¹.

¹¹ Esta Ley se refiere en sus arts. 23 a 26 a la actuación y medidas de protección especial a víctimas menores de edad. Correlativamente modifica diversos preceptos de la LECrim. referidos a declaraciones y protección de derechos de víctimas menores de edad: arts. 433, 681.3, 707, 730.



EL PRINCIPIO DE LA MÍNIMA INTERVENCIÓN: LA PRUEBA PRECONSTITUIDA Y EL MENOR VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³⁰, dispuso que el Gobierno organizara, en su ámbito de actuación, los Servicios Forenses de modo que contaran con Unidades de Valoración Forense Integral (en adelante, UVFI). El binomio protección versus autonomía se presenta como un dato clave en la reciente evolución del tratamiento jurídico de los derechos de la niñez y la adolescencia, siguiendo la pauta marcada por la CDN y presidido por los principios del interés superior del niño y la capacidad progresiva del individuo⁶⁷.

Desgraciadamente, en los últimos años, especial relevancia ha alcanzado la problemática de la asistencia a los menores de edad que viven en dinámicas familiares violentas, de género y doméstica, en que los niños aparecen como especialmente involucrados, concernidos y damnificados.

De otro lado, la realidad social y el quehacer cotidiano de los tribunales revelan, como una verdad irrefutable, que sobre niños y adolescentes se proyectan con frecuencia, entre otros tipos de conductas reprobables, actuaciones delictivas que atentan contra la libertad sexual de los mismos, que incluso en numerosas ocasiones tienen lugar dentro del ámbito familiar.

La necesidad de protección de los menores que se ven inmersos en estas situaciones de violencia en las cuales la víctima es su madre y el responsable es su padre o la persona con la que mantienen o ha mantenido una relación análoga de afectividad, ha sido reclamada desde hace años desde diversos sectores sociales señalando que, si realmente cualquier forma de violencia sobre un menor de edad por su vulnerabilidad es injustificable, es especialmente execrable cuando acontece en el ámbito familiar, donde existe violencia en cualquiera de sus manifestaciones, tratándose de actos constitutivos de delitos pluriofensivos al interesar no exclusivamente a la persona que lo sufre de modo directo sino a todo el ámbito familiar en cuanto vulnera los principios

de igualdad, dignidad y libertad bajo los cuales debe desarrollarse la convivencia y el aprendizaje de los niños; la familia es el ámbito donde se inician y desarrollan los vínculos, las habilidades y los sentimientos, además del conocimiento, es decir, es la primera escuela de aprendizaje¹.

Los menores de edad viven en un entorno donde las relaciones violentas y el abuso de poder, que justifica, legitima, banaliza y promueve esos comportamientos violentos como parte de las relaciones afectivas y personales son una pauta diaria, internalizando un modelo negativo de relación que lesiona gravemente el desarrollo de su personalidad.

La situación de las víctimas menores de edad y la atención que nuestro ordenamiento jurídico les otorga ha cambiado sustancialmente en los últimos años mediante la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, que traspone a nuestro derecho interno la Directiva 2012/29 UE¹⁰, por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, y mediante la recientemente aprobada Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, configurándose un nuevo estatuto jurídico de las personas menores de edad siendo titular de derechos y objeto de protección, además de un verdadero protagonista que ha ser oído, pero con deberes, conforme a las disposiciones normativas nacionales e internacionales arriba señaladas, en las que, desde la concepción de los menores como ciudadanos, se les reconoce como corresponsables de las sociedades de las que forman parte esencial.

A fin de ejercitar adecuadamente este derecho el menor, será preciso que éste sea informado con anterioridad de un modo comprensible acerca del contenido de lo que se sustancie, de su alcance y consecuencias, sin obviar que se trata de un derecho, no de una obligación, por lo que hay cabida a que el menor no desee declarar.

La edad y madurez son dos criterios para tener en cuenta, siendo más importante el desarrollo evolutivo y capacidad de comprensión del menor, que su edad biológica; en todo caso se entiende por ley que a la edad de 12 años se alcan-



za la suficiente madurez. El menor podrá ejercer este derecho por sí mismo o por la persona que designe para que actúe en su representación e incluso podrá ser asistido si fuera necesario de profesionales expertos, expresando su opinión verbalmente o a través de otras vías no verbales de comunicación.

En todo caso sus comparencias tendrán carácter preferente y deberá velarse por preservar siempre su intimidad.

Cuando no sea posible o conveniente oír personalmente al menor su opinión podrá ser transmitida por sus representantes legales, cuando no tengan intereses contrapuestos o por otras personas de su confianza.

Los art. 11 y 26 LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia²⁹ frente a la violencia garantizan que los menores sean escuchados, en consonancia con la medida 128 del Pacto de Estado³¹, e instan a la adopción de las medidas necesarias para impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración, conforme a lo que establece el Pacto de Estado en la medida 129.

De todo lo anterior se extrae la obligatoriedad de aplicación de las normas y medidas consencientes a personas menores de edad a las instituciones, públicas o privadas, a los tribunales de justicia o a los órganos legislativos en los que deberá primar el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir⁶⁸.

Del mismo modo que el menor de edad tiene derecho a ser oído, es preciso resaltar la importancia que posee la declaración de éste en la fase de instrucción, manteniendo un equilibrio entre la debida protección del menor, la eficacia para perseguir el delito y el derecho del investigado a un proceso judicial se mantenga un equilibrio entre la debida protección del menor, la eficaz persecución del delito y el derecho del imputado a un proceso imparcial y equitativo.

Numerosas recomendaciones del Consejo de Europa convienen la necesidad de adoptar las medidas necesarias para que la declaración de los menores se realice en las condiciones más adecuadas siendo adaptadas a las necesidades y capacidades de los niños y adolescentes¹⁸. Se señalan como criterios a seguir limitar el número de entrevistas, declaraciones y audiencias a las estrictamente necesarias, proponiendo la grabación de éstas. A la vez se indica la conveniencia de evitar el contacto directo del menor con el imputado, por lo que deben habilitarse salas de espera y de exploración especiales. Por último, se insta a la adopción de medidas que tiendan a favorecer el testimonio proscribiendo, citando a modo de ejemplo, técnicas de exploración de carácter intimidatorio.

En consonancia con las directrices emanadas del Consejo de Europa, las características del interrogatorio es abordado exhaustivamente en el texto contenido en el art. 26 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, consciente por un lado de la necesidad del testimonio del menor de edad que en numerosas ocasiones y concretamente en materia de delitos sexuales y maltrato en el ámbito doméstico o en violencia de género representa el único elemento probatorio que conduzca a conseguir el castigo del delincuente, por otro, el respeto a los derechos del acusado y finalmente que éste sea prestado en las mejores condiciones para el menor. Y así establece que serán grabadas por medios audiovisuales y reproducidas en el transcurso del juicio oral en los términos establecidos en la Ley de Enjuiciamiento Criminal³², que también modifica y, en segundo lugar, que podrán ser recibidas por medio de expertos.

El antiguo art. 433 LECrim fue modificado tras la aprobación de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, señalando que el Juez podrá acordar, cuando a la vista de la falta de madurez de la víctima resulte necesario para evitar causarles graves perjuicios, que se les tome declaración mediante la intervención de expertos y con intervención del Ministerio Fiscal. Con esta finalidad podrá acordarse también que las preguntas se trasladen a la víctima directamente por los expertos o, incluso, excluir o limitar la presencia de las partes en el lugar de la



exploración de la víctima. En estos casos, el juez dispondrá lo necesario para facilitar a las partes la posibilidad de trasladar preguntas o pedir aclaraciones a la víctima, siempre que ello resulte posible.

Ordenará la grabación de la declaración por medios audiovisuales. En el mismo sentido se modifica el art. 448 LECrim³², que insiste en la utilización de medios técnicos para evitar la confrontación visual con el inculgado.

Aunque la norma no detalla qué expertos son los adecuados para efectuar la exploración de los menores de edad, ordinariamente habrá de entenderse que serán personas cualificadas profesionalmente para orientar sobre el modo más adecuado de abordar al menor, esto es, psicólogos infantiles, pedagogos o psiquiatras.

De otro lado, el menor durante la exploración podrá estar acompañado de persona de su confianza salvo que motivadamente por el Juez se resuelva lo contrario para garantizar el correcto desarrollo de ésta. Por último, el actual precepto establece la grabación obligatoria de la entrevista, lo que supone un paso adelante en esta materia permitiendo de forma generalizada la preconstitución como prueba de las declaraciones de menores mediante su grabación.

La necesidad de evitar perjuicios secundarios al acto de declaración en el transcurso de una vista oral por parte de los menores con el riesgo de revictimización que conlleva a la vez de la pérdida de utilidad de su testimonio por el transcurso del tiempo, han conducido a la conciencia de que no basta con evitar la confrontación visual de la persona agraviada con el presunto agresor⁶⁹12, sino que en aras a la protección del interés superior del menor es necesario habilitar la posibilidad de que el menor no vuelva a declarar en el procedimiento y en ese sentido se fue creando un criterio jurisprudencial consolidado basado en la CDN³ y demás instrumentos internacionales y en el interés superior del menor.

No obstante, si se considera la persona menor de edad posee suficiente madurez y que su testimonio es imprescindible sea prestado durante la fase de juicio oral, habrá de hacerse evitando la confrontación visual, empleando un sistema de videoconferencia¹³ que reduce los perjuicios para el menor que declara sin merma alguna para el derecho de defensa¹⁷⁰. De otro lado, reforma de gran trascendencia es la operada por la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶ sobre la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, en relación con la toma de declaración en el caso de víctimas de delitos contra la libertad sexual, en concreto queda modificado el primer inciso de la letra a) del apartado 2 y el apartado 4 del art. 23, que quedan redactados como sigue, de modo que, como novedad a destacar, la práctica de la prueba preconstituida podrá llevarse a cabo con víctimas menores de edad, personas con discapacidad necesitadas de especial protección y víctimas de violencias sexuales en general.

PRINCIPIOS RECTORES EN EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Las personas menores de edad como víctimas poseen derechos generales establecidos en los arts. 20 y siguientes de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto Jurídico de la Víctima⁵⁵, tales como evitar la confrontación visual con el agresor, que no se produzcan dilaciones, a no sufrir reiteradas declaraciones, a estar acompañada por persona de su confianza, a la protección de su intimidad y privacidad que se refuerza en caso de menores impidiendo la difusión de cualquier noticia que permita su identificación, limitando la publicidad, la obligación de evaluar de sus necesidades y tener en cuenta sus opiniones e intereses.

12 [la corta edad del testigo unido al transcurso del tiempo hará inútil cualquier intento de recuerdo o la validez de su tardío testimonio...]

13 En cuanto a la utilización de la VIDEOCONFERENCIA, se trata éste del método aconsejado por las Directivas que emanan del consejo de Europa, método recomendado por el Estatuto de la víctima, y el propio Convenio de Estambul en su art. 56: "especialmente cuando la víctima sea menor o con capacidad disminuida o vulnerable, como forma de evitar la revictimización establece que los Estados deberán permitir declarar a las víctimas ante el tribunal, de conformidad con las normas de su derecho interno, sin estar presentes, o al menos sin que el presunto autor del delito esté presente, especialmente recurriendo a las tecnologías de la comunicación adecuadas, si se dispone de ellas"¹⁸.



La particular vulnerabilidad de los niños víctimas y testigos reclama especial protección, así como asistencia y apoyo apropiados a su edad y nivel de madurez, a fin de evitar los acontecimientos traumáticos o minimizar el impacto que puede ocasionar su participación en un proceso.

Todo ello, conduce a la necesidad de adoptar una serie de recomendaciones que deben implantarse como principios rectores en el abordaje de los menores de edad por los profesionales, dirigidas a apoyar, atender y proteger a las víctimas desde el primer momento y a lo largo de todo el proceso para evitar o disminuir los efectos perjudiciales o revictimización secundaria, con especial referencia a la actuación con los menores tanto en la exploración, como en la investigación y durante el enjuiciamiento, estableciendo la obligación de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida, integridad, intimidad y dignidad de las víctimas. Estos principios son los siguientes⁷¹:

- a) *La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.*
- b) *La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.*
- c) *La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor.*
- d) *La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación de éste por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad”.*

Incluso la ley establece una suerte de elementos de ponderación de los criterios anteriores⁵⁵:

a) La edad y madurez del menor. Se sustituye el término juicio por el de madurez, por ser un término más ajustado al lenguaje jurídico y forense, haciendo hincapié en la importancia del proceso madurativo del menor más que en la edad cronológica.

b) La necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación, evitando cualquier trato discriminatorio por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación e identidad sexual, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.

c) El efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo.

d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración y desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

e) La preparación del tránsito a la edad adulta e independiente, de acuerdo con sus capacidades y circunstancias personales.

f) Los demás elementos de ponderación que, en el supuesto concreto, sean considerados pertinentes y respeten los derechos de los menores.

Y como principio general y más que suficiente razón para garantizar una atención integral a las personas menores de edad en las exploraciones, es de obligado cumplimiento que todos estos elementos sean valorados de forma conjunta, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara.

Las decisiones y medidas adoptadas en interés superior del menor deberán valorar en todo caso los derechos fundamentales de otras personas que pudieran verse afectados, resaltando la importancia de respetar las garantías pro-



cesales en la adopción de cualquier medida en interés del menor, en concreto²⁹:

a) Los derechos del menor a ser informado, oído y escuchado, y a participar en el proceso de acuerdo con la normativa vigente.

b) **La intervención en el proceso de profesionales cualificados o expertos. En caso necesario, estos profesionales han de contar con la formación suficiente para determinar las específicas necesidades de los niños con discapacidad. En las decisiones especialmente relevantes que afecten al menor se contará con el informe colegiado de un grupo técnico y multidisciplinar especializado en los ámbitos adecuados.**

c) La participación de progenitores, tutores o representantes legales del menor o de un defensor judicial si hubiera conflicto o discrepancia con ellos y del Ministerio Fiscal en el proceso en defensa de sus intereses.

d) La adopción de una decisión que incluya en su motivación los criterios utilizados, los elementos aplicados al ponderar los criterios entre sí y con otros intereses presentes y futuros, y las garantías procesales respetadas.

e) La existencia de recursos que permitan revisar la decisión adoptada que no haya considerado el interés superior del menor como primordial o en el caso en que el propio desarrollo del menor o cambios significativos en las circunstancias que motivaron dicha decisión hagan necesario revisarla. Los menores gozarán del derecho a la asistencia jurídica gratuita en los casos legalmente previstos.

INDICADORES DE RIESGO DE PERSONAS MENORES DE EDAD: HACIA DÓNDE SE HAN DE DIRIGIR ESFUERZOS

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹ modifica la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹³ siendo considerados como indicadores de riesgo, entre otros:

a) *La falta de atención física o psíquica del niño, niña o adolescente por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda, o acogimiento, que comporte un perjuicio leve para la salud física o emocional del niño, niña o adolescente cuando se estime, por la naturaleza o por la repetición de los episodios, la posibilidad de su persistencia o el agravamiento de sus efectos.*

b) *La negligencia en el cuidado de las personas menores de edad y la falta de seguimiento médico por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda o acogimiento.*

c) *La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.*

d) *La utilización, por parte de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, del castigo habitual y desproporcionado y de pautas de corrección violentas que, sin constituir un episodio severo o un patrón crónico de violencia, perjudiquen su desarrollo.*

e) *La evolución negativa de los programas de intervención seguidos con la familia y la obstrucción a su desarrollo o puesta en marcha.*

f) *Las prácticas discriminatorias, por parte de los responsables parentales, contra los niños, niñas y adolescentes que conlleven un perjuicio para su bienestar y su salud mental y física, en particular:*

1.º Las actitudes discriminatorias que por razón de género, edad o discapacidad puedan aumentar las posibilidades de confinamiento en el hogar, la falta de acceso a la educación, las escasas oportunidades de ocio, la falta de acceso al arte y a la vida cultural, así como cualquier otra circunstancia que, por razón de género, edad o discapacidad, les impidan disfrutar de sus derechos en igualdad.

2.º La no aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales de la persona menor de edad.



- g) *El riesgo de sufrir ablación, mutilación genital femenina o cualquier otra forma de violencia en el caso de niñas y adolescentes basadas en el género, las promesas o acuerdos de matrimonio forzado.*
- h) *La identificación de las madres como víctimas de trata.*
- i) *Las niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en los términos establecidos en el artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.*
- j) *Los ingresos múltiples de personas menores de edad en distintos hospitales con síntomas recurrentes, inexplicables y/o que no se confirman diagnósticamente.*
- k) *El consumo habitual de drogas tóxicas o bebidas alcohólicas por las personas menores de edad.*
- l) *La exposición de la persona menor de edad a cualquier situación de violencia doméstica o de género.*
- m) *Cualquier otra circunstancia que implique violencia sobre las personas menores de edad que, en caso de persistir, pueda evolucionar y derivar en el desamparo del niño, niña o adolescente”.*

EXPLORACIÓN DEL PRESUNTO AGRESOR

En la mayoría de los atentados contra la libertad sexual a menores de edad, los agresores son personas de su entorno más próximo, incluso las violencias acontecen en el seno de SUS familias.

La exploración física del supuesto agresor debe ser completa, buscando signos de defensa y lucha en toda la superficie anatómica y debajo de las uñas, si bien cuanto menor sea la víctima, menor resistencia física presentará, por lo que es importante la inmediatez en el reconocimiento. Si fuese solicitado se realizará con posterioridad el examen psiquiátrico del supuesto agresor. A su vez, esta exploración facilitará la evaluación de los aspectos del agresor susceptibles o no de tratamiento social en contexto judicial, útiles al juzgador tanto para garantizar la protección de las personas menores involucradas, como para con-

tribuir a los principios penales de reinserción⁴¹.

En el caso en el que la sospecha del posible autor recaiga en el progenitor, pareja de la madre o en alguna otra persona de confianza del entorno del menor, la entrevista clínica con él no es nada sencilla, siendo útiles las siguientes normas⁷³:

- Hablar en tono calmado, seguro y sin juzgar
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Ofrecer tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos, ofertar servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea.
- Nunca compartirle las direcciones de la casa de acogida o de otros lugares donde pueda la pareja o expareja, cuando se trate ésta de la madre del menor presuntamente agredido y tenga una orden de alejamiento (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).

En el caso de que el agresor sea menor de edad, la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, en su disposición final séptima, modifica la LO 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores⁷², en los siguientes términos:

Uno. Se añade un apartado 5 al artículo 7 en los siguientes términos:

«5. Cuando la medida impuesta lo sea por la comisión de un delito de los previstos en los Capítulos I y II del Título VIII del Código Penal, el Juez impondrá de forma accesoria, en todo caso, la obligación de someterse a programas formativos de educación sexual y



de educación en igualdad.»

Dos. Se modifica el apartado 2 del artículo 10, con la siguiente redacción:

«Cuando el hecho sea constitutivo de alguno de los delitos tipificados en los artículos 138, 139, 178 a 183 y 571 a 580 del Código Penal, o de cualquier otro delito que tenga señalada en dicho Código o en las leyes penales especiales pena de prisión igual o superior a quince años, el Juez deberá imponer las medidas siguientes:

- si al tiempo de cometer los hechos el menor tuviere catorce o quince años de edad, una medida de internamiento en régimen cerrado de uno a cinco años de duración, complementada en su caso por otra medida de libertad vigilada de hasta tres años.

- si al tiempo de cometer los hechos el menor tuviere dieciséis o diecisiete años de edad, una medida de internamiento en régimen cerrado de uno a ocho años de duración, complementada en su caso por otra de libertad vigilada con asistencia educativa de hasta cinco años. En este supuesto sólo podrá hacerse uso de las facultades de modificación, suspensión o sustitución de la medida impuesta a las que se refieren los artículos 13, 40 y 51.1 de esta ley orgánica, cuando haya transcurrido al menos, la mitad de la duración de la medida de internamiento impuesta.

1. cuando el delito cometido lo sea de los tipificados en los artículos 178 a 183 del Código Penal, las medidas previstas en los dos apartados anteriores deberán acompañarse de una medida de educación sexual y educación para la igualdad.»

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Desde la posición privilegiada de la que disponen los pediatras en sus consultas, estos pueden desempeñar un papel fundamental colaborando con la Administración de Justicia para que los hechos se demuestren y se pueda sancionar al responsable de tales atroces delitos de los que son víctimas los niños, incapaces de escapar de auténticos cautiverios individuales, cuando sufren violencia sexual dentro del entorno familiar u otro entorno de confianza.

Para todo ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sani-

tarios desde un modelo de atención integral a la salud, el cual incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, entendida como un nuevo conocimiento, experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona⁴¹.

El pediatra puede enfrentarse en la consulta con situaciones complejas como aquella en la que sospeche que el menor está siendo víctima de violencia sexual sin los progenitores lo reconozcan durante la entrevista, o bien la madre banalice o justifique ciertos comportamientos al menor por parte de su pareja o padre de éste que el médico entienda pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Ante la evidencia, el médico tiene la obligación de comunicar inmediatamente los hechos a la autoridad judicial, remitiendo al juez de guardia, tal y ya se ha adelantado, el Parte Judicial de Lesiones y que sea explícito en cuanto a la descripción de los posibles hallazgos lesivos encontrados, siempre indicando como “referido” todo aquello que el propio menor o los representantes legales le expongan durante la entrevista, principalmente en relación con el mecanismo de producción. Este punto sensible deriva de la obligación legal inexorable del médico de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de las mismas derivadas de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del Parte Judicial de Lesiones e Informe Médico que le acompaña, informando previamente al menor afectado en la medida en la que su capacidad lo permita, así como a sus padres o representantes legales acerca de la remisión del mismo, registrándolo en la historia clínica, y valorando siempre la seguridad del niño para garantizar su protección.

Es importante resaltar que la LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, en su Disposición final decimotercera, modifica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷⁵, ya que se añade un nuevo apartado 5 al artículo 15 de la Ley 41/2002, en



los siguientes términos: «5. **Cuando la atención sanitaria prestada lo sea a consecuencia de violencia ejercida contra personas menores de edad, la historia clínica especificará esta circunstancia, además de la información a la que hace referencia este apartado.**»

Hay que tener en cuenta que el abordaje del menor de edad es sumamente complejo ya que puede que exista un sentimiento de culpa o vergüenza que le impida comunicar que está siendo víctima de una violencia sexual o bien que no pueda identificar esa conducta como propia de un objeto de reproche penal. En ocasiones están amenazados por los agresores o emplean estos, técnicas de manipulación afectiva o económica para “comprar su silencio”.

En ocasiones, la ausencia de formación específica en materia de violencia sexual impide un correcto abordaje de víctimas. Todo ello deriva del desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones con escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, ya que el abordaje a las víctimas queda reducido fundamentalmente a la esfera biologicista, sin profundizar en problemas psicosociales.

Los médicos y pediatras de atención primaria plantean una limitación práctica de tiempo para realizar la indagación que establecen los protocolos de actuación sanitaria ante la violencia sexual, si bien la cuestión del tiempo se puede paliar en coordinación con servicios sociales que hagan el seguimiento más allá de la consulta, así como la ausencia de trabajo interdisciplinar en equipo junto a una deficiente formación médica en materia de violencia sexual.

Por ello, es muy necesario el trabajo interprofesional y coordinado con los servicios sociales, siendo obligada la cumplimentación de la Hoja de Notificación del Maltrato Infantil en el ámbito sanitario publicada en el año 2006 por la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura⁷⁴, caso el médico detecte una situación de riesgo de malos tratos a un menor en cualquiera de sus manifestaciones, incluida la violencia sexual. Se trata de otra pieza fundamental del operativo activado para detectar y atajar este

problema: los servicios sociales a los que el médico puede recurrir, en primer lugar, ante cualquier sospecha. El seguimiento de estos profesionales permite realizar averiguaciones que, en muchas ocasiones, escapan al facultativo supliendo así la limitación práctica de tiempo para el abordaje psicosocial de las víctimas en las consultas.

De otro lado, al tratarse los menores de edad de víctimas de especial vulnerabilidad, los artículos 262 y 544 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal³² obligan a los sanitarios a informar a la autoridad judicial estos hechos constitutivos de presuntos actos ilícitos penales de los que tuvieran conocimiento en el ejercicio de su cargo. La palabra “sospecha” es importante que quede registrada en la historia clínica del paciente, pese a que más adelante no se confirme el maltrato.

La LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia²⁹, en su Disposición final octava modifica la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor¹³, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil incidiendo en la obligación del médico de comunicar a la autoridad competente la situación de riesgo en la que pudiera hallarse un menor; se modifica el apartado 1, que queda redactado como sigue, y se suprimen los apartados 4 y 5 del artículo 13: «1. *Toda persona o autoridad, especialmente aquellas que por su profesión, oficio o actividad detecten una situación de riesgo o posible desamparo de una persona menor de edad, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*»

El Estatuto de la víctima⁵⁵ promueve la dotación al sistema judicial de Oficinas de asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad e indemnidad sexual, así como la elaboración de protocolos de actuación, coordinación y sensibilización, complementando a la Ley 35/1995 de ayuda y asistencia a víctimas de delitos violentos y delitos contra la libertad sexual³¹, con el fin de minimizar la victimización secundaria mediante coordinación de recursos disponibles en atención a las víctimas.



Indicadores de sospecha: consecuencias emocionales y comportamentales en menores de edad víctimas de violencia sexual

Aquel menor de corta edad que está siendo o ha sido víctima de violencia sexual puede presentar una serie de indicadores que permiten al pediatra en la consulta la detección de la violencia a veces como señales de alarma como predictores de esta:

1. Alteraciones del sueño y de la alimentación que pueden acompañarse de síntomas psicósomáticos como trastornos gastrointestinales o alteraciones menstruales en niñas adolescentes.
2. Sentimientos de inseguridad y desconfianza.
3. Los menores víctimas de violencia sexual pueden presentar cambios bruscos de conductas, bien internalizantes: problemas de miedo e inhibición o temor a quedarse solos con determinados miembros de la familia, aislamiento y rechazo en relaciones sociales, falta de integración con el resto de iguales que coexisten en ocasiones, con comportamientos autolesivos e intentos de suicidio o bien, conductas externalizantes tales como problemas de agresividad, ira, hostilidad o conflictos en la familia o con amigos.
4. El menor puede resistirse a desnudarse y a bañarse (resistencia a quedarse desnudo).
5. Problemas o rechazo en el centro educativo.
6. Fantasías o conductas regresivas tales como chuparse el dedo u orinarse en la cama.
7. Tendencia al secretismo.
8. Intentos de suicidio o autolesiones.
9. Dificultades de interacción social con tendencia a interpretar con hostilidad la conducta de terceros.
10. Pensamientos obsesivos en relación con

la violencia sexual sufrida, pesadillas y/o pensamientos recurrentes.

11. Problemas en la atención, en la memoria y en la concentración.
12. Síntomas de ansiedad o depresión con visión negativa de la vida.
13. Consumo abusivo de sustancias tóxicas o de alcohol.
14. En cuanto a relaciones interpersonales, afecto y relaciones sexuales puede darse el caso de que el menor rechace caricias, besos y contacto físico en general o presente conductas seductoras, especialmente en niñas, o conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para la edad del menor.

BREVE ESQUEMA EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PACIENTES MENORES DE EDAD

Conforme al consentimiento informado que ha de otorgarse en actuaciones realizadas a un paciente menor de edad en el ámbito sanitario, se antoja imprescindible efectuar la siguiente diferenciación atendiendo a las siguientes franjas etarias⁷⁷:

- En el caso de menores de 12 años éste es prestado por sus representantes, respetando el derecho a ser oídos si tienen madurez suficiente para ejercitarlo. La regla general es la de que por debajo de esa edad carecen madurez para consentir, pero tal regla puede ser exceptuada, si en el caso concreto se llega a la conclusión de que el menor posee suficiente madurez.
- En aquellas situaciones con de menores de 16 y mayores de 12 años es otorgado por el propio menor, si en el caso concreto se llega a la conclusión de que es capaz intelectual/emocionalmente para prestarlo. En todo caso, debe ser oído.



- En los supuestos de menores mayores de 16 años (estén o no emancipados) es prestado por el propio menor, de quien se presume *iuris tantum* madurez suficiente para prestarlo.
- En menores mayores de 16 años es prestado por el representante legal del menor, cuando se desvirtúe en el caso concreto la presunción *iuris tantum* de que tiene madurez suficiente para prestarlo.
- Cualquiera que sea la edad y la madurez del menor es prestado por el representante legal, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor.

PROCESOS DE VICTIMIZACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTINUADA EN EL ENTORNO DOMÉSTICO

La **victimización primaria** es el proceso por el que una persona sufre, de forma directa o indirecta, **daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo**. Hay que tener en cuenta que el proceso de victimización de un menor de edad en el contexto de la violencia sexual presenta algunas **particularidades** que la diferencia de otras situaciones de violencia:

- Normalmente el agresor no se trata de un desconocido o de un enemigo, sino que es alguien con quien el menor comparte su vida, de su entorno familiar o de un entorno de relaciones sociales cercano, por lo que entran en juego factores afectivos.
- Un importante número de menores está siendo agredido “*sin saberlo*”, sin ser consciente de su situación, en tanto, no perciben los comportamientos delictivos procedentes de las personas que deberían encargarse de su protección, como tales.
- Existe, por tanto, una naturalización de la violencia sexual siendo sumamente complejo identificar a los victimarios.
- Las víctimas suelen adoptar estrategias que pretenden la evitación de las agresiones y tienen como objetivo, en la mayoría de los casos, el

cambio conductual del agresor, objetivo inalcanzable; los menores se encuentran indefensos y ante sentimientos de culpa, vergüenza o temor a no ser creídos suelen sufrir en ocasiones durante largos períodos de tiempo las consecuencias de la violencia sexual, consecuencias que incrementan la morbimortalidad de los niños y adolescentes, con pérdida de salud.

- Está confirmado que son delitos de asimilación lenta; más del 50% de los menores víctimas de delitos sexuales no confirman haberlo sido sino hasta alcanzar la edad adulta.

La **victimización secundaria**, o revictimización, es la derivada de las vivencias del menor tras su interacción con el funcionamiento institucional, es decir, tras pasar por los diferentes itinerarios de la violencia (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, centros de salud, hospitales, juzgados, juicios, centros de la mujer acompañando a sus madres también víctimas de la violencia...) o por parte de cualquier profesional encargado de prestarle asistencia y apoyo a raíz del delito. Tiene como consecuencia el agravamiento del daño psicológico que la víctima pueda presentar. Los efectos que esta victimización secundaria produce pueden llegar a ser incluso más devastadores y traumáticos que la victimización primaria.

El daño se debe principalmente a una actitud negligente, de desconocimiento o dejación intencionada, que hace que la víctima se sienta cuestionada, confundida o agobiada por los trámites, o que reviva de forma innecesaria el suceso traumático sufrido. Algunas de las situaciones de victimización secundaria en los casos de violencia de género son los siguientes:

- Ocultación de las situaciones de violencia sexual. La falta de mecanismos e instrumentos para su detección puede contribuir a la victimización secundaria. Es necesario revisar el posicionamiento de todos los profesionales sanitarios frente a la violencia sexual.
- *Minimización de los hechos* narrados por las víctimas menores de edad.



- Derivaciones precipitadas del menor a otros servicios, en lo que tienen que volver a explicar su situación y ser evaluadas de nuevo.
- Excesiva identificación de la persona que atiende con la persona atendida. En algunas ocasiones, la persona que atiende se involucra en exceso en la intervención, resultando en muchos casos intrusiva para las víctimas de violencia sexual o los representantes de éstas, que son las que deben tomar las decisiones en todo momento.

Es imprescindible que la relación asistencial no reproduzca un sistema jerárquico como en el caso de la relación agresor-víctima.

Otras actitudes profesionales como la descalificación, el descrédito, la falta de empatía, la imposición de ritmos y/o actuaciones, entre otras, favorecen la revictimización.

Para poder ofrecer una ayuda eficaz a las víctimas menores de violencia sexual es imprescindible que los profesionales sanitarios en general y, los médicos en particular tengan presentes todos los factores y variables que influyen en la violencia sexual.

A nivel práctico, es necesario que cualquier profesional que pueda tener contacto con víctimas de violencia sexual o que se encargue directamente de su atención tenga presente algunos **principios básicos o pautas de actuación**:

- Ofrecer un **espacio para hablar de lo ocurrido siempre que el menor así lo desee**, sin ejercer presión sobre el menor. Es necesario atender en un espacio que garantice a la víctima su seguridad y que facilite su relato. Sobre todo, es imprescindible que el agresor no esté presente; si existen indicios de que el adulto que acompaña al menor víctima pudiera estar involucrados en la comisión del presunto acto delictivo, se informará inmediatamente a la autoridad competente. Dar lugar a una **situación de confianza y escuchar** a las víctimas, con una actitud cálida y afable. Es necesario mostrar interés y aceptación por el menor y el relato de su experiencia y realizar gestos que muestren a la víctima que está siendo escuchada.

- **Asegurar la confidencialidad.** Es importante explicitar la privacidad y confidencialidad de todos los datos e información que aporte.

- **Estimular y apoyar** al niño a lo largo de todo el proceso de atención, respetando sus tiempos y haciéndole sentir acompañado, asesorado y apoyado en la toma de decisiones.

- **Mostrar comprensión** acerca del sufrimiento pasado y presente del menor, y transmitir a la víctima que tomó una decisión correcta al contar y denunciar su situación; transmitirle que hablar es ser un ¡VALIENTE!.

- Dar acogida a sus **necesidades inmediatas**.

Además de los principios básicos o pautas de actuación, **para no favorecer una victimización secundaria se ha de evitar lo siguiente**:

1. Realizar preguntas en **tono brusco o hostil**.
2. Preguntas o aseveraciones que transmiten **dudas acerca de la veracidad** de la experiencia de la víctima.
3. Preguntas confrontacionales o **cuestionadoras**.
4. Mostrar actitudes **culpabilizadoras** hacia la víctima.
5. Comentarios que **minimizan las secuelas** de la victimización.
6. Realizar **prejuicios o predisposiciones** negativas ante la víctima o criticarla.
7. **Desincentivar** a la víctima a emprender acciones de defensa o protección.

Todas estas actitudes, además de favorecer la victimización secundaria, pueden **reforzar el aislamiento de la víctima**, minar la confianza en ellas mismas, y en los profesionales y el entorno, disminuyendo con ello la probabilidad de que busquen ayuda.

El Capítulo I la LO 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual³⁶, define el alcance y garantía de un derecho, que



comprende, al menos, la información y orientación a las víctimas, la atención médica y psicológica, tanto inmediata y de crisis como de recuperación a largo plazo, la atención a las necesidades económicas, laborales, de vivienda y sociales, el asesoramiento jurídico previo y a la asistencia jurídica gratuita en los procesos derivados de la violencia, el seguimiento de sus reclamaciones de derechos, los servicios de traducción e interpretación y la asistencia especializada en el caso de mujeres con discapacidad, las niñas y los niños. Este capítulo desarrolla las recomendaciones del Consejo de Europea en términos de servicios apropiados y estándares mínimos. Concretamente, se promueve la creación, entre otros, de los «centros de crisis», como servicios públicos interdisciplinares de atención permanente, que ofrecen asistencia en crisis para víctimas de violencias sexuales, sus familiares, y personas del entorno.

Respecto a las víctimas menores de edad, en este capítulo se establecen las bases para la implementación en España del modelo *Children's House* anglosajón o *Barnahus escandinavo* (Casa de Niños y Niñas), que desde hace una década se está extendiendo a otros países europeos. **Este modelo sitúa en el centro de la intervención a la niña o al niño víctima de violencias sexuales, lo cual requiere la participación conjunta y coordinada, en un lugar específico, adaptado y adecuado a sus necesidades, del conjunto de profesionales que intervienen en la ruta de atención y de obtención de justicia.** En el plano de la justicia, este modelo da respuesta a dos importantes objetivos: reduce drásticamente las fuentes de victimización secundaria para el niño o la niña y, al ofrecer mayores garantías de obtener un testimonio en condiciones de seguridad y tranquilidad, aumenta las posibilidades de concluir satisfactoriamente la investigación de hechos, de por sí complejos de acreditar.

Por su parte, la **victimización terciaria** se relaciona con las consecuencias y efectos provocados por el **contexto social que rodea a la víctima menor de la violencia sexual**, derivadas del trato dado por la familia, el entorno social y, en muchas ocasiones, por los medios de comunicación. Estos efectos pueden perpetuar la situación de violencia, citando como ejemplo, minimizándola o ignorándola.

CONCLUSIONES

El abordaje de víctimas menores de edad de delitos sexuales requiere tiempo, formación y compromiso. El médico ha de ser comprensivo y cercano, al tiempo que debe proceder de una manera racional, con procedimientos científicamente fundados.

Al tratarse de un problema de salud, los profesionales sanitarios, y particularmente los médicos, por su empatía y proximidad, ocupan una posición privilegiada en sus consultas para detectar el problema y orientar su atención. Los médicos poseen además una especial responsabilidad, ética, legal, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. El médico tiene el deber de garantizar una atención integral a las víctimas menores que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad en los que la sufren, y recuperar la salud.

No obstante, se trata de un abordaje delicado que requiere impulsar la permanente sensibilización profesional y la formación continuada, la activación de protocolos disponibles, maximizando el empleo de recursos, así como la coordinación interprofesional e intersectorial que permita su detección precoz con seguimiento de las víctimas.

La violencia sexual en la infancia constituye un problema social complejo que requiere la intervención interdisciplinar desde todas las instituciones implicadas en su prevención y abordaje, de acuerdo a protocolos normalizados y a una cualificación necesaria que promueva la capacidad de los profesionales, evitando las consecuencias de una victimización secundaria dirigidas a garantizar una coordinación hacia la transversalidad e integralidad en la respuesta y una optimización en la atención, tanto desde el punto de vista clínico-asistencial como para una obligada y efectiva colaboración con la Administración de Justicia.

La legislación española en materia de igualdad y prevención de violencia tiene un **enfoque transversal**, es decir, que apela a los poderes



públicos y a diferentes ámbitos, como el educativo, el sanitario o el de la comunicación, **pues todos ellos son agentes esenciales** para abordar el problema, especialmente desde la sensibilización y la prevención.

Sensibilización y prevención no significan exactamente lo mismo: la primera se refiere a la toma de conciencia sobre el problema, mientras que la segunda busca, activamente, evitar la existencia de este, actuando a un nivel más profundo. **No se puede prevenir sin sensibilizar.**

Cuando un niño estalla y rompe con el ciclo de violencia sexual, bien sea por decisión propia u obligada por un hecho violento y ante una solución de riesgo, necesita ayuda y apoyo. En este caso, es fundamental que los profesionales sanitarios realicen una adecuada acogida y atención a esta demanda, de manera que se faciliten futuras intervenciones encaminadas a la ruptura de la dinámica familiar o social violenta. Para ello, es importante efectuar un buen contacto con el menor, de modo que se sienta escuchado, se comprendan los hechos y sus sentimientos, ayudándole a redefinir el problema y las posibles acciones concretas, y actuar rápidamente ante la situación de emergencia que se presenta.

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de INTERDISCIPLINA, y desde la interdisciplina, se procura romper con el aislamiento de los servicios y profesionales y se fortalece la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención a los menores.

Hablar de prevención de la violencia sexual en menores de edad puede parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, para prevenirla hay que afrontar las causas estructurales y sociales que la sustentan, pero no por ello inamovibles. En este contexto, los médicos son un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente esta patología social, pero ello no le exime de la parte de responsabilidad que le concierne, siendo sensible al problema y asumiendo el papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.

La liberación de las víctimas de violencia sexual pasa por sus derechos inalienables a desarrollarse como seres humanos, a ser tratadas

desde la dignidad y desde los derechos de igualdad y no discriminación y pasa por intolerancia de todos a cualquier manifestación de la violencia, desde la complicidad con las víctimas para defenderse máxime tratándose de víctimas menores sin capacidad para poder defenderse. El avance hacia sociedades de paz implica la transformación de todos y cada uno de nosotros.

Señalaba Gandhi: **“UN NO PRONUNCIADO DESDE LA MÁX PROFUNDA CONVICCIÓN, ES MEJOR QUE UN SI PRONUNCIADO PARA COMPLACER, O PEOR, PARA EVITAR PROBLEMAS”.**

Resulta descorazonador comprobar cómo en ocasiones las instituciones y muchos profesionales que deberían velar por la seguridad y la protección de las víctimas, “miran” a otro lado, algunas veces de manera inconsciente y otras muchas de manera totalmente consciente, generando un daño y un dolor añadido a las víctimas.

La eliminación de la violencia sexual se trata de un logro alcanzable por el conjunto de la sociedad, que demanda de una actuación unitaria y de la máxima coordinación y cooperación; las diversas políticas que han de desarrollarse, desde muy distintos ámbitos profesionales, deben reclamar una coordinación para la transversalidad e integralidad en la respuesta. Para ello, se propone dar la máxima relevancia en el ámbito asistencial a las políticas públicas contra la violencia, con el firme convencimiento de que una sociedad respetuosa con los derechos humanos y libre de violencia es una exigencia democrática y un reto posible.

El Papa Francisco apelaba a ese sentido de responsabilidad: **“de una crisis (...) – afirmábamos mejores o salimos peores. Nosotros debemos salir mejores, para mejorar las injusticias sociales y la degradación ambiental. Hoy tenemos una ocasión para construir algo diferente”.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín P. Víctimas especialmente vulnerables: menores en situación de violencia.

En curso: El Estatuto de la víctima. Referencia a los desaparecidos. CEJ. Madrid:



- 20 y 21 de abril de 2017.
2. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (“Reglas de Beijing”). [Internet]. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985 [cited 2022 Sept 14]. Available from: <http://www.cidh.org/ninez/pdf%20files/Reglas%20de%20Beijing.pdf>
 3. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990.
 4. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet] Naciones Unidas. [cited 2022 Sept 14]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
 5. Directrices sobre la justicia testigos de delitos 2005/20. en asuntos concernientes a los niños víctimas y [Internet] Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. [cited 2022 Sept 14]. Available from: http://www.aimjf.org/download/Leyes_ES/Sexual_Right_and_sexual_violence/Directrices_sobre_la_justicia_en_asuntos_concernientes.pdf
 6. Directrices del CES de UN sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos 2005/20. E/2005/INF/2/Add.1
 7. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007. BOE núm. 274, de 12 de noviembre de 2010.
 8. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014.
 9. Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo. DOUE núm. 101, de 15 de abril de 2011.
 10. Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo. DOUE núm. 315, de 14 de noviembre de 2012.
 11. Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet][cited 2022 Set 14]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2009-0098_ES.html
 12. Constitución Española. Cortes Generales. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.
 13. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17 de enero de 1996.
 14. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015.
 15. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015.
 16. Castellano-Arroyo M. The sexual freedom from the perspective of legal medicine. An Ranm. 2019; 135(03):211-221.17.



- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE: The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013; 132(2):e558-67
17. Bañón R. La violencia sexual en el menor. protocolo de actuación en atención a menores. En: Curso "Actualización en la valoración pericial de la violencia sexual". Madrid: CEJ; 2020.
 18. Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011 relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo.
 19. Bañón R. La exploración física del menor, desde el punto de vista forense. En; Encuentro de Directores del IMLyCF. Atención a menores víctimas en los Institutos de Ciencias Forenses. Madrid: CEJ; 2018.
 20. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas. [Internet] Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 [cited 2022 Sept 18] Available from: [cedaw_SP.pdf \(ohchr.org\)](#)
 21. Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005. [Internet] BOE núm. 219, de 10 de septiembre de 2009. [cited 2022 Sept 18] Available from: BOE.es - BOE-A-2009-14405 Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio nº 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005.
 22. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas. 2015. [Internet] [cited 2022 Sept 18] Available from: <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
 23. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.
 24. Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. BOE núm. 104 de 01 de Mayo de 1999.
 25. 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. BOE núm. 283. 26 de noviembre de 2003.
 26. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 152 de 23 de junio de 2010).
 27. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 77 de 31 de marzo de 2015.
 28. Fernández-Arévalo L. Agresiones y abusos sexuales a menores y violencia de género. En: Curso: "Delitos contra la libertad e indemnidad sexual y la violencia de género: agresión sexual con especial referencia a la minoría de edad de la víctima. Prescripción, cómputo, continuidad delictiva y determinación de la pena". Madrid: CEJ; 2019.
 29. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE núm. 134, de 05 de junio de 2021.
 30. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de



- 29 de diciembre de 2004.
31. Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género. BOE núm. 188, de 4 de agosto de 2018.
 32. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Gaceta de Madrid núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.
 33. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo aprobados en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. NACIONES UNIDAS- Personas con Discapacidad. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. [Internet]. [cited 2022 Sept 17]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>

Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. BOE núm. 328, de 17 de diciembre de 2020.
 35. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE núm. 132, de 03 de junio de 2021.
 36. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. BOE núm. 215, de 07 de septiembre de 2022.
 37. Ponty M. Fenomenología de la percepción. Península. 1975.
 38. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. [Internet]. Organización Mundial de la Salud [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1
 39. Cuidades seguras y espacios públicos seguros. ONU Mujeres. Informe de resultados finales. [Internet]. [cited 2022 Nov 1]. Available from: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Section_s/Library/Publications/2017/Safe-Cities-and-Safe-Public-Spaces-Global-results-report-es.pdf
 40. Buchwald E, Fletcher PR, Roth M. Transforming a Rape Culture. 1993.
 41. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. CONSEJO MÉDICO FORENSE. Comité Científico-Técnico. Ministerio de Justicia. 2021.
 42. de la Cruz Rodríguez JG. El protocolo de actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Vol. 46, Revista Española de Medicina Legal. Madrid; 2020.
 43. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse- approaches and current evidence. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 692-703.
 44. Sbdar DCB, Dato EM. Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia. 2011; 1- 45.
 45. Riviello RJ, Rozzi H V. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient, 2nd ed. 2013;1-177.
 46. Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense. 2010;16(1-2):99-108.
 47. Scalzo TP. Sexual Assault Medical Forensic Examinations: A National Protocol.



- [Internet]. 2005;19(4):2-6. [cited 2020 Dec 20]. Available from: http://www.ndaa.org/pdf/the_voice_vol_1_number_1_2005.pdf.
48. Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D, Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. *Sci World J*. 2015.
 49. Kafarowski E, Lyon AM, Sloan MM, "The retention and transfer of spermatozoa in clothing by machine washing," *Journal of the Canadian Society of Forensic Science*. 1996; 29(1):7-11.
 50. Brayley-Morris H, Sorrell A, Revoir AP, Meakin GE, Court DS, Morgan RM, "Persistence of DNA from laundered semen stains: implications for child sex tracking cases," *Forensic Science International: Genetics*. 2015;19:165- 171.
 51. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al: Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2011; 128:233.
 52. Lavelle J. "Forensic evidence collection" in *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, A. P. Giardino and R. Alexander, Eds. USA: 2005; 856- 860.
 53. Anderst J. "The forensic evidence kit" in *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*. C. Jenny, Ed. USA: 2011; 106-111.
 54. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations. US Dep Justice [Internet]. 2016; (April):1-227. [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://www.justice.gov/ovw/file/846856/download>
 55. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, que adapta al Derecho español la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, que sustituye a la anterior Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo.
 56. Isorna Folgar M, Rial A. Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Heal Addict y Drog*. 2015;15(2):137-50.
 57. Sumisión química | Comunidad de Madrid [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/sumision-quimica>
 58. Agustina JR, Panyella-Carbó M-N. Redefiniendo los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas. *Política Crim*. 2020;15(30).
 59. Madrid. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química.
 60. Fernández AMC, Villena BM, Zurera ME, Viejo DT. Protocol for action plan and management of patient with suspected chemical submission in the emergency units. *Med* [Internet]. 2019;12(90):5316-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.11.017>
 61. Xifró A, Barbería E, Pujol A, Arroyo A, Bertomeu A, Montero F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. *Rev Española Med Leg*. 2013 Jan 1;39(1):32-6.
 62. Ministerio de Justicia. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. *Minist Justicia Secr Estado Justicia* [Internet]. 2012;7. Available from: <https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/07/Instrucciones-sumisiOn-quimica-definitiva.pdf>
 63. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión



- química. CONSEJO MÉDICO FORENSE. Ministerio de Justicia. 2021.
64. Código de Deontología. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial. 2011.
65. Orden JUS/1291/2010, de 13 de mayo, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. BOE núm. 122, de 19 de mayo de 2010.
- [Internet]. [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-8030
66. Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad. 2022. [Internet]. [cited 2022 Nov 2]. Available from: [Agresion_Pinchazo_GrupoProtocolVSexual_19_08_2022.pdf](https://www.igualdad.gob.es/Agresion_Pinchazo_GrupoProtocolVSexual_19_08_2022.pdf) ([igualdad.gob.es](https://www.igualdad.gob.es))
67. Parra D, Ravetllat I. El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud. *Rev Lus et Praxis*. 25 (3). 2019: 215 - 248.
68. Díaz P. La protección de la víctima menor de edad en el proceso penal. Incidencia de la entrada en vigor de la ley 4/2015, de 27 de abril, del estatuto de la víctima del delito. Madrid: CEJ.
69. Circular 3/2009 Fiscalía General del Estado, de 10 de noviembre “sobre protección de menores víctimas y testigos”.
70. Hernández J, Miranda M. ¿Deben declarar los menores victimizados en el acto del juicio oral? (A propósito de la STEDH caso S.N. contra Suecia, de 2 de julio de 2002). 2005: *La Ley*, núm. 6335.
71. Vieira Francisco J. El menor como víctima del delito. *Diario La Ley*, N° 8453, Sección Tribuna. Año XXXVI, Ref. D-3, LA LEY Ed. 7 de enero de 2015.
72. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Jefatura del Estado «BOE» núm. 11, de 13 de enero de 2000.
73. Martín M, González MA, Vicente N. El Maltrato. Retos en la salud mental del siglo XXI en Atención Primaria. SEMERGEN. 2005.
74. Guía Básica de maltrato infantil en el ámbito sanitario. Dirección General de Bienestar Social. Consejería de Bienestar Social. 2006.
75. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
76. Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. «BOE» núm. 296, de 12 de diciembre de 1995.
77. Becnac M. La problemática del menor maduro en la obtención del consentimiento informado, en Lizarraga E. y González P. (Coord.), *Autonomía del paciente, información e historia clínica: (estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)*. Madrid; 2004: 99.



ANEXO

TABLA I. Clasificación simplificada de Adams¹⁷

Adams I: hallazgos normales o hallazgos patológicos con una explicación médica diferente a un abuso sexual.
Adams II: hallazgos de significación incierta que levanta sospechas de abuso sexual.
Adams III: hallazgos y lesiones diagnósticas de abuso sexual.

Tabla II. Clasificación de Adams actualizada (2018)¹⁷

I. Hallazgos físicos

- a. Normales y no relacionados con violencia sexual.
- b. Causados por causas médicas diferentes a traumas o violencia sexual.
- c. Debidos a otras causas que pueden confundirse con abuso sexual.
- d. Sin consenso sobre su significado.
- e. Debidos a traumatismos
Agudos
Lesiones cicatrizadas.

II. Infecciones

- a. No relacionadas con contacto sexual.
- b. Cuyo origen puede ser sexual o no sexual. Causadas por contacto sexual.

III. Hallazgos diagnósticos de contacto sexual