

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa de Medicina Legal

Nº 4

Año

2002

Monográfico:

Delitos sexuales

---

Artículos originales

---

Avances en Genética Forense I

---

Noticias, libros y comentarios

---

INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
*Excma. Diputación de Zaragoza*

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:  
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/2685>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- BY (Reconocimiento): Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- NC (No comercial): La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- ND (Sin obras derivadas): La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

Núm. 4

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

NÚM. 4



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C. S. I. C.)

*Excma. Diputación de Zaragoza*

Zaragoza, 2002

Publicación número 2.344  
de la  
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
(Excma. Diputación de Zaragoza)  
Plaza de España, 2.  
50071 ZARAGOZA (España)  
Tff.: [34] 976 28 88 78/79 - Fax: [34] 976 28 88 69  
ifc@dpz.es  
<http://ifc.dpz.es>

#### FICHA CATALOGRÁFICA

*CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal.* Nº 1  
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,  
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.

Diseño de cubierta: José Luis Cano.

© Los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

I.S.S.N.: 1575-6793

Depósito Legal: Z-879/1999

Impresión: Imprenta Provincial de Zaragoza.

---

IMPRESO EN ESPAÑA - UNIÓN EUROPEA

**CIENCIA FORENSE**  
**REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL**

*Directora*

**MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA**  
Profesora Titular de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Zaragoza (ESPAÑA)

*Coordinadora*

**MARIA CASTELLANO ARROYO**  
Catedrática de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Granada (ESPAÑA)

*Secretario*

**JOSÉ ASO ESCARIO**  
Médico Forense  
Profesor Asociado de la Cátedra de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Zaragoza (ESPAÑA)

*Comite de Redacción*

**ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ**  
Magistrado-Juez del Juzgado de Menores  
de Zaragoza

**JUAN ANTONIO COBO PLANAS**  
Director de la Clínica Médico-Forense  
de Zaragoza

**ANA FERRER DUFOL**  
Jefe de Sección del Servicio de Medicina Legal y Toxicología  
Hospital Clínico Universitario  
Profesora Asociada  
Universidad de Zaragoza

**RAFAEL HINOJAL FONSECA**  
Catedrático de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Oviedo

**FABRICIO GONZÁLEZ-ANDRADE**  
Médico, Laboratorio de Genética de la Cruz Roja Ecuatoriana  
DIAGEN, Diagnóstico e Identificación Genética (ECUADOR)

*Consejo Asesor*

- DR. D. JOSÉ MARÍA ARENZA  
Médico Forense. Madrid  
DR. BRUCE BUDOWLE  
Chief, Senior Scientist, FBI Washington D.C. (USA)  
PROF. A. CARRACEDO ÁLVAREZ  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago  
PROF. J. CASTILLA GOZALO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Málaga  
PROF. L. CONGHEIRO CARRO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago  
PROF. J. CORBELLA CORBELLA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. N. DUARTE VIEIRA  
Catedrático de Medicina Forense. Director del Instituto de Medicina Legal  
Universidad de Coímbra  
DR. D. SERGIO GALLEGO Riestra  
Inspector de Sanidad. Asturias  
PROFA. MARINA GIBERT GRIFO  
Profesora Titular de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Valencia  
PROF. C. HERNÁNDEZ CUETO  
Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada  
PROF. E. HUGUET RAMIA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. A. LUNA MALDONADO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia  
PROF. J. B. MARTÍ-LORET  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Alicante  
PROF. L. FRONTELA CARRERAS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Sevilla  
PROF. M. LÓPEZ RIVADULLA  
Catedrático de Toxicología. Universidad de Santiago  
PROF. P. MARTÍNEZ BAZA  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid  
PROF. R. MUÑOZ GARRIDO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Salamanca  
PROF. V. MOYA PUEYO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid  
D. M. REPETTO JIMÉNEZ  
Ex-director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Sevilla  
PROF. M. RODRÍGUEZ PAZOS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona  
PROF. C. ROMEO CASABONA  
Catedrático de Derecho y Genoma Humano. Universidad de Deusto  
PROF. J. L. ROMERO PALANCO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz  
DR. D. JAVIER SÁNCHEZ CARO  
Subdirector Gral. de la Asesoría Jurídica del Insalud. Madrid  
D. M. SANCHO RUIZ  
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Madrid  
PROF. AURORA VALENZUELA GARACH  
Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada  
D. J. L. VALVERDE VILLARREAL  
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Barcelona  
PROF. J. D. VILLALAIN BLANCO  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia  
PROF. E. VILLANUEVA CAÑADAS  
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada

## ÍNDICE

### REVISIONES

JC. CAUTO DUCE, MS. GISBERT GRIFO: Aspectos médico-legales de las agresiones sexuales en los países de la Unión Europea .....	11
M <sup>º</sup> L. GARDE BORAO Y M <sup>º</sup> B. MARTÍNEZ JARRETA: Actuación del médico en casos de delito de violación .....	47
M <sup>º</sup> CASTELLANO ARROYO, Y V. FERNÁNDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ: La violación en el matrimonio .....	95
M.S. GISBERT GRIFO: Aspectos psiquiátricos en los delitos contra la libertad sexual .....	107
C. HERNÁNDEZ CUETO: Valoración del daño corporal en los delitos contra la libertad sexual .....	143
E. MURCIA SÁIZ: El perjuicio sexual en las víctimas de los delitos contra la libertad sexual .....	157
T. GISBERT JORDÁ, S. GISBERT GRIFO: Las agresiones sexuales a menores...	171
M.S. GISBERT GRIFO: Estudio médico-legal de las lesiones al feto .....	197
F. GONZÁLEZ-ANDRADE, F. WEILBAUER, B. MARTÍNEZ-JARRETA, D. SÁNCHEZ-Q: El ADN en la filiación disputada: salud, ciencia y sociedad ecuatoriana.	229

### AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I

U. TOSCANINI, G. BERARDI, E. HAAS, E. RAIMONDI: Análisis de los datos de 10 LOCI STR en una población de la provincia de neuquén, Argentina .....	243
A.M. DI LONARDO, F.L. GAGLIARDI, M.G. FRAGA, S.E. FILIPPINI: Polimorfismos de secuencia de ADNmt en la población argentina.....	249
G. PENACINO, et al: Ejercicio de control de calidad latino-americano de la Sociedad Argentina de Genética Forense .....	253

## *Índice*

M. ÁLVAREZ, A. CHIARELLO, A. ARENDS, R. FERREIRA, E. ESPINAL, M. MARRERO: Análisis de 9 marcadores de ADN tipo STR en la población de la región central de Venezuela.....	259
E. RAIMONDI, U. TOSCANINI, E. HAAS: Análisis de los índices de paternidad de 6 tríos titular-madre-padre alegado estudiados por medio de 10 loci STRS ó 4 loci RFLPS .....	265
P. SÁNCHEZ-DIZ, T. DE LA FÈ, B. QUINTÁNS, A. SALAS, M. LAREU, A. CARRACEDO: STRs de cromosoma Y en poblaciones de origen Bantú de Mozambique: contribución masculina al Pool genético africano e implicaciones forenses.....	269
A.M. DI LONARDO, M.B. RODRÍGUEZ CARDOZO, M.V. COLICA, S. CABELLER, N. RIBAS, Z. ACOSTA: Análisis molecular de los polimorfismos del sistema HLA clase I y clase II en la población argentina .....	275
F. GONZÁLEZ-ANDRADE, D. SÁNCHEZ-Q, B. MARTÍNEZ-JARRETA: Distribución genética de los STRS D3S37, D6S39, DS88, D7S80, HUM T POX y HUMTHO 1 en la población Amerindia Quichua de Ecuador .....	279
D. SÁNCHEZ-Q, F. GONZÁLEZ-ANDRADE, B. MARTÍNEZ-JARRETA: Análisis Genético de los STRS D13S317, D16S539, D5S818 y D7S820 en la población Mestiza de Ecuador.....	285
 <b>NOTICIAS, LIBROS Y COMENTARIOS</b>	
Novedades editoriales y comentarios .....	291
 <b>NORMAS DE PUBLICACIÓN .....</b>	
	299

## **REVISIONES**

**Monográfico: Delitos sexuales**

## ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

JC. CAUTO DUCE<sup>1</sup>

MS. GISBERT GRIFO<sup>2</sup>

**Resumen:** La integración de España en el espacio común que supone la Europa Comunitaria ha supuesto la necesidad de colaboración en los ámbitos que se corresponden con Justicia e Interior. Por otro lado, es muy elevada la frecuencia de los delitos contra la libertad sexual y muy importantes sus consecuencias. Todo ello es lo que ha llevado a los autores a plantearse el interés que tiene asomarse, desde la perspectiva de la Medicina Legal, al panorama de las agresiones sexuales en la Europa de los quince.

La idea es establecer si se puede realizar un esquema común de todas las legislaciones relativas a estos delitos para valorar, siempre desde el punto de vista médico-legal, la posibilidad de un proyecto legislativo común

Establecida esta realidad, se realiza el esquema de lo que sería una prueba pericial médica operativa en los distintos países, que cubriera todos los supuestos biológicos contemplados por las distintas legislaciones. Finalmente se propone un protocolo de actuación pericial médica común que contempla todas las circunstancias médico-legales a tener en cuenta recogidas por los distintos legisladores.

**Palabras clave:** Agresiones sexuales. Abusos sexuales. Delitos sexuales. Delitos contra la libertad sexual. Protocolo en delitos sexuales.

**Abstract:** The integration of Spain into the common space represented by the European Community has involved the need for collaboration in the fields corresponding to Justice and Interior. On the other hand, the frequency of crimes against sexual freedom is very high and their consequences are very important. All of this is what has led the authors to pose

---

<sup>1</sup> Médico Forense.

<sup>2</sup> Profesora Titular de Medicina Legal y forense. Universidad de Valencia.

the interest in having a look at the panorama of sexual aggressions in the Europe of the fifteen, from the Legal Medicine perspective.

The idea is to establish if a common outline can be made of all the legislations related to these crimes in order to evaluate the possibility of a common legislative project, always from the medical-legal viewpoint.

After establishing this reality, an outline is made of what would be an operative medical expert's test in the different countries, which would cover all the biological cases contemplated by the different legislations. Finally, a common medical test action protocol is proposed, which contemplates all the medical-legal circumstances to be taken into account included by the different legislators.

**Key words:** Sexual aggressions. Sexual Abuses. Sexual crimes. Crimes against sexual freedom. Protocol in sexual crimes.

## I. INTRODUCCIÓN

Las agresiones sexuales constituyen un problema prioritario cuya importancia se extiende más allá de cualquier frontera. En nuestro entorno sociocultural y geográfico son motivo constante de preocupación.

Los países que conforman Europa siempre han ocupado una posición de privilegio en el mapa mundial, exportando a todos los rincones la denominada cultura occidental, pero han venido haciéndolo a lo largo de la historia de un modo individual, país por país. Sin embargo en las últimas décadas, salvando escollos políticos y hasta bélicos, se ha ido gestando en estas naciones un proyecto unificador, proyecto que culminó hacia 1993 con el Tratado de la Unión Europea, que supone toda una declaración de intenciones, entre ellas la unidad en materia de Justicia.

En este contexto se han venido abordando cuestiones de Derecho Penal y llegará el momento de abordar los *delitos contra las personas*. Entonces se planteará la viabilidad de un proyecto común en cada uno de los grupos delictivos, entre ellos el de las agresiones a la libertad sexual.

Estas *agresiones sexuales*, abordadas desde la perspectiva de la Medicina Legal, las entenderemos en adelante en sentido semántico amplio, no en el sentido jurídico más circunscrito que les da nuestro vigente Código Penal. Y el estudio se centrará en los tipos delictivos de mayor relevancia médico-pericial, en lo que durante muchos años y desde una perspectiva ya histórica se denominó entre nosotros con el trinomio violación, estupro y abusos deshonestos.

Las agresiones sexuales así entendidas reúnen algunas características que son comunes a todas ellas.

En cuanto a su criminogénesis, se trata de conductas en las que intervienen factores tanto biológicos como ambientales. Y son éstos últimos, los factores ambientales o socioculturales (y entre ellos especialmente los educacionales) los que van a ejercer un efecto desestabilizador sobre las tendencias primarias o biológicas, que de esta manera quedan fuera de control y surge lo que el Profesor GISBERT denomina la *sexualidad reprobable*.

Epidemiológicamente llama la atención una muy desproporcionada distribución por sexos. La víctima, hoy por hoy y desde siempre, es con diferencia la mujer. Y el varón el agresor por excelencia.

La frecuencia de estos delitos realmente es una incógnita. Esto se debe principalmente a una circunstancia que está siendo combatida pero que aún no se encuentra por completo vencida: la falta de denuncia, que a su vez obedece a motivos extraordinariamente variados.

En cualquier caso el número de denuncias experimenta un constante crecimiento, y cada una de ellas desencadena el correspondiente procedimiento penal, donde el Juez dispone la intervención médica que se ocupa de los aspectos periciales de la asistencia en curso. En nuestro país intervienen los peritos médicos de primera línea de la Administración de Justicia, los Médicos Forenses.

Esta intervención se concreta en la prueba pericial médica, que desarrollada en sus tres frentes (la víctima, el agresor y el lugar de los hechos) adquiere en esta fase de instrucción el máximo protagonismo en la difícil tarea de esclarecer los hechos.

Para el estudio de los aspectos médico-legales de las distintas legislaciones ha servido de referencia (y muchas veces también de modelo) el Código Penal Español, que tras la reforma de 1999 (Ley 11/1999) diferencia las *agresiones* de los *abusos sexuales*, según criterio de empleo de violencia o intimidación. Y cuando, concurriendo esa violencia o intimidación, sucede además la penetración o introducción de objetos, merece destacar como ésta última reforma ha recuperado un enunciado de profunda raigambre entre nosotros: la *violación*.

El Código detalla las circunstancias que invalidan y que vician el consentimiento dado, anulándolo a efectos jurídicos, sea por edad de la víctima menor de trece años, por hallarse ésta privada de sentido o padecer un trastorno del cual el victimario abusa, o bien por abusar el agresor de su superioridad o utilizar como recurso el engaño.

También especifica el texto las circunstancias que agravan estos delitos, tales como el carácter adicionalmente degradante de los hechos, la intervención conjunta de dos o más agresores, la utilización de armas o medios equiparables, la especial vulnerabilidad de la víctima y la relación de prevalimiento del agresor, sea por superioridad o por parentesco. Llama la atención que para el abuso sexual fraudulento (aquel en el que media engaño) sólo son de aplicación estas agravantes en el tipo cualificado (cuando concurre penetración sexual o introducción de objetos), no en el tipo básico, lo que algunos autores atribuyen a error por omisión del legislador.

Este es el perfil, a grandes rasgos, de los delitos sexuales tras la última reforma de nuestro Código Penal. Pero esta reforma también introdujo cambios en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificando las competencias extraterritoriales de España en el orden penal, competencias que quedan condicionadas a lo que dispongan Tratados Internacionales de los que España forme parte.

Se trata de aperturas hacia un planteamiento supranacional, europeo, en la consideración de éstos y de otros delitos. El principio de libre circulación de personas representa para los Gobiernos necesidades de seguridad. La cooperación en los ámbitos de la Justicia y de los asuntos de Interior (Título VI del Tratado de La Unión) cubre, entre otros, la colaboración policial destinada a luchar eficazmente contra la criminalidad transfronteriza y la elaboración de acuerdos en los ámbitos del derecho civil y del derecho penal, iniciativas que son las que garantizarán la estabilidad de aquel intercambio. En definitiva está gestándose un espacio judicial y de seguridad común, está fraguándose un proyecto conjunto

Y es que la Unión Europea de hoy, resultado de los esfuerzos realizados desde 1950 por los promotores de la Europa comunitaria, constituye la organización más avanzada de integración multisectorial, con vocación para actuar tanto en los espacios económicos, sociales y políticos como en los ámbitos de los derechos de los ciudadanos y de las relaciones exteriores de los quince Estados miembros, y en esa dirección avanza.

Sobre la base de estos argumentos planteamos el interés de asomarse, desde el mirador de la Medicina Legal, al panorama de las agresiones sexuales en la Europa de los quince.

Se trata de valorar si las agresiones sexuales que contemplan los diferentes códigos y actas encajan en un esquema común desde el punto de vista médico-legal, identificando las diferencias relevantes que desde esta perspectiva afectan a los diferentes textos, analizando los criterios que las sostienen, esto es, investigando en base a qué argumentos surge la diversidad. Esta aproximación permitirá valorar medicolegalmente la viabilidad futura de un proyecto legislativo común, y sobre todo permitirá plantear la posibilidad actual de una prueba pericial médica operativa en los quince países, es decir, una prueba que cubra todos los supuestos biológicos contemplados por las distintas legislaciones, ya que las fronteras, en decadencia, van a permitir el paso de víctimas y victimarios y allí donde se encuentren va a ser necesario actuar pericialmente sin demora, dado el carácter particularmente perecedero de la prueba en estos delitos.

Al resultar esa prueba viable, se puede proponer un protocolo de actuación pericial médica común que contempla todas las circunstancias médico-legales a tener en cuenta recogidas por los distintos legisladores.

Para satisfacer estos objetivos, una vez salvados los inconvenientes de dispersión de las legislaciones y las dificultades inherentes a su traducción, el material de trabajo ha consistido en los capítulos de agresiones sexuales de los códigos y actas penales de los quince países miembros. A través del razonamiento deductivo y previa la valoración médico-legal de los distintos textos, se han obtenido sendas sinopsis que siguiendo el modelo español han permitido resaltar peculiaridades e identificar diferencias y semejanzas.

El modelo español, base para las sinopsis médico-legales de todos los códigos y actas, se ha estructurado según criterios de penetración o no penetración del cuerpo del otro, criterio éste de mayor significado médico-legal que el alternativamente disponible, relativo al empleo de violencia o intimidación. Este esquema (*fig 1*) es el que se ha repetido, forzándolo en algunas ocasiones, para los demás países.

<p style="text-align: center;"><b>ESPAÑA</b></p> <p style="text-align: center;"><i>agresiones y abusos sexuales</i></p> <p><b>CON PENETRACION o introducción de objetos</b></p> <p>Con violencia o intimidación (<b>violación</b>)</p> <p>Sin violencia o intimidación (<b>abuso sexual</b>)</p> <p><b>SIN PENETRACIÓN ni introducción de objetos</b></p> <p>Con violencia o intimidación (<b>agresión sexual</b>)</p> <p>Sin violencia o intimidación (<b>abuso sexual</b>)</p>
--

*Figura 1*

En una fase posterior, sistematizando las sinopsis, se ha podido obtener un cuadro comparado de valoración conjunta (*fig 2*) que ilustra con eficacia los argumentos médico-legales de los diferentes legisladores y que ha permitido diseñar un protocolo de actuación pericial que se ajusta a todos los preceptos biológicos contemplados.

Por países, llama la atención el laconismo de los códigos alemán y austriaco en materia de interés médico-legal, por tratarse de códigos poco propensos al detalle. En Bélgica (como en Francia y en Luxemburgo) la minuciosidad sube de grado y ya se encuentran referencias a la edad madura y a las distintas vías de penetración corporal. En Dinamarca, como en Grecia, Reino Unido e Irlanda, destacan las concesiones dadas al vínculo matrimonial, que llega a eximir de responsabilidad penal en algunos casos. El legislador finlandés dedica un artículo por completo a diccionario jurídico, definiendo en él qué debe entenderse por intercambio sexual y qué por acto sexual distinto del intercambio, valiosa y original aportación que se hecha en falta en otros textos. El código portugués resalta por su originalidad, no solo por incluir la procreación artificial no consentida en el capítulo específico de delitos sexuales, sino por los muchos matices de relevancia médico-legal que contiene su articulado, relacionados con la transmisión de enfermedades o con el embarazo de la víctima, entre otros.

Los subgrupos de delitos sexuales contemplados en los diferentes códigos penales se establecen por el legislador en base a criterios definidos y diferentes en cada caso.

1. Subgrupos de delitos sexuales contemplados.
2. Circunstancias etiológicas genéricas del delito.
3. Circunstancias etiológicas específicas de la víctima.
4. Edades contempladas (víctima y agresor).
5. ¿El texto identifica claramente las vías de penetración corporal?
6. Texto del que deducir las vías de penetración contempladas.  
(cuando no las identifica claramente)
7. Vía vaginal.
8. Vía anal.
9. Vía bucal.
10. Introducción de objetos.
11. Sexo agresor.
12. Sexo víctima.
13. Trato degradante, vejatorio o brutalidad.
14. Agravante por varios agresores.
15. Vínculo familiar agresor/víctima.
16. Otra relación agresor/víctima.
17. Agravante por uso de medios particulares.
18. Agravante genérica inespecífica.  
(en los casos «especialmente graves» sube la pena)
19. Agravante por lesiones víctima.
20. Agravante por secuestro.
21. Agravante por muerte víctima.
22. Agravante por suicidio víctima.
23. Agravante por agresor portador ETS.
24. Agravante por transmitir virus VIH.
25. Agravante por embarazo víctima.
26. Atenuante genérica inespecífica.  
(en los casos en que "la gravedad es menor" disminuye la pena)
27. Atenuante por desconocer el agresor la edad de la víctima.
28. Atenuante por la edad del agresor.
29. Medidas particulares de protección a la víctima.
30. Se favorece el débito conyugal.
31. Particular referencia a la dignidad, honestidad y análogos.
32. Se contemplan medidas de protección social.
33. Se valora por comparación la edad y maduración psicofísica de agresor y víctima.
34. Medidas particulares en la protección a menores.
35. Se contempla la procreación artificial no consentida.

*Figura 2*

En España se recurre a la violencia o intimidación para diferenciar las agresiones de los abusos sexuales y dentro de las primeras *la violación*, tan recientemente recuperada, adquiere personalidad propia por la circunstancia del coito (por cualquiera de las tres vías) o por la introducción vaginal o anal de objetos.

En Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Portugal, con los inevitables matices diferenciadores que enriquecen la visión de conjunto, es la penetración corporal la que distingue los tipos delictivos.

Finlandia sigue criterios intermedios entre los dos precedentes, así es la penetración corporal la que identifica los delitos de *intercambio sexual* frente a los *actos sexuales*, si bien en la clasificación de los subtipos delictivos se aplica el criterio español de diferenciar según medie violencia o amenaza. También el legislador sueco ha combinado estos dos puntos de vista.

En el Reino Unido la penetración corporal se asocia preferentemente al consentimiento (a su presencia o ausencia y a su validez en el primer caso) para configurar los tipos penales. El consentimiento, naturalmente, es el eje de la valoración que se sobreentiende en todos los países.

El griego es un código penal de difícil sistematización desde este punto de vista, aunque su articulado permite interpretar los delitos que contempla según criterios de penetración corporal. Bien mirado no podía ser de otra manera, pues es evidente que cualquier agresión sexual reconoce la frontera de la intimidad corporal siempre y sin excepciones, pues la biología es una con independencia de como decida exponerla el legislador.

Puede por tanto aportarse un esquema de conjunto, simplificador y recopilatorio de los diferentes enunciados utilizados por los distintos códigos, si se parte del criterio definido por la penetración sexual del cuerpo del otro.

Así se distinguen dos grandes grupos de epígrafes:

*Delitos con penetración corporal:*

- Violación
- Intercambio sexual
- Sodomía
- Unión carnal

*Delitos sin penetración corporal:*

- Relaciones sexuales distintas del intercambio
- Atentado al pudor
- Actos inmorales
- Actos libidinosos
- Asalto sexual
- Asalto indecente
- Indecencia grosera
- Tocamiento sexual

Todavía está por resolver la ubicación, en uno u otro grupo, de epígrafes tales como

- Agresión sexual (España, Austria, Francia).
- Abuso sexual (España, Finlandia, Irlanda, Portugal, Suecia).
- Coacción sexual (Alemania, Portugal, Suecia).
- Acto impúdico (Grecia).

Cuando en el Código Español se rompió el binomio *violación y abusos deshonestos* (más tarde *violación y otras agresiones sexuales*) desapareció como primer criterio clasificador la penetración. Ahora ese allanamiento de la intimidad corporal puede darse tanto en la agresión como en el abuso sexual, lo que impide adscribir cada enunciado sólo a uno de los anteriores grandes grupos. Similares problemas plantea el *abuso sexual* de los códigos finlandés y portugués y las actas irlandesas: el *abuso* puede reconocer formas con y formas sin penetración. No así el código sueco, donde este delito se tipifica sólo si se da la penetración.

Esta dificultad no se da con la *agresión sexual* recogida en los códigos austríaco (claramente sin penetración) y francés. El texto francés sigue el esquema que introdujera la reforma de 1989 del código español (*violación y otras agresiones sexuales*) y por lo tanto de su literal puede fácilmente aislarse la violación de las demás agresiones sexuales, lo que permite asimilar *agresión sexual* a toda aquella distinta de la violación y por tanto sin penetración corporal, lo que resuelve el problema.

La *coacción sexual* plantea un conflicto sensiblemente menor, ya que su ubicación en uno de los dos grandes grupos de referencia es clara país por país. Para Alemania y Portugal viene definida por la ausencia de penetración del cuerpo del otro. Sin embargo para Suecia coacción implica penetración sexual.

Por su parte el *acto impúdico* o *abuso en impudicia* del legislador griego puede relacionarse tanto con la violación como con la ofensa a la dignidad sexual, por lo que habría de adscribirse a los dos grupos de referencia.

Entre las *circunstancias etiológicas genéricas del delito* la violencia y la amenaza no faltan en ningún caso, como no podía ser de otra manera. La intimidación, los más sutiles de astucia y artificio, poner a la víctima en situación de peligro, maltratarla o coaccionarla estarían en la misma línea.

El engaño es otra circunstancia etiológica dominante, tanto en su variedad simple como en las formas relacionadas con la naturaleza del acto o la identidad del agresor.

No menos importantes (y por ello repetidos en diferentes códigos) las maniobras del actor para mermar e incluso anular las defensas de la víctima que se resiste (ponerla en situación de incapacidad para resistir, apro-

vechase el agente de la inconsciencia o incapacidad por él provocada, etc.) y el abuso de la inexperiencia de la víctima.

La *sorpres*a de los franceses, el *uso de donativos o promesas* en Holanda o el abuso por el victimario danés de su *superior edad* dan la nota de la pluralidad.

Desde una perspectiva unitaria las circunstancias etiológicas genéricas pueden resumirse según:

- Violencia, amenaza e intimidación.
- Engaño (en la naturaleza del acto o en la identidad del agresor).
- Otra coerción ilegal (que incluiría la astucia; el artificio; la sorpresa; el uso de donativos o promesas; los gestos, proposiciones o acciones impúdicas; el maltrato y el abuso de la superior edad o experiencia).
- Poner en peligro la integridad física o la vida.
- Poner en situación o abusar de incapacidad para resistir (incluyendo la inconsciencia).

Por su parte las *circunstancias etiológicas específicas de la víctima* son comunes a todos los países: situaciones de vulnerabilidad o indefensión que limitan o anulan la capacidad de la víctima para oponerse a lo que no quiere, sea por edad (y consiguiente inmadurez, salvo que se refiera a la edad muy avanzada), por enfermedad o deficiencia física o por enfermedad o deficiencia mental. La inconsciencia, el estado de embarazo y más excepcionalmente la sujeción hasta impedir los movimientos completan las posibilidades descritas por los legisladores.

De la visión de conjunto puede deducirse un esquema que en solo tres grupos reúne todas las circunstancias que se contemplan. Así:

1. *Enfermedad o deficiencia física o mental* (que incluiría también el abuso de «trastorno mental», la «deformidad», la «mujer demente», la «mujer deficiente mental», la «persona mentalmente deficiente», la «inferioridad física o psíquica» y el «trastorno psíquico» repartidos por los diferentes códigos).

2. *Vulnerabilidad por situación* (que contemplaría la «inconsciencia», la «privación de sentido», la «situación de indefensión», el «estado de embarazo», la «incapacidad para resistirse», la «limitación», la «incapacidad para consentir» y la «intoxicación» que vienen recogidas a lo largo del articulado de los quince).

3. *Inmadurez psicosexual* (que incluiría la «edad vulnerable» y la «inmadurez y diferencia de edad entre agente y víctima» a que se refieren los distintos legisladores).

Con frecuencia se ha criticado que el jurista se apartara de la nomenclatura estrictamente médica creando denominaciones abstractas a las que

luego la jurisprudencia iba dando forma (así la psiquiatría protestaba porque la enajenación o el trastorno mental transitorio no estaban en su diccionario), pero a veces el caos de la sinonimia sólo puede combatirse con esa ligera imprecisión que se abre a las constantes aportaciones.

Si los tres enunciados precedentes engloban a todos los demás, no tiene que ser pecado de reduccionismo limitarse a ellos, lo que simplifica la puesta en común.

Las *edades contempladas* por los códigos ponen de manifiesto la dificultad que para cualquiera entraña delimitar los márgenes de la *edad madura*. Se contemplan la edad menor de 10, de 11, de 12, de 13, de 14, de 15, de 16 y, ya a otro nivel y por otras circunstancias, de 17, de 18, de 21 y de 24 años.

Algunos códigos, como los de España, Finlandia o Dinamarca, hacen además referencia a la particular vulnerabilidad por razón de edad sin detenerse en ninguna en concreto, si bien en algunos casos esa referencia lo es a la *edad muy avanzada* que impide resistir, como en el código español en algunos casos.

Otros textos, como el sueco, recogen la *corta edad* de la víctima o la *superior edad* del agresor como circunstancias a valorar individualmente, en cada caso de especie.

En países como Grecia la edad madura está tan minuciosa como arbitrariamente contemplada según una escala que contempla prácticamente todos los tramos cronológicos.

La complejidad sube de grado si se tiene en cuenta que en unos casos la edad descrita en los códigos constituye una circunstancia agravante del delito, mientras que en otros esa edad es por sí misma el elemento constitutivo de la infracción, sin cuya concurrencia el delito no existe.

La prueba pericial médica de averiguación de la edad de las víctimas o de los agresores, que inevitablemente será reclamada, resultará particularmente compleja al tener que discriminar entre límites de edad en ocasiones muy próximos, lo que en el estado actual de la Ciencia Forense puede resultar complicado y hasta imposible.

Pero la cuestión de fondo no es la averiguación de la edad, a la cual el perito siempre sabrá aproximarse. El caballo de batalla es la edad misma.

Como señalan MIRO y CALVET, en la apreciación jurídica de la edad por las legislaciones pueden seguirse tres sistemas de valoración:

- 1) Sentar reglas generales determinando la capacidad en función de la edad, de modo que a cada periodo de edad corresponde cierta capacidad, igual en todos los casos y para toda clase de personas.
- 2) Apreciar en cada caso concreto el desarrollo de la persona, haciendo depender el grado de capacidad del juicio que de aquel desarrollo se forme.

3) Un sistema mixto que admita excepciones a la regla general establecida, practicándose las pruebas pertinentes en los casos en que convenga particularizar.

En materia de delitos sexuales parece claro que debe apreciarse en cada caso concreto el desarrollo de la persona, su madurez psicosexual, deduciendo la capacidad del juicio que la valoración pericial permita formarse. La mejor prueba de que esto es así es la dispersión en los criterios de edad que se contempla en los códigos. No se trata de desproteger al *menor*, ya que la valoración individualizada incluso puede convertir en sujeto de ese atributo a personas cuya edad está por encima de la arbitrariamente considerada.

Por su parte la edad madura del agresor también es motivo de controversia. La mayoría de edad penal es cambiante y así en nuestro país ha variado de los dieciséis a los dieciocho años. En Irlanda, hasta 1990, el varón menor de catorce años era legalmente incapaz de cometer violación. Hasta la *Sexual Offences Act 1993*, Sección 1, tampoco en el Reino Unido podía acusarse a un varón menor de catorce años de cometer violación o cualquier otra ofensa relacionada con el intercambio sexual. Desde esas fechas la exigencia desaparece. Los demás países también se han enfrentado a problemas de esta clase, sobre los cuales caben las mismas consideraciones que se han venido efectuando a propósito de la madurez psicosexual de la víctima. El desarrollo físico y mental del sujeto deben marcar la pauta.

La intención del legislador en cuanto al *sexo* de la víctima es reconocible en más casos que respecto del agresor. Los textos con frecuencia recurren al genero neutro de *persona*. Otras veces *el que, cualquiera que o aquel que* y entonces se plantean algunas dudas de semántica. Habrá que estar al desarrollo jurisprudencial de cada legislación, aunque en cualquier caso la imprecisión, deliberada o no, plantea escasos o ningún problema a la Medicina Legal, ya que la prueba pericial médica está diseñada para contemplar cualquier género de víctima o de victimario.

Pero dónde más se echa en falta esa doctrina jurisprudencial es al intentar averiguar, de la mano sólo de los códigos penales, qué *vías de penetración corporal* contempla el legislador en cada país (*fig 3*).

La extraordinaria precisión del código español no es la tónica dominante. En muchos países la interpretación del texto permite deducciones, pero no siempre son concluyentes.

Basta recordar, en nuestro país, las tediosas discusiones doctrinales relativas a las *vías* por las que la introducción de objetos podía considerarse jurídicamente tal, antes de la Ley 11/99, para comprender lo sencillo que resulta zanjar las polémicas mediante una detallada redacción.

La relación por *vínculo familiar* entre el agresor y su víctima llama la atención en los casos que contempla la relación natural o biológica, con

### TEXTO RELATIVO A VÍAS

ESPAÑA	Acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías.
PORTUGAL	Cópula, coito anal o acto sexual relevante.
LUXEMBURGO	Acto de penetración sexual, de cualquier naturaleza que sea y por cualquier medio que sea.
FINLANDIA	Penetración sexual, por un órgano sexual o dirigido a un órgano sexual, del cuerpo del otro.
DINAMARCA	Intercambio sexual y relaciones sexuales distintas del intercambio.
HOLANDA	Penetración sexual del cuerpo de alguien.
SUECIA	Coito u otra relación sexual.
ALEMANIA	Coito o acceso carnal o actos sexuales semejantes.
AUSTRIA	Acceso carnal o actos sexuales similares.
ITALIA	Unión carnal.
GRECIA	Relación sexual extramarital o acción impúdica.
FRANCIA	Penetración sexual de cualquier naturaleza cometida sobre la persona de otro.
REINO UNIDO	Vías vaginal y anal; referencias a oral. No objetos.
IRLANDA	Vías vaginal, anal, oral. Introducción vaginal de objetos.

Figura 3

independencia de la legitimidad, lo que se repite con frecuencia y dará lugar a interesantes intervenciones periciales relacionadas con la investigación biológica de la paternidad, la maternidad y otras relaciones en aquellos casos en que se denuncie una relación sexual contaminada por lazos de sangre.

Llaman la atención los argumentos de NICOLA PADFIELD sobre la legislación en Reino Unido, quien discute que el incesto tenga que constituir delito. Señala este autor que si por tal delito se tiene en base sólo a consideraciones morales, entonces no hay que perder de vista que consideraciones de esa naturaleza las hubo también para la homosexualidad y finalmente, pese a ellas, se descriminalizó la consensuada. Y añade que si se apela al riesgo genético para los supuestos de embarazo cuando media consanguinidad, entonces habría que perseguir judicialmente, por los mismos motivos, a los hemofílicos y los portadores de VIH que practiquen relaciones sexuales en edad fértil.

Como señala el mismo autor, el propio legislador se sitúa de soslayo en esta línea argumental cuando recomienda, en su Borrador al Código Criminal del Reino Unido, que el delito se haga extensivo a los adoptivos (además de a los consanguíneos) en el caso de padre/hija y madre/hijo, así como que debería dejar de ser delito la relación sexual entre hermanos que han alcanzado la edad de 21 años y consienten, en base a los mismos motivos por los cuales, en la homosexualidad, se proscribió que la Ley se entrometiese en el dormitorio de adultos que consienten libremente, recomendaciones ambas que vienen a desvirtuar el planteamiento genético o de salud pública como razón de la incriminación.

No es aquí el lugar para profundizar en esta dirección, máxime teniendo en cuenta las limitaciones de los autores para pronunciarse en un terreno que corresponde a la antropología, la filosofía y la ética jurídica, pero desde luego constituye una muy interesante cuestión para los debates especializados y habrá que estar atentos a los resultados de los mismos.

En cuanto a las *otras relaciones agresor/víctima* que tipifican el delito, destaca la de superioridad o dependencia (por autoridad -moral o derivada de la profesión del agente-, por funciones oficiales, por situación económica, por relación laboral o académica y por la especial confianza que el vínculo necesariamente trae consigo, como en el caso de los médicos y demás personal sanitario). También la condición de tutor legal respecto de los menores e incapaces como víctimas merece repetidamente la consideración del legislador. Llama la atención que el Gran Ducado identifique a los ministros de culto entre los ciudadanos de riesgo.

Las relaciones se repiten en los diferentes códigos y todas tiene el común denominador de la fractura de un vínculo de confianza (natural o impuesto por contrato, por la ley o por las circunstancias), de la que el agresor se vale para delinquir.

El *trato degradante o vejatorio* del código español está también contemplado por los legisladores alemanes, austriacos, finlandeses y suecos. Belgas y franceses recogen la agravante de torturas corporales y actos de barbarie, a incluir también bajo el epígrafe de *agravantes por uso de medios particulares*, entre los que el empleo de armas e instrumentos análogos son la dominante. El legislador alemán, tan parco en otros ámbitos, entra aquí al detalle y desarrolla minuciosamente las posibles relaciones del agresor con un arma (portarla, portarla con la finalidad de utilizarla o por fin utilizarla efectivamente).

Los legisladores están exigiendo al perito la mayor minuciosidad en la descripción de las lesiones, ya que sólo así podrá deducir el Juzgador las mencionadas agravantes. Esta descripción también puede condicionar la aplicación de la *agravante genérica inespecífica, por especial gravedad del delito* de algunas legislaciones. En los demás casos la valoración pericial permitirá al jurista tipificar el delito diferente de lesiones y su grado.

En cuanto a la *agravante por varios agresores*, se aprecia cómo la reforma de 1999 del código español ha venido a situar esta circunstancia a la altura de los demás países que la contemplan, ya que la antigua redacción (*tres o más agresores*) hubiera marcado diferencias ya no existen.

Esta agravante no está expresamente recogida en el capítulo de delitos sexuales en todos los códigos, pero es muy probable que cada legislador la haya contemplado independientemente en otro apartado que afecte con carácter general a todos los ilícitos. Así por ejemplo en el código penal español el artículo 22 en su apartado 2º tiene previsto que el delincuente se auxilie de otros, pese a lo cual la redundancia no es superflua, ya que en el capítulo específico de delitos sexuales se establece individualizadamente el alcance de la pena.

La *agravante por lesiones* a la víctima está expresamente contemplada en algunos países. Téngase en cuenta, no obstante, que causar lesiones siempre tiene que suponer un incremento en la gravedad del delito, por lo que muy probablemente en los códigos donde no se describe ocurrirá lo que en el nuestro (art. 180.1.5ª): que el legislador remite a otros lugares del texto donde las lesiones se tipifican independientemente. Los mismos argumentos se aplican a la *agravante por muerte* de la víctima cuando no aparezca contemplada en el capítulo de los delitos sexuales.

Es de destacar, por su singularidad, que Luxemburgo distinga la violación con resultado de muerte y *el homicidio cometido para facilitar la violación o para asegurar la impunidad* (art. 376), transformándose la pena desde la reclusión de quince a veinte años hasta la cadena perpetua.

Ya se señaló a propósito del trato vejatorio y degradante la importancia de la prueba pericial en su apartado de valoración de las lesiones. Sólo la minuciosidad del perito permitirá que el Juzgador valore la gravedad de las lesiones, contemple la concurrencia de tortura o martirio o deduzca la producción de mutilaciones o deformidades permanentes a que se refieren los diferentes códigos. Y cuando se contemplen las posibles lesiones de la víctima, no se olvidará el perito de la extraordinaria frecuencia con que la valoración del daño psíquico descubre efectos perniciosos de la agresión que nunca deben pasar desapercibidos y que frecuentemente exigen un posterior seguimiento continuado de la víctima, atentos a su evolución.

En cuanto a *las demás agravantes* puede destacarse la de suicidio de la víctima, donde la complejidad subirá de grado cuando tenga que establecerse la relación de causalidad, o la agravación de la pena por ser el agente portador de una enfermedad de transmisión sexual (aunque no la transmita a la víctima) o contagie de hecho el virus del SIDA a la persona agredida. Todas ellas corresponden al código penal portugués, que todavía genera más comentarios por la originalidad de su articulado cuando tipifica la agravante por embarazo de la víctima y contempla la procreación artificial no consentida en el capítulo de delitos sexuales (art. 168).

Ello implica que el perito deberá diagnosticar no sólo el embarazo *preexistente* (como *situación especial* de la víctima de la cual el agresor se sirve y por su importancia de cara a la solicitud de medidas anticonceptivas por la agredida, en su caso) sino también el embarazo *consecuente* a la violación, mediante el seguimiento en los casos en que no se hayan adoptado medidas de prevención del mismo e incluso a través de la investigación de la paternidad, para establecer definitivamente el nexo causal, ya que su presentación agravará la pena según la legislación portuguesa y previsiblemente será una circunstancia a considerar por el Juzgador en los demás casos.

E implica igualmente que las enfermedades venéreas del agresor tengan que diagnosticarse en todo caso, no sólo por la posibilidad de un contagio a la víctima (que por ejemplo para el legislador portugués es irrelevante). La condición de portador del virus del SIDA por el agresor sólo trascenderá, sin embargo, cuando la transmisión a la víctima haya sido efectiva, lo que planteará cuestiones de relación de causalidad que el perito tendrá que resolver. Protocolizar convenientemente la toma de muestras es inexcusable en estos casos, que se ampliarán en los supuestos en que el Juzgador contemple alternativa o adicionalmente la transmisión maliciosa de enfermedades, posibilidad delictiva que recogen otras legislaciones, como la nuestra, en otros capítulos.

El resto de circunstancias que aumentan la pena viene representado por el secuestro que contempla el legislador belga (art.376) y las genéricas, por especial gravedad del delito, de Dinamarca, Irlanda y Suecia. Esta agravante genérica podría justificar que Dinamarca e Irlanda no desarrollen en su articulado otras agravantes (trato degradante, varios agresores, uso de medios particulares, lesiones o muerte de la víctima, etc.), circunstancias que pasarían a considerarse genéricamente al arbitrio del Tribunal sobre la base de esta agravación de la pena con carácter general.

Por su parte Alemania, Finlandia y Suecia contemplan también una *atenuante genérica*, aplicable dependiendo de la menor gravedad del delito según criterios dejados al arbitrio del Juzgador. No se duda que el informe pericial médico condicionará ese arbitrio.

La *atenuante por desconocer el agresor la edad de la víctima* viene regulada por el legislador danés (art. 226) y en el Reino Unido, cuando *un varón no es culpable de un delito según esta sección porque él tenga intercambio sexual ilegal con una mujer menor de dieciséis años si él es menor de veinticuatro y no ha sido acusado previamente de un delito similar a este y él cree que ella tiene dieciséis años o más y tiene razones fundadas para creerlo así* (Sexual Offences Act 1956, Sección 6.3). Sensu contrario, apartándose de los planteamientos de Dinamarca y Reino Unido, llama la atención cómo se opone a este tipo de atenuantes el legislador sueco cuando dispone que *como responsable de lo que se prescribe en este capítulo de una acción que es protagonizada contra alguien por debajo de una determinada edad, será condenado también quien no se hubiera*

*dado cuenta pero tuviera motivos razonables para suponer que la otra persona no había alcanzado dicha edad* (art. 11).

La valoración psiquiátrica del agresor asume protagonismo.

La *atenuante por edad del agresor* viene contemplada al código griego en el art. 339.2, relativo al menor de 17 años que obra un acto impúdico con una persona menor de 13. Ya se ha señalado que en Irlanda se contempló hasta 1990 que un menor de 14 años era incapaz (en sentido legal) de cometer delito de violación. En el Reino Unido esta eximente por razón de edad, que lo era extensiva para cualquier delito relacionado con intercambio sexual, se prolongó hasta la *Sexual Offences Act* de 1993, pero todavía perduran en las actas atenuantes por esta circunstancia, así en la *Sexual Offences Act 1956*, sección 6.3 que se acaba de mencionar, para la edad menor de 24 años. Por lo que respecta a Suecia, esta disminución de la pena por razón de edad del victimario se contempla al art. 13 cuando la diferencia de edad entre éste y el menor agredido es significativa. Ya hemos insistido suficientemente en la cuestión de la madurez psicosexual y las edades en los códigos.

La *protección a la víctima*, en el sentido de preservar su identidad, no viene recogida en ningún código penal, al menos en el capítulo de delitos sexuales, con el celo que desarrolla el legislador belga en el art. 378-Bis. Que no conste con profusión en los demás capítulos sobre delitos sexuales no permite deducir que no preocupe a los demás legisladores, que a buen seguro habrán abordado la cuestión en otros lugares, como sucede en España en otros capítulos del Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, recientemente reformados con este propósito (Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, a la que ya se hizo mención).

Allanar el camino a la víctima que denuncia y prevenir la victimización secundaria es objetivo prioritario. El sujeto de la valoración psiquiátrica ha dejado de ser sólo el agresor. Las secuelas psiquiátricas que la agresión sexual deja en la víctima han sido estudiadas y tenidas en cuenta en los últimos años como nunca antes, y sobre las mismas, su alcance y pronóstico evolutivo, ya se expuso con detalle en la introducción. La pericia psiquiátrica en este campo deja de ser puntual para reconocer un necesario *continuum* que salga al paso de la evolución mental de la víctima.

El *débito conyugal* viene preservado en la legislación penal danesa cuando describe el intercambio sexual *extramatrimonial* por explotación de la deficiencia o la enfermedad mental de otra persona o mediante abuso de la incapacidad de la misma de resistirse al acto (art. 218.1 y 218.2), o cuando describe el intercambio *extramarital* concurriendo abuso de la posición de subordinación o de dependencia económica de la víctima (art. 220), de cuanto puede deducirse que si esa persona es el cónyuge del agresor entonces ya no es *víctima* porque el delito no existe. Además y con carác-

ter general el art. 227 permite canjear matrimonio por remisión de la pena en todos los supuestos delictivos, incluida la violación.

En Grecia la violación sólo se contempla extramatrimonial (art. 336) y un marido puede abusar impunemente de una *mujer demente* si está casado con ella (art. 338). También en Grecia el matrimonio reporta beneficios penales al agresor (art. 339.3º). Esta redacción del código griego (*el que abusa de la mujer demente o de la que adolece de cualquier causa de imposibilidad natural para resistirse a una relación extramatrimonial con ella*, art. 338.1), así como planteamientos similares que recogen otros legisladores, permiten reflexionar desde el punto de vista médico-legal sobre la posible nulidad de aquel matrimonio. Cuando la *demencia* (o causa similar de incapacidad) sea claramente sobrevenida con posterioridad a las nupcias se plantearán problemas éticos en la relación, pero si la afectación mental es preexistente a la celebración, aunque fuera en grado evolutivo menor, entonces inevitablemente queda cuestionada la validez del consentimiento que la mujer otorgó, lo que dará lugar a interesantes valoraciones psiquiátricas periciales desencadenadas secundariamente, de la mano del delito sexual.

En Holanda se contemplan prebendas hacia el vínculo matrimonial en el art. 245.1º, relativo a los actos inmorales que se cometan fuera del matrimonio, y en el art. 247.1º, que deja en el limbo los actos inmorales que se cometan dentro del matrimonio.

Finalmente tanto en Irlanda como en el Reino Unido se prodigan las referencias al intercambio sexual *ilegal o ilícito* (extramarital).

Por otra parte el matrimonio parece imprimir carácter (desde el punto de vista legal) en cuanto a la adquisición de madurez psicosexual, o al menos así lo entiende el legislador belga cuando en los *atentados al pudor* considera relevante si el agresor, bajo determinadas circunstancias, está o no «emancipado por el matrimonio» (art. 372).

Históricamente está descrita la ceremonia de algunos feudos que consistía en poner el señor o su delegado *una pierna* sobre el lecho de los vasallos el día en que se casaban. Era el derecho de pernada, que traspasado el umbral del tercer milenio todavía encuentra sus reminiscencias. El feudo ahora es el hogar conyugal y el papel del señor o su delegado pasa a representarlo el marido. Y ya no es función de un sólo día, sino que puede repetirse. Seguro que existen otras formas de preservar al marido de las falsas denuncias de una esposa cuando corran malos tiempos para la relación de pareja. Y cuando la denuncia sea por motivos ciertos, el vínculo matrimonial debería dejar de constituir una prebenda.

La particular referencia a la *dignidad y honestidad* como bienes jurídicos que perduran viene recogida en el art. 337 del código griego (*el agravio cruel a la dignidad del otro en el campo de su vida sexual*) y en los art. 246 (*atentar de hecho contra la honestidad*) y art. 248.ter (*la conducta intachable del menor*) del código holandés.

Son obvias las ventajas sociales que reporta, y cuanto supone de evolución recomendable, que el bien jurídico protegido en los delitos sexuales sea la *libertad sexual* individual, rompiéndose con ello las ataduras morales que dejan a la víctima desprotegida. En esa dirección cambió de planteamientos el legislador español cuando, alejándose de la tradición, denominó *delitos contra la libertad* (mas tarde también contra la *indemnidad*) *sexual*, en la reforma de 1989 del código penal.

La libertad sexual es la facultad de determinarse espontáneamente en ese campo, de elegir y practicar la opción sexual preferida, con el límite del respeto a la libertad ajena. Dejar vacío de contenido el bien jurídico *honor* aplicado a esta clase de delitos es una decisión plausible y que debe promoverse en los países donde todavía perdura, ya que la reputación de la víctima nada debe condicionar, y menos repercutir como patente de corso en el agresor.

Las *medidas de protección social* las desarrolla el legislador danés en el art. 236 como no lo hace ningún otro código penal de los contemplados, manteniendo durante algún tiempo alejado al agresor de lugares y ocasiones propicios para el desencadenamiento de su demostrada lascivia.

Es seguro, debido a la alarma social que generan estos delitos y a la creciente sensibilización de todos respecto de la misma, que en los demás países estas medidas de protección están también contempladas aunque no se refiera a ellas el capítulo específico de los delitos sexuales de cada código penal. Es el caso de nuestro país, donde organismos oficiales e iniciativas privadas ofrecen a la víctima de estos delitos asesoramiento constante para prevenir su desprotección. El Instituto de la Mujer, las Comisarias de Mujeres, la Oficina de Ayuda a las Víctimas del Delito, el Centro de Asistencia a las Víctimas de Agresiones Sexuales y la Federación de Asociaciones de Asistencia a Mujeres Violadas son ejemplos de ello.

El legislador, haciéndose eco de este movimiento social, permite también que el juez tome cartas en el asunto y sume sus más contundentes iniciativas a las de aquellos organismos, desarrollando normas como la ya comentada Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Por otra parte una última vuelta de tuerca en la ya comprimida cuestión de la *edad madura* en los códigos viene dada por el legislador finés cuando se detiene a valorar, comparándolas, la *edad* y *maduración psicofísica de víctima y agresor*, según regulan los artículos 5.1.2 (relativo a la persona que abusa de su posición e incita a otra menor de 18 años *cuya capacidad para decidir de forma independiente sobre su conducta sexual sea esencialmente más débil que la del agresor debido a su inmadurez y a la diferencia de edad entre las partes*, aprovechándose el victimario de esa inmadurez) y art. 6.2, relativo a que no se tipifica el delito de abuso sexual a un menor *si no hay gran diferencia en las edades o en la madurez física y mental de las personas involucradas*.

En la misma línea Portugal, que en su art. 174 apela al *abuso de inexperiencia* como requisito para que la cópula resulte punible.

Finalmente es destacable la *protección a menores* víctimas de delitos sexuales regulada al código de Finlandia (art. 6.1.2º y art. 7.1.1º), que se detiene a valorar si el abuso sexual resulta perjudicial para el desarrollo del menor o si puede causarle especial daño por la edad o etapa de desarrollo en que se encuentre o por la especial confianza que el menor había depositado en quien le agrede.

La valoración médico-legal de los códigos y su puesta en común comparándolos aporta valiosas consideraciones.

Si se han podido deducir resaltables similitudes en los criterios sostenidos por los diferentes legisladores; si es posible desarrollar esquemas uniformes en todos los casos; si pueden reunirse según criterios de penetración o no penetración corporal los diferentes tipos de delitos contemplados; si las circunstancias etiológicas genéricas del delito pueden resumirse en un reducido grupo que integra todas las descritas; si las circunstancias etiológicas específicas de la víctima no divergen en los diferentes países, resultando accesible un esquema sencillo de sólo tres apartados; si los vínculos familiares y otras relaciones entre el agresor y su víctima que contemplan los distintos códigos siguen planteamientos generales uniformes, y sobre todo si se insiste una vez más en que los delitos sexuales reconocen agresores y víctimas y las posibilidades biológicas de interacción entre ambos necesariamente están circunscritas, con independencia del lugar donde sucedan, porque la biología es universal, entonces desde el punto de vista médico-legal no parece haber obstáculos insalvables para aspirar a una legislación europea común en materia de agresiones sexuales, entendidas en sentido amplio.

Para ello tienen que describirse con mayor precisión en el texto las vías de penetración del cuerpo del otro que tipifican cada circunstancia del delito, de modo que la letra impresa sustituya a la libre interpretación, como así lo ha conseguido el legislador español; ha de especificarse mejor en algunos casos el género de los sujetos activo y pasivo del delito; la *enfermedad mental* como circunstancia etiológica específica de la víctima puede referenciarse en los textos más claramente y en esa dirección debe avanzarse: se utilizan demasiadas construcciones gramaticales para denominar algo en lo que, sin embargo, todos los legisladores están de acuerdo; tiene que discutirse si el matrimonio debe seguir otorgando prebendas al cónyuge agresor, así como si las posteriores nupcias deben modificar la gravedad del delito o extinguirlo y bajo qué circunstancias. Es preciso aunar criterios en estas direcciones.

Los códigos individuales reclaman un consenso supranacional relativo a la *edad madura*. La discusión tiene que girar en torno a los criterios de madurez psicosexual. Puesto que las circunstancias socioculturales del ámbito geográfico europeo son comunes y más o menos estables, no es

comprensible la actual dispersión cronológica. Debe decidirse un límite de edad común, o límites de edad uniformes según cada circunstancia, o alternativamente -y es la tesis más defendible- unos criterios precisos de valoración de la madurez psicosexual en cada caso de especie.

Desde la perspectiva médico-legal dominan las analogías pero se identifican algunas diferencias, por ello puede y debe proponerse un protocolo para la prueba pericial médica en las agresiones sexuales, de aplicación en todos los países de la Unión Europea.

La prueba pericial en ocasiones tendrá que centrarse en la investigación biológica de la paternidad, la maternidad u otros vínculos de sangre, ya que las diferentes legislaciones en general contemplan tanto la filiación *legítima* como la *natural* en la relación entre víctima y victimario, por lo que necesariamente se suscitarán problemas de valoración médico-legal. Esta prueba pericial no tiene matices según el país y por ello no exige aunar criterios mediante un protocolo, que ya existe y es universal.

La edad de la víctima es circunstancia tanto agravante como tipificadora del delito, según las circunstancias del mismo. La edad del agresor puede condicionar atenuantes en la valoración jurídica. La prueba pericial de averiguación de la edad en cada caso será satisfecha por la Medicina Legal según protocolos preestablecidos que, como en la investigación de la paternidad, no exigen consensos dada su universalidad y por tanto no son necesarios los protocolos de puesta en común. La Ciencia Forense no reconoce fronteras y a ella corresponde resolver estas cuestiones.

Por último conviene recapacitar sobre los inconvenientes que se han encontrado para obtener los textos de legales de base, inconvenientes que sorprenden en el contexto europeísta que nos inunda.

Es inexcusable que la legislación penal vigente en materia de delitos sexuales de los distintos países de la Unión Europea resulte fácilmente accesible. Las Universidades, con el ímpetu que las caracteriza, pueden generar el primer impulso. Después los entes oficiales correspondientes, a los que aquellas habrían vinculado, mantendrían actualizada la base de datos, lo que supervisarían los directamente encargados del mantenimiento de la misma.

Departamentos de Derecho Penal, seleccionados en los distintos países, tienen en *Internet* el medio idóneo para tal fin y en los Departamentos de Medicina Legal el auxiliar más capacitado.

A continuación proponemos un protocolo médico-legal de actuación pericial en las agresiones sexuales que consta de dos partes, el protocolo propiamente dicho y unos anexos complementarios.

El protocolo está diseñado para facilitar su aplicación. Se ha pretendido darle un carácter eminentemente práctico por encima de la prolija exhaustividad (que de ordinario confunde) y sigue en su desarrollo un cri-

terio cronológico en cuanto al momento en que cada iniciativa pericial debe adoptarse, guiando al examinador para que no caiga errores que no tiene marcha atrás, particularmente los relativos al orden en la toma de muestras para prevenir su invalidación.

Los anexos incluyen recomendaciones y consideraciones generales, requisitos de material y consejos sobre el manejo de las muestras que pueden resultar de particular interés para el médico asistencial que por cualquier circunstancia, siempre indeseable, se ve obligado a afrontar sin auxilio especializado el desarrollo de la prueba pericial.

El protocolo puede aplicarse en cualquier país de la Unión Europea ya que contempla los matices diferenciales del conjunto de las legislaciones penales estudiadas.

## CONCLUSIONES

A modo de conclusiones podemos destacar los siguientes aspectos del estudio realizado:

— El estudio comparado de la legislación penal vigente en los distintos países de la Unión Europea, en materia de delitos sexuales, permite, desde el punto de vista médico-legal, identificar una línea directriz común a todas ellas. De todos los textos puede extraerse un esquema general uniforme y, por ello, desde el punto de vista médico-legal, no hay obstáculos insalvables para aspirar a una legislación europea común en materia de agresiones sexuales.

— Esa legislación europea única exigirá la previa puesta en común sobre algunos elementos de valoración específicos, de carácter médico-legal, como las vías de penetración del cuerpo del otro que tipifican cada circunstancia del delito o la «edad madura».

— Los elementos comunes en las distintas legislaciones, desde la perspectiva médico-legal, hacen posible un protocolo europeo para la prueba pericial médica en las agresiones sexuales (los elementos diferenciales lo hacen, además, necesario).

## PROTOCOLO PARA LA PRUEBA PERICIAL MÉDICA EN LAS AGRESIONES SEXUALES

### I. EXAMEN DEL LUGAR DE LOS HECHOS

- Aseguramiento de su contenido y profilaxis de su contaminación.
- Descripción de los hallazgos de interés (señales de lucha, etc.)
- Búsqueda de manchas y otros indicios biológicos. Toma de muestras<sup>1</sup>.
  - Toma de muestras de elementos del lugar si resulta de interés (materias vegetales o muestras del terreno, pinturas de vehículos u otros objetos, objetos relevantes, colillas de cigarrillos, huellas de calzados o neumáticos, pañuelo manchado, otros objetos personales, preservativos, etc.).

### II. EXAMEN DE LA VÍCTIMA

#### 1. Preliminares

- Nombre.
- Sexo<sup>2</sup>.
- Edad<sup>3</sup>.
- Lugar de reconocimiento.
- Fecha y hora.
- Referencia judicial.
- Perito/s.
- Circunstancias del reconocimiento<sup>4</sup>.
- Explicación de la prueba pericial y obtención del consentimiento.

#### 2. Inspección general

- Actitud general<sup>5</sup>.
- Nivel de conciencia.
- Apariencia general (cabellos, maquillaje, suciedad, estado ropas).

---

<sup>1</sup> La mancha húmeda sobre superficie dura no transportable se toma empapando con ella un pedazo de algodón o papel de filtro estéril, que una vez seco se guarda en sobre de papel. Si la mancha es seca, se rasca con una hoja de bisturí estéril y se guarda la muestra en un tubo de cristal seco.

<sup>2</sup> Los espacios enmarcados se omiten si la víctima es VARÓN.

<sup>3</sup> Especificar «aproximada» si no se conoce fehacientemente.

<sup>4</sup> Acude espontáneamente, es traída por la Policía, etc.

<sup>5</sup> Valorando también los posibles signos generales de intoxicación por alcohol u otras drogas.

### 3. Los hechos

- Su versión.
- Fecha.
- Hora.
- Lugar.
- Cómo llegó a aquel lugar.
- Si se trasladó después de los hechos. A dónde.
- Número de agresores.
- Clase de violencia/empleo de armas.
- Maniobras defensivas activas y si alguna pudo lesionar al agresor y dónde.
- Qué lesiones físicas y por qué mecanismo.
- Intimidación y de qué clase.
- Vías de penetración.
- Eyaculación y donde.
- Uso de objetos. Descripción.
- Si consumió tóxicos
- Cuáles.
- Cómo.
- Cuándo
- Por qué.
- Si se ha lavado.
- Cómo se ha lavado.
- Si se ha cambiado ropas. Cuáles. Dónde están las que llevaba<sup>6</sup>.
- Si ha defecado. Cuándo.
- Si ha tomado sedantes o espermicidas.
- Cuándo
- Cuál
- Cómo
- Si ha tomado algún medicamento oral o tópico.
- Cuándo
- Cuál
- Cómo
- Datos identificación agresor/agresores. Datos sobre sus ropas.
- Si existen testigos. Identificación.

### 4. Anamnesis ginecológica

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>— Fecha última regla.</li><li>— Si está embarazada. Investigarlo con muestra de orina en todos los casos.</li><li>— Plantear medidas anticonceptivas. Consentimiento.</li></ul> |
|---|

<sup>6</sup> Si lleva las mismas ropas que cuando la agresión, que alguien se vaya encargando de obtener otras. Si se ha cambiado, que alguien localice y traiga las que llevaba cuando la agresión, anotando qué trayectoria y manipulaciones han experimentado. La ropa interior se remitirá al laboratorio aunque no sea la que llevaba cuando la agresión.

- Si hubo coito con posible eyaculación.
  - Relaciones sexuales previas.
  - Fecha y hora.
  - Por qué vías.
  - Con cuantas personas.
  - Si las podría identificar en caso de necesidad<sup>7</sup>.
- Tratamientos ginecológicos tópicos.
  - Si utiliza tampones.
  - Uso de anticonceptivos y de qué clase.
- Enfermedades de transmisión sexual conocidas.
  - Coito oral: si se ha enjuagado la boca y con qué.

## 5. Examen médico

### 5.1. Reconocimiento local o genital

- Disponer una sábana limpia para que se desvista sobre ella.
- Observar mientras se desviste.
- Limitaciones funcionales postraumáticas.
- Desorden en las ropas (ropa interior, calcetines o medias del revés, etc.).
- Sacudir suavemente las ropas sobre la sábana.
- Examinar con cuidado las ropas.
- Papel o sábana sobre la camilla de exploraciones.
- Situar a la víctima en la camilla, bajo óptima iluminación.

### COITO VAGINAL

Observar el vello púbico y la zona genital externa y área perigenital.  
Semen sobre piel: recoger<sup>8</sup>.  
Semen sobre vello púbico: seccionar los pelos a ras de piel.  
Peinar varias veces el vello púbico recogiendo el material obtenido.  
Muestras con escobillón de vulva, periné y márgenes del ano<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> No es preciso que las identifique ahora. Comunicarle que es posible que el laboratorio de genética forense reclame el dato y si en ese caso consentiría en proporcionarlo.

<sup>8</sup> Si la mancha cutánea todavía está húmeda se colocará un hisopo de algodón seco y estéril sobre la misma, frotando suavemente y dejando que se impregne. Si la mancha está ya seca, se tomará la muestra frotándola con un algodón o gasa humedecidos en agua bidestilada estéril.

<sup>9</sup> Dos o más de cada zona. Con hisopo seco estéril.

Lesiones genitales externas (tumefacciones, eritemas, hipersensibilidades, erosiones, excoriaciones, arañazos, equimosis digitales, etc.)

Muestras con escobillón del tramo vaginal externo<sup>10</sup> (antes de introducir el espéculo; no rozar vulva).

Hacer dos extensiones en porta para examen microscópico directo.

Insertar espéculo (sin lubricantes, excepto suero fisiológico) en tercio externo de vagina (no arrastrar material biológico en profundidad) y obtener con escobillón muestras de la profundidad de la vagina<sup>11</sup>.

Insertar completamente el espéculo e investigar lesiones vaginales (desgarros, laceraciones, abrasiones, equimosis) así como orificio cervical externo<sup>12</sup>.

Lavado vaginal<sup>13</sup>.

Ahora, no antes, muestras intravaginales para ETS<sup>14</sup>.

Examen del himen.

Morfología

Elasticidad (himen complaciente/himen dilatado).

Describir lesiones antiguas y recientes.

#### COITO ANAL

- Lesiones locales (excoriaciones ungueales, fisuras, desgarros, etc.).
- Tono esfínter anal. Valorar necesidad de tacto rectal o rectoscopia.
- Como en el coito vaginal:
- Muestras con escobillón de periné y márgenes del ano<sup>15</sup>.
- Muestra rectal<sup>16</sup>.
- Extensión en porta para examen microscópico directo.
- Buscar indicios (manchas, pelos, etc.) y recogerlos si los hay.
- Enema de limpieza<sup>17</sup>.

<sup>10</sup> Dos o más. Con hisopo seco estéril.

<sup>11</sup> Dos o más. Con hisopo seco estéril.

<sup>12</sup> Por si sangrado menstrual desconocido por la víctima.

<sup>13</sup> Con unos 10 ml de líquido fisiológico estéril que se recoge por aspiración en tubo estéril apropiado de cierre hermético.

<sup>14</sup> Usar escobillones húmedos de microbiología, con medio de cultivo.

<sup>15</sup> Dos o más de cada zona. Hisopo seco estéril.

<sup>16</sup> Dos o más tomas. Hisopo seco y estéril.

<sup>17</sup> Con unos 10 ml de líquido fisiológico estéril que se recoge por aspiración en tubo estéril apropiado de cierre hermético.

- Toma rectal para microbiología<sup>18</sup>.

#### COITO ORAL

- Lesiones locales (examinar mucosa interna labial y lengua).
- Muestra con torunda fina detrás de los incisivos y entre las encías y las muelas, incluso tomas faríngeas.
- Enjuagar la boca y recoger el lavado.
- Examinar dorso antebrazo (o las ropas que lo cubrían durante la agresión, en su caso). Tomar muestra si procede<sup>19</sup>.

#### INTRODUCCIÓN DE OBJETOS

- Indicar vía.
- Lesiones traumáticas.
- Descartar presencia de fragmentos en la cavidad.

#### 5.2. Examen Perilocal

- Buscar lesiones, manchas, secreciones, pelos, etc. en cara interna muslos, nalgas, región peribucal y región mamaria. Describir y recoger muestras.

#### 5.3. Examen general

- El examen físico es integral, no sólo guiado por las molestias de la víctima. Seguir una sistemática de arriba hacia abajo por regiones anatómicas buscando lesiones, manchas, secreciones, pelos, etc., describiendo y recogiendo muestras.
- Tomar muestras de los espacios subungueales.
- Tomar muestra de saliva allí donde la víctima dice que puede haberla.
- Los hematomas por arrancamiento de cabellos se palpan mejor que se ven.

#### 6. Valoración psiquiátrica

- Antecedentes psiquiátricos personales.
- Tratamientos psiquiátricos actuales.
- Consumo de alcohol u otras drogas.
- Tras la valoración psiquiátrica, desviar a seguimiento si procede.

---

<sup>18</sup> Usar escobillones húmedos de microbiología, con medio de cultivo.

<sup>19</sup> Por el acto reflejo de limpiarse la boca con esa zona anatómica en estos casos. Si la mancha cutánea todavía está húmeda se colocará un hisopo de algodón seco y estéril sobre la misma, frotando suavemente y dejando que se impregne. Si la mancha está ya seca, se tomará la muestra frotándola con un algodón o gasa humedecidos en agua bidestilada estéril.

## **7. Otras muestras**

- Investigar SIDA.
- Muestra de sangre y/o de orina para el laboratorio toxicológico si se sospecha intoxicación.
- Cuando se remitan muestras al laboratorio de genética forense para investigación de DNA, se acompañará un testigo indubitado (5 ml de sangre con 1mg/ml de EDTA Na sólido o alternativamente punción digital y secado en gasa/hisopo estériles o incluso raspado con dos hisopos estériles de la mucosa oral).
- Si se obtuvo muestra de pelos púbicos, cortar a ras de piel algunos y arrancar por tracción otros, etiquetándolos como indubitados de la víctima para cotejo (con otros encontrados en ella o sobre el agresor).
- No olvidar la recogida y envío de la sabana sobre la que se desvistió, la otra sobre la que se practicó la exploración y las ropas de la víctima.

## **8. Medidas terapéuticas particulares**

- Además de las que corresponden a las lesiones físicas sufridas se registrarán, por su posible interés para la calificación del delito, aquellas diferentes como la necesidad de sedación u otro tratamiento psiquiátrico de urgencia.
- Medidas contraceptivas, en su caso.
- Medidas de profilaxis de contagio venéreo.

## **8. Derivaciones asistenciales**

- En los casos de reconocimiento muy inmediato con los hechos, valorar la conveniencia de una segunda exploración transcurridas 24 horas, particularmente si se sospecha que está en curso la formación de equimosis.
- Hacia el servicio de infecciosos, para seguimiento de posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual, en su caso (tras la toma inicial es necesario el seguimiento al menos al mes, a los seis y a los doce meses).
- Hacia el servicio de psiquiatría, si resultara recomendable.
- Hacia el servicio de ginecología, para confirmación de las medidas anticonceptivas adoptadas, en su caso.
- Hacia los Servicios Sociales de asistencia a las víctimas del delito, si procede.
- Para el seguimiento de la evolución de sus lesiones, si procede.

## **III. EXAMEN DEL AGRESOR**

### **Preliminares**

- Datos de filiación y de inspección general similares a los de la víctima.

**Buscar señales que confirmen su participación en los hechos:**

- Signos de defensa y lucha.
- Signos de coito.
- Vestigios del lugar de los hechos.
- Vestigios de la víctima

**Examen de los vestidos**

- Buscar señales de lucha, elementos del sitio del suceso, manchas de lápiz labial, olor a perfume, manchas biológicas, pelos, etc.
- Buscar manchas de sangre si la víctima resultó con heridas o estaba en fase menstrual.
- Buscar restos de heces en el coito anal o de saliva en el oral.

**Examen Local**

- Peinar el vello púbico y obtener muestras, arrancando después muestras indubitadas.
- Examen del pene: lesiones del frenillo, huellas de mordedura, tumefacción del glande, etc.
- Tomar muestras con hisopo seco estéril del surco balanoprepucial.
- Pasar hisopos estériles con agua bidestilada por la superficie peeneana.
- Investigar enfermedades venéreas, propias (siempre) y en su caso de la víctima.
- Identificar cicatrices de vasectomía.

**Examen General**

- El examen general no se diferencia de lo descrito para la víctima.
- Se prestará particular atención a la existencia de lesiones allí donde la víctima relató que las produjo.
- Recoger muestras de los espacios subungueales.
- Investigar posibles patologías orgánicas que se acompañen de impotencia, azoospermia u otros trastorno de la esfera genital.
- La toma de muestras de las manchas que se identifiquen no se diferencia de lo descrito para la víctima.

**Otros**

- Investigar siempre si es portador del SIDA.
- Si se identificaron mordeduras en la víctima, imprimir sus arcadas dentarias.

— Puede ser necesario un espermiograma, habitualmente en fases más avanzadas de la instrucción.

— Tomar muestras de barba y/o bigote si se hallaron pelos en la víctima, así como muestras de cabellos para cotejo.

— Tomar muestras de sangre y orina para alcohol u otras drogas, o para cotejo si procede.

### **Valoración Psiquiátrica**

— Identificar trastornos psiquiátricos crónicos (como el alcoholismo) o descompensaciones agudas de patologías de base preexistentes.

En general el reconocimiento pericial del agresor suele guiarse por los hallazgos obtenidos durante el examen de la víctima y suele estar interferido por la falta de colaboración, particularmente en la anamnesis donde su derecho a no declararse culpable limita la utilidad del protocolo. En cualquier caso para el reconocimiento del agresor es de aplicación cuanto se ha previsto para el examen de la víctima.

## **ANEXO 1**

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

La asistencia médica tiene prioridad sobre la pericial, aunque ambas pueden y deben prestarse en paralelo. En cualquier caso lo primero es atender al bienestar físico y psíquico de la víctima.

Confirmar que ya tiene noticia el Juzgado de Guardia. En su defecto darla. Requerir al Perito Médico.

Antes de comenzar, plantearse la idoneidad del lugar del reconocimiento y trasladar si fuere preciso.

En el caso de menores, siempre es conveniente que algún familiar le acompañe, tranquilizándole con su presencia.

Explicar (a víctima y a agresor) en qué consiste la exploración y obtener su consentimiento.

En la descripción de las lesiones el método pericial exige rigor. Se sustituirán las expresiones «*compatible con*» por el grado de certeza en la aproximación al mecanismo lesivo.

El reconocimiento del cadáver, en su caso, contemplará todos los elementos del protocolo, que podrá después ampliarse mediante el examen interno.

## CONSIDERACIONES

Peso, estatura, constitución, tensión arterial, anamnesis de embarazos o de abortos previos y similares, de tanta relevancia desde el punto de vista clínico, pueden ser útiles para ganar la confianza de la víctima antes o durante el reconocimiento pericial, pero su utilidad médico-legal en esta fase inicial de la prueba es escasa y no son datos que necesariamente deba contemplar un protocolo.

Puede ser necesaria la investigación de la paternidad o la prueba pericial de averiguación de la edad de la víctima o del agresor, pericias complejas con personalidad propia que no incluye el protocolo para no perder el hilo argumental, pero que habrán de ser tenidas en cuenta.

El protocolo debe ser único, no uno para el médico perito y otro para el médico asistencial como prefieren algunos autores. En ausencia de médico perito el clínico debe asumir las funciones periciales.

El consentimiento informado es un pre-requisito inexcusable para la práctica de la prueba, tanto de la víctima como del agresor.

Durante la práctica de la prueba se valorará la conveniencia de encauzar a la víctima en la dirección de los apoyos que con frecuencia precisará terminado el reconocimiento, reclamando para ello la presencia de asistentes sociales competentes, derivándola hacia servicios de atención a la víctima del delito, hacia la asistencia psiquiátrica o psicológica especializada, etc., lo que no debe demorarse.

## ANEXO 2

### REQUISITOS MÍNIMOS DE MATERIAL

La prueba pericial médica en los delitos sexuales no puede practicarse en cualquier sitio ni con cualesquiera medios.

Ya en el lugar idóneo, que dependerá de las circunstancias particulares de cada caso y se registrará por los criterios de ofrecer el máximo bienestar a la víctima y las máximas garantías al éxito de la prueba, antes de comenzar se confirmará que en el mismo están presentes los requisitos de material inexcusables en esta clase de reconocimientos. A saber:

#### A) EN EL LUGAR DE LOS HECHOS

Protocolo conocido por el examinador, con instrucciones sobre la toma y envío de muestras.

Luz de Wood autónoma.

Grabadora.

Máquina fotográfica con macro.

Recipientes adecuados, de distintos tamaños, para transportar objetos.

Hojas de bisturí estériles, para rascado de manchas secas sobre superficie dura no transportable.

Algodón o papel de filtro estéril para recogida de manchas húmedas.

Sobres de papel y tubos de cristal para guardar las muestras recogidas.

Bolsas de papel de distintos tamaños para traslado de muestras.

## **B) EN EL LUGAR DEL RECONOCIMIENTO DE LA VÍCTIMA O EL AGRESOR**

### **B.1) Material Documental**

- Protocolo conocido por el examinador, con instrucciones sobre la toma y envío de muestras.

- Hojas de consentimiento.

### **B.2) Material de Infraestructura**

- Camilla de exploraciones idónea (ginecológica o no, dependiendo del sexo del reconocido), con óptima iluminación.

- Espéculos.

- Sondas de Foley del nº 18 y jeringuillas graduadas para insuflarles agua.

- Luz de Wood.

- Grabadora.

- Máquina fotográfica con macro y escalas simples y en L.

- Maniquí apropiado a la víctima (para examen de las ropas).

### **B.3) Material para la recogida de muestras durante el reconocimiento**

- Sábanas limpias.

- Pequeñas sábanas o una bata, para no dejar completamente desnudos a la víctima o al agresor.

- Agua bidestilada estéril.

- Suero fisiológico.

- Algodón, gasa y papel de filtro estéril, para recogida de manchas.

- Peines nuevos, en su funda cerrada.

- Palillos o similar para raspado subungueal.

- Bolsas de papel transpirables de diferentes tamaño.

- Sobres de papel de diferentes tamaños.

- Frascos de cristal pequeños, estériles y de cierre hermético.

- Tubos con anticoagulantes para sangre.

- Tubos sin conservantes, para investigación de ETS en sangre.

- Tubos para saliva o pequeñas muestras.
- Tubos estériles de cierre hermético apropiados para la recogida del lavado vaginal, rectal o bucal.
- Hisopos estériles secos con funda.
- Hisopos para microbiología (con medio de cultivo en su funda).
- Portaobjetos para extensión de las secreciones obtenidas durante la exploración, en su caso.
- Etiquetas adhesivas de diferentes tamaños.
- Material de empaquetado.
- Recipientes aislantes y bloques plásticos que puedan congelarse, para mantenimiento y envío de muestras.
- Muñeca y muñeco *ad hoc*, para reconocimientos de menores.
- La meticulosa observancia de estos requisitos materiales garantizará el buen término de la prueba y contribuirá a la correcta administración de la Justicia, mediante el eficaz auxilio médico-legal a la misma.

### ANEXO 3

#### MANEJO DE LAS MUESTRAS

Las muestras se tomarán al menos por duplicado.

Para obtener muestras en las cavidades corporales, el hisopo se deslizará por las paredes de la misma durante al menos 15-20 segundos en cada caso.

Puede resultar recomendable dar a cada muestra un rápido número de referencia (llevando un control en la hoja de registro de muestras) y dejar para el final el etiquetado minucioso, con lo que se agiliza el reconocimiento y la víctima es retenida durante menos tiempo. Entretanto las muestras pueden ir secándose.

Ninguna muestra se secará por métodos diferentes a la simple permanencia a temperatura ambiente, con profilaxis de su posible contaminación.

Como norma general ninguna muestra biológica se guardará con conservantes o medio de cultivo. Las excepciones a esta regla se harán constar (al añadir anticoagulante a una muestra de sangre indubitada para cotejo, al guardar una muestra para microbiología, etc.). La finalidad con que la muestra ha sido tomada se señalará convenientemente, especificando con claridad qué se debe investigar sobre ella en el laboratorio.

Las muestras se guardan individualmente y se etiquetan identificando su naturaleza y origen, el soporte sobre el que asientan (hisopo, portaobjetos, tela, etc.), el nombre de la víctima (o del agresor, en su caso), la fecha y

hora de la toma y la reseña de quien efectúa la recogida. No siempre es recomendable el cierre hermético del recipiente que contiene a la muestra.

Nunca se utilizarán bolsas de plástico para el envasado de las muestras, especialmente si existe la posibilidad de que conserven algún grado de humedad al ser guardadas.

Las muestras se remiten directamente al laboratorio de destino, que será claramente reseñado, no al Juzgado como prefieren algunos autores.

Las muestras serán trasladadas al laboratorio de destino con rapidez, en general refrigeradas a 4-8°C.

Las muestras irán acompañadas de la solicitud analítica correspondiente.

En el envío de las muestras se respetará la cadena de custodia, indicando la fecha de la toma, la identidad de quien las recoge, envasa y etiqueta, el tipo y número de precinto, la fecha de remisión al laboratorio, las condiciones de almacenaje empleadas hasta su envío, el número de muestras que se remiten y la identificación del transportista, quien firmará la recogida y a su llegada a destino informará de cualquier circunstancia que haya podido afectar a lo transportado. Constará igualmente el laboratorio de destino y su dirección. El laboratorio identificará al transportista y anotará la fecha y hora de la entrega así como las irregularidades que en la misma o en la preservación de lo entregado se hayan producido, según su criterio. El posterior mantenimiento de la muestra será garantizado por el laboratorio de destino.

El Juzgado estará en todo momento informado de las muestras obtenidas, del propósito de la obtención y del destino de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALER GAY M. La recogida de pruebas en las agresiones sexuales, los abusos y los malos tratos. En Primeras jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual. Valencia, 28, 29 y 30 de noviembre de 1996. Libro de Ponencias editado por la Dirección General de la Mujer, Consellería de Bienestar Social, Generalitat Valenciana.
2. CARRACEDO A. La prueba de ADN en los delitos sexuales. En Primeras jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual. Valencia, 28, 29 y 30 de noviembre de 1996. Libro de Ponencias editado por la Dirección General de la Mujer, Consellería de Bienestar Social, Generalitat Valenciana.
3. CAUTO DUCE, JC. Aspectos médico-legales de las agresiones sexuales en los países de la Unión Europea. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, 1999.
4. COBO PLANA JA. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guía de exploración y toma de muestras. Barcelona: Masson, 1998.

5. GARCÍA ALCARRIA E, POLO CERDÁ M, GISBERT GRIFO MS. Propuesta de protocolo de aplicación del Test de Apercepción Temática (TAT) en agresores sexuales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* 1998, 4.
6. GISBERT CALABUIG J.A. *Medicina legal y Toxicología*. Barcelona: Masson, 1998.
7. GISBERT GRIFO MS, VERDÚ PASCUAL FA, GISBERT CALABUIG J.A. Delitos contra la libertad sexual en la legislación española (estudio desde el punto de vista médico-legal). *Jura Médica* 1990, 1:3-90.
8. GISBERT GRIFO MS, VERDÚ PASCUAL FA. El reconocimiento de las víctimas de agresiones contra la libertad sexual. La importancia del médico de Asistencia Primaria. *Semer* 1994:20/1.
9. GISBERT GRIFO MS, VERDÚ PASCUAL FA. La obtención de las pruebas médicas o biológicas. En: *Mujer y Derecho Penal*. Valencia: Tirant lo Blanch, 1995.
10. GISBERT GRIFO MS, VERDÚ FA, VICENT R. *Glosario de psiquiatría forense para médicos y juristas*. Barcelona: Masson- Salvat, 1995.
11. KNIGHT B. *Forensic Pathology*. London: Arnold, 1996.
12. KVIČKO LA. *La violación: peritación medicolegal en las presuntas víctimas del delito*. 2ª edición. Méjico: Trillas, 1988.
13. LACHICA LÓPEZ ME. *Violencia sexual en la infancia. Aspectos médicos*. En el curso «Delitos contra la libertad sexual». Madrid: Centro de Estudios judiciales de la Administración de Justicia, 1998.
14. LUNA MALDONADO A, OSUNA CARRILLO E. *Abusos sexuales. En: Violencia familiar. Aspectos generales*. En: Delgado Bueno y cols (Eds) *Psiquiatría Legal y Forense*, Madrid: Colex, Vol II, 1994.
15. MUÑOZ CONDE F. *Derecho Penal. Parte Especial*. Valencia: Tirant lo Blanch, 1996.
16. ORÁA GONZÁLEZ J. *Los delitos de lesiones y contra la libertad sexual. Primeras notas críticas*. Madrid: La Ley, 1996.
17. Orden de 8 de noviembre de 1996 por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología. BOE nº 308, de 23 de diciembre de 1996.
18. SÁNCHEZ BLANQUÉ A. *Evaluación objetiva de la agresividad*. *Revista Española de Medicina Legal* 1978, V: 14-15.
19. TEKE SCHLICHT A. *Medicina Legal*. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1993.
20. VERDÚ FA, SALMI M, MONTOLIVO A Y GISBERT GRIFO MS. *La protección penal de la libertad sexual en España y en Italia*. VI Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Granada. 26 a 29 de mayo de 1993.

## ACTUACIÓN DEL MÉDICO EN CASOS DE DELITO DE VIOLACIÓN

MARÍA LUISA GARDE BORAO<sup>1</sup>

MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA<sup>2</sup>

**Resumen:** En los delitos contra la indemnidad sexual la participación del médico tanto como testigo, si es que ha asistido a la víctima tras el ataque, o como perito, si fuera reclamado para actuar ante los Tribunales, es especialmente transcendente debido a la frecuente dificultad en la defensa y demostración de los hechos.

Es por ello fundamental que sepa como enfrentarse a estas situaciones no sólo desde una perspectiva clínico-asistencial, sino también médico-legal. En este trabajo se revisa con detalle cual ha de ser la actuación del médico en estos casos con especial referencia al delito de violación.

**Palabras Clave:** Violación. Delitos Sexuales. Agresión Sexual. Violencia Sexual. Actuación Médico-Legal.

**Abstract:** In crimes against sexual indemnity the participation of the doctor both as a witness, if he/she has attended to the victim after the attack, or else as an expert, if he is requested to act before the Courts, is especially important due to the frequent difficulty in the defence and demonstration of the facts.

Therefore, it is essential that he/she should know how to cope with these situations not only from a clinical-welfare perspective, but also a medical-legal one. This work reviews in detail how the doctor must act in these cases, referring basically to the crime of rape.

**Key words:** Rape. Sexual Crimes. Sexual Abuse. Sexual Violence. Criminal Casework.

---

<sup>1</sup> Becaria de Medicina Legal y Forense.

<sup>2</sup> Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza.

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un fenómeno muy extendido que parece haber experimentado un incremento notable en los últimos años. Por este aumento en su frecuencia y sobre todo por sus graves consecuencias, se trata además de una cuestión que es motivo de preocupación social.

En general, se tiende a creer que se trata de episodios aislados que se desarrollan en lugares apartados y en los que los autores actúan en grupo o son desconocidos para la víctima. Sin embargo, se ha demostrado que con mucha frecuencia son cometidos en el ámbito de la intimidad por personas allegadas a la víctima.

En contra de la creencia popular y, según los datos oficiales, las violaciones cometidas por conocidos y en el entorno próximo a la víctima, incluso en su propio domicilio de la víctima muestran una más elevada prevalencia y son una minoría los casos que se producen en descampados por desconocidos. En países como USA este tipo de violaciones es el que acapara toda la atención en los últimos años, tanto es así que se ha producido un desarrollo legislativo sobre la violencia entre parejas adultas.

El tipo de violación más frecuente parece responder al patrón (Martínez Jarreta y cols, 1995; Baile, 2002; Watts y Zimmerman, 2002) que a continuación se refiere:

A/ En cuanto a la autoría de los hechos:

1ª Mujeres adultas por maridos o ex –maridos.

2ª Desconocidos.

B/ En cuanto al lugar:

1ª En el domicilio de la víctima.

2ª Descampados y lugares abiertos.

Entre los profesionales involucrados en la asistencia a la víctima de este tipo de delito se encuentran los pertenecientes a la comunidad médica que posee un papel fundamental, tanto en la asistencia clínica, como en el asesoramiento médico-legal, y en la recogida de muestras e indicios esenciales para la resolución del caso desde una perspectiva judicial.

El coste de un error o de una asistencia inadecuada en casos de violación puede ser incalculable, sobre todo cuando se trata de delitos cometidos por allegados o familiares, dado que en estos casos las agresiones tienden a repetirse en el tiempo y pueden producir graves secuelas en la víctima.

Conviene, por tanto, revisar cuál puede ser la actuación del médico en las distintas situaciones en las que puede verse implicado en la atención a la víctima de estos delitos.

I. Asistencia:

I.1. Clínica:

- Examen médico.
- Examen psicológico.
- Prevención de enfermedades.
- Diagnóstico y tratamiento de las lesiones.

I.2. Médico-legal:

- Parte de lesiones al juzgado.
- Recogida de indicios.
- Colaboración en cuantas tareas médico-legales sea requerido.

Por otro lado, cuando la víctima denuncie los hechos será la intervención judicial la que lleve a la actuación del médico forense y si la víctima fallece esa actuación se concretará en la práctica de la autopsia judicial.

## II. EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras oficiales corresponden a datos basados en las denuncias, y no expresan en su totalidad la magnitud del problema puesto que a pesar del aumento en el número de las mismas existe todavía un elevado porcentaje de casos no denunciados e incluso, de denuncias retiradas.

Entre las causas por las que no se denuncia se encuentran las siguientes (Millar y cols, 2002):

1) Miedo a la venganza del violador, que puede ser puesto en libertad bajo fianza o antes de cumplir la condena, miedo a que la denuncia no progrese por falta de pruebas, así como a la vista de la causa que suele ser muy penosa para la víctima.

2) Una actitud fatalista, muy difundida actualmente en nuestra sociedad, que lleva a la víctima a pensar lo siguiente: «lo más seguro es que la policía no le detenga, e incluso, si lo hace, probablemente saldrá bien librado».

3) Temor a la publicidad y a situaciones violentas.

4) Miedo a verse maltratada de palabra por la policía o por los abogados o fiscales.

5) Presión del medio familiar para que no dé cuenta del hecho. En ocasiones, no se desea arruinar la vida de un amigo o de un pariente dejando que vaya a prisión. Por otra parte, las víctimas de una violación marital pueden albergar temores sobre las repercusiones morales sobre los hijos, si es que los hubiere, así como sociales y económicas en el supuesto de que el marido sea condenado y enviado a prisión.

6) Vergüenza y miedo ante la posibilidad de que el hecho sea conocido en su entorno social.

7) Miedo a la lentitud y burocratización de la Administración de Justicia, así como falta de confianza de un proceso y juicio justo.

8) Falta de información detallada.

9) Falta de medios económicos para contratar un abogado, desconociendo las medidas que en recientemente se han arbitrado para que este sea un problema salvable (Martínez Jarreta y cols, 1995; Cauto Duce, 1999).

En cuanto a las variables implicadas, los estudios epidemiológicos arrojan los siguientes datos (ver: <http://www.mtas.es/mujer>):

a) Sexo: Al parecer las violaciones a hombres, no sólo son menos frecuentes que aquellas en las que la víctima es mujer, sino que además se denuncian más raramente. Tan sólo se conocen violaciones entre el sexo masculino en comunidades cerradas, etc. y se admite que la ratio entre sexos es 3 / 1 (mujeres/ hombres) (Buglass y Bowden, 1990)

b) Meses del año: Los meses de junio-agosto son los que presentan una mayor tasa de incidencia.

c) Zona geográfica: En nuestro país las comunidades autónomas donde se registra un mayor número de casos son: Andalucía, Madrid, Valencia y Canarias.

**Tabla I. Datos de Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual en España.**

	Total	Agresión	Agresión con penetración	Abuso	Abuso con penetración	Acoso
Enero	435	186	83	129	12	25
Febrero	416	140	92	140	15	29
Marzo	528	214	113	159	6	36
Abril	423	154	88	135	17	29
Mayo	450	169	93	142	16	30
Junio	559	220	125	161	17	36
Julio	563	221	123	168	13	38
Agosto	532	217	102	167	17	29
Septiembre	491	196	98	149	17	31
Octubre	470	200	112	115	18	25
Noviembre	426	166	103	120	9	28
Diciembre	369	148	87	100	6	28
<b>Total</b>	<b>5.662</b>	<b>2.231</b>	<b>1.219</b>	<b>1.685</b>	<b>163</b>	<b>364</b>
acumulado						

NOTA: No se incluyen datos del País Vasco, Girona y Lleida, porque el Ministerio del Interior no ofrece información completa (<http://www.mtas.es/mujer>).

### III. ETIOPATOGENIA

El análisis de la etiopatogenia requiere investigar las características que se presentan con más frecuencia en quienes se encuentran involucrados en este tipo de delitos, en definitiva, la víctima y el agresor.

La violencia sexual sería el tercer elemento a considerar, en parte como una expresión más de la violencia existente en nuestra sociedad (Masters y cols, 1987; Hinojal y Gonzalez, 1984; Quinsey, 1990; Post y cols, 1993).

Son muchos los que opinan que en la violación lo verdaderamente fundamental es la expresión de agresividad que ésta supone, siendo la actividad sexual un mero vehículo (Vargas, 1991; Masters y cols, 1987).

Desde el punto de vista científico y médico-legal no parecen ser tan concluyentes los resultados de los estudios realizados sobre la víctima, como los efectuados sobre el agresor.

En el estudio del agresor es importante el punto de vista psiquiátrico ya que las características psiquiátricas y de personalidad del agresor son aspectos en los cuales la sociedad busca una justificación a este tipo de

delitos, así como el problema de la reincidencia y la rehabilitación son ya lugares comunes.

La brutalidad de determinados crímenes sexuales no es comprensible para la opinión pública si no existe una grave desviación o patología psiquiátrica en el autor de los hechos. Esto justifica en parte el gran interés que ha suscitado en nuestra sociedad el problema de la existencia o no de enfermedad psiquiátrica y la posibilidad de recuperación o rehabilitación, dada la elevadísima tasa de reincidencia.

El análisis de la literatura científica sobre «alteraciones psiquiátricas» de los agresores permite llegar a la conclusión de que entre los sujetos que cometen estos delitos son pocos los que presentan patología psiquiátrica en sentido estricto. Así, aunque en algunos casos se ha puesto en evidencia la existencia de las ciertas alteraciones (alteraciones de la personalidad, personalidad antisocial, sadismo, frustración sexual), en general se concluye que su presencia es relativamente escasa [Busch y Cavanaugh, 1986; Post y cols, 1993].

Los estudios realizados hasta la fecha demuestran que no existen diferencias significativas entre violadores y población normal para las variables inteligencia, personalidad y niveles de testosterona (Langevin, 1983). Sin embargo, algunos autores defienden que para este último parámetro sí que se pueden encontrar variaciones entre los propios delincuentes, según la mayor o menor violencia de que hayan hecho gala (Rada, 1976).

Muchos autores coinciden al señalar que en la génesis de este tipo de delitos es determinante la influencia de factores socio-culturales, que se han apuntado como favorecedores de la violencia sexual en individuos normales, entre ellos (Quinsey, 1990):

**El alcohol:** En un porcentaje no desdeñable en los violadores institucionalizados se detecta una elevada tasa de alcoholismo crónico. Se viene así a confirmar, una vez más, la teoría del papel del alcohol como factor criminógeno (Gross y cols, 2001; Breckin y Ulman, 2001; Abbey, 2002; Miranda y cols, 2002; Testa, 2002). En nuestro medio este factor ha sido específicamente estudiado por Luna y cols (1988).

**Actitudes determinantes hacia el sexo femenino:** No es infrecuente encontrar pensamientos negativos y rechazo hacia el sexo femenino que pueden ser verbalizados mientras se comete el delito.

**Escasa experiencia sexual:** Según algunos autores tampoco es infrecuente que los agresores sean jóvenes con frustración sexual.

No obstante, estos factores parecen a todas luces insuficientes por sí mismos para llevar al sujeto a la comisión del delito (Martínez Jarreta y cols, 1995). No hay que olvidar que en la violación están implicados otras dos variables independientes:

La propia criminalidad del sujeto: En este caso los factores de tipo ambiental o sociocultural son decisivos. Así lo señalaban Burgess y cols., en 1987 quienes describían la existencia de asociación estadísticamente significativa entre la comisión de este tipo de delitos y el haber sido maltratado físicamente, haber sido objeto de abuso sexual durante la infancia, haber padecido posteriores trastornos de conducta antisocial como adicción a drogas, delincuencia juvenil y conducta criminal franca.

La atracción erótica hacia la violencia sexual: Esta conduciría a la «Violación Sádica». El sufrimiento de la víctima se convierte en la principal fuente de satisfacción sexual para el violador, incluso por encima de la relación sexual en sí (Ressler y cols, 1985; Revitch E, 1965; Macculloch y cols, 1983; Langevin R, 1985).

**Tabla II. Clasificación de los violadores según patología psiquiátrica (Gelder y cols, 1986).**

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS
I (grupo más numeroso)	Conducta antisocial y con antecedentes no sexuales.
II (alrededor del 4 % de los casos denunciados)	Sádicos y agresivos con conducta humillante hacia la mujer
III	Individuos tímidos e inhibidos, violadores explosivos que dan así respuesta a su frustración
IV (minoría)	Enfermos mentales

Otra clasificación interesante desde esta perspectiva es la que realizan Kocsis y cols (2002). En cualquier caso el grupo de delincuentes sexuales es muy heterogéneo y se requerirán todavía nuevos estudios para lograr una mejor caracterización del mismo (O'Shughnessy, 2002).

#### IV. ASPECTOS JURÍDICOS

La Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal modificaba sustancialmente el contenido de la normativa legal relativa a los delitos sexuales entre los que se incluye el delito de violación. Con esta reforma se vino a sustituir la denominación clásica de «delitos contra la honestidad» por «delitos contra la libertad sexual» lo que expresaba que el bien jurídico que se viene a proteger no era ya la honestidad, sino la libertad de la persona para relacionarse sexualmente. De esta manera se saldaba una deuda social con grupos y personas que quedaban fuera de la categoría de víctimas a tenor de la antigua redacción (aquellos considerados a priori como no honestos, entre ellos prostitutas, etc.).

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, mantendría esa denominación, que posteriormente, una nueva reforma (Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril) vendría a modificar de tal manera que estos delitos, pasaban a ser considerados como «Delitos contra la Libertad e Indemnidad sexual». A continuación serán considerados segun la redacción actualmente en vigor la violación, las agresiones sexuales y el abuso en sus distintas variedades.

## **Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril**

### **CAPÍTULO I**

#### *De las Agresiones Sexuales*

#### **Artículo 178**

##### **TIPO BÁSICO: AGRESIÓN SEXUAL**

*«El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años»*

#### **Artículo 179**

##### **TIPO AGRAVADO: VIOLACIÓN**

*«Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años».*

#### **Artículo 180**

##### **AGRAVANTES ESPECÍFICOS**

*«1. Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:*

- 1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.*
- 2ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.*
- 3ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.*

4ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

5ª Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

2. Si concurrieren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior».

## CAPÍTULO II

### De los abusos sexuales

#### Artículo 181

##### TIPO BÁSICO: ABUSO SEXUAL

1. El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realice actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.

2. A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.

3. La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima ( consentimiento viciado/ antiguo estupro en la redacción previa a la reforma del C.P. de 1995).

4. Las penas señaladas en este artículo se impondrán en su mitad superior si concurren la circunstancia 3ª o la 4ª, de las previstas en el apartado 1 del artículo 180 de este Código». (AGRAVACIÓN ESPECÍFICA).

#### Artículo 182

##### TIPO AGRAVADO: ABUSO Y ACCESO CARNAL O INTRODUCCIÓN DE OBJETOS

1. En todos los casos del artículo anterior, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.

2. La pena señalada en el apartado anterior se impondrá en su mitad superior cuando concorra la circunstancia 3ª o la 4ª, de las previstas en el artículo 180.1.» (AGRAVACIÓN ESPECÍFICA).

### Artículo 183

#### ABUSO SEXUAL POR ENGAÑO: ANTIGUO ESTUPRO

«1. El que, interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años, o multa de doce a veinticuatro meses.

2. Cuando el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años. La pena se impondrá en su mitad superior si concurriera la circunstancia 3ª o la 4ª de las previstas en el artículo 180.1 de este Código» (TIPO AGRAVADO DE ABUSO consistente en ACCESO CARNAL O INTRODUCCIÓN DE OBJETOS).

Con la revisión de los tipos penales por medio de la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, se pretendió garantizar una auténtica protección de la integridad y libertad sexual de los menores e incapaces. Resulta evidente que, en su caso, no podemos hablar de libre albedrío, ya que éste puede estar anulado o mermado y su consentimiento no es válido. Es por ello que, en aras de una mejor protección de sus derechos como personas, se hacía necesario establecer claramente que en estos casos otro debe ser el bien jurídico a defender, y éste no es sino el derecho a la indemnidad sexual.

Así se recoge claramente en la exposición de motivos de la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, en la que literalmente se establece la importancia de los bienes jurídicos en juego y se recuerda el hecho de que éstos no se reducen a la expresada libertad sexual, «ya que también se han de tener muy especialmente en cuenta los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la indemnidad o integridad sexual de los menores e incapaces, cuya voluntad, carente de la necesaria formación para poder ser considerada verdaderamente como libre, no puede ser siempre determinante de la licitud de unas conductas que, sin embargo, podrían ser lícitas entre adultos».

Con esta reforma se vuelve además a recuperar el término «violación» que había desaparecido de la redacción del texto legal tras la modificación que experimentara en el año 1995.

Esta recuperación es coherente con el nuevo bien jurídico que intenta protegerse, ya que bajo el término violación vienen a incluirse ahora todas aquellas situaciones en las que el sujeto activo, con violencia e intimidación, hace entrar algo o mete algo en el cuerpo de la víctima, lo que supone una agravación sobre el tipo básico del delito de agresión sexual, ya

que el ataque a la indemnidad sexual es mayor que si la introducción no hubiera acontecido.

Esta última reforma se entiende si recordamos el contexto de alarma social existente en el conjunto de la Comunidad internacional por el incremento en el tráfico de personas, particularmente menores, con el propósito de su explotación sexual y, en concreto, en nuestro país por la disminución de protección jurídica que se había producido en el ámbito de los delitos de significación sexual a partir del Código Penal de 23 de noviembre de 1995.

Las directrices que guiaban la redacción del texto actual coinciden con las que se expresaban en la Resolución 1099 (1996), de 25 de septiembre, relativa a la explotación sexual de los niños, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. y con lo que expresaba en el mismo sentido, el Consejo de la Unión Europea, sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea adoptado el día 29 de noviembre de 1996.

#### IV.I. ELEMENTOS A REPASAR DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO EN RELACIÓN CON EL DELITO DE VIOLACIÓN

Revisaremos exclusivamente aquellas figuras delictivas que por su cercanía al delito de violación exigen realizar un correcto diagnóstico diferencial y cuyo conocimiento permite un mayor acercamiento al concepto jurídico del delito que nos ocupa.

##### IV.I.1. AGRESIÓN SEXUAL Y VIOLACIÓN

Relación sexual que tiene lugar sin consentimiento de la víctima y mediando violencia y/o intimidación.

##### IV.I.1.1. *Agresión sexual (tipo básico o agresión sexual propiamente dicha)*

Elementos:

(a) Relación sexual distinta de la violación. Por tanto se exige que no haya acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, ni introducción de objetos por las dos primeras vías.

(b) Uso de fuerza o intimidación.

Debe entenderse el «uso de fuerza» como la aplicación de medios de acción material sobre el cuerpo de la víctima. Se supone que éstos han de ser idóneos para el fin propuesto, que es vencer su resistencia.

Entre el uso de la fuerza y el acceso carnal debe existir una relación de causa-efecto.

Debe entenderse como «Intimidación» la amenaza de palabra u obra que infunde miedo de tal entidad que permite vencer la resistencia de la víctima (Martínez Jarreta y cols, 1995).

Ésta debe ser:

Una amenaza eficaz frente a una persona más o menos vulnerable. Por tanto, a la hora de analizar la entidad y capacidad de la amenaza para ganar el ánimo de la víctima hay que considerar sobre todo la vivencia que la víctima tiene de la misma, más que ésta en sí misma.

La amenaza debe estar ligada al acceso carnal por una relación de causalidad.

Lo habitual es que la intimidación no deje estigmas en la víctima o que si existen sean mínimos. Ahora bien, en ocasiones un hallazgo médico, como la existencia de excoriaciones o simples erosiones en zonas vitales, por ejemplo a nivel cervical, indicadoras del roce de una navaja, pueden tener gran trascendencia.

El hallazgo de lesiones como las referidas, cuando se produce, tiene un extraordinario valor, sin embargo no es imprescindible para que se cumplan las condiciones del delito (STS 21-3-1990).

#### IV.1.1.2. *Violación (tipo agravado)*

El término violación proviene del vocablo latino violare que significa acceder a alguna cosa por medio de violencia.

El concepto que se designa bajo este término viene definido de forma clara en nuestro Código Penal y se sustenta en dos circunstancias de hecho:

Acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal

La introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías.

Además debe de haberse consumado la relación sexual mediando fuerza o intimidación.

#### IV.1.1.3. *Agravantes específicos*

El Art. 180 del Código Penal recoge una serie de circunstancias que conllevan un incremento de la pena:

A) Que se haya hecho uso de violencia o intimidación de carácter particularmente vejatorio o degradante.

B) Que los hechos hayan sido cometidos conjuntamente por dos o más personas.

C) Que la víctima del delito sea una persona vulnerable por razón de edad, enfermedad o situación y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.

La consideración de estas circunstancias como agravantes específicos está en sintonía con la protección de los miembros más indefensos de

nuestra sociedad que se pretendía con la reforma habida en este articulado. Al médico le compete establecer si esas condiciones especiales le hicieron particularmente vulnerable al delito. Dentro de las mismas tiene cabida un espectro amplio de situaciones entre las que está la edad, pero también el retraso mental de la víctima, alteraciones psiquiátricas permanentes o no, así como condiciones especiales de invalidez o minusvalía, etc. que afecten a la víctima en el momento en el que los hechos se producen y mermen su capacidad de defensa ante un ataque de estas características.

La privación de sentido en la víctima sería una de esas circunstancias especiales. Son diversos los estados, tanto naturales como patológicos, que pueden dar lugar a esa privación de sentido. Entre ellos síncope, cuadros de coma, etc. Situaciones como son los estados de sueño profundo, generalmente patológico, de narcosis o hipnosis, etc., así como la acción del alcohol o de otras sustancias psicoactivas pueden plantear serios problemas al médico en cuanto a su peritación.

Por un lado, exigen el diagnóstico y el estudio médico-legal del cuadro presentado a fin de establecer si realmente la víctima estaba «privada de sentido» cuando ocurrieron los hechos. Por otro, en muchas ocasiones el tiempo transcurrido, desde que tiene lugar la violación hasta que se lleva a cabo el reconocimiento, puede ser muy prolongado y hace que existan dificultades para poder realizar con aprovechamiento análisis complementarios sobre los que apoyar el diagnóstico médico.

D) Que el responsable del delito se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco.

E) Que se haya hecho el uso de armas o medios susceptibles de causar la muerte o alguna lesión de las contenidas en los artículos 149 («la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal o de un sentido o la impotencia, la esterilidad, una grave deficiencia, o una grave enfermedad somática o psíquica») y 150 («la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad») de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

Además si concurren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este artículo se impondrán en su mitad superior.

#### IV.1.2. OTRAS CONSIDERACIONES

Antes de entrar en el análisis de otros aspectos, conviene revisar una situación que puede derivarse del delito que nos ocupa y a la que se alude de forma expresa en nuestro Código Penal.

Esta surge cuando la víctima queda embarazada como consecuencia de la violación de la que ha sido objeto. En este caso la interrupción

voluntaria del embarazo no es punible, siempre que se cumplan una serie de requisitos:

a.- Que exista denuncia previa del delito de violación.

b.- Que el aborto se practique dentro de las primeras doce semanas de gestación.

Art. 417 I

« 1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazado cuando concurre alguna de las circunstancias siguientes:

... 2ª Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo del delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.»

#### IV.I.3. ABUSO SEXUAL

Realización de actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona.

Sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento.

##### IV.I.3.1. *Abusos sexuales no consentidos*

Directamente se consideran a los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.

##### IV.I.3.2. *Abusos sexuales con consentimiento viciado*

Cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

La pena impuesta es la misma que en el caso anterior.

##### IV.I.3.2.1. *Agravación específica en el caso anterior.*

En los casos anteriores las penas señaladas se impondrán en su mitad superior si concurriere:

1. Víctima especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.

2. Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

#### *IV.I.3.3. Agravación por el contenido sexual de la relación*

Abuso sexual consistente en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías.

##### *IV.I.3.3.1. Agravación específica en el caso anterior.*

En el caso anterior las penas señaladas se impondrán en su mitad superior si concurriere :

1. Víctima especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.
2. Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

#### *IV.I.3.4. Abuso sexual mediando engaño*

Abuso sexual interviniendo engaño con persona mayor de trece años y menor de dieciséis.

En este caso como en los anteriores hay agravación por contenido sexual o bien agravación específica.

### V. ACTUACIÓN DEL MÉDICO EN CASO DE VIOLACIÓN

En los delitos contra la indemnidad sexual la participación del médico tanto como testigo, si es que ha asistido a la víctima tras el ataque, o bien como perito, si fuera reclamado para actuar ante los Tribunales, es especialmente trascendente debido a la frecuente dificultad en la defensa y demostración de los hechos.

Es por ello fundamental que sepa como enfrentarse a estas situaciones (Martínez Jarreta y cols., 1995; Gisbert Calabuig y Gisbert grifo, 1998) no sólo desde una perspectiva clínico-asistencial, sino también médico-legal. De lo último nos ocuparemos a continuación haciendo referencia fundamentalmente a la violación.

El reconocimiento médico de la víctima de violación puede plantearse en el vivo y en el cadáver.

#### V.I. VÍCTIMA VIVA

##### *V.I.1. Violación reciente*

Puede tratarse de una situación de urgencia. La víctima ha sufrido lesiones que requieren tratamiento y acude al servicio de urgencias para ser tratada de las mismas. La actuación del médico es fundamentalmente

asistencial, sin embargo, no debe olvidar su papel desde el punto de vista médico-legal o pericial.

Desde una perspectiva clínica le corresponderá además la investigación y profilaxis de ETS, así como aconsejar e informar a la víctima sobre la posibilidad de un eventual embarazo como consecuencia de ese encuentro sexual.

Desde la perspectiva pericial deberá aconsejar también a la víctima, en este caso acerca la posible recogida de indicios en ese momento que de efectuarse será fundamental a fin de apoyar su testimonio en el caso en el caso de que finalmente decida denunciar.

Para la recogida de indicios y la exploración en un sentido médico-legal será imprescindible que el médico cuente con preceptivo consentimiento informado que deberá ir firmado por la víctima y, si ésta fuera menor de edad, por quien ostente la patria potestad.

Por otro lado el médico debe recordar que tiene un papel importante en cuanto a la denuncia del delito, tal y como se recoge en los siguientes artículos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

#### **Ley de Enjuiciamiento Criminal (R.D. de 14 de septiembre de 1882)**

##### **Artículo 259**

*«El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de Instrucción, de Paz, Comarcal o Municipal, o Funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare».*

##### **Artículo 265**

*«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al ministerio fiscal, al Tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.*

*Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.*

*Si la omisión en dar parte fuere de un profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales.*

*Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo».*

Los delitos contra la libertad sexual entran en la categoría de los considerados «semipúblicos», cuya denuncia corresponde a la víctima o bien a sus representantes legales, así como al ministerio fiscal en el caso de víctimas menores de edad o incapacitadas. Todo ello no exime al médico de la responsabilidad moral de «aconsejar» a la víctima, y sobre todo de la obligación legal del envío de un parte al Juzgado en el que habrá de referir las lesiones por las que ha asistido a la víctima.

#### V.I.2. *Violación no reciente*

En la mayoría de los casos es el forense el encargado del estudio. Suele tratarse de víctimas que no al no haber sufrido lesiones de gravedad o bien por el deseo de ocultar y no denunciar los hechos no han recurrido al médico inicialmente. Posteriormente cuando cambian de idea y proceden a la denuncia ya suele ser tarde para la recogida de indicios y las lesiones de producirse pueden haber curado. La posibilidad de obtener pruebas objetivas del delito en el estudio de la víctima es ya muy limitada. La actuación del médico es sobre todo de tipo pericial.

#### V.II. VÍCTIMA CADÁVER

La víctima no ha sobrevivido al ataque del violador y la diligencia del levantamiento del cadáver y el examen de los hechos adquieren gran importancia.

Habitualmente es el forense el encargado de realizar el examen, no obstante hay que recordar el todavía vigente artíc 346 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal según el cual otro facultativo pudiera ser llamado para la realización de la preceptiva autopsia judicial. La actuación en estos casos será considerada al hablar del examen de la víctima en casos de violación y muerte.

### **Ley de Enjuiciamiento Criminal (R.D. de 14 de septiembre de 1882)**

#### **Artículo 346**

*«En las ausencias, enfermedades y vacantes, sustituirá al médico forense otro profesor que desempeñe igual cargo en la misma población, y si no lo hubiese, el que el juez designe, dando cuenta de ello al Presidente de la Audiencia de lo Criminal.*

*Lo mismo sucederá cuando por cualquier otro motivo no pudiese valerse el juez instructor del Médico forense. Los que se negaren al cumplimiento de este deber o lo eludieren...».*

#### V.III. LA ACTUACIÓN MÉDICO-LEGAL EN CASOS DE VIOLACIÓN

Su importancia ya ha sido comentada anteriormente y mucho de lo que a continuación se revisa, interesa no solo al médico forense, sino a

cualquier facultativo que pueda atender en alguna ocasión a una víctima de violación.

El objetivo de la misma será llegar a una serie de diagnósticos que sólo él como médico puede realizar y que coinciden con las cuestiones de tipo médico-biológico que puedan llegar a plantearle cuando el caso se vea en los tribunales. Estos son:

— Diagnóstico de acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de objetos por las dos primeras vías.

— Diagnóstico de la data del coito.

— Diagnóstico de uso de fuerza o intimidación (identificación de lesiones, data de las mismas) y de su aplicación (utilización de medios o armas susceptibles de poner en peligro la vida o causar las lesiones contempladas en los arts. 149 y 150 del Código Penal.

— Diagnóstico de vinculación del acusado con los hechos. Dentro de él es fundamental el «diagnóstico individual» por medio del estudio de los indicios biológicos.

— Valoración de la existencia de lesiones en la víctima o características indicativas de los agravantes específicos (vulnerabilidad la víctima en razón de su edad (ancianos, etc.) o específicamente por ser menor de trece años, por su especial situación (incapacidad física, privación de sentido, trastorno mental transitorio o permanente, etc.).

Además se le puede solicitar que emita informe sobre la imputabilidad o inimputabilidad del inculpado.

La consecución de todos esos objetivos exige llevar a cabo una serie de actuaciones, que vamos ahora a considerar y que se pueden agrupar en los tres apartados siguientes:

1. Examen de la víctima.
2. Examen del acusado.
3. Examen del escenario de los hechos.

#### *V.III.1. Examen de la víctima*

Debe llevarse a cabo siguiendo un orden determinado que evite así la pérdida de indicios biológicos y/o bien su contaminación.

Por otro lado, si la víctima está viva, la presión a la que se ve sometido el médico por parte de ésta o de sus familiares en el momento de la exploración puede ser elevada. Si existiera falta de método y de orden se podrían provocar fácilmente olvidos de elementos o datos importantes.

Abordaremos primero el examen de la víctima en el vivo para pasar a considerar el examen en el cadáver en un apartado posterior.

#### V.III.1.1. Víctima viva

La secuencia de actuaciones que este examen comprende es (Taylor, 2002):

- A. Historia Clínica.
- B. Examen Físico y Recogida de Indicios.
- C. Evaluación Psicopatológica.

#### A. Historia clínica

Debe llevarse a cabo con el mismo detalle que con cualquier otro paciente, aunque lógicamente se debe dirigirse específicamente a la investigación del tema que nos ocupa.

En este sentido conviene que realicemos un interrogatorio dirigido sobre los aspectos que se recogen en la Tabla III. Su importancia es enorme porque orientará el resto del estudio, además permitirá corroborar la veracidad de los hechos, al contrastar la historia referida por la víctima con los hallazgos derivados del examen médico.

**Tabla III. Historia clínica. Interrogatorio dirigido**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cuando tuvieron lugar los hechos; fecha y hora lo más exacta o aproximada que pueda ser.</li><li>2. Cómo fue llevada la víctima al escenario.</li><li>3. Dónde tuvo lugar la agresión, si después de los hechos se trasladó o fue trasladada, en definitiva, dónde ocurrieron los hechos y las características del lugar.</li><li>4. Características de la relación sexual (coito anal, bucal, vaginal, si hubo introducción de objetos, etc...).</li><li>5. Existencia de algún tipo de amenaza, intimidación, golpes y violencias, etc...</li><li>6. Si le fue suministrado algún tipo de bebida, comprimido, o se le inyectó alguna sustancia.</li><li>7. Quién o quienes, si eran conocidos por la víctima, que relación tenían, antigüedad de la relación o amistad, comportamiento con la víctima. Si era desconocido características físicas y si es capaz de reconocerlo.</li><li>8. Por qué, el móvil, si es que éste fue expresado durante el desarrollo de los hechos.</li><li>9. Si se ha cambiado de ropas o si ha lavado alguna prenda.</li><li>10. Si se ha duchado o se ha lavado.</li><li>11. Si ha tomado algún medicamento oral o se ha aplicado algún remedio tópico después de la agresión.</li><li>12. Si conoce la existencia de testigos y quienes son.</li></ol> |
|--|

También es aconsejable que se anote la actitud de la víctima durante el interrogatorio, si está llorando, si parece nerviosa o se muestra agresiva o si, por el contrario, se encuentra calmada.

La violación al producir un gran miedo, origina un trastorno de estrés postraumático. En los contactos iniciales con la policía o con el médico, las víctimas pueden aparecer inhibidas, demasiado calmadas o distantes, lo que suele a veces interpretarse erróneamente, en otras ocasiones las encontramos francamente sobreexcitadas o agitadas.

## B. Examen físico

En el contacto con la paciente víctima de este delito y en su asistencia y exploración es muy útil recurrir a técnicas de distracción que vengan a ejercer sobre ella un papel tranquilizador y generen el clima adecuado. En este sentido es aconsejable iniciar el examen físico con la toma de datos rutinarios (tensión arterial, etc...) de carácter puramente asistencial.

Es muy importante que no olvidemos anotar cuidadosamente los hallazgos del examen, y que con la autorización de la víctima y si nos resulta posible intentemos obtener fotografías en color ya que éstas van a constituir un testimonio gráfico de incalculable valor para la instrucción sumarial. Empezaremos con una inspección general para luego pasar al examen lesional detallado.

### B.1. Inspección general de la víctima

Dentro de la misma interesa en particular:

— La talla y el peso.

— El tipo consitucional.

— Lesiones de la piel. Interesa anotar tamaño, dirección, localización exacta de todas ellas, marcas de venopunción que pudieran ser indicativas del uso de fármacos para vencer la resistencia de la víctima, ser simplemente un signo de drogodependencia o corresponder a tentativas suicidas, todo lo cual habrá de ser tenido en cuenta.

— Orden o desorden en cabello y maquillaje.

— Daños en la ropa, suciedad. Es importante identificar desgarros y correlacionarlos con las lesiones que encontremos.

Sobre las ropas, si son las que llevaba en el momento de la agresión, se hará una inspección general describiendo con exactitud (ayudándose si fuera necesario de croquis, esquemas, fotografías, e incluso de grabadora) la existencia de manchas, desgarros de ropas, etc. Anotar si están colocadas del revés y en el caso de que se haya cambiado de ropa habrá que obtener la que llevaba en el momento de la agresión.

Todos estos datos pueden interesar a la Autoridad Judicial para corroborar o constatar ciertos aspectos, como son: la desproporción física entre el sospechoso y la víctima y la mayor o menor dificultad para reducirla por la fuerza.

## B.2. Recogida inicial de indicios

Del contacto entre dos objetos resulta siempre la transferencia cruzada o reciproca de indicios. El agresor puede, por tanto, haber dejado indicios que faciliten la identificación sobre el cuerpo o la ropa de la víctima.

El hecho de que los delitos contra la libertad e indemnidad sexual se comentan como regla general, de forma clandestina y secreta, y que las versiones de inculpado y ofendido (a) se contrapongan habitualmente, hace que la prueba indirecta o de indicios tenga un gran valor (STS:9-5-90). De ahí la importancia de una correcta recogida de indicios.

Para su ejecución eficaz es necesario seguir un orden predeterminado. Se puede llevar a cabo ésta a la par que la inspección, o bien después de la misma pero evitando interferir con la toma de indicios, que siempre habrá de efectuarse en cada área anatómica antes de llevar a cabo cualquier tipo de maniobra exploratoria.

Se aconseja que la víctima se desvista sobre un papel blanco satinado o sobre una sábana de idénticas características (ver fig.1). Previamente se debe situar en el centro de las mismas y posteriormente debe ir quitándose las prendas una a una. Conforme lo hace se debieran ir sacudiendo éstas sobre el papel o sábana. De esta manera se facilita la recogida de todo el material biológico y no biológico.

En condiciones ideales cada prenda debiera ser examinada por el médico en busca de manchas biológicas (semen, sangre, saliva, etc.) y no biológicas (fibras, tierra, etc.) para posteriormente ir anotando todo lo que se encuentra. Tras la inspección, las ropas se deben extender sobre una superficie de forma que se facilite el secado al aire de las manchas.

Esto permite su conservación hasta el momento de su análisis y evita la humedad que es favorecedora del desarrollo de contaminantes biológicos que obstaculizan el estudio en el laboratorio.

Por idéntico motivo no se aconseja la conservación de los indicios en bolsas de plástico, puesto que se facilita el desarrollo de hongos destructores de cualquier vestigio biológico. Los sobres de papel limpios y nuevos son el mejor vehículo para la conservación y envío de manchas de sangre, semen o pelos, una vez secos. Si se dispone exclusivamente de bolsas de plástico estériles se deben efectuar en estas finos agujeritos que permitan la aireación del contenido. Si se usan sobres de papel no deberá sellarse su solapa adhesiva con saliva. Se utilizarán sobres de papel independientes para cada indicio.

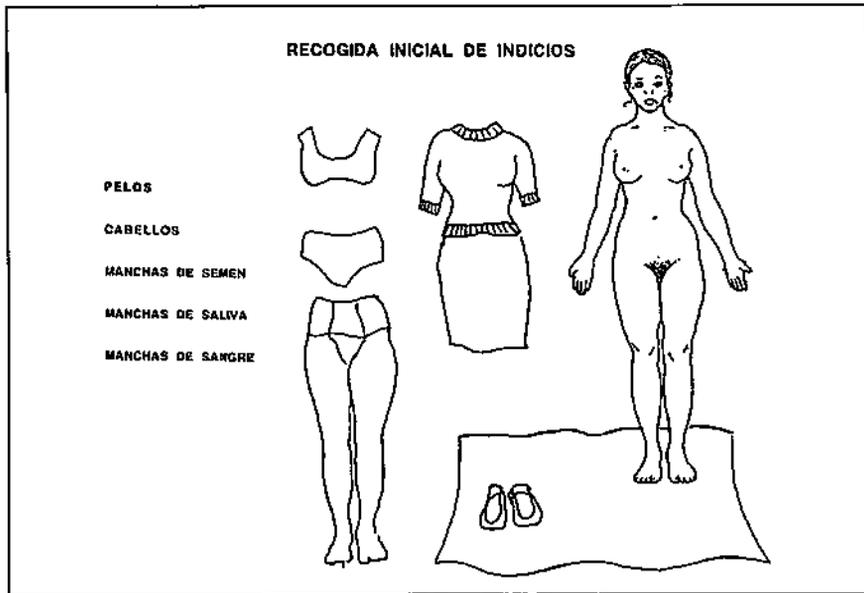


Figura 1: Recogida inicial de indicios en la víctima.

Es imprescindible etiquetar correctamente todos los sobres con las muestras que vayan recogiendo (pelos caídos sobre la sábana o papel, así como las ropas manchadas y las demás muestras que se tomen sobre el cuerpo de la víctima). En ellos se anotará lo siguiente:

- Datos de la víctima.
- Prenda a la que corresponde.
- Quién las recoge.

Una vez estudiadas las ropas el siguiente paso es la inspección de la piel de la víctima en búsqueda de indicios biológicos es el siguiente paso

Lo ideal en estos casos es poder contar con una lámpara de luz de Wood que permite una mejor detección de manchas de semen dada su fluorescencia característica. También facilita la identificación de las manchas de esperma la morfología típica de las mismas, así como su habitual contorno geográfico y su aspecto como de baba de caracol. Las manchas se frotarán con un hisopo estéril o en su defecto con un algodón con agua estéril o, incluso, si no se cuenta con medios, un algodón empapado en agua del grifo que luego se dejará secar al aire libre. No es aconsejable, sin embargo, el uso de suero salino ya que interfiere con el estudio de los espermatozoides.

La recogida sobre la piel de otro tipo de manchas (de sangre, de saliva, etc.) habrá de realizarse de la misma forma que en el caso del semen.

Los indicios que se recogerán son:

- Manchas por cualquier fluido biológico..
- Restos de sangre, semen, etc...

Cabellos del agresor sobre la ropa, el cabello, la piel o el vello púbico de la persona agredida. Se aconseja el cepillado y peinado del cabello y del vello púbico de la víctima para recoger este tipo de indicios. Los peines o cepillos han de ser nuevos y habrán de ser guardados, junto con las muestras de pelos que se le adhieran, en un mismo sobre de papel. Además se debe tomar un pelo o dos de la víctima para favorecer la comparación en el análisis de laboratorio (han de etiquetarse convenientemente señalando si se trata de un pelo indubitado o claramente procedente de la víctima o bien dubitado).

— Uñas. En primer lugar con un hisopo estéril humedecido se recogerá todo lo que pudiera existir en el borde de la uña, se dejará a secar a Tª ambiente y se guardará en un sobre de papel correctamente etiquetado y posteriormente se cortará el borde saliente de cada uña y se conservará en un sobrecito de papel con sus datos identificativos para su envío al laboratorio.

— Por último, no debe olvidarse tomar muestras de sangre de la víctima.

### B.3. Estudio lesional

A través del mismo se pueden obtener datos de extraordinario valor médico-legal. No ha de olvidarse que va orientado fundamentalmente a la consecución de los objetivos diagnósticos planteados en primera instancia:

Diagnóstico de «Acceso Carnal por vía vaginal, anal o bucal o penetración de objetos por las dos primeras vías».

Diagnóstico de «Uso de Fuerza o Intimidación».

Como veremos a continuación, la recogida de muestras no debe abandonarse durante el examen lesional y muchos de los signos que evidenciamos durante el mismo servirán también para constatar el testimonio de la persona agredida, el establecimiento de la posible data de los hechos y del coito, etc.

#### B.3.1. Diagnóstico de Acceso Carnal y penetración con objetos

Atendiendo la redacción actual hemos de considerar la semiología médico-legal de las tres vías: vaginal, anal y bucal, aunque la introducción de objetos sólo afecta a las dos primeras.

##### B.3.1.1. Semiología médico-legal de la vía vaginal

La exploración se llevará a cabo con la paciente en posición ginecológica, con buena iluminación, en presencia de otro médico o enfermera. Dependiendo de la edad la víctima la recogida de muestras será distinta:

### *Examen de la mujer adulta*

El conjunto de instrumentos necesarios para la exploración se describe en el capítulo de Cauto y Gisbert de este monográfico de Ciencia Forense, por lo que no repetiremos su relación.

1º. Con un hisopo estéril, se tomarán muestras de secreción vaginal del introito. Ésta debe realizarse en este primer momento, antes de que tenga lugar el contacto con las manos o dedos del explorador al objeto de evitar la contaminación o alteración de los indicios.

2º. Toma de muestras de la zona perineal y orificio anal.

Todas ellas han de dejarse secar al aire antes de introducir las en recipientes o sobres separados en los que se envían a analizar.

3º. Observar la presencia a simple vista de desgarros, laceraciones, abrasiones, equimosis, (suelen encontrarse cuando las penetraciones son violentas, reiteradas o por varios agresores.) y en caso de existir se anotarán.

4º. Inspección del himen; (posición ginecológica y el médico con los dedos pulgar e índice separando los labios mayores y la palma de la mano sobre el monte de venus, la paciente ejercerá presión abdominal positiva, mediante la tos, así expondrá el himen para su mejor visualización.

Debe anotarse cualquier lesión o desgarró que se pueda apreciar en éste, así como la existencia de hemorragia. La hemorragia en genitales puede provenir de una lesión reciente de himen, de vagina o del sangrado menstrual. Por supuesto es muy importante que el médico sepa diferenciar entre estas tres posibilidades.

Una suave limpieza de la membrana himenal con un algodoncito permitirá identificar el origen de la hemorragia si ésta procede del himen.

La anatomía de éste es muy variable de unas mujeres a otras, no obstante, tradicionalmente se distingue entre:

A. Hímenes Típicos. Son aquellos en los que el orificio está situado en el centro, en la parte anterior o en la línea media de la membrana. Los desgarros que se producen en ellos se denominan desgarros típicos y a que adoptan una localización siempre idéntica y se producen siempre en el mismo número. Hímenes típicos son:

— El Himen Anular: Presenta un orificio central, siendo constante la anchura de la membrana circundante. Tomando como referencia una esfera horaria se puede decir que sus puntos débiles se encuentran a las 2, 5, 7 y 10 horas. En esos puntos son los lugares en los que se producen habitualmente los desgarros.

— El Himen Semilunar: El orificio se encuentra en la parte anterior de la membrana, ofreciendo una imagen de media luna de la que toma el nombre. Sus puntos débiles se sitúan a las 4 y a las 8.

— El Himen Labiado: Se caracteriza por presentar un orificio alargado en la línea media, de dirección sagital, confiriéndole un aspecto típico que justifica su denominación. Habitualmente se desgarrar por las comisuras, a veces sólo por la posterior, es decir sus puntos débiles se sitúan a las 6 y a las 12. No obstante, en algunas ocasiones la ruptura se produce en la parte de los labios himenales.

B. Himenes Atípicos: Comprenden múltiples variedades que escapan a cualquier descripción, entre ellos cabe destacar:

- Himen biperforado.
- Himen septado.
- Himen cribiforme.
- Himen en coliflor o en corola.
- Himen imperforado.
- Ausencia congénita de himen.

Por supuesto siempre que exista un desgarrar del himen, el médico debe anotar su posición exacta de acuerdo con la esfera horaria.

Aunque es el coito la causa de ruptura himenal más frecuente (99% de las ocasiones), no siempre que existe desgarrar reciente podemos hablar de desfloración. Las maniobras onanistas, la introducción de objetos y los traumatismos accidentales, etc. pueden ser también causa de desgarrar.

No obstante, la verdadera ruptura del himen es aquella que llega hasta el borde de inserción de la membrana. Este dato es del máximo interés porque permite la distinción entre ésta y las que se producen como consecuencia de los arañazos y las divisiones incompletas que se pueden producir en la introducción de objetos.

La profundidad del desgarrar sirve también para distinguir éste de las muescas o escotaduras congénitas. Para llegar al mismo se recomienda el examen en oscuridad con la ayuda de la Luz de Wood.

Habitualmente los colgajos resultantes del desgarrar himenal cicatrizan sin reunión de bordes (carúnculas himenales). Sus bordes cruentos suelen retraerse y cicatrizar in situ mediante tejido fibroso, de tal forma que no se reconstruye la membrana desgarrada tras el primer coito. Los colgajos situados en el mismo plano y en contacto unos con otros permiten, no obstante, reconocer la variedad a que perteneció el himen intacto.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que si bien en general la consistencia y elasticidad de la membrana son reducidas, existen hímenes elásticos y dilatables que permiten el paso del pene sin desgarrarse (hímenes complacientes) lo que obliga a un diagnóstico diferencial entre:

1. Hímenes Dilatados. El orificio se presenta anormalmente grande, con bordes flácidos, puede ser congénitos o adquiridos, este último debido a maniobras repetidas de dilatación, onanismo, coitos con penetración incompleta o pene de dimensiones modestas.

2. Himenes Dilatables. El orificio es de diámetro usual, pero resulta fácilmente distensible al paso de los dedos del examinador y recupera su tamaño una vez retirados. Es un himen con un alto contenido de fibras elásticas, que no se desgarran durante el acceso carnal.

El examen de la elasticidad del himen debe realizarse siempre. Si éste no pertenece a los tipos anteriores y está íntegro debe excluirse la violación.

5º. Tras el examen del himen se ha de proceder a la toma de tres muestras más de contenido vaginal:

5.a. Muestra vaginal de la zona inferior de la vagina (separando suavemente los labios menores y con el hisopo sin tocar los mismos, ni el periné).

5.b. Tras la toma primera se coloca el espéculo y se recogen muestras de la zona superior ya que habitualmente el semen se acumula en fondo del saco vaginal posterior, a no ser que el útero se encuentre en anteflexión. En esta circunstancia se habrá de recoger la muestra en fondo del saco vaginal anterior.

5.c. Lavado vaginal con unos 10 ml de agua estéril y recogiendo por aspiración de contenido que habrá de ser mantenido a 4-8 °C.

6º. Una vez retirado el espéculo es cuando se aconseja un estudio más en profundidad de la membrana del himen mediante instrumentos específicos, si es que se cuenta con ellos. Esta sería la situación ideal, no siempre posible en la práctica. Estos instrumentos son: el himenoscopio o el Glaister-Keen, que consiste en una varilla de vidrio, que lleva una esfera luminosa en su extremo que permite estudiar el himen por transiluminación.

**Tabla IV. Características diferenciales entre escotadura congénita y desgarro traumático (Bonnet, 1980)**

ESCOTADURA CONGÉNITA	DESGARRO TRAUMÁTICO
(Profundidad escasa, no llegando hasta la superficie de inserción de la membrana en la pared de la vagina)	Profundidad completa, llegando hasta la inserción de la membrana en la pared de la vagina
Bordes regulares, contorno redondeado	Bordes irregulares, contorno angulosos
Disposición simétrica (signo de Hofmann)	Disposición típica
No-coincidencia de bordes	Coincidencia de bordes casi perfecta
Los bordes se hayan recubiertos por epitelio pavimentoso estratificado igual al del resto de la membrana.	Los bordes se hayan recubiertos por tejido fibroso cicatrizal blanquecino

ESCOTADURA CONGÉNITA	DESCGARRO TRAUMÁTICO
No existen signos de cicatrización	Existen signos de cicatrización a nivel de los bordes y en el lugar de implantación de la membrana en la pared vaginal
No existen signos de infección localizada en la membrana, si existe es vulvovaginal	Existen signos de infección o por lo menos de organización cicatrizal a nivel de las soluciones de continuidad

La presencia de semen o líquido prostático en vagina o recto es indicio de penetración facilitando el diagnóstico de acceso carnal y además permite un estudio genético potencialmente identificador del violador. Los espermatozoides móviles en vagina perduran entre 1-6 y 28 horas post coito e íntegros se mantienen entre 4-8 horas a 5-6 días. En el cadáver, si está a baja temperatura, se pueden encontrar después de varias semanas.

Una vez tomadas las muestras vaginales destinadas a la identificación del agresor se procederá a recoger las muestras destinadas a investigar las posibles enfermedades de transmisión sexual con hisopos que en este caso sí irán acompañados de un medio de cultivo.

Otro instrumento empleado para el examen de las lesiones genitales es el colposcopio, que habitualmente se utiliza para evaluar patología ginecológica en mujeres adultas. Se trata de una herramienta muy útil para demostrar lesiones que macroscópicamente no son visibles, además pueden disponer de una cámara fotográfica que permite la obtención de un documento gráfico de la imagen observada.

7º. Tacto vaginal: Además de una mejor valoración de las lesiones a ese nivel, el tacto vaginal permite comprobar el aplanamiento de las rugosidades de la pared vaginal. Su desaparición puede ponerse en relación con una actividad sexual plena. No obstante este dato debe ser evaluado con gran cautela.

8º. Tacto rectal: Es útil para valorar el estado del tabique recto-vaginal o de los parametrios. En la mujer adulta éstos suelen resultar poco o nada dañados pero no ocurre lo mismo en las niñas.

En realidad en mujeres adultas las lesiones genitales distintas del desgarro del himen son raras y, si se producen, suelen consistir en erosiones o ligeros desgarros perineales, salvo en aquellas situaciones en las que se puede lesionar intencionadamente esta zona.

Es por ello que tradicionalmente se ha venido prestando una atención especial al estudio de la condición de la membrana himenal en la víctima. El desgarro del himen que se produce en la mujer virgen tras el primer coito es fácil de evidenciar y permite llegar al diagnóstico de acceso carnal

de forma rápida y sencilla. Se entiende que desde un punto de vista médico-legal se le haya concedido un gran valor, aunque a efectos jurídicos la diferencia entre coito desflorador y no desflorador, sea irrelevante.

Las lesiones en el área genital pueden aparecer cuando se utilizan las manos o se manipulan objetos para la penetración. La introducción de objetos se asocia con mayor frecuencia a la aparición de lesiones (contusiones ligeras, erosiones, etc.) en el área genital, sin embargo la penetración con el miembro viril no se suele acompañar de las mismas, salvo en algunas de las situaciones que a continuación se exponen.

#### *Examen en las niñas*

Las lesiones en el área genital son más frecuentes y dependen de los factores siguientes:

1. La desproporción de partes anatómicas (entre los órganos sexuales femeninos y masculinos o bien entre los primeros y los objetos introducidos).

2. Brutalidad con la que tiene lugar la penetración.

El examen se debe realizar de forma delicada y con el fin de ganar confianza de la menor se ha de efectuar de manera menos formal. Para la exploración de los menores se les recostará en la camilla de examen y se les pedirá que adopten posición de «ranita» (flexionando y separando los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre aquéllos).

Según los factores que exponíamos al principio se entiende que la gravedad de las lesiones dependerá de la edad y del grado de desarrollo víctima. Así encontraremos:

En menores de 6 años el ángulo subpúbico es muy agudo y constituye una verdadera barrera ósea que impide el coito ya que resulta anatómicamente posible.

En niñas entre 6 y 11 años, el coito es posible pero las dimensiones genitales son reducidas, lo que puede llevar a la rotura del periné e incluso del tabique recto-vaginal.

A partir de los 11 años, se producirá ruptura del himen y son menos importantes las lesiones genitales, salvo en caso de gran brutalidad.

Si la violación hubiera consistido en la penetración con objetos las lesiones genitales pueden aparecer en todos los casos independientemente de la edad y en relación directa con las características del objeto y la brutalidad de las maniobras.

#### **B.3.1.2. Semiología médico-legal de la vía anal**

El estudio del ano, requiere que la víctima se coloque en posición genupectoral o de plegaria mahometana, con separación de las nalgas por un asistente facilitando de este modo la exploración visual del ano.

El orden y la toma de muestras ideal es el siguiente:

1º. Toma de muestra del periné y del borde anal.

2º. Enema rectal y recogida de la muestra.

3º. Inspección y toma de muestra del canal anal a través de un proctoscopio o rectoscopio (lo más pequeño posible y sin lubricar) que permitirá la toma de muestras del canal del ano e investigar la posible existencia de heridas y fisuras.

4º. Tacto rectal: En el que valoraremos:

4.a. Existencia de lesiones locales en la mucosa, desgarros que generalmente se sitúan a las 6 de la esfera horaria anatómica.

4.b. La tonicidad del esfínter anal. La consistencia del anillo muscular que cierra el recto se aprecia mediante el tacto. ésta puede estar conservada o disminuida y en este último caso se habla de hipotonía del esfínter que tener causas congénitas o adquiridas. Entre estas últimas están el coito anal habitual y la introducción frecuente de cuerpos extraños en prácticas sexuales solitarias. En el atentado agudo se puede producir lo que se denomina «parálisis antálgica esfinteriana» que es consecuencia del intenso dolor que provocan las lesiones existentes.

4.c. La presencia de laceraciones perineales y genitales que pueden observarse mejor con colorante de azul de toluidina al 1%. El colorante sólo indica que la piel está rota, por lo que no habrá que olvidar que ciertas lesiones pueden deberse, o no, a la agresión sexual, y que es necesario realizar el diagnóstico diferencial con dermatitis, fisuras de otro origen y maniobras quirúrgicas, etc.

La aplicación de este colorante se realizará con una torunda de algodón, y sobre todo, una vez concluida la recogida de evidencias porque el colorante es espermicida «in vitro» y puede interferir con el análisis ulterior de éste, aunque no se ha demostrado que afecte los niveles de fosfatasa ácida.

En las agresiones por vía anal se distinguir dos situaciones:

— *Atentado agudo*: Es aquél que se produce una sola vez o es repetido en muy pocas situaciones. Generalmente no hay lesiones porque la introducción del pene no se produce de forma brusca, sino paulatina y precedida de tentativas lentas que dilatan el orificio anal. La producción de lesiones depende de:

La violencia del coito anal o de la penetración con objetos.

La desproporción entre las partes anatómicas. Por tanto, cuanto más joven sea la víctima, mayor es probabilidad de encontrar lesiones severas.

En los casos en los que la introducción del pene haya sido de forma brusca y acompañada de violencia las lesiones son las siguientes:

a-Excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas en la mucosa que de forma análoga al estudio del himen se describen según su posición de acuerdo con la esfera horaria. Algunas de las localizaciones más frecuentes son a las 11 y 1.

b. Como ya se exponía anteriormente, cuando existe desgarro del esfínter anal puede haber una considerable laxitud del orificio con dilatación del mismo (parálisis antálgica).

c. Otros trastornos menos significativos, por su carácter subjetivo, son el escozor, dolor, malestar, etc. que notan las víctimas al andar y en particular, durante la defecación.

La evolución de las lesiones hacia la curación se produce habitualmente de forma rápida y suele durar entre de 1-5 días. No obstante, si son de mayor gravedad o bien si las condiciones locales y generales de la víctima son desfavorables, pueden necesitar de plazos mayores que en casos extremos llegan hasta los 15 días.

La presencia de estas lesiones no es constante y, por tanto, su ausencia no excluye el diagnóstico de atentado agudo.

— *Atentado Crónico*: Cuando los encuentros de contenido sexual se han producido repetidamente a lo largo del tiempo y en múltiples ocasiones encontraremos las siguientes lesiones en el margen y esfínter anal:

- a. Pérdida de pliegues radiados.
- b. Engrosamiento de la piel del margen anal.
- c. Cicatrices de antiguas fisuras y desgarros.

Puede ser de ayuda al diagnóstico la realización del «test de tracción lateral». Este consiste en la introducción por parte del examinador de dos dedos y consiguiente tracción hacia un lado. Si el esfínter no responde con contracción el test se considera (+), lo que apoya la tesis de una habituación al coito por esta vía.

### B.3.1.3. Semiología medico-legal de la vía bucal

No son frecuentes las lesiones en la boca o los labios de la víctima como consecuencia del acceso carnal por esta vía y como ya se ha comentado la introducción de objetos en la boca no se considera violación.

Si existen lesiones las encontraremos localizadas fundamentalmente en la cara interna o externa de los labios por presión de la mano del agresor sobre la boca de la víctima en un intento de acallar sus gritos (ver fig 2).

La presión ejercida sobre la mucosa de la cara interna de los labios puede producir abrasiones de la misma que se corresponden con los bordes de las piezas dentarias. Este hallazgo no es útil en el diagnóstico de coito bucal pero sí facilita el diagnóstico de uso de fuerza o intimidación.

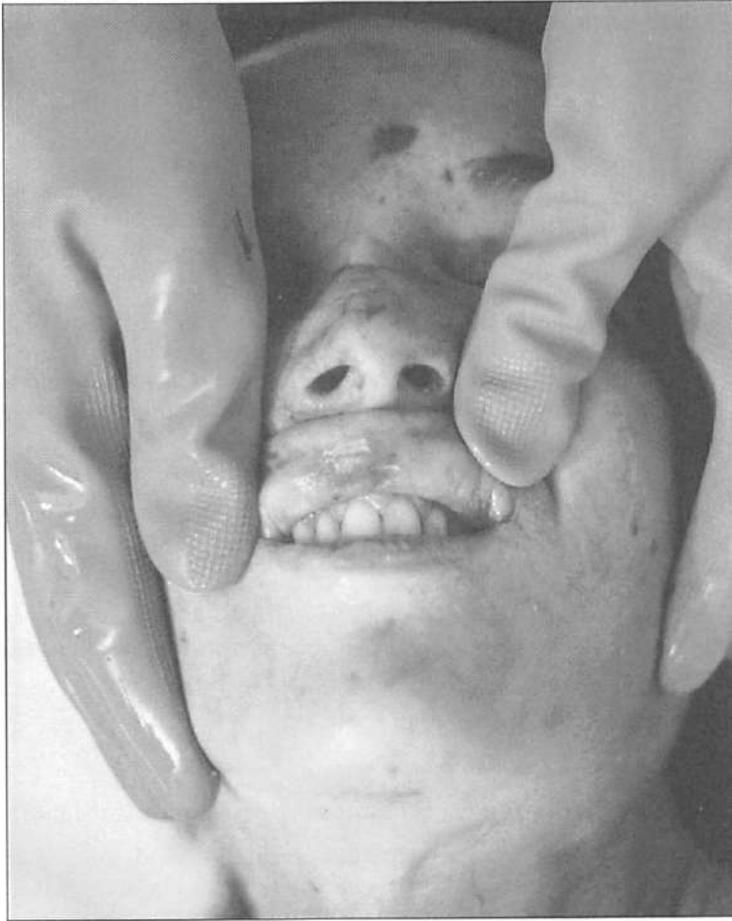


Figura 2: Uso de fuerza abrasión en la cara interna de los labios.

Es difícil llegar al diagnóstico de violación por esta vía si partimos exclusivamente de las lesiones existentes en la misma. No obstante, alguno de los hallazgos siguientes pudiera servirnos:

1. Lesión en la mucosa correspondiente a Enfermedad de Transmisión Sexual que a su vez padece el inculpado o la inculpada.

2. Presencia de células XY o de semen en la boca. Para evidenciar la misma se aconseja realizar:

Toma de muestras de saliva, mediante enjuague o gárgaras.

Limpieza dental con hisopo a realizar tanto en la cara anterior, como en la posterior de las arcadas dentales.

Otro dato a favor sería encontrar huellas de mordedura en el miembro viril del agresor correspondientes a la dentadura de la víctima. Sin embargo, estaríamos hablando en este caso del examen del sospechoso y no del de la víctima.

### B.3.2. Diagnóstico de uso de fuerza e intimidación

Para el diagnóstico del uso de intimidación puede ser de ayuda el hallazgo de lesiones localizadas en áreas corporales que se consideran vitales como el cuello, sienes, región precordial, etc.

Por otro lado cuando la víctima es examinada en las primeras horas después de la agresión, habrá que tener en cuenta que equimosis y hematomas pueden no haber aparecido todavía. En estos casos el uso de lámpara ultravioleta facilita su identificación. Las áreas de sangre extravasada se presentan como zonas más oscuras bajo el efecto de esta luz.

El estudio de las lesiones aporta datos de gran valor médico-legal, no sólo porque permite diagnosticar que ha existido uso de fuerza, sino porque al identificar la cronología de su evolución hacia la curación permite aproximarse a la data de los hechos.

Sin embargo, desde un punto de vista clínico las lesiones no tienen porque ser severas y menos de un 1 % de las víctimas necesitan hospitalización.

Son frecuentes las lesiones siguientes:

1. Arrancamiento de cabellos.
2. Las lesiones ya vistas en la cara interna de los labios (ver fig.3).
3. En ojos: la miosis orienta hacia una posible intoxicación por opiáceos, la anisocoria o midriasis hacia traumatismo craneal. Los párpados enrojecidos e hinchados y la conjuntiva inyectada pueden corresponder a un llanto continuado.
4. En el cuello: estigmas ungueales e impresiones digitales que si se asocian a hemorragias subconjuntivales, petequias palpebrales y faciales componen un cuadro sugestivo de estrangulación.
5. Equimosis y estigmas ungueales en cara interna de los muslos y extremidades superiores.
6. Contusiones y heridas contusas en cabeza, arrancamiento del cabello.
7. Lesiones alrededor de los orificios respiratorios.
8. Equimosis figurados que reproducen la forma de objetos utilizados para maltratar a la víctima.
9. Erosiones a ambos lados de las caderas producidos por el arrancamiento violento de las prendas íntimas.

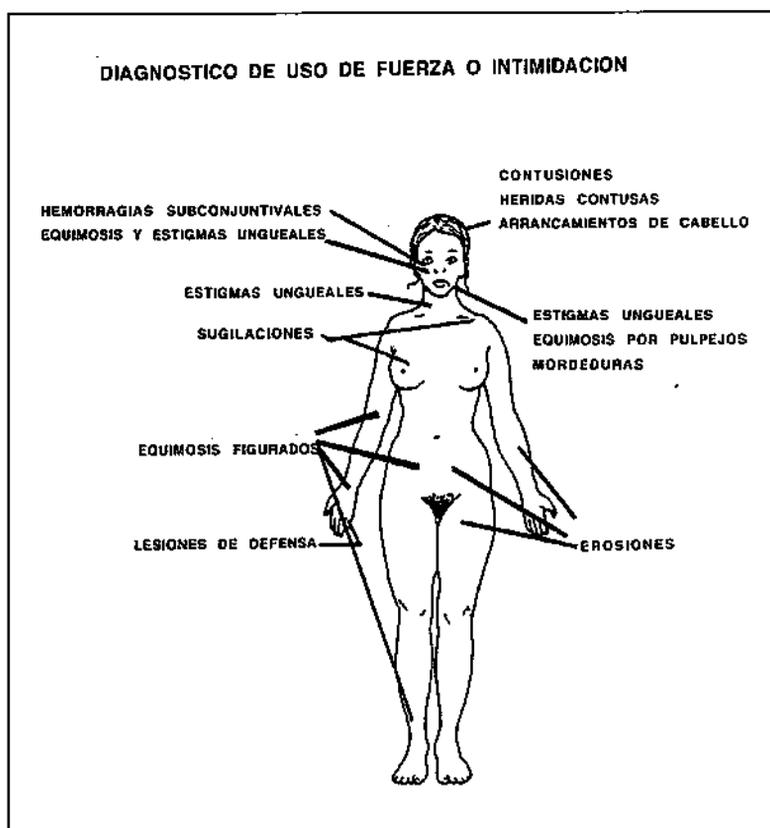


Figura 3: Diagnóstico de uso de fuerza o intimidación.

10. Excoriaciones o pequeñas heridas punzantes por cuerpos extraños en la piel correspondientes a la superficie donde la víctima ha sido acostada.
11. Sugilaciones, estigmas ungueales, equimosis en cuello (que no son indicativas de relaciones sexuales no consentidas) y mordeduras en las mamas (en las que se pueden recoger restos de saliva del agresor). Las mordeduras deberán ser fotografiadas lo antes posible, sería lo ideal que se hiciera por técnicas de macrofotografía y escala rígida en forma de L. Estas lesiones no tienen porque ser indicativas de relaciones sexuales no consentidas pero cuando es así suelen ser más profundas y su localización es distinta.
12. Lesiones de defensa; heridas incisas que se localizan en la cara palmar de las manos de la víctima y se producen al intentar evitar la

agresión por el arma blanca del atacante. También podemos encontrar heridas punzantes, etc. e incluso observar la mutilación o amputación de alguna parte anatómica que son sugestivas de intento de aniquilar a la víctima o bien de satisfacción sádica.

### B.3.3. Diagnóstico de la data del coito

El diagnóstico de la data del coito es un problema que se plantea con frecuencia y que dadas sus innegables dificultades no siempre logra resolverse de forma satisfactoria.

Muchos de los elementos que permiten llegar a conocer la data del coito han sido ya revisados de forma directa o indirecta.

El diagnóstico de la data, al igual que ocurría con el de acceso carnal, se ve facilitado si éste ha sido un coito vaginal desflorador. El estudio de la cicatrización del himen desgarrado en una primera penetración puede aportar mucha información acerca de la cronología de los hechos, como ahora veremos.

A continuación se consideran los hallazgos a valorar:

#### B.3.3.1. Cicatrización del himen

Esta suele producirse por reparación in situ con formación de una mucosa fina de color rosado que sustituye la de la zona desgarrada. El tiempo que tarda en cicatrizar muestra una elevada variabilidad individual que oscila de 2-3 días hasta 20-21 días, siempre que no exista infección que retrase el proceso.

También hay que tener en cuenta que los bordes cicatrizan más rápidamente que la zona de implantación del himen en la pared vaginal.

En general, si el reconocimiento tiene lugar dentro de los 6-8 primeros días tras el atentado sexual puede aventurarse un diagnóstico cronológico bastante aproximado a la realidad. Pasados 15 días de la desfloración, las dificultades son tan grandes que es prácticamente imposible determinar la fecha en que tuvo lugar por la simple exploración del himen.

En un intento de establecer pautas diagnósticas se proponía tradicionalmente la clasificación que se recoge en la Tabla V. Dada la comprobada variabilidad inter-individual, a la que hacíamos referencia, tal clasificación debe tomarse como meramente orientativa.

**Tabla V. Clasificación de la desfloración según el tiempo transcurrido desde la misma (Bonnet, 1980).**

DESFLORACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Recienfísima	Menos de tres días después del coito Lesión en estado de viva agudeza. Herida abierta.
Reciente	De 3 a 6 días tras coito Incipiente cicatrización Mucosa sonrosada y congestiva.
Cercana	De 12 a 15 días después del coito Lesión totalmente cicatrizada Lesiones extragenitales recientes Comienzan a manifestarse lesiones venéreas (blenorragia)
Antigua	<i>Restitutio ad integrum</i> de todas las lesiones. Se pueden llegar a hacer indicaciones cronológicas mediante examen con luz de Wood de las cicatrices del himen, primeras manifestaciones luéticas, evolución de embarazo si lo hubo. Sin ellos no se puede hacer diagnóstico más allá de la indicación de coito antiguo.

### B.3.3.2. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):

Desde la primera atención a la víctima el médico debe aconsejar a ésta que se someta a un tratamiento de profilaxis antibiótica contra algunas infecciones (Sífilis, Chlamidiasis, Gonorrea, etc.). No todas las enfermedades de transmisión sexual son susceptibles de prevención por esta vía, por ello es aconsejable el screening preliminar y un seguimiento posterior de las mismas durante el tiempo necesario.

Si el examen realizado tras los hechos resulta negativo su positividad posterior permitirá una correlación con los mismos atendiendo a la cronología de su evolución clínica. Así ocurre, por ejemplo, con la aparición de blenorragia dentro de la semana siguiente o de determinadas manifestaciones luéticas dentro de las tres semanas posteriores).

Para el diagnóstico de gonorrea en la mujer la mejor muestra es el moco de cuello uterino, mientras que en el hombre es la secreción de la uretra. Deberá llevarse a cabo también la investigación de Trichomonas, Cándida Albicans, Gardnerella Vaginalis, Herpex Simple 2, VIH, etc.

**B.3.3.3. Embarazo:** Es importante desde un punto de vista médico-legal ya que sirve para confirmar con cierta aproximación la data del coito e incluso permitirá mediante investigación de paternidad desvelar la identidad del autor. Si las fechas no coinciden nos ayudará a comprobar la falsedad de la denuncia.

**B.3.3.4. Traumatismos:** Como ya adelantábamos el conocimiento de la evolución cromática de equimosis y hematomas, y cronológica hacia la curación de fracturas, etc. puede coadyuvar al establecimiento de la data de los hechos.

**B.3.3.5. Presencia de espermatozoides:** móviles o no móviles en la vagina, ano, boca o piel y del nivel de fosfatasa ácida esas zonas, así como la detección de proteína p-30, concentración de Zn.

Estos datos pueden ayudar a corroborar la hipótesis de coito reciente. Si existen espermatozoides móviles la data del coito es aproximadamente 3 horas. Si existen espermatozoides inmóviles la data del coito es aproximadamente 24 horas.

Los niveles de fosfatasa según el tiempo transcurrido se recogen en la Tabla VI. La determinación de este enzima permite la detección de semen en azoospermicos o vasectomizados, al igual que la proteína p30 y la concentración de Zn.

Si bien estos datos aportan información hay que tener en cuenta que existen factores que pueden influir a la hora de conseguir resultados que pueden ser los siguientes:

- Eyaculación fuera de la víctima.
- Uso de preservativo.

**Tabla VI. Niveles de Fosfatasa Ácida Prostática y data del coito (Vargas, 1991).**

Entre 15.000 UI/ litro, coito entre 1 y 2 horas.
Entre 5.000 y 15.000 UI/ litro, coito de 8 horas.
Entre 500 y 5.000 UI/litro, coito dentro de 24 horas.
Entre 300 y 500 UI/litro, coito dentro de 72 horas.

### **C. Evaluación psicopatológica**

A diferencia de lo que ocurría con códigos penales anteriores, la existencia de patología psiquiátrica o retraso mental en la víctima no da lugar directamente al nacimiento al delito de violación. Sin embargo, si que esta condición puede dar lugar directamente a abuso sexual, y, en cualquier caso, en el delito de violación se considera como agravante el que la víctima sea especialmente vulnerable por enfermedad o situación.

El estudio psicopatológico de la víctima será objeto de un capítulo específico en este monográfico por lo que no nos detendremos en su consideración.

No obstante, a modo de síntesis podemos establecer que el estudio psicopatológico de la víctima es fundamental a los efectos que acabamos de comentar. O bien para establecer la falsedad de la denuncia (mujeres histéricas, etc). Entre las víctimas de abuso sexual es frecuente encontrar varones o mujeres con retraso mental, así como otras minusvalías e incluso lesiones medulares gravemente invalidantes (Podell y cols, 1996). En estos casos suele ser el cuidador del minusválido o personas muy cercanas las autoras del delito. Recientemente, Eckert y cols (2002) realizaban un estudio sobre un total de 819 mujeres víctimas de agresión sexual y concluían que no es infrecuente la existencia de patología psiquiátrica «mayor» entre las víctimas y además que estos asaltos suelen ser más violentos y traumáticos.

Para un diagnóstico correcto es necesario realizar los tests habituales en Psiquiatría Forense. Las conclusiones a las que se llegue acerca de la naturaleza del cuadro y de su intensidad, así como del grado de afectación de la víctima, permitirán o al Tribunal que juzgue el caso, calificar los hechos como corresponda.

#### V.III.1.2. Análisis de muestras en el Laboratorio

El estudio en el Laboratorio permite obtener información muy importante para la resolución del caso.

##### 1. Confirmación de acceso carnal.

La presencia de semen o líquido prostático en vagina, recto o boca es indicio de penetración con el miembro viril.

Para llevar a cabo el diagnóstico de la existencia de semen en una muestra, recogida de la forma anteriormente comentada, se puede recurrir a un número amplio de métodos de valor muy desigual (ver Tabla VII). También se puede recurrir a la demostración de células XY por medio de tecnología ADN (Tsuji y cols, 2001).

**Tabla VII. Métodos de diagnóstico de semen**

MÉTODO	CARACTERÍSTICAS
Examen con Luz Ultravioleta	Mancha de semen con fluorescencia blanco-amarillenta y contorno geográfico.
Examen directo	Visualización por microscopio de los espermatozoides. Analizar movilidad.

<b>MÉTODO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Examen Tintorial	Aplicación de sustancias que tiñen los espermatozoides: azul de metileno, eosina, critrosina o alizarina roja
Examen Microcristalográfico	Pruebas de Florence y de Barberio para identificar eosina y colina, dos componentes del semen.
Prueba de la Fosfatasa Ácida	Determinación de la presencia de esta enzima. Fundamental el cálculo de la cantidad del mismo. Sirve para determinación de coito reciente. Permite identificar semen en azoospermicos.
Proteína p30	Marcador específico del semen. Se determina por inmunoensayo. También permite identificar semen en azoospermicos.
Concentración de Zinc	Marcador de coito reciente. También permite identificar semen en azoospermicos.
PCR	Diagnóstico de existencia de material originario de individuo de sexo masculino.

2. Establecer o confirmar que el acceso carnal ha sido reciente. Evolución de enfermedades de transmisión sexual, etc.

3. Identificación del agresor(es) por medio del estudio de marcadores genético-moleculares (Martínez Jarreta y cols, 2002; Sibille y cols, 2002).

4. Evidenciar si ha habido contagio de enfermedad de transmisión sexual.

5. Determinar si existe embarazo de la víctima, si se trata de una fecundación anterior y determinar o confirmar la identificación del agresor a través de la prueba biológica de paternidad.

6. Averiguar si la víctima estaba bajo efectos de sustancias que pudieran alterar su capacidad volitiva o intelectual en el momento del suceso.

El análisis irá dirigido sobre todo a la determinación de alcohol, drogas de abuso, y derivados psicotrópicos. Debemos recordar la dificultad que conlleva la realización con éxito de análisis toxicológicos tiempo después de haber tenido lugar los hechos, aunque en este momento el avance de la tecnología en este campo permite resolver con éxito algunas situaciones.

Conviene recordar las muestras a recoger y remitir para estudios de laboratorio (Tabla VIII).

**Tabla VIII. Recogida de muestras biológicas en una supuesta víctima de violación [Martínez Jarreta y cols, 1995].**

MUESTRA	INFORMACIÓN
Sangre	Diagnóstico de la individualidad biológica
Orina	Análisis de alcohol y drogas Análisis de alcohol y drogas
Contenido bucal	Existencia de semen
Cabellos	Comparación con los cabellos encontrados en la escena del crimen
Saliva; mordeduras o sugilaciones	Identificación del agresor
Vello púbico	Comparación con los pelos encontrados en la escena del crimen
Restos de las uñas	Piel, sangre, pelos del agresor
Muestras del área genital	Diagnóstico de existencia de semen
(contenido vaginal, etc...)	Diagnóstico individual

#### V.III.2. Examen en casos de violación y muerte

En el caso que nos ocupa los medios más comunmente utilizados para acabar con la vida de la víctima son la estrangulación y el degüello.

No obstante, puede darse la circunstancia de que la muerte se haya producido durante el acceso carnal que da nacimiento al delito. Se han descrito casos raros de asfixia mecánica por compresión toraco-abdominal ejercida por el propio peso del agresor o por obstrucción de las vías respiratorias cuando el violador ha eyaculado en la boca de la misma.

Por otro lado, el acceso carnal puede tener lugar después de la muerte, circunstancia que sería de difícil diagnóstico.

En estos casos la actuación del médico forense consistirá en la realización de la preceptiva autopsia. No obstante, antes de proceder a la misma, se recomienda recabar toda la información posible en relación con el caso, lo que permitirá una más correcta interpretación de los hallazgos de la autopsia.

Una vez recopilados estos datos se procederá a la práctica de la misma:

V.III.2.1. *Examen externo.* Obviamente revela importantes y variados signos que nos ponen en la pista acerca de la naturaleza, extensión y antigüedad de las lesiones.

Al igual que veíamos en el examen del vivo, se aconseja el uso del azul de toluidina cuando han transcurrido pocas horas o días después de la muerte y la piel de la víctima parece a simple vista relativamente intacta.

V.III.2.2. *Examen interno.* Este no difiere del efectuado en otras ocasiones.

Hay que recordar la importancia de la recogida de muestras de todas las lesiones externas que se encuentren, al objeto de realizar los pertinentes estudios histológicos y bioquímicos que permitan establecer su antigüedad y vitalidad.

### V.III.3. Examen del acusado

Mucho más conflictivo suele resultar el reconocimiento médico del sujeto sospechoso, ya que no es frecuente que se lleve a cabo su detención en el mismo momento de la comisión del delito y, aún en estos casos, los trámites policiales y judiciales se anteponen a la práctica del examen médico, por lo que en muchas ocasiones se pierden elementos de la prueba.

El examen del acusado irá siempre encaminado a la consecución de los siguientes objetivos:

- Valoración del estado físico del sujeto, capacidad de erección, etc.
- Evidenciar la existencia de signos de coito reciente.
- Evidenciar la existencia de signos de coito reciente efectuado con violencia, signos de lucha o defensa.
- Evidenciar la existencia de elementos que lo vinculen con el delito investigado.
- Valoración de su estado psíquico.

La sistemática a seguir, cuando se pueda llevar a cabo este reconocimiento, es en cierto modo asimilable a la que se sigue con la víctima e incluiría los siguientes apartados:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Recogida de muestras para el laboratorio.
- Evaluación psicopatológica.

#### V.III.3.1 Anamnesis

En ella los aspectos más interesantes son aquellos que hacen referencia a la existencia de enfermedades de transmisión sexual, de patología orgá-

nica que justifique impotencia u otros trastornos de la esfera genital y de trastornos psiquiátricos crónicos, alcoholismo, etc.

### V.III.3.2. Examen físico

Comprende el estudio de:

A. SIGNOS GENERALES: se trata de establecer la posibilidad de que el sospechoso sea el autor de la violación. Entre dichos signos están el tipo constitucional, talla, peso, desarrollo músculo-esquelético y desarrollo genital del sujeto que en principio ofrecen una información que resulta poco concluyente si se toma de forma aislada.

B. SIGNOS ESPECIALES: en la mayor parte de los casos son los que apoyan de forma más rigurosa la condición del sospechoso como autor de este delito y por tanto resultan de mayor valor médico-legal que los anteriores. Entre ellos estarían:

- El examen sexológico, fundamental cuando se aduce impotencia.
- La existencia en la superficie corporal de indicios del tipo de fibras, manchas y pelos que lo vinculen con el hecho.
- La presencia en el área genital de signos de coito reciente (células vaginales, sangre con características de la víctima o materia fecal en el glande, o flujo de semen a la expresión del pene).

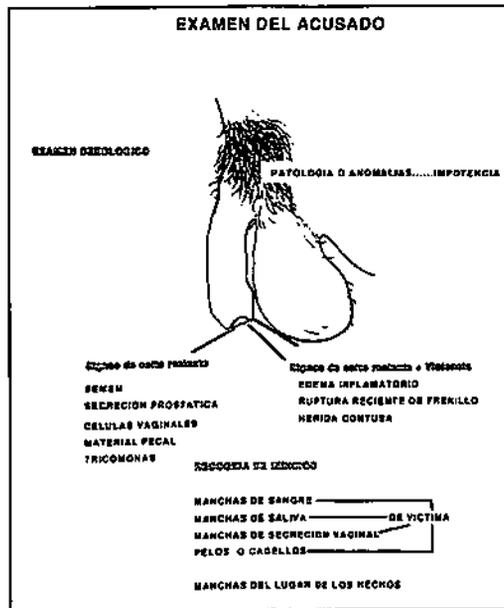


Figura 4: Examen del acusado estudio sexológico y recogida de indicios.

Los estudios parasitológicos y microbiológicos contribuyen a esta presunción si establecen la presencia de tricomonas u otros agentes patógenos frecuentes en la vía genital femenina. Signos de coito reciente efectuado con violencia si existe edema inflamatorio, contusiones, semen o secreción prostática en el glande, rotura de frenillo o heridas contusas o cuerpos extraños.

— La existencia de lesiones en el área genital o paragenital causadas por la víctima al defenderse de la agresión. Con frecuencia excoriaciones, estigmas ungueales, pérdida de mechones de cabello, etc.

Otro signo bien conocido son las mordeduras que ya hemos considerado anteriormente al hablar de las lesiones de la víctima. En este caso su estudio reviste gran interés médico-legal puesto que puede permitir la identificación del agresor si la víctima ha sido la causante de las mismas. Para ello sería aconsejable la intervención de un odontólogo forense.

#### V.III.3.3. Recogida de muestras para el laboratorio

Al igual que ocurría en el caso de la víctima, es de gran trascendencia. Por ello conviene proceder con la mayor celeridad posible a la recogida de muestras y a su envío al laboratorio para su análisis, con el fin de evitar que se pierdan datos.

Las muestras que se suministran al laboratorio servirán para identificar:

— Signos de coito reciente, como la identificación del corpúsculo de Barr o de células XX en el lavado del pene con solución salina.

— Marcadores genético-moleculares de la víctima y del presunto agresor. Al igual que ocurría con la víctima, al acusado se le deben tomar muestras de sangre, de semen, saliva o cabellos para establecer si sus características genéticas son coincidentes con las del semen o de la sangre encontrados en el cuerpo de la víctima, en sus ropas o en el escenario de los hechos (Martínez Jarreta, 1999).

En el vello pubiano, en la piel, cabellos y ropas del sospechoso se buscarán manchas o indicios que correspondan a la escena del crimen.

Se buscarán manchas de sangre, pelos, secreción vaginal de la víctima, etc. que pudieran haber quedado en el área genital, paragenital o extragenital y/o en las ropas del sospechoso, se buscarán y en su caso, habrán de ser recogidas. En la práctica, aunque por la tardanza en el examen y por la ocultación de pruebas puede ser muy difícil obtener indicios, habrá que realizar una recogida de muestras similar a la que describíamos para la víctima.

— Tóxicos: se habrán de investigar alcohol, psicotrópicos y drogas de abuso fundamentalmente.

— Enfermedades de transmisión sexual preexistentes. Es aconsejable realizar screening de las mismas enfermedades que considerábamos en el caso de la víctima.

En muchos casos puede ser aconsejable realizar un estudio de movilidad, cantidad y calidad de los espermatozoides.

#### V.III.3.4. Evaluación psicopatológica

Desde el punto de vista médico-legal es ésta una cuestión fundamental a fin de establecer la imputabilidad del acusado al cometer los hechos. La inteligencia y la voluntad son las bases psicopatológicas del concepto de imputabilidad y habrán de ser investigadas por el médico forense en el sujeto acusado.

### VI. EXAMEN DEL ESCENARIO DE LOS HECHOS

En él se pueden distinguir:

— Signos generales: orden, desorden, ubicación probable de los protagonistas, etc.

— Signos especiales: manchas de sangre, semen y saliva en sábanas, suelo, césped o plantas, presencia de pelos y trozos de ropas, etc.

Dado el número creciente de agresores que utilizan preservativos durante la comisión de los hechos, estos deberán ser buscados incluso en papeleras cercanas, etc.

La búsqueda de indicios en el lugar de los hechos debe ser realizada de forma minuciosa, organizada y sistemática.

### VII. ASPECTOS MÉDICO-SOCIALES

Con el objeto de ofrecer a las víctimas de agresión sexual un apoyo integral médico, policial y jurídico que evite la victimización secundaria y les anime a la denuncia, se han puesto en marcha en los últimos años planes y medidas especiales de atención a las víctimas.

Tras el conocimiento de la agresión son posibles dos actuaciones:

a) Llevar a la víctima al hospital. El médico forense puede acudir e iniciar conjuntamente con los servicios clínicos del mismo, los estudios pertinentes.

b) Avisar directamente al juzgado de guardia y acudir a la clínica médico-forense.

En ambos lugares se puede proceder al estudio médico-legal y a la puesta en marcha de las medidas clínico-asistenciales ya citadas anteriormente.

Si el estado de la víctima lo permite se recogerá la primera declaración de los hechos y seguidamente con el organismo encargado de la recogida de muestras (policía judicial) se procederá al estudio y recogida de indicios.

Existen asociaciones que ofrecen apoyo, información y consejo a las víctimas en los diferentes aspectos que puedan ser de su interés.

Estas organizaciones son:

1/ Oficina de asistencia a mujeres violadas (Telf.: 976 208459).

2/ Instituto Nacional de la Mujer (Telf. : 900. 504. 405) que ofrece asistencia durante las 24 horas del día.

Estas organizaciones ponen al servicio de las víctimas un gabinete psicológico, un despacho de abogados, y el apoyo de asistentes sociales, etc.

La asistencia a las víctimas de este tipo de delitos vino a regularse específicamente por medio de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, en cuyo capítulo II de Asistencia a las víctimas se señala lo siguiente:

#### Art. 15. Deberes de información

«Los Jueces y Magistrados, miembros de la Carrera Fiscal, autoridades y funcionarios públicos que intervengan por razón de su cargo en la investigación de hechos que presenten caracteres de delitos dolosos o violentos y contra la libertad sexual, informarán a las presuntas víctimas sobre la posibilidad y procedimiento para solicitar las ayudas reguladas en esta Ley.

Las autoridades policiales encargadas de la investigación de hechos que presenten caracteres de delito recogerán en los atestados que instruyan todos los datos precisos de identificación de las víctimas y de las lesiones que se les aprecien. Asimismo, tienen la obligación de informar a la víctima sobre el curso de sus investigaciones, salvo que con ello se ponga en peligro su resultado.

En todas las fases del procedimiento de investigación el interrogatorio de la víctima deberá hacerse con respeto a su situación personal, a sus derechos y a su dignidad.

La víctima de un hecho que presente caracteres de delito, en el mismo momento de realizar la denuncia o, en todo caso, en su primera comparecencia ante el órgano competente, deberá ser informada en términos claros de las posibilidades de obtener en el proceso penal la restitución y reparación del daño sufrido y de las posibilidades de lograr el beneficio de la justicia gratuita. Igualmente, deberá ser informada de la fecha y lugar de celebración el juicio correspondiente y le será notificada personalmente la resolución que recaiga, aunque no sea parte en el proceso.

El Ministerio Fiscal cuidará de proteger a la víctima de toda publicidad no deseada que revele datos sobre su vida privada o su dignidad, pudiendo

do solicitar la celebración del proceso penal a puerta cerrada, de conformidad con lo previsto por la legislación procesal».

Artic. 16. Oficinas de asistencia a las víctimas.

«El Ministerio de Justicia e Interior procederá, de conformidad con las previsiones presupuestarias, a la implantación de Oficinas de asistencia a las víctimas en todas aquellas sedes de Juzgados y Tribunales o en todas aquellas Fiscalías en las que las necesidades lo exijan.

En relación con las actividades desarrolladas por estas oficinas, el Ministerio de Justicia e Interior podrá establecer convenios para la encomienda de gestión con las Comunidades Autónomas y con las Corporaciones locales».

De acuerdo con lo anterior en Zaragoza la Oficina de Asistencia a las Víctimas de Violación o Malos Tratos se encuentra ubicada en el Juzgado C/ Plaza del Pilar 1ª planta, y ofrece asesoramiento a las víctimas desde los primeros momentos hasta la puesta de la denuncia, asignación de un abogado, asistente social, psicólogo, etc.

Durante el año 2001 el número total de víctimas asistidas en esta oficina fue de 71 mujeres y 23 varones. 26 personas víctimas de agresiones sexuales hicieron uso de este servicio de las cuales 13 fueron mujeres y 13 hombres. Por otro lado 57 personas acudieron a pedir información, de ellas 43 eran mujeres y 14 eran hombres, ninguno de ellos siguió posteriormente el proceso de denuncia.

La atención integral a la víctima desde un primer momento es muy importante desde una perspectiva humana, social y judicial. Una labor bien realizada en un primer momento deriva en un gran beneficio para la Administración de Justicia, como ya hemos ido señalando a lo largo de este trabajo, pero además nos acerca al objetivo de la protección y apoyo integral a la víctima, lo que como médicos y como ciudadanos nos concierne y no debe dejarnos indiferentes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. ABBEY A. Alcohol-Related Sexual Assault: a Common Problem Among College Students. *J Study Alcohol Suppl* 2002, 3(14):118-128.
2. BASILE KC. Prevalence of Wife Rape and Intimate Partner Sexual Coercion in Nationally Representative Sample of Women. *Violence Vict* 2002, 17(5):511-524.
3. BONNET EFP. *Medicina Legal*. Buenos Aires:López Libreros,1980.
4. BRECKIN LR, ULMAN SE. The Roles of Victim and Offender Alcohol use in Sexual Assaults: Women Survey. *J Study Alcohol* 2002, 63(1):57-63.
5. BUGLAS R, BOWDEN P. *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Edimburgo:Churchil Livingstone, 1990.

6. BURGESS AW, HARTMAN CR, MCCORMACK A. Abused to Abuser: Antecedents of Socially Deviant Behaviours. *Am J Psychiatry* 1987,18(3):1431-1436.
7. BUSCH KA, CAVANAUGH JL. The Study of Multiple Murder: Preliminary Examination of the Interface between Epistemology and Methodology. *J Interpersonal Violence* 1986,1:5-23.
8. CAUTO DUCE JC. Aspectos Médico-legales de las Agresiones Sexuales en Países de Unión Europea. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Valencia, 1999.
9. ECKERT LO, SUGAR N, FINE D. Characteristics of Sexual Assault in Women with a Major Psychiatric Diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186 (6):1284-1288.
10. GUELDER M, GATH D, MAYON R. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford:Oxford University Press, 1986.
11. GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. Delitos Contra la Libertad Sexual. En: GISBERT CALABUIG JA (Ed) *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson, 1998:445-508.
12. GROSS AM, BENNET T, SLOAN L, MARX BP, JERGENS J. The Impact of Alcohol Expectancies on Male Perception of Female Sexual Arousal in Date Rape Analog. *Exp Clin Psychopharmacol* 2001, 9(4):380-388.
13. KOCIS RN, COOKSEY RW, IRWIN HJ. Psychological Profiling of Offender Characteristics from Crime Behaviours in Serial Rape Offences. *Int J Offender Ther Com Criminol* 2002, 46(2):144-169.
14. LANGEVIN R. *Sexual Strands: Understanding and Treating Anomalies in Men*. New Jersey:Eribaum, 1983.
15. LANGEVIN R. *Erotic Preference, Gender Identity, and Aggression in Men*. New Research Studies. New Jersey:Eribaum, 1985.
16. LUNA A, MARTÍNEZ F, OSUNA E, GARCÍA-FERRER R. Alcohol Consumption and Crimes against Sexual Freedom. *Med Law* 1988, 7(1):81-86.
17. MACCULOCH MJ, SNOWDEN PR, WOOD Pjw, MILLS HE. Sadistic fantasy, sadistic behaviour and offending. *Br J Psychiatry* 1983, 143:20-29.
18. MASTERS WH, JHONSON AE, KOLODNY RC. La Relación Coercitiva: Agresiones Sexuales. En: MASTERS WH, Johnson AE, Kolodny RC (eds). *La sexualidad Humana/2. Personalidad y Conducta Sexual*. Boston:Grijalbo, 1987.
19. MARTÍNEZ JARRETA MB, NIEVAS P, ABECIA E, HINOJAL R, BUDOWLE B. Haplotype Distribution of Nine Y-Chromosome STR-loci in two Northern Spanish Populations (Asturias and Aragon). *J Forensic Sci* 2002, 48(1):204-205.
20. MARTÍNEZ JARRETA MB. *La Prueba del ADN en Medicina Forense*. Barcelona:Masson, 1999.
21. MARTÍNEZ JARRETA M.B, ALMUZARA SAURAS I, HINOJAL FONSECA R, MARTÍNEZ CORDERO A, CASTELLANO ARROYO M. Estudio Médico-Legal del Delito de Violación. *Archivos de la Facultad de Medicina de Oviedo* 1995:27-88.
22. MILLAR G, STERMAC L, ADDISON M. Immediate and Delayed Treatment Seeking among Adult Sexual Assault Victims. *Women Health* 2002, 35(1):53-64.

23. MIRANDA R JR, MEYERSON LA, LONG PJ, MARX BP, SIMPSON SM. Sexual Assault and Alcohol use: Exploring the Self-Medication Hypothesis. *Violence Vict* 2002, 17(2): 205-217.
24. O'SHAUGHNESSY RJ. Violent Adolescent Sexual Offenders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2002, 11(4):749-765.
25. PODELL DM, KASTNER J, KASTNER S. Adolescents with Mental Retardation Perceptions of Sexual Abuse. *Am J Orthopsychy* 1996, 66(1):103-110.
26. POST T, STIGLMAYER A, BRAND J, WARNER MG, APARKMAN R. A partner of rape. *Newsweek* 1993,11:26-30.
27. QUINSEY V. Sexual Violence. En: BIBLASS R, BOWDEN P. (eds). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Edimbourgh:Churchill Livingstone 1990:563-585.
28. RADA RT. Alcoholism and Forcible Rape. *Am J Psychiatry* 1975, (132):444-446.
29. RESSLER RK, BURGESS AW, HARTMAN C, et al. Violent Crime. *FBI Law Enforcement Bull* 1985, 54(8).
30. REVITCH E. Sex Murder and the Potencial Sex Murderer. *Diseases of the Nervous System* 1965,26:640-646.
31. SIBIRATE I, DUVERNEUIL C, LORIN DE LA GRAND MAISON G, GUERRONACHE K, TEISSIERE F, DURIGON M, DE MAZANCOURT P. Y-STR DNA Amplification of Biological Evidence in Sexually Assaulted Female Victims with no Citological Deteccion de Spermatozoa. *Forensic Sci Int* 2002,125 (2):212-216.
32. TAYLOR WK. Collecting Evidence for Sexual Assault: The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *Int J of Gynecology and Obstetrics* 2002, 78(1):91-94.
33. TESFA M. The Impact of Men's Alcohol Consumption on Perpetration of Sexual Aggression. *Vlin Psychol Rev* 2002, 22(8):1239-1263.
34. TSUJI A, ISHIKA A, IKEDA N, YAMAGUCHI H. Personal Identification Using Y-Chromosomal Short Tandem Repeats from Bodily Fluids Mixed with Semen. *Am J Forensic Med Pathol* 2001, 22(3):288-291.
35. VARGAS ALVARADO E. *Medicina Forense y Deontología Médica. Ciencias Forenses para Médicos y Abogados*. México D.C.:Trillas, 1991.
36. WATS C, ZIMMERMAN C. Violence Against Women: Global Scope and Magnitude. *Lancet* 2002, 359:1232-1237.

## LA VIOLACIÓN EN EL MATRIMONIO

MARÍA CASTELLANO ARROYO<sup>1</sup> Y V. FERNÁNDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ<sup>2</sup>

**Resumen:** En el presente artículo se considera que el vínculo matrimonial conlleva una actitud generosa y comprensiva entre los cónyuges y, por extensión entre los convivientes, pero siempre con el respeto a las voluntades mutuas. Por ello, unas relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la coacción entrarían en la tipificación de las agresiones (violación) y/o abusos sexuales. En estos casos se debe seguir el protocolo de investigación común a estos delitos. La actuación médico-forense debe incluir la investigación del clima de violencia familiar, bastante común en estas ocasiones. Otro aspecto de interés es el apoyo que se debe ofrecer a la víctima para que supere con éxito el acontecimiento traumático de la violación y las agresiones físicas y psíquicas que suelen acompañarla.

Se proponen la creación de «Unidades de Valoración Médico-forense de Violencia Familiar» para una valoración integral e individualizada de cada caso.

**Palabras clave:** Violación en el matrimonio. Violencia familiar.

**Abstract:** In this paper to describe some characteristics of marital rape. It appears that marital rape is most likely to occur in relationships characterized by other forms of violence. This has led some researchers to argue that marital rape is just one extension of domestic violence.

The effects of sexual violence include anxiety, intense fear, depression, suicidal ideation and negative feelings and others disorders.

**Key words:** Marital rape. Domestic violence. Sexual Abuse.

---

<sup>1</sup> Catedrática de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. Universidad de Granada.

## INTRODUCCIÓN

El concepto más extendido de violación en los países desarrollados ha venido configurado por dos elementos: 1. Una conducta de importante contenido sexual y 2. Uso de fuerza física, intimidación o coacción, por parte del agresor para imponer esa conducta sin el consentimiento de la víctima.

1. Actualmente, el hecho o conducta, consiste en introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal, incluyéndose también en España la introducción de objetos por vía vaginal y anal. Sin embargo, inicialmente se penalizaba sólo la penetración por vía vaginal, lo cual daba lugar a que la víctima de violación fuera siempre una mujer y el agresor un hombre, exigiéndose durante mucho tiempo en varios países que la víctima fuera mujer de buena fama y reputación social e incluso doncella (virgen), valorándose, por lo tanto, como daño la pérdida de su honestidad, ya que el bien jurídico protegido era, la honestidad y no la libertad sexual. Posteriormente, (en España en 1979), se introdujo el concepto de libertad sexual como bien protegido y consecuentemente se tipificaba también la penetración por vía anal, añadiéndose en 1995 la penetración por vía oral, aunque en la redacción del Código penal de 1995 desaparecía el término de violación en la tipificación de los delitos contra la libertad sexual; la Ley Orgánica 11/1999 modificó esta redacción, incluyéndose de nuevo el término indicando «...cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años». Esta tipificación da lugar a que la víctima pueda ser tanto una mujer como un hombre.

2. La circunstancia es el uso de la fuerza física o la intimidación como elementos que anulan la capacidad de defensa de la víctima, bien por la desigualdad de fuerza o por la amenaza comprendida en la intimidación (armas, amenaza de dañar a otros, etc.).

Como se ha dicho, actualmente en todos los países civilizados se entiende por violación imponer por la fuerza o las amenazas una relación sexual consistente en penetración vaginal, anal o bucal, es decir, sin consentimiento de la víctima.

Los casos de violación más típicos y frecuentes tienen las siguientes características: la víctima es una mujer y se la somete a penetración vaginal y a veces anal y bucal por un/os agresor/es desconocidos haciendo uso de la fuerza o amenazas; la penetración anal y bucal en varones, en las mismas circunstancias es mucho menos frecuente.

Es un acto esencialmente violento, pero que se acompaña de un significado de dominación sobre la víctima que produce en el agresor un sentimiento de superioridad, de poder, de sometimiento y de dominación, que en muchos casos es origen de mayor satisfacción que el mero desahogo sexual; mientras que para la víctima significa vivencia de riesgo o peligro para su integridad física o su vida, intensa humillación y sentimiento de ser utilizada como un objeto, con gravísimo deterioro o pérdida del sentido gratificante de la sexualidad en su integridad patrimonial psicofísica. Esto nos permite decir que la violación no es nunca un acto que produzca satisfacción sexual a la víctima y en la mayoría de los casos carece de auténtico sentido sexual para el agresor.

## LA VIOLACIÓN EN EL MATRIMONIO

Todo lo que acabamos de decir es válido y puede aplicarse a una mujer y un hombre que están ligados por vínculo matrimonial o que comparten el mismo domicilio ligados por sentimientos de afectividad similares a los que se presume que existen entre un matrimonio.

Sin embargo, no siempre ha sido así. En Inglaterra, Sir Matthew Hale, Ministro de Justicia en el siglo XVII escribía que el marido no puede ser acusado de cometer violación contra su esposa porque el mutuo consentimiento matrimonial es un contrato que implica la entrega de sí misma a su esposo de la que no puede retractarse, el consentimiento al acto sexual es parte del contrato matrimonial. En EEUU, la definición de violación en 1983 era «relación sexual con una mujer que no fuera la esposa, sin su consentimiento», lo cual en palabras de Finkelhor y Yllo significaba una «licencia para violar».

La postura de excluir como delito de violación a la relación sexual impuesta en el matrimonio se ha justificado en las siguientes razones: 1) No reviste tanta gravedad porque el autor es conocido, se ha convivido con él y se han mantenido en otras ocasiones relaciones similares con consentimiento; a cuyas razones se pueden añadir que no es tan degradante ni ofensiva, puesto que en el matrimonio se comparten situaciones positivas y negativas y, en el fondo, el compromiso matrimonial implica una ayuda mutua en las necesidades. 2) La dificultad de probar el delito; se trata de un hecho normal entre esposos o convivientes, por lo que la calificación de delito se apoya no en el hecho sino en las circunstancias en que ocurre, la falta de consentimiento y la imposición del mismo. En definitiva el proceso se remitiría a contraponer una palabra contra otra, con imposi-

bilidad probatoria. 3) Aceptar la violación matrimonial significa favorecer muchas denuncias en las que esposas resentidas pretendan vengarse o conseguir mejores condiciones en un proceso de separación o divorcio.

Algunas de estas razones son discutidas por diversos autores, y.

Todas estas razones han mantenido hasta muy avanzado el siglo XX en todos los países de nuestro entorno una legislación que dejaba expresamente fuera de la penalización a la relación sexual matrimonial, o que no hacía mención a ella al tipificar los delitos sexuales; se daba así por hecho que en el matrimonio se presumía el mutuo consentimiento expresado a través del contrato matrimonial. Cuando se trataba de un matrimonio religioso, el vínculo sacramental transformaba en un deber moral atender la necesidad sexual del esposo, vinculando el acto impuesto al sentimiento de sacrificio, resignación y entrega debidos. Acorde con esto, se hacía mención al deber conyugal del remedio de la mutua concupiscencia, o del socorro mutuo en las necesidades sexuales, con el objetivo de mantener el matrimonio y la paz familiar.

En Inglaterra, en 1970 los movimientos sociales de derechos de la mujer consiguieron que se eliminara el que la relación sexual matrimonial no pudiera considerarse delito de violación.

El mismo movimiento se ha seguido en EEUU, el 5 de Julio de 1993 la violación matrimonial se consideró delito tipificado como ofensa sexual en 50 Estados, en 17 no se considera exención en el delito de violación, pero en 33 se consideran algunas excepciones para el procesamiento por violación del marido, por ejemplo, cuando la mujer padece enfermedad física, psíquica está inconsciente o durante el sueño, lo cual nos lleva a concluir que el procesamiento puede producirse por una forma de violación atenuada. En Europa, puede denunciarse, pero la dificultad está en la valoración de las pruebas. En Gran Bretaña en 1991 se produjo la primera condena indicándose en ella que se pueden pedir daños y perjuicio al violador; también en Australia se produjo la primera condena en 1991, sin ir unida a malos tratos. Otros países como Suiza y Noruega incluyen la violación matrimonial como delito, pero con penalidades mínimas.

La situación de la legislación española al no hacer ninguna referencia especial a la situación matrimonial (*«el que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años»*), permitiría la denuncia y el procesamiento de un marido o conviviente, en el caso de que fuera acusado, por lo que si los hechos y las circunstancias quedan probados la calificación jurídica indicaría la pena correspondiente, que como se ve en España son muy elevadas. El hecho de que el Código penal indique en el Capítulo V. DE LAS CIRCUNSTANCIA MIXTA DE PARENTESCO, en su artículo 23 *«Es circunstancia que puede atenuar o agravar la responsabilidad según la naturaleza, los motivos y los efectos del delito, ser el agraviado cónyuge o persona a quién se halle ligado de forma estable por análoga relación de*

*afectividad...»,* permitiría al Juez o tribunal interpretar como atenuante en una agresión o abuso sexual el que el agresor estuviera ligado por la mencionada relación de parentesco o afectividad.

## FRECUENCIA Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS SOCIALES

Como sucede con la mayoría de los delitos que se dan en la intimidad familiar, las denuncias o manifestaciones a través de encuestas suponen sólo la punta del iceberg, siendo presumible que representen un porcentaje mínimo de la realidad.

Rusell señala que encontró un 18% de respuestas afirmativas de mujeres que se reconocían víctimas de violación matrimonial en un estudio en 1976; un estudio similar en San Francisco en 930 mujeres arrojó una cifra del 14%<sup>5</sup>. Las cifras de Finkelhor y Yllo estaban entre el 10 y el 14% de las mujeres casadas, para ellos ocurre en todas las clases sociales. Garza-Aguilar y Diaz-Michel dicen en un artículo en el que describen las características de las víctimas de violación atendidas entre 1990 y 1996 en una Institución mejicana especializada que en el 11% de las denuncias el agresor había sido el esposo, pareja o concubino. La misma Diana Rusell señala que las cifras alemanas son del 18%. Son varios los autores que dan cifras similares.

No hemos encontrado cifras fiables de la violación en el matrimonio en España, ya que hasta ahora las denuncias se han presentado como una forma más de violencia familiar o doméstica.

En nuestra experiencia, en un trabajo realizado sobre las denuncias debidas a maltrato físico presentadas por mujeres en los Juzgados de Zaragoza entre 1990 y 1995 recogíamos el dato de que en el 8% de los casos, la agresión física se acompañaba de agresión sexual. Este dato se refiere a lo que describimos más adelante como violación en una relación de maltrato físico/psíquico. Sin embargo, en nuestro trabajo posterior en la Universidad de Granada, en la «Unidad de Valoración médico-forense de Violencia Familiar», venimos realizando entrevistas y valoración psicodiagnóstica completa de todos los miembros implicados en cada caso de violencia familiar, lo que nos ha llevado a recoger que en un 62% de los casos las víctimas han soportado una larga vida de relación matrimonial dominante en la que la imposición de relaciones sexuales en un momento determinado, había sido la regla; en un 18% de los casos se habían impuesto conductas como penetración oral o anal y en un 10% la agresión física se acompañaba de relación sexual impuesta.

## TIPOS DE VIOLACIÓN MATRIMONIAL

El tipo de violación suele estar de acuerdo con el tipo de relación matrimonial:

1) Violación en una relación de poder o dominancia. En ella el marido, con más frecuencia están casados, mantiene un rol de «señor» o «rey» al que hay que obedecer. Desde el comienzo del matrimonio se han establecido las bases de la relación, él manda y ordena y ella oye y obedece; ocurre en la misma forma para todas sus necesidades, pero en el tema sexual es más doloroso obedecer, por ello, puede insinuarse algún motivo como justificación a la negativa. La respuesta suele ser una explosión de rabia o insultos, por lo que la mujer se somete sin más oposición. Las consecuencias son: actuación pasiva, ausencia de participación y de placer, deseo de que pase pronto, vivencia de objeto...

2) Violación en una relación de maltrato físico/psíquico. Son matrimonios o parejas en las que el marido o compañero maltrata habitualmente a la mujer mediante insultos, palabras peyorativas, amenazas verbales y golpes, generalmente leves. No es infrecuente que tras un episodio de maltrato el agresor proponga a la mujer una relación sexual; en esas circunstancias lo habitual es la negativa, pero en ese clima de violencia y agresividad, se acaba prestando a la relación por temor al riesgo que corre su integridad física con el enfrentamiento y la negativa. Esta forma de relación sexual es para el agresor la culminación de la agresión, la cual extiende a todos los rincones del ser de la persona de la mujer, el físico, el psíquico, el moral; el hombre convierte así la relación en un acto de afirmación de su poder y superioridad. Estas circunstancias producen en la mujer la asociación entre la relación sexual, la violencia y la agresión, de manera que la ilusión y la fantasía de placer sexual se desvanecen para aparecer negativamente asociadas al miedo y al sufrimiento, elaborando un rechazo «universal» al sexo y a las relaciones sexuales.

3) Violación en una relación de obsesión sexual. El hombre tiene un alto nivel de necesidad sexual por lo que impone a la mujer un ritmo de frecuencia e intensidad fuera de lo habitual. En estos casos el rechazo lo justifica la mujer ante el hecho de que «lo único importante son los minutos de la relación». El hombre la busca y la impone directamente, sin preparación previa, ni rito alguno; busca obsesivamente la satisfacción y va directamente a ella sin tener en consideración a la mujer más que como objeto necesario para sus propósitos; el acto lo realiza aunque exista oposición, rechazo claro o actitud de desprecio.

4) Violación en una relación de búsqueda de experiencias / sádica /homosexual, etc. Se trataría en este caso de hombres que buscan en la relación sexual lo nuevo, o que sienten placer imponiendo a la mujer posturas o conductas que le causan dolor o que no desea, lo que lleva consigo un cierto nivel de placer paralelo al dolor de la víctima; en otros casos se trata de hombres que son homosexuales latentes o cuya homosexualidad está oculta con el matrimonio, pero que imponen a la mujer relaciones por vía anal o bucal, que ella rechaza y a las que claramente se opone. En estos casos, la mujer podría aceptar de buen grado una relación «natural» por vía vaginal, y el rechazo lo ofrece frente a propuestas que para ella son

desagradables, le dan asco, «no son buenas», etc. y a pesar de la oposición, el marido o compañero la obliga a ello.

Como se deriva de lo dicho hasta aquí la mujer experimenta sentimientos diferentes según las características de la relación matrimonial en la que se producen unas relaciones forzadas o impuestas.

En el caso de las relaciones de poder o dominancia, la mujer acepta el acto sexual como uno más de los impuestos por el marido, no participa en él más que como sujeto pasivo, y siente desagrado y rechazo hacia el sexo. En nuestra experiencia, suelen ser mujeres de más de 50 años, con un gran respeto a las normas sociales y con fuertes creencias religiosas; eso explica que en muchos casos se refugien en la fe y vivan de manera trascendente su existencia, por lo que soportan este papel de víctima en la relación sexual sin sacarlo de la intimidad familiar ni denunciarlo. En el caso de que el Médico de Familia u otro especialista tuviera conocimiento de la situación matrimonial de esta mujer, debería derivarla al Psiquiatra a los efectos de valorar el daño psíquico que esta situación le produce, de manera que, sin ocasionarle un trauma mayor del que sufre en este momento, pudiera salir de una convivencia matrimonial sin comunicación interpersonal y en condiciones de clara desigualdad.

El cambio cultural y educativo hace que las mujeres de menor edad exijan una relación sexual participativa, satisfactoria y en igualdad de condiciones.

Cuando la violación surge en una relación de maltrato físico/psíquico, como coronación de la humillación y el sometimiento de la víctima a todo tipo de vejaciones, incluida la sexual, estamos ante un hecho sumamente grave y claramente delictivo. Es un delito de lesiones de violencia familiar y, además esa violencia cobra carácter de agresión sexual en la forma de violación (si hay penetración vaginal, anal o bucal o introducción de objetos por las vías vaginal y anal). Es un caso en el que se impone la denuncia y en el que hay que ofrecer a la víctima todo el apoyo médico-psicológico que necesita y el apoyo legal y social para que salga de una convivencia tan nefasta. Estas son mujeres que presentan serios daños psíquicos, sobre todo si la convivencia violenta se ha mantenido durante mucho tiempo, o si ha sido especialmente dramática, ya que en algunos casos u ocasiones se ha podido producir amenaza con armas u objetos contundentes u otros.

A menudo estas mujeres necesitan tratamiento farmacológico que cure los cuadros de ansiedad, depresión o manifestaciones psicósomáticas que presenten; pero necesitan también y a más largo plazo, de psicoterapia que les ayude a recuperar su autoestima y el sentido placentero de la sexualidad, así como la experiencia de la libertad personal frente a otros individuos.

En el tipo de relación en la que el marido o compañero está esencialmente preocupado por el acto sexual, de tal manera que lo busca directa y

compulsivamente, entendemos que atropella el papel de participación de la mujer en el mismo, dejándola en un plano secundario y utilitarista. En estos casos, en nuestra experiencia la mujer se queja de ser sólo un objeto necesario para sus propósitos, por lo que siente que se somete a la relación sin deseo, con rechazo y sin satisfacción alguna. No es un caso tan grave como los anteriores, pero no es infrecuente que la mujer, al menos en algunas ocasiones llegue a experimentar una auténtica coacción moral (temor de que el marido busque en otra mujer o lugar la satisfacción etc). En estos casos es posible que no experimente peligro o riesgo de agresión física, pero en muchas ocasiones la experiencia sexual será altamente negativa, degradante y fuente de malestar psíquico.

En el caso de que el marido o compañero busque en la relación experiencias sexuales nuevas en forma de posiciones sexuales, uso de instrumentos, vestuario, productos estimulantes, participación de otras personas, visualización o grabación de imágenes, etc., las cuales sean rechazadas por la mujer, este rechazo debe ser respetado. Sólo en una relación de buena comunicación personal entre la pareja y acuerdo en la forma de llevar la relación puede recurrirse a este tipo de métodos que significan una modificación sobre lo tradicional que debe ser aceptada.

No es infrecuente que estas imposiciones se den en hombres con tendencias sádicas que precisamente provoquen la oposición de la mujer y el sometimiento como un elemento más de satisfacción sexual. Otras veces son varones con una homosexualidad manifiesta o latente que la han encubierto con el matrimonio y la satisfacen con penetraciones anales o bucales u otro tipo de actividades, en las que la mujer se utiliza como mero instrumento de placer.

## EFFECTOS DE LA VIOLACIÓN MATRIMONIAL

No es cierto que el obligar a la esposa o compañera a mantener relaciones sexuales cuando no desea hacerlo no tenga consecuencias negativas médico-psicológicas para la mujer. Así lo señalan numerosos autores,<sup>10</sup> y<sup>11</sup> y lo hemos comprobado en nuestra propia experiencia. Ahora bien, en nuestra opinión, una violación con uso de fuerza o intimidación realizada por un desconocido o por más de un agresor será más traumática para la mujer que la del esposo o compañero, en cuya relación están implícitos muchos más factores que se deben considerar en el conjunto de la agresión y que ofrecen más posibilidades de solucionar el problema de una convivencia violenta globalmente considerada.

Unas relaciones sexuales impuestas son expresión de una inadecuada relación de pareja.

La convivencia entre dos personas busca, habitualmente, la satisfacción y estabilidad emocional que da una buena comunicación interpersonal y los proyectos compartidos en armonía, comunicación que incluye una

buena relación sexual con respeto y entendimiento mutuo en el como, cuando y donde realizarla.

Cuando hay problemas de entendimiento y comunicación surgen problemas en la relación sexual y, por tanto el riesgo de que esta se solicite de manera inadecuada, lo cual propiciará una respuesta negativa, una aceptación resignada o una clara imposición más o menos grave.

Cuando las relaciones de pareja se desajustan y entran en una dinámica de hostilidad, de violencia verbal y de violencia física estamos ante un caso claro en el que las consecuencias médico-psicológicas son la norma. La gravedad de estas manifestaciones estará en relación con la personalidad de la víctima, la forma de agresión que sufre, la vivencia de riesgo que para su integridad física y su vida tienen las agresiones. De manera especial afectan las agresiones sexuales que, como hemos dicho atacan directamente a la dignidad de la persona, y a lo más íntimo y personal de la mujer que se siente utilizada como mero objeto o cosa.

Son los Médicos de Familia los que están más cerca de detectar «situaciones silenciosas» de maltrato, agresiones y abusos sexuales en el medio familiar, a través de cuadros y síntomas somáticos de origen psíquico. Las reacciones más inmediatas tras la agresión son la ansiedad, la tristeza, la desesperanza, ideas de suicidio, etc. Si la agresión se mantiene en el tiempo, los trastornos se estabilizan y aparecen en forma de tensión muscular con dolores cervicales y lumbares, cefaleas tensionales, hipertensión, trastornos del apetito con anorexia o bulimia, trastornos del sueño con insomnio, despertar precoz, pesadillas, etc. Cuando la agresión encierra alto nivel de violencia sexual pueden aparecer fobias sexuales, rechazo al contacto, flash-back o imágenes rápidas de las situaciones de agresión, depresión reactiva, etc.

En la entrevista clínica hay que interrogar sobre una convivencia violenta a nivel familiar como origen de estos síntomas; si esto se confirma hay que prestar a la mujer víctima toda la ayuda médico-psicológica que necesite para salir de la situación y elaborarla correctamente, de manera que pueda rehacer su vida y recuperar todas sus posibilidades vitales tanto afectivas como sexuales.

#### VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE DE LA VIOLACIÓN EN EL MEDIO FAMILIAR

La participación médico-forense en estos casos es muy importante. En principio, la exploración debe seguir el protocolo recogido en la presente monografía para las agresiones y abusos sexuales.

Sin embargo, como hemos señalado, la violación por parte del marido o el compañero aparece ligada a otras formas de violencia física y psíquica, por lo cual la pericia debe ser mucho más completa y hacerla extensiva

al ambiente familiar violento, lo cual no sucede ante abusos o violaciones producidas por desconocidos.

Nosotros en otras publicaciones nuestras hemos defendido la configuración de «Unidades de Violencia familiar» constituidas por equipos interdisciplinarios como el que, en este momento dirigimos, de manera que el estudio de cada caso proporcione un Informe completo de la dinámica familiar violenta, los papeles y actitudes del agresor y de la víctima sus personalidades respectivas, los daños físicos y psíquicos de la mujer, el riesgo y/o peligrosidad que el agresor representa para ella en cuanto a futuras agresiones y gravedad de las mismas, así como todo aquello que pueda ayudar a que la sentencia se ajuste a la realidad y gravedad del caso.

Cada caso será diferente, pero la estructura legal, social, económica y médica actual de España y, en general de todos los países desarrollados, tienen prevista una solución adecuada a cada situación y a cada persona y todos los que nos dedicamos a la tarea médico-forense hemos de colaborar con una intervención profesionalizada y responsable para que el Informe pericial cumpla el importante papel que tiene asignado ante estos delitos en los que las implicaciones meramente materiales alcanzan a los sentimientos, los afectos, la dignidad y lo más íntimo de la persona.

La sentencia que pueda castigar al responsable de violencia familiar es un paso más en la solución de estos casos, pero no pone punto final a la cuestión. En nuestra opinión y como complemento, desde las «Unidades de Valoración Médico-forense», o desde «Unidades de Intervención Familiar», con finalidad de ayudar a familias que sufren conflictos de convivencia que rocen o entren claramente en lo delictivo, se deben ofrecer ayudas terapéuticas a las víctimas con el objeto de que reciban el apoyo médico-psicológico necesario para superar con éxito el acontecimiento vital traumático, como ya se ha dicho en el presente trabajo.

#### A MODO DE CONCLUSIONES NOS PARECE INTERESANTE PONER DE MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

— No se puede aceptar la idea de que la pasividad y la resistencia es una característica femenina en sus relaciones sexuales; la mujer espera una relación sexual como expresión de amor, comunicación y respeto, no siente placer con el dolor, con la humillación o con el sometimiento.

— Es muy frecuente que la agresión sexual y la violación, así como el abuso se den en la relación de pareja como una forma más de maltrato físico y psicológico. Aunque estas conductas pueden darse, también, en el matrimonio o la vida en pareja como una forma habitual de demostración por parte del hombre de dominio y poder sobre la mujer y sin otras violencias.

— El contrato matrimonial significa un acuerdo de voluntades de compartir proyectos, situaciones diarias de preocupación, alegría, tristeza y felicidad, pero, siempre con el respeto a la dignidad mutua ya la voluntad del otro.

— Son más fáciles de probar la agresión, violación y el abuso sexual en la familia cuando coinciden con otras formas de agresión física y psíquica, pero ante una denuncia de violencia sexual aislada hay que actuar con el protocolo médico-forense previsto para las denuncias de este tipo. La Sociedad Española de Medicina Legal y Forense trabaja en este momento en coordinación con las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria en un Protocolo de violencia familiar y abusos sexuales en la familia.

— La mujer víctima de violencia sexual por parte de su marido o compañero necesita de un apoyo médico-psicológico que debe ser precoz y personalizado ya que los daños pueden ser graves y con riesgo de cronificarse.

— Proponemos la creación de «Unidades de Valoración Médico-forense de Violencia Familiar», como la que dirigimos en el Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Granada, desde las que puede hacerse una labor completa de esclarecimiento de los hechos y circunstancias, dinámica de la relación familiar violenta, estudio de la personalidad de la víctima y del agresor y medidas de apoyo médico-psicológico para superar con éxito la experiencia traumática y, valoración de la situación de los hijos y los posibles daños sobre ellos del ambiente familiar violento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. FINKELHOR D, YLLO K. Licence to rape: Sexual abuse of wives. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1985.
2. MAHONEY P, WILLIAMS L. Sexual assault in marriage: Prevalence, consequences and treatment of wife rape. In Jasinski J and Williams L (eds.). Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
3. SITTON J. Old wine in new bottles: The marital rape allowance. North Carolina law review 1993, 72:261-289.
4. ESKOW LR. The ultimate weapon? Demythologising spousal rape and reconceptualizing its prosecution. Stanford Law Review 1996, 48:677-709.
5. RUSSELL DFH. Rape in marriage. New York: Macmillan Press, 1990.
6. GARZA-AGUILAR J de la y DÍAZ-MICHEL E. Elementos para el estudio de la violación sexual. Salud Pública de México 1997, 39(6).
7. BARSHIS V. The Question of marital rape. Women's Studies International Forum 1983, 6:383-393.

8. CASTELLANO ARROYO Mº, ASO ESCARIO J, COBO PLANA JA, MARTÍNEZ JARRETA B. Datos Médicos Forenses de 1.485 agresiones denunciadas por mujeres. *Rev Esp Med Leg* 1998, 84-85:24-30.
9. CASTELLANO ARROYO Mº, ASO ESCARIO J, MARTÍNEZ JARRETA B. Ficha unificada para la recogida de datos de interés médico-legal en las agresiones. *Rev Esp Med Leg* 1998, 83:38-46.
10. CAMPBELL JC, ALFORD P. The dark consequences of marital rape. *American Journal of Nursing* 1989, 89:946-949.
11. National Clearinghouse on Marital and Date Rape. Berkeley, CA: State Law Chart, 1998.

## ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

MARINA S. GISBERT GRIFO\*

**Resumen:** En el presente trabajo se lleva a cabo un análisis de los diferentes aspectos del psiquismo que tienen importancia a la hora de estudiar los atentados contra la libertad sexual, tanto en lo que se refiere a la víctima como al autor de la agresión. En primer lugar, se hace un estudio de las consecuencias de la agresión a corto, medio y largo plazo en el adulto y en el niño. Posteriormente se repasa a fondo la psicopatología del autor, abarcando este estudio tanto las características generales y comunes a los agresores sexuales, como las propias aquellos que presentan enfermedades mentales. Finalmente, se lleva a cabo un análisis de la pericia psiquiátrica, que abarca los medios necesarios para realizar el diagnóstico, así como los elementos que permiten, por un lado, establecer la relación de la causalidad entre la agresión sufrida y los trastornos presentados y, por otro, la imputabilidad del autor.

**Palabras clave:** Delitos contra la libertad sexual. Consecuencias psíquicas de la agresión sexual. Agresión sexual en niños. Psicopatología del agresor sexual. Pericia psiquiátrica.

**Abstract:** In this work an analysis is made of the different aspects of psychism, which are important when studying attacks against sexual freedom, both with respect to the victim and the author of the aggression. Firstly, a study is made of the short, medium and long-term consequences in adults and in children. Later the psychopathology of the author is gone over in depth. This study covers both the general characteristics common to all sexual aggressors, and the typical characteristics of those who have mental illnesses. Finally, the psychiatric test is analysed, covering the necessary means to carry out the diagnosis, as well as the elements that permit, on the one hand, establishing the relationship of the causality between the aggression undergone and the problems presented and, on the other, the attributability of the author.

**Key words:** Crimes against sexual freedom. Psychiatric consequences of the sexual aggression. Sexual aggression in children. Psychopathology of the sexual aggressor. Psychiatric test.

---

\* Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia.

Los delitos contra la libertad sexual constituyen un problema en la sociedad actual que tiene repercusiones de gran trascendencia tanto para la víctima como para el colectivo social. Es bien conocida la relación entre este tipo de delitos y la psiquiatría y ello desde dos puntos de vista: por un lado, debido a las graves consecuencias psíquicas que pueden ocasionarse en las personas que han sido objeto de esta violencia y, de otra parte, por la existencia de determinados estados o alteraciones mentales en el autor que pueden dar lugar a modificaciones en la responsabilidad criminal. Estudiaré sucesivamente estos dos aspectos.

### CONSECUENCIAS PSICOLÓGICO PSIQUIÁTRICAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES

Para hacer un análisis de las consecuencias que, en la esfera del psiquismo, tiene las agresiones sexuales, repasaré sucesivamente las que aparecen más frecuente en el adulto y aquellas otras que son más características de las víctimas de corta edad.

#### CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN EN EL ADULTO (PSICOPATOLOGÍA DERIVADA DE LAS AGRESIONES SEXUALES)

Las violencias sexuales pueden conducir a la producción de cuadros mentales relativamente específicos de su origen traumático. Estas perturbaciones psicológicas pueden ser más o menos graves según el tipo de abuso y su duración, así como el tipo de personalidad de la víctima. No obstante, existen reacciones bastante comunes a todas las víctimas

#### Reacciones a corto plazo

Se encuentran consecuencias específicas más o menos marcadas según la violencia de los abusos y, sobre todo, por la vivencia que la víctima tiene del hecho. Aparecen cuadros de somatización con lloros, vómitos, temblores, etcétera. También se encuentran sueños delirantes, dificultades para centrar la ideas y, en un grado mayor, se puede llegar a verdaderos síndromes confusionales, a una desestructuración psicótica de corta duración en las personas predisuestas.

Es importante tener en cuenta cual ha es la actitud de la víctima inmediatamente después de la agresión. A este respecto se han de han descrito diferentes tipo de actitudes, algunas de las cuales son paradójicas:

- Agresividad verbal con deseos de venganza claramente dirigidos al agresor o a los hombres en general (actitud más frecuente en mujer
- Mutismo con postración, agitación o tristeza. La víctima se presenta indiferente a lo que le ha pasado.
- Confusión con inquietud, autoacusación y miedo a las represalias
- Calma anormal con sobriedad en las declaraciones y mucha colaboración.

Muchas veces la actitud está condicionada por la existencia de un estado de ebriedad, consumo de sustancias psicoactivas o por un tratamiento farmacológico psiquiátrico concomitante. En estas ocasiones es necesario llevar a cabo un examen neurológico estudiando particularmente el nivel de conciencia y el equilibrio.

#### Reacciones a medio plazo

Pueden aparecer reacciones de culpabilidad y el desarrollo de un síndrome de estrés postraumático: trastornos del sueño, dificultad de atención y concentración, fobias, rechazo de la sexualidad, lavarse de modo compulsivo y vómitos de repetición en caso de felaciones impuestas.

#### Reacciones a largo plazo

Son frecuentes hasta el punto de que se encuentran antecedentes de violencia sexual en muchos casos de personas que tienen una patología psiquiátrica sin relación aparentemente directa con un traumatismo. Entre los cuadros mentales que tienen relación específica con el origen traumático, se encuentran:

- Estados de estrés postraumático.
- Cuadros disociativos.
- Ciertos trastornos de la personalidad.
- Cuadros somatoformes.
- Alteraciones del comportamiento.
- Reacción silenciosa a la violación.

#### ESTADOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El síndrome de estrés postraumático se prolonga en ocasiones cronificándose con acentuación de las fobias, alteraciones de la sexualidad y de la identidad sexual. Pueden producirse alteraciones de las relaciones sociales, con disminución de la confianza en sí mismo, pérdida de la auto-

estima y depresión crónica. En ocasiones no se relaciona la aparición de determinados trastornos (trastornos del sueño, dificultad de atención y concentración, fobias) con agresiones sexuales, por lo que hay que hacer un buen estudio del paciente a los efectos de filiar el cuadro y poder ayudar a la víctima.

Son frecuentes después de todos los tipos de agresión sexual, sobre todo cuando esta se acompaña de violencia física. Se trata de un síndrome que se asocia a tres grandes grupos de síntomas:

- Traumatismo constantemente recordado.
- Embotamiento emocional con conductas de evitación de actividades, represión de afectos y amnesias.
- Hiperactividad neurovegetativa (cuadros de hipervigilancia, insomnio, irritabilidad).

La duración de estos cuadros es variable pero se puede estimar que la duración media es de 5 a 6 años en la agresiones violentas, lo que quiere decir que algunos síntomas no se prolonguen en el tiempo o no resuciten más tarde (en el caso, por ejemplo, de que el agresor salga de prisión).

Este síndrome de estrés postraumático, en los casos específicos a que me vengo refiriendo, suele seguir una evolución en siete fases:

1.<sup>a</sup> Reexperimentación del suceso. Se caracteriza por la aparición de alucinaciones y pesadillas, lo que repercute de manera notable en las relaciones con la propia pareja y condicionará la vida sexual posterior.

2.<sup>a</sup> Estado de apatía con falta de reacción y, en general, inhibición de la víctima ante todo tipo de estímulos.

3.<sup>a</sup> Se va produciendo un aumento de la capacidad de respuesta, pasando de la apatía a la hipervigilancia. Aparece el miedo a salir de noche el nervio, la tensión...

4.<sup>a</sup> Alteraciones de la memoria y de la concentración.

5.<sup>a</sup> Conductas de evitación fóbica.

6.<sup>a</sup> Trastornos del sueño.

7.<sup>a</sup> Mantenimiento y supervivencia del sentimiento de culpabilidad.

El cuadro puede ser muy grave, desde el punto de vista psíquico y debe ser valorado con mucho cuidado, siendo necesario tomar medidas lo más precozmente posible.

En los casos en que la agresión tenga lugar en el medio doméstico, es de gran utilidad contar con el trabajador social que aportará datos que faciliten el diagnóstico y la toma de medidas terapéuticas.

#### CUADROS DISOCIATIVOS

Se trata de cuadros que afectan de una manera u otra a la memoria, la conciencia o la identidad personal. Se distinguen:

— La amnesia disociativa o psicogenética: incapacidad, por razones psíquicas, de acordarse de algo importante.

— La fuga disociativa o amnésica: implica una salida del domicilio o del trabajo durante la que el sujeto no tiene clara su identidad personal o, en ocasiones, adquiere una nueva identidad, sin que esto afecte al sujeto en el espacio o el tiempo.

— La personalidad múltiples o identidad disociativa: es el más severo de estos cuadros. Consiste en la existencia simultánea de personalidades diferentes que controlan alternativamente el comportamiento del sujeto. Cuando está presente una identidad el paciente puede ser más o menos amnésico con respecto a las otras.

— La despersonalización: es un sentimiento de desconocimiento del propio cuerpo, del que el sujeto se siente separado (se mira desde fuera). Se acompaña a menudo de un sentimiento de irrealidad del mundo.

— Otros cuadros disociativos: se puede tratar de estados de posesión, estados crepusculares, hipnosis, estupor. Muchas veces son cuadros que se pueden asociar claramente con un síndrome de Ganser.

#### CIERTOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se ha hablado de muchos tipos de personalidad como condicionada por agresiones sexuales sin que este claramente demostrado. Se habla de personalidades psicopáticas y de personalidades límites, marcadas por la impulsividad, una vida caótica, comportamientos de riesgo y comportamientos antisociales.

La personalidad límite es la propia de sentimientos desagradables y recurrentes de abandono de sí mismo y de baja autoestima.

#### CUADROS SOMATOFORMES

La aparición de cuadros somáticos de origen psíquico, como consecuencia de los traumatismos, es relativamente frecuente. Se trata de cuadros de conversión (produce una alteración de la capacidad psíquica dando lugar a unas manifestaciones monosintomáticas), somatización (sobre todo aparecen manifestaciones gastro-intestinales, cardio-respiratorias, pseudoneurológicas o ginecológicas) e hipocondría (creencia de tener una enfermedad, con frecuencia el SIDA, incluso acompañada de síntomas).

#### ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

Puede tratarse de adicción a alcohol o a otras drogas, tentativas de suicidio, comportamientos autoagresivos y cuadros de desinserción social con marginalidad y prostitución.

#### REACCIÓN SILENCIOSA A LA VIOLACIÓN

Este cuadro se ha descrito como una perturbación caracterizada por su alta carga psicológica, por lo que son especialmente importantes los síntomas propios de los cuadros de ansiedad: silencios, bloqueos, tartamudeos, distrés físico, irritabilidad, reacciones fóbicas, pérdida de autoestima, miedo a salir, rechazo al marido.

Esta conducta debe ser valorada por el médico de familia (que es el que la suele conocer) porque se corresponde con los casos no denunciados, en los que no al no haber denuncia no hay, lógicamente, actuación pericial. Debe servir de señal de alarma y su detección es importante porque sería la forma de conocer la situación, fase imprescindible para poner en marcha medidas terapéuticas.

#### FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA APARICIÓN DE ESTOS CUADROS

Todas las consecuencias psíquicas que han sido descritas pueden verse modificadas en función de diversos factores, como son:

— El sexo de la víctima. No son radicalmente distintas, pero en el caso del hombre se corresponden más con el ansia de venganza y de degradación del autor, lo que lleva consigo un envilecimiento y en ocasiones una negación de su virilidad.

— La edad de la víctima. Ya he señalado que en el caso de los niños la sintomatología es a veces menos llamativa que en el adulto; el niño no habla, no expresa pero aparecen modificaciones de conducta como son el rechazo a las relaciones con los demás, trastornos escolares. Más adelante se analizarán detenidamente las reacciones más propias de los niños.

— El que se trate de una agresión aislada o, por el contrario, sea un caso de abusos reiterados. En el primer caso se encuentra el cuadro descrito; en el segundo y cuando la víctima es un niño se desarrolla una personalidad marcada por la angustia, por la fobia, la imagen negativa de sí mismo, la tendencia depresiva. En el caso de las niñas a veces hay una pseudo-madurez que las lleva a adoptar el rol maternal con los demás.

— La actitud del agresor. Si el atentado sexual es violento los síntomas descritos a corto plazo son muy importantes. En el caso contrario y sobre todo en el caso de atentados crónicos lo más importante es la contradicción que se establece en la víctima que puede estar muy culpabilizada y

este es un terreno propicio para la depresión y para el desarrollo de problemas a largo plazo.

— La personalidad de la víctima. Es el factor más importante. Ciertas personalidades se ven poco afectadas porque utilizan inmediatamente los mecanismos de defensa que le permiten dar la auténtica significación a la agresión. La culpabilidad en estos casos está descartada. La víctima reconoce tanto lo anormal de la agresión como el hecho de que es un acto culpable; en estos casos desarrolla una sentimiento de agresividad y de cólera hacia el agresor y no se siente culpable por denunciarlo ni por la pena que le va a corresponder.

En otros casos, por el contrario, la violación actúa sobre las alteraciones preexistentes. En los histéricos se rechaza la sexualidad y reviven de forma continuadas la situación dándole una significación simbólica de tipo sexual a todas las situaciones. Los cuadros ansiosos y la desestructuración son las consecuencias más importantes perturbándose de forma importante la sexualidad posterior.

En el caso de los psicóticos se puede observar una agravación de la sintomatología.

En todos casos, no es raro que la violación acentúe los rasgos patológicos de la personalidad y agudice las descompensaciones.

— La reacción del entorno. Que influye sobre todo en el caso de los niños. Es frecuente que los adultos no quieran hablar del hecho acaecido; esto puede conducir a un desarrollo de las fobias en cuanto a la sexualidad generando también la culpabilidad y una incapacidad para fijar las fronteras entre sexos y generaciones. En el caso del adulto el papel del entorno es menos importante.

De todas formas la mayor parte de los autores coinciden en señalar que las violencias sexuales se encuentran entre las primeras causas de traumatismos psíquico que tienen unas características especiales con respecto a otros tipos de traumatismos psíquicos.

Todos estos cuadros son considerados con mucha frecuencia como estabilizados y, por lo tanto, las secuelas que deberán ser valoradas como daños psíquicos, pero en un número significativo de casos, si son bien tratados llegarán a desaparecer.

#### CONSECUENCIAS PSÍQUICAS EN CASOS ESPECIALES

*Agresión de la cita.* Se da en ocasiones en las que la víctima conoce al autor (más frecuente en mujeres). La víctima acude a una cita con el que va a ser su agresor, aceptando un cierto grado de confianza o intimidad: acepta recibirlo en su casa o ir a su domicilio; entonces el autor decide mantener una relación sexual y la impone bien por presión moral, bien

por agresión verbal (aunque normalmente sin violencia física). Habitualmente concurre un cierto grado de embriaguez, que incluso puede ser más importante en la víctima que en el agresor. Este acto es vívido como una agresión por abuso de confianza. Las consecuencias psicológicas para la víctima de este tipo de agresión son en ocasiones tan graves como las que se producen en una agresión con violencia psíquica cometida por un desconocido e incluso muchas veces son reforzadas porque la víctima, con frecuencia, es acusada de haber facilitado la agresión.

*Agresiones colectivas.* Se han descrito estas situaciones en las que el comportamiento de la víctima, en cuanto al consentimiento, se ha catalogado esencialmente de tres maneras: consentimiento impulsivo, consentimiento por inhibición de las reacciones de defensa y consentimiento verdadero (por inmadurez de la víctima habitualmente). En estos casos la víctima suele ser muy joven (con frecuencia entre 13 y 15 años). Curiosamente las consecuencias psíquicas a largo plazo no son muy graves, aunque si que pueden marcar la sexualidad futura

#### VICTIMIZACIÓN

La agresión sexual puede dar lugar a una serie de cambios de la víctima que se establecen y mantienen entre el segundo día y los tres meses después de la agresión. Las consecuencias de este proceso son las siguientes:

1. **Negación de lo sucedido** como mecanismo de defensa de los sentimientos contradictorios hacia el delito y la atribución de la causalidad (Barr, 1986). La negación se enfrenta a la posibilidad de interposición de una denuncia. Es beneficiosa durante los 15 primeros días porque permite controlar la ansiedad, pero no es buena si hay lesiones físicas (Silver, 1980).

2. **Cambios en los sistemas de creencias.** Todas las personas estructuramos la comprensión del mundo en función de sistemas conceptuales como «la teoría de la realidad, la estructura de significados, los modelos del mundo» de tal manera que percibimos el mundo como ordenado, estable y predecible. El delito acaba:

a) Con la creencia de «invulnerabilidad». Esto dificulta la capacidad de adaptarse a la realidad que exigiría precaución y defensa. Cuanto mayor es la creencia de invulnerabilidad mayor es la dificultad para afrontar la situación. La vulnerabilidad que se establece después del delito significa un aumento de la impotencia ante la vida y una disminución del optimismo hacia el futuro, generando la idea de que el mundo es hostil y, por ello, conductas de evitación.

b) Con la percepción de que el mundo esta bajo control o que tiene un significado. Con anterioridad al delito el mundo era para la persona un lugar controlable y con sentido, después del delito la víctima reacciona

con reactancia, es decir se enfada porque creía que podía controlar las circunstancias que la rodean. Además se siente indefensa, habiendo sido aprehendida esta indefensión en un corto espacio de tiempo. Así el mundo se transforma en peligroso y esto condiciona una disminución de su autonomía, cambios en los hábitos, etcétera. Cuanto más negativo es el suceso más control autoprotector general en la víctima.

c) Con la percepción del mundo como algo positivo. Es la sensación de injusticia que se refleja en «esto no me puede haber pasado a mí» o «no me merezco esto» ya que, en un mundo justo, uno obtiene lo que se merece. Esto genera dos actitudes en la víctima:

- Desarrollo de tácticas para eliminar la amenaza que el hecho significa para la existencia o el mantenimiento de un mundo justo

- Desarrollo de estrategias que protegen la creencia de que existen contradicciones. Cuanto mayor es la creencia en un mundo justo, mayor es la dificultad para afrontar la situación.

3. **Comparación social.** La víctima intenta explicarse lo sucedido por comparación con lo sucedido a otras personas menos afortunadas, llegando al convencimiento de que «podía haber sido peor». Pero también se plantea «¿por qué yo?» y esto, en función del nivel de autoestima, puede ser muy negativo para la víctima.

4. **Procesos de atribución.** Responden a la pregunta «¿Por qué me sucede esto?». Se aprende a buscar respuestas y a vivir con ellas. Durante el primer mes existe un pensamiento obsesivo con lo sucedido, con lo que uno hizo, con lo que no hizo y con lo que debería haber hecho. En el segundo mes se comprende que no se saca ningún beneficio de esta postura y se pasa a considerar el presente y el futuro más que el pasado y a buscar la autentica atribución de la culpabilidad que puede resultar externa (son otros los culpables) o interna (autoinculpación).

La autoinculpación puede ser caracterial: se basa en la estructura del propio carácter: soy así, o comportamental: se basa en la propia actitud. La autoinculpación dificulta la denuncia porque además lleva consigo una falta de confianza en los jueces y policías.

Se dice que la autoinculpación es adaptativa cuando lleva a la víctima a retornar a una creencia de control sobre el entorno, por los efectos que tiene sobre el estrés.

Las funciones básicas de la autoinculpación son las siguientes: posibilitar que la víctima sea capaz de controlar las situaciones que se le presentan en el futuro, mantener la concepción de un mundo justo y ordenado y hallar una significación personal en el hecho.

La autoinculpación comportamental es muy superior a la caracterial.

La culpabilidad corresponde a la necesidad, para el psiquismo de la víctima, de reconstruir lo que se produjo y así poder reprocharse el haber aceptado una cita, el haber pasado por un determinado barrio a una determinada hora, el ir sola con varios hombres. Esta culpabilidad se auto-entretiene y podrá convertirse en un síndrome depresivo.

Por otra parte, la atribución al azar posee efectos más positivos sobre el afrontamiento que la autoinculpación. Pero en cambio, genera sentimientos negativos de ira, impotencia, venganza...

5. **Futuro Negativo.** Es de mal pronóstico si permanece en el tiempo y sobre todo si se va incrementando. La víctima cree que a partir de ese momento «ya nada será igual» y naturalmente esta sensación es mayor en el caso de que hayan quedado secuelas físicas.

6. **Sentimientos negativos.** Los más importantes son los sentimientos de miedo, de vergüenza e ira. El miedo tiende a modificar las costumbres, que aísla en la casa por motivos de seguridad (a no ser que el agresor sea el marido) y que conduce a una hipervigilancia. A ello se añade el temor inducido si el autor es conocido y ha amenazado a la víctima.

La vergüenza está poco estudiada, si bien se sabe que es muy importante socialmente, llegando a estigmatizar a la víctima de forma importante.

La ira se genera como consecuencia de la humillación, de la indefensión y por la injusticia. Decece rápidamente. En general este sentimiento se crítica en la mujer y no en el hombre.

7. **La ruptura de la vida cotidiana.** Lleva consigo la separación de la pareja que se produce en un 60% de las violaciones, cambios de domicilio, pérdida de capacidad para tomar decisiones. Esto se ve agravado porque se añade la dificultad de los familiares para saber que hacer y para saber enfrentarse a la situación.

8. **Pérdida de autoestima.** Es variable en función de distintos factores como son: el grado de humillación que haya acompañado a la agresión sexual, el tipo de agresión, la afectación física y la reacción del entorno social ante estos hechos.

9. **Deseos de autodestrucción.** Son consecuencia de la vergüenza, de la visión negativa del futuro y de la depresión ocasionada. Se concretan en la automutilación, el consumo de alcohol y otras drogas, las conductas temerarias o de riesgo e incluso el suicidio.

10. **Efectos psicofisiológicos.** Alteración de las funciones autónomas que en las primeras semanas pueden concretarse en dificultades para tragar, desmayos, temblores, sudores y vómitos, entre otros síntomas. A medio plazo se mantienen una pérdida de apetito y los trastornos del sueño que se prolongan a largo plazo con aparición o mantenimiento de terrores nocturnos.

Se ha relacionado el establecimiento de la victimización secundaria con niveles altos de psicoticismo, considerándose que, sobre todo en el

caso de que la agresión tenga lugar en el medio doméstico (siendo el autor la propia pareja), influyen otros factores como son: la ayuda de familiares, de amigos y la existencia de otros contactos sociales, así como tener hijos pequeños.

### CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN LOS NIÑOS

Es muy frecuente que la agresión sexual a los niños tenga lugar en la propia familia y, por lo tanto, están muy influenciados por el contexto familiar. Los llamados juegos sexuales entre niños con no poca frecuencia pueden ser vividos como una verdadera agresión por uno de ellos.

Dentro del concepto de abuso sexual de menores hay que incluir otro tipo de actos, entre los que cabe destacar la utilización con fines pornográficos.

La aparición de consecuencias psicológicas viene condicionada por múltiples factores entre los que hay que resaltar: la naturaleza de la agresión, el entorno psicoafectivo del niño, el carácter aislado o repetido de las agresión, que exista violencia física añadida o que exista también violencia psíquica. En cualquier caso, los más frecuente son:

#### EFFECTOS A CORTO PLAZO

*Reacciones emocionales y percepción de si mismo.* En un estudio realizado por Francis (1969) encontró que el 66% de las víctimas presentan trastornos emocionales de los cuales el 14% son importantes y el 52% son graves. Anderson y colaboradores encuentran que el 63% presentó trastornos del sueño, de la alimentación, de la afectividad, con estados depresivos, así como sentimientos de culpabilidad, de vergüenza y de ira. Estos valores aumentan si la agresión ha tenido lugar en el seno del núcleo familiar. Hay autores que recogen diferencias en la frecuencia de aparición de estos trastornos en función de la edad, siendo más frecuentes entre los 7 y los 13 años. La mayoría de los niños tienen sentimientos de miedo intenso, de agresividad, de hostilidad y en los de 7 a 13 años aparecen también culpabilidad y vergüenza.

*Depresión.* Se ha encontrado en el 25% de los casos con disminución de autoestima y trastornos somáticos añadidos, sobre todo en la alimentación y en el sueño

Sobre la sexualidad se han descrito *trastornos del comportamiento* con masturbaciones precoces realizadas abiertamente por niños de entre 4 y 6 años, así como curiosidad sexual excesiva, exhibicionismo, etc.

*Sobre la vida social* las consecuencias son variables. Algunos niños tienen problemas escolares, con faltas de asistencia repetidas, matrimonios preco-

ces, abandonos de domicilio antes de los 18 años. En los centros para niños delincuentes entre el 32 y el 51 % de los niños sufrieron abusos sexuales.

El *cuadro de estrés postraumático* es menos frecuente que en el adulto, pero cuando aparece se caracteriza por que el niño revive la agresión cuando algún acontecimiento se lo sugiere; esto le produce miedo que se acompaña de trastornos diversos: astenia, búsqueda de afecto, ansiedad, hipervigilancia, trastornos de la concentración y trastornos de la memoria. Suele durar alrededor de 6 meses.

#### EFFECTOS A LARGO PLAZO

*Reacciones emocionales y de la percepción de sí mismo.* La depresión es el síntoma más común, siendo alto el riesgo de la autoproducción de lesiones y tentativas de suicidio. Hay dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales con hostilidad y miedo a quedarse solo con adultos.

*Trastornos sexuales.* Es muy frecuente la aparición de comportamientos sexuales compulsivos y de inapetencia o frigidez en la época de adulto. Hay trabajos que establecen que un porcentaje importante de prostitutas sufrieron abusos sexuales en su infancia. Esto se agrava si la violencia sexual proviene de una figura paternal (padre o abuelo) si el contacto se ha acompañado de violencia física y si el niño es muy joven. La influencia de agresiones sexuales en el establecimiento de procesos mentales patológicos es difícil de evaluar, pero hay estudios que establecen esta relación, encontrándola en el origen de cuadros de agitación, comportamientos agresivos, ideas delirantes relacionadas con temas sexuales y comportamientos sexuales compulsivos.

En general todas consecuencias son más limitadas en un niño muy pequeño que, en principio, no tiene conciencia de haber sido objeto de un abuso.

#### SIGNOS DE ALARMA

En general deben considerarse como tales:

- a) Las consecuencias físicas directas de la agresión: traumatismos perineales, embarazo, infecciones urinarias y genitales, ETS.
- b) Las alteraciones psicosomáticas sin soporte orgánico secundarias a la alteración afectiva: enuresis, encopresia, alteraciones del comportamiento alimentario (bulimia, anorexia), disminución brusca e inexplicable del rendimiento escolar, fugas o negativa a ir a casa de uno de los padres si están separados, irritabilidad, automutilación o tentativas de suicidio, brusismo y tricotilomania.

En general ante cualquier cambio brusco de comportamiento en el niño debe pensarse en ésta posibilidad. Asimismo en todos los casos de

niños maltratados debe pensarse en la posibilidad añadida de una agresión sexual.

## PSICOPATOLOGÍA DEL AUTOR

Las características psicopatológica de los autores de este tipo de delitos responden a una imagen popular que representa al violador como un gran enfermo mental, perverso y, en general, sádico. La realidad nos muestra que, a menudo, es una persona que no presenta cuadros psiquiátricos específicamente etiquetados, incluso no existe un patrón de personalidad uniforme. De hecho, en distintas series de agresores sexuales estudiadas, no se ha encontrado mayor incidencia de patología psiquiátrica que en la población general.

No es raro que el autor de estos delitos lleve a cabo una vida normal en el resto de los aspectos; muchos autores encuentran en delincuentes sexuales penados que su comportamiento en los centros donde se encuentran cumpliendo la condena es no solo bueno, sino incluso ejemplar, sin plantear conflictos con otros reclusos ni con el personal del centro, siendo escasísimas las sanciones disciplinarias.

En general no hay importantes diferencias en función del tipo de agresión sexual, pudiéndose encontrar tanto sujetos sanos como enfermos en cualquier tipo de agresión sexual.

A efectos prácticos podemos establecer dos grandes grupos.

### EL AGRESOR ENFERMO MENTAL

La existencia de una verdadera enfermedad mental es poco frecuente, representando solo el 10-15% de los casos. Se trata en la mayor parte de los casos de enfermedades específicas.

— Trastornos del desarrollo sobre en grados medios y ligeros, correspondiendo a sus características habituales: son cómplices de otros sujetos a los que acompañan y siguen, actuando a veces como comparsas. Si actúan solos es por su incapacidad para dominar sus pulsiones.

— Alcoholismo. En la literatura científica se comprueba de forma sistemática el consumo de alcohol entre los sujetos que cometen agresiones sexuales, siendo muchos menos frecuente el consumo de otras drogas.

El alcohol es un gran colaborador del paso al acto sexual asociándose a menudo a retrasos del desarrollo. Deshinibe las pulsiones. En ocasiones el alcoholismo crónico comporta una disminución habitual del sentido ético, siendo a menudo causa de las agresiones en el medio familiar a la propia compañera o a los hijos.

— Personalidad psicopática. Son personas caracterizadas por su impulsividad, su inestabilidad, su intolerancia a la frustración y la necesidad de

la realización inmediata de sus deseos. Muy a menudo se asocia el consumo de alcohol u otros tóxicos lo que aun facilita más el paso al acto.

Estos tres cuadros permiten establecer, de forma general las características mentales de los agresores sexuales, aunque existen también determinados procesos específicos:

— **Manía:** En esta patología el sujeto presenta una gran excitación intelectual, afectiva y sexual. Se siente muy seguro de sí mismo y tiene la impresión de que se lo puede permitir todo. Tiene una gran hiperactividad. Su capacidad de juicio esta alterada en relación con esto.

— **Esquizofrenia.** En esta psicosis el sujeto vive una realidad sostenida a menudo por un delirio con una aprehensión muy particular del mundo exterior. De hecho en ciertos casos la agresión es muy salvaje, muy violenta e incomprensible, pero con una marcada relación con el contenido del delirio.

— **Parafilias.** Utilización de un medio o de un objeto inadecuado para satisfacer la sexualidad con separación total entre la afectividad y la pulsión sexual. El sádico que encuentra su placer en el sufrimiento del otro, el necrófago, con los muertos, el gerontofílico, con ancianos, etc.

Estos casos son en general bastante fáciles de diagnosticar por la repetición de los actos, por la ausencia de culpabilidad y por el hecho de que el sujeto repite de forma algo estereotipada el escenario de la agresión hasta que le da satisfacción.

En cualquier caso la existencia de conductas parafilicas no tienen porque llevar consigo una conducta delictiva que solo aparecerá cuando sea muy difícil de dominar por parte del sujeto.

En otras situaciones podemos encontrar indicios de una enfermedad mental en la que el paso a la agresión sexual no es más que un aspecto muy parcial, como en algunos casos de demencias o de depresión.

#### CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS COMUNES A LOS AGRESORES SEXUALES

En muchos casos el agresor considera el acto sexual impuesto no como una agresión propiamente dicha sino como un acto de naturaleza sexual, porque no diferencia bien la agresividad de la sexualidad. Se trata de sujetos que han quedado fijados en un estado muy infantil de su desarrollo psíquico y por ello no entienden el acto sexual como algo mutuo, como algo que puede dar y recoger placer, como un acto recíproco.

Los agresores en muchos casos tienen una personalidad incompletamente desarrollada. Son sujetos insatisfechos de sus experiencias sexuales y consideran a sus parejas como objetos de obtención de placer más que como personas.

Una primera aproximación a sus características psíquicas se puede inferir del análisis de lo que dicen tras la agresión.

— Los más se refugian en una negación total de la agresión demostrando su incapacidad de aceptar y en cualquier caso de verbalizar su acto.

— En menos casos utilizan los fenómenos de proyección, justificándose en la provocación y/o participación activa de la víctima.

— Algunos, que reconocen su acto, no lo comprenden como una agresión porque no son capaces de interpretar el rechazo de la víctima y piensan un en comportamiento pasivo.

— Otros, por fin, más neuróticos reconocen el acto y se sienten culpables, pero se sienten pocos capaces de analizar la causa y encontrar las razones de su acto.

A partir de estas ideas, aunque incompletas, se pueden establecer unos principios generales para evaluar el potencial de los sujetos de pasar al acto sexual:

1. La dificultad de verbalizar. Hay una dificultad para expresar en palabras lo que sienten. De hecho sus pulsiones se presentan en cortocircuito sin haber pasado el filtro de una reflexión. Sus deseos se convierten inmediatamente en actos. Entienden que se trata de una infracción pero son incapaces de sentirse culpables.

2. La proyección paranoide. El sujeto utiliza un mecanismo de defensa, en el sentido psicoanalítico del término, que consiste en localizar en el exterior los sentimientos o los afectos internos. Para ellos es el otro el que provoca, el que seduce. Esta característica puede acentuar la cólera contra el otro al que ve como desencadenador del drama y ello le genera una ansiedad que aun facilita el paso al acto.

3. La relación de apropiación. El agresor utiliza a la víctima no como pareja sino como objeto de placer estableciendo una relación de dominio que se basa en su propia superioridad. Es quizá una de las actitudes más frecuentes. No es capaz de comprender en las consecuencias que puede tener la agresión para la víctima porque la ve como algo que no siente (un objeto).

4. La anticipación al fracaso. Son sujetos muy frágiles que no pueden aceptar un rechazo y solo pensar en ello les genera una angustia insoportable. Pensando que se va a producir en rechazo y viviéndolo como una verdadera catástrofe no son capaces de solicitar nada a la pareja y ello les conduce a saltar la etapa de los preliminares al acto sexual imponiendo un acto que todavía no le ha sido rechazado.

Estas características pueden superponerse. La dificultad de verbalizar lleva al rechazo por la incapacidad de explicarse. Los mecanismos proyectivos son causas de rechazo porque suponen efectos agresivos.

Estas características son las más frecuentes en los casos de agresores violentos, pero se encuentran también en los que abusan de niños y en los agresores colectivos.

Se han descrito, entre los autores de las agresiones colectivas, 4 grupos claramente diferenciados:

1. Tipo lúdico. Agresión como juego. Edad entre 18-20 años.
2. Tipo amoral. Capaz de agresiones muy violentas. Habitualmente líder de un grupo.
3. Tipo banal. Entre 14 y 17 años. Las agresiones no son violentas, se ejerce solo una ligera presión física. No hay una motivación precisa. La agresión se entiende como una experimentación.
4. Tipo anodino. Lleva a cabo la acción sin presión física.

## PERICIA PSIQUIÁTRICA

### DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

El diagnóstico en psiquiatría ofrece siempre una notable dificultad que se ve aumentada en los casos periciales porque en ellos confluyen una serie de factores que voy a señalar de manera somera.

Lo primero que se debe tener en cuenta es que el delincuente, cuando se somete a un reconocimiento de esta naturaleza, no busca una solución terapéutica a un problema concreto, como ocurre en la clínica psiquiátrica, sino que pretende, en la mayoría de las ocasiones, obtener un beneficio que se traduce en la disminución de la pena o, incluso la evitación del castigo.

Por otra parte, en muchas de las ocasiones, no ha sido el propio paciente el que ha escogido al perito, sino que este le es impuesto, habitualmente, por la autoridad judicial que ordena el reconocimiento. Pero aún en el caso en que se trate de una valoración realizada en el ámbito privado, a petición del propio sujeto, la relación con el médico psiquiatra se verá condicionada por el beneficio que el delincuente espera obtener del informe.

También es importante tener en cuenta que, en función de lo dispuesto en las leyes procesales, tanto la autoridad judicial como las partes o sus representantes legales tienen derecho a estar presentes durante la realización de la prueba pericial. En no pocas ocasiones el reconocimiento pericial se lleva a cabo en un Centro penitenciario o en las dependencias anexas al Juzgado de Guardia, con la necesaria presencia de los agentes de las Fuerzas de Seguridad. Todo esto, lógicamente, significa un grave problema ya que el sujeto objeto del examen tiene que desvelar su intimidad psi-

quica durante el mismo y esta falta de intimidad dificulta de modo particular la práctica de un reconocimiento psiquiátrico adecuado.

Finalmente, hay que considerar que muchas veces la repetición del examen del inculcado es muy difícil, si no imposible, siendo esto particularmente importante ya que entonces habrá que unificar en un solo acto todo el acto pericial y esto, teniendo en cuenta que la duración de cada reconocimiento no debe ser excesivamente larga y que, en muchos casos, es imprescindible la realización de pruebas complementarias, supone un grave problema.

Por lo que se refiere a la víctima cabe hacer análogas consideraciones.

Pero a pesar de todo ello, es absolutamente necesario partir del diagnóstico psiquiátrico. Vamos a ver, pues, cual es la sistemática adecuada para el estudio psiquiátrico, a los efectos de valorar la conducta criminal o de establecer las consecuencias de la agresión. Dicha sistemática pasa por las siguientes fases:

- Entrevista psiquiátrica.
- Examen clínico.
  - Exploración psicopatológico.
  - Exploración física.
- Pruebas complementarias.

#### ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

La entrevista psiquiátrica es la principal herramienta del trabajo del psiquiatra ya que de ella se obtendrá la mayor parte de la información necesaria para la valoración del problema concreto planteado, hasta el punto de que muchos autores la consideran el pilar básico sobre el que debe levantarse toda exploración psiquiátrica. Ya desde el inicio se deben establecer las corrientes de relación entre el médico y el paciente lo que será un elemento clave para la obtención de resultados y además permitirá conocer el contexto biográfico y el entorno del paciente, facilitando el acercamiento y la comprensión de su situación. Es tan importante que con frecuencia se ha señalado que el inicio de esta entrevista es la clave del resultado de la pericia en psiquiatría forense.

Hay que tener en cuenta, en este sentido, que lo que es objeto de estudio es la vida emocional y psíquica de una persona, el delincuente, lo que exige que el contacto del psiquiatra con éste sea lo más cómodo posible y que se lleve a cabo sin prisas.

Entre los aspectos que cabe destacar de la entrevista psiquiátrica se encuentran los siguientes:

*Entorno físico.* En la práctica psiquiátrica es de conocimiento general que se debe coordinar la privacidad con la seguridad de tal modo que la entrevista se lleve a cabo sin interrupciones y en condiciones que permitan la confidencialidad para facilitar la confianza del paciente, pero sin olvidar que se debe garantizar también la seguridad del paciente y del entrevistador. Esto, en la práctica pericial psiquiátrica es, en ocasiones, muy difícil, sobre todo cuando se trata de pacientes con cuadros agudos, agitados o violentos. Como ya he comentado antes, es posible que el sujeto a entrevistar encuentre bajo la responsabilidad de las agentes de los Cuerpos de Seguridad del Estado; en estas situaciones, al menos hay que lograr que el paciente se encuentre por delante de aquellos y es recomendable que no esté esposado.

Si bien no es lo más habitual, en determinadas situaciones puede ser conveniente que el paciente esté acompañado de alguna persona de su entorno, sobre todo si esto le da confianza y le tranquiliza; esto mismo ocurre en los casos en los que difícilmente él mismo puede ser la fuente de la información. Aún en estos casos, hay que intentar siempre que el paciente sea siempre el protagonista de la entrevista.

*Información previa al paciente.* Lo primero que hay que tener en cuenta es que el entrevistado, en la práctica pericial como en la clínica, debe saber en todo momento con quien habla y porqué. Así que lo primero que el perito psiquiatra debe hacer es presentarse y explicar el motivo de la consulta para que el paciente pueda conocer los límites que tiene la obligación de la confidencialidad del médico y las repercusiones que se pueden derivar de la entrevista.

*Duración y repetición de la entrevista.* La duración de la entrevista es una cuestión muy discutida pero, de forma general, se puede decir que debe ser la suficiente larga para que se permita establecer una relación de confianza y sea eficaz, pero sin que llegue a cansar al paciente. Puede establecerse que un tiempo de alrededor de 60 a 90 minutos es el adecuado, como término medio, debiendo repetirse los contactos con el paciente tantas veces como sea necesario. Muchas veces es recomendable mantener posteriormente una conversación con la familia, a efectos de rellenar huecos en la información facilitada por el enfermo (al que siempre se debe informar de que se va a realizar) o contrastarla.

*Técnica de la entrevista.* Uno de los aspectos más difícil de este tipo de entrevista es mantener, en todo momento una adecuada actitud por parte del entrevistador. Efectivamente se debe encontrar el equilibrio entre el establecimiento de confianza, el ser capaz de transmitir nuestro deseo de ayudar y de comprender al paciente y el mantenimiento de una actitud profesional.

La entrevista se puede realizar de dos maneras:

Una entrevista abierta en la que el paciente va exponiendo de forma espontánea aquello que se le ocurre, en el orden que le parece más adecuado. Este tipo de entrevista lleva consigo una participación mínima por parte del perito.

Por el contrario, la entrevista dirigida, metódica, recoge la información en una serie de apartados que el médico plantea de forma sistemática, haciendo las preguntas que considera necesarias y esperando obtener las repuestas de forma rápida.

Mientras que en la primera se pueden perder datos o síntomas de importancia, en la segunda la rigidez puede impedir el establecimiento de la necesaria confianza, por lo que es más conveniente buscar un término intermedio en la entrevista estructurada con preguntas abiertas que se sigan de otras más concretas que vayan precisando detalles. Así el paciente irá narrando los hechos de forma más o menos ordenada y podremos obtener la información necesaria. A lo largo de la narración se realizarán preguntas, reflexiones, comentarios, etcétera que pueden estimular al paciente, darle confianza y reconducir el discurso, cuando sea necesario. En cualquier caso es especialmente importante evitar preguntas que sugieran o condicionen la respuesta del enfermo y dejar las situaciones más conflictivas o comprometidas para momentos avanzados de la entrevista cuando ya se haya creado un clima de confianza.

Con respecto a la técnica también se plantea la duda, en ocasiones, sobre si esta indicado o no tomar notas durante la entrevista. También aquí el término medio es el correcto. No se debe transmitir la impresión de que se esta tomando al dictado todo lo que el paciente relata, ya que puede parecer que se está más pendiente de lo que se escribe que del propio paciente y ello puede llevar consigo una pérdida del contacto personal. Pero tampoco es aconsejable fiar a la memoria la recogida de la información obtenida durante un tiempo que ronda los 60 minutos de entrevista. Por ello, lo más recomendable es comentarle al enfermo, al principio, la necesidad de apuntar los detalles más importantes y hacerlo como breves notas que, posteriormente se transcribirán y completarán.

Particularmente complejo es el caso de pacientes que presenten alteraciones de funciones que dificultan la comunicación. Así, alteraciones del lenguaje o de la audición significan un escollo que debe ser salvado con ayuda y con paciencia ya que primero se debe buscar la forma más adecuada de comunicarse con el paciente y, una vez establecida la comunicación, se debe ajustar la técnica de la entrevista al caso concreto.

Quiero señalar, para acabar con este punto, que de la entrevista no solo vamos a obtener la información que el paciente nos facilita, sino también y sobre todo, la que nosotros deducimos de la actitud del mismo, de su comportamiento, de sus modos de expresión verbal, gestual, mímica, etcétera.

*Entrevista y examen en los niños.* A la hora de llevar a cabo el examen, en el caso de los niños, hay que hacer unas consideraciones previas: no solo hay que obtener la información del menor sino que hay que valorar la validez de su testimonio. Efectivamente si bien es cierto que los niños no suelen mentir cuando realizan una denuncia de abuso sexual (solo un 7% de las denuncias son falsas) es cierto que el porcentaje aumenta en los casos de separación o divorcio conflictivo en los que los niños son objeto de manipulación y engaño por parte de los propios padres (para perjudicar al otro o sobre todo para obtener ventajas en el régimen de visita o custodia).

Ahora bien, no hay que confundir validez del testimonio con credibilidad. Independientemente de que una declaración resulte creíble (es comprensible y coherente), lo importante es que el testimonio sea válido, es decir que el recuerdo sea una representación correcta de lo ocurrido.

La entrevista en el niño debe avanzar desde los aspectos más neutros a las cuestiones emocionalmente más significativas para el menor. Es particularmente importante crear el clima de confianza, definir el papel del entrevistador y después dejar que el niño haga una narración espontánea, para profundizar posteriormente mediante preguntas directas y cerradas (bien construidas gramaticalmente y con una sola idea) que clarifiquen determinados aspectos y detalles concretos. Se debe cerrar la entrevista de manera positiva reforzando al niño por el esfuerzo realizado al recordar las experiencias vividas.

Hay que tener en cuenta determinados elementos:

— Las llamadas ocultaciones mnésicas. La posibilidad de que el niño olvide los momentos más penosos puede aumentar la dificultad. Ello es muy importante porque puede significar que los trastornos psíquicos pueden estar ya presentes en el menor. En relación con esto hay que tener en cuenta que en ocasiones los hechos no son exactamente revelados por diferentes causas: que exista confusión o interpretaciones erróneas de algunos elementos, que el niño se sugestione, que en el niño exista además una alteración mental o retraso de desarrollo, que intencionalmente o por presión el niño decida disimular ciertos hechos o deformarlos (ocultando por ejemplo la identidad del agresor en crímenes incestuosos), que existan las alteraciones de la memoria.

— El descrito como Summit como Síndrome de adaptación: compuesto por cinco componentes que se asocian con distinta intensidad según los casos. Estos componentes son:

a) La noción del secreto que surge por el miedo y por la necesidad de seguridad. El niño comprende que el acto sexual realizado clandestinamente no es normal y percibe que si es divulgado resultarán graves consecuencias. Ello hace que el niño se enfrente a la alternativa de seguir consintiendo la agresión o hablar y desencadenar una auténtica crisis.

b) El sentimiento de aislamiento y desorientación. El niño se encuentra solo en el momento de la agresión y ante la realidad de la agresión. No entiende el ataque por parte de una persona que es de confianza. No sabe donde solicitar ayuda. Si, además, el autor es su padre o figura similar se enfrenta al riesgo del abandono.

c) La impresión de haberse acomodado a la situación: a menudo la demanda sexual del agresor se va amplificando. El niño no ve ninguna salida. La desproporción de fuerzas y las amenazas a menudo terroríficas le hacen renunciar a todo intento de comunicar a alguien la situación. Así para sobrevivir debe soportar el abuso. Incluso más que condenar al agresor se acusa a sí mismo de ser el causante de la agresión.

d) La revelación tardía y poco convincente. A veces tiene lugar como consecuencia de otro conflicto familiar (divorcio, embarazo, rechazo de la autoridad paterna...). En otras ocasiones se produce cuando el niño se socializa y recibe información del exterior lo que le hace comprender el abuso de que es objeto y lo reprehensible de esta situación. Si no se tiene en cuenta esta posibilidad los profesionales pueden no entender porque se ha retrasado tanto la revelación por parte del menor. En algunos casos incluso se pospone hasta la edad adulta la denuncia de los hechos.

e) La retracción, normalmente debida al miedo que genera la situación creada por la denuncia y sobre todo cuando se debe acudir a un juicio.

Cuando el autor del abuso sexual es el propio padre, hay otro problema que hace más grave la situación y que está en relación con la actitud de la madre si se establece un triángulo agresor-hija-madre. Efectivamente esta última juega un papel importante debiendo de tenerse en cuenta el conocimiento o la percepción que tenga de los hechos, su incapacidad o rechazo a proteger al menor, la posible competencia con el menor (sobre todo si es la hija) considerándola pareja del marido y su desarmónía sexual y sentimental con su pareja.

Hay muchos casos en los que se denuncian los hechos solo en la edad adulta o nunca. Los motivos de esta ocultación son (según Echeburúa y cols.) los siguientes: temor a no ser creído, temor a ser acusado de seducción, miedo a destrozarse la familia, miedo a las represalias del agresor o incluso miedo a perder ciertas ventajas (regalos del agresor, etc.).

Los elementos que se tendrán en cuenta para analizar el contenido de la entrevista (Steller) son los siguientes:

1. Características generales: consistencia lógica del relato, coherencia global, elaboración no excesivamente estructurada y detalles abundantes.
2. Contenidos específicos: contextualización adecuada en el espacio y el tiempo, descripción de interacciones entre el niño y el agresor, reproducción de conversaciones y sucesos inesperados durante la agresión.

3. Peculiaridades del contenido: detalles poco habituales o aparentemente superfluos, detalles cuyo significado no comprende la víctima, datos referidos a otras conductas sexuales del agresor y referencias al estado emotivo del agresor o al propio.

4. Contenidos referentes a la motivación del niño para revelar los hechos: reconocimientos de fallos de memoria, correcciones espontáneas del relato, autocrítica, dudas sobre la exactitud de los detalles e incluso perdón al autor del delito.

5. Elementos específicos del abuso sexual: detalles del mismo.

Al igual que en el caso del reconocimiento físico es adecuado el uso de muñecos anatómicos (más cuanto más pequeño es el niño) y de dibujos, que facilitan la comunicación del niño.

## EXAMEN CLÍNICO

### Examen psicopatológico

La exploración psicopatológica debe realizarse de una forma rigurosa y precisa, siguiendo un método científico. En realidad esta exploración se inicia en el mismo momento en que se establece el contacto visual con el paciente, con la observación de su forma de andar y de moverse, de su actitud y comportamiento, de su vestimenta y aseo personal, e incluso de su forma de saludar. Es muy importante valorar si el paciente es colaborador o no y su actitud general con respecto al perito, así como la aparición de claras manifestaciones de alteraciones psicomotrices como pueden ser estereotipias o inexpresividad facial.

Para realizar la exploración se debe seguir una sistemática que abarcará el estudio sucesivo de las distintas áreas del psiquismo.

— *Valoración del estado cognitivo*, a cuyos efectos el experto tendrá en cuenta la orientación temporo-espacial y la orientación con respecto a sí mismo, el nivel de atención que puede manifestarse por un exceso (el sujeto se mostrará preocupado, dominado por la idea del delito o del propio reconocimiento) o por un déficit (el sujeto está distraído pasando fácilmente de un tema a otro), la concentración, y el nivel de conciencia, valorando las situaciones de hipervigilancia, obnubilación, somnolencia, confusión o sopor.

— *Memoria*. El perito psiquiatra valorará esta función, tanto en lo que se refiere a la memoria de fijación por medio de la repetición de series de números o palabras, días de la semana o meses del año, etc., como a la evocación, para lo que se considerarán los datos conmemorativos con que se cuente. Se tendrá en cuenta la posible existencia de amnesias de tipo lacunar, de hipermnias o paramnesias, así como de cuadros de confabulación.

— El estudio de la *Inteligencia* se llevará a cabo valorando la capacidad crítica, así como la capacidad de abstracción (semejanzas) o de comprensión (refranes). Así mismo se deben realizar la medición de esta función, de acuerdo con las técnicas que más adelante se analizarán.

— *Lenguaje*. Que habrá que analizar tanto desde el punto de vista de la forma (incluidas las alteraciones motoras) como del contenido (íntimamente relacionado con el pensamiento). Se tendrá en cuenta si es rápido o lento, verborrico, confuso, rebuscado, disgregado o incoherente o si, existe disartria, neologismos, ecolalia o mutismo, así como la fluidez verbal. También es importante tener en cuenta la lectura y la escritura.

— *Pensamiento*. Que deberá ser estudiado en lo que se refiere a su curso (empobrecimiento, lentitud o bradipsiquia, rapidez o taquipsiquia, fuga de ideas, disgregación, inhibición, bloqueos, o incoherencia) y a su contenido (ideas delirantes, ideas sobrevaloradas, difusión, o robo del pensamiento). En el caso de la existencia de delirios, habrá que tener en cuenta su contenido: de persecución, de perjuicio, de grandeza, de celos, de referencia...

— *Percepción*. Su valoración exigirá, por parte del perito, de la comprobación de la existencia de ilusiones o alucinaciones (visuales, auditivas, gustativas o táctiles), así como cuadros de despersonalización o desrealización.

— *Afectividad*. La valoración del estado de ánimo (tristeza, abatimiento, euforia, optimismo, satisfacción, indiferencia, labilidad) se acompañará del análisis de situaciones relacionadas con el apetito, el sueño, la energía y el interés que el sujeto demuestre y, por supuesto, en los casos en que se presente de la ideación suicida.

Además se deberá tener en cuenta la posible existencia de otras alteraciones más concretas como pueden ser: trastornos en las funciones numéricas, dificultades espaciales de la visión, otras formas de agnosia, dispraxia y problemas asociados, problemas de imagen corporal, etcétera.

Como complemento de la exploración llevada a cabo es imprescindible la realización de los exámenes psicométricos o Tests Psicológicos que sean decididos por el propio médico, en función de los hallazgos y la información obtenida hasta el momento. Cabe aquí destacar que la realización de unas u otras pruebas depende tan solo de las circunstancias concretas de cada caso y que es el propio perito el que tiene que decidir las que deben ser llevadas a cabo. Entre los exámenes psicométricos cabe destacar los siguientes:

#### *Test de inteligencia*

*Escala de inteligencia de Weschler (WAIS)*. Está constituido por un conjunto de dos escalas: una verbal con 6 subescalas y otra con 5 de tipo manipulativo. Además de valorar la inteligencia en sus tres aspectos (verbal, mani-

pulativa y total) da una orientación del deterioro afectivo y psicológico del sujeto.

La clásica *Escala de Binet-Simon* para la determinación de la edad mental

*Test de matrices progresivas de Raven*. Constituido por 60 pruebas o matrices, divididas en 5 series cuya dificultad aumenta de forma progresiva. Permite valorar especialmente la capacidad de abstracción.

*Test de dominós*. Es algo más complejo; pretende también valorar la capacidad de abstracción y de establecer relaciones aplicando el razonamiento sistemático a nuevos problemas.

#### *Test de Personalidad*

*Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI y MMPI-II)* elaborado para la el diagnóstico y categorización de los enfermos psiquiátricos, consta de 566 cuestiones a las que se debe responder verdadero o falso, existiendo también una escala de mentiras para medir la validez.

*Inventario multiaxial Clínico de Milton (MCMI-II)*. Constituido por 176 preguntas a las que también se debe contestar verdadero o falso ha sido recientemente traducido al castellano.

*Cuestionario de Personalidad de Catell (16 PF)*. Que pretende llevar a cabo un análisis factorial de la personalidad, por medio de la utilización de un cuestionario que tienen la ventaja que es para ser autoadministrado.

*Cuestionario de Personalidad para adultos de Eysenk (EPI)*. Evalúa los rasgos de la personalidad a través de cuatro escalas: extraversión-introversión, neuroticismo, psicoticismo e insinceridad.

#### *Técnicas proyectivas*

*Test de Rorschach*. Se compone de una serie de laminas que serán observadas detenidamente por el sujeto. Es de una validez y fiabilidad contrastadas, pero solo si es aplicado e interpretado por profesionales con una gran experiencia en su manejo.

*Test de Apercepción Temática de Murray*. Esta constituido por una serie de 20 laminas en las que se reproducen diferentes situaciones. El sujeto explorado debe narrar una historia con su comienzo, el desarrollo y el final.

Pero, además de los señalados, algunos de los más clásicos y conocidos tanto en psiquiatría clínica como en la pericial existen gran cantidad de pruebas de aplicaciones más o menos concretas. Así, por ejemplo la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la Depresión (HAM-D), Escala de Ansiedad de Hamilton, Escalas para la Esquizofrenia como la PANSS (Escala del síndrome positivo y negativo en la Esquizofrenia) o el inventario de Frankfurt con su versión española, Cuestionarios para la determinación del Alcoholismo, como el MALT, el cuestionario CAGE o el MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) o, finalmente para evaluar la severidad en drogodependencias como el MSI.

En la Unidad Docente de Medicina Legal hemos elaborado una propuesta de protocolo de aplicación del TAT de Murray dirigida a la evaluación de agresores sexuales, con el fin de obtener un protocolo operativo que permita el empleo homogéneo de la prueba por parte de distintos peritos, así como la contrastación de resultados. Hemos seleccionado 10 laminas que consideramos especialmente adecuadas para este propósito. Además proponemos un modelo de consigna de contenido neutro con el fin de evitar la aparición de sesgos inducidos involuntariamente en las respuestas del sujeto.

Se pretende facilitar el pase de la prueba en una sesión única (disminuyendo así el tiempo de aplicación y la fatiga del sujeto evaluado), manteniendo las cualidades del conjunto del test y posibilitando el examen psicológico de las áreas de la personalidad directamente asociadas a la conducta de carácter sexual y agresivo.

Los criterios para la selección de las laminas fueron dos: la adecuación temática de las láminas a los fines de la pericia y el grado de riqueza estimular de las láminas. Para establecer la riqueza estimular de las laminas nos basamos en:

— el promedio de palabras que contienen los relatos elaborados (amplitud de la historias).

— el número de temas distintos mencionados por la población general y por un sujeto en concreto (diversidad temática).

— el grado en que las historias se basan en creencias, ideas o vivencias personales mencionadas expresamente por el sujeto como tales. (nivel de autorreferencia).

Las laminas, cuyo uso conjunto proponemos son: lamina 1, lámina 3VH, lámina 4, lámina 6VH, lámina 7VH, lámina 8VH, lámina 10, lámina 13 HM, lámina 18 VH y lámina 20.

Uno de los problemas más importantes que plantean todos estos exámenes psicométricos y, de forma más concreta, los inventarios de personalidad y las pruebas proyectivas es que requieren de la participación voluntaria del sujeto y de su colaboración. En caso de que dicha participación no sea voluntaria se puede deformar de forma muy importante la interpretación de los datos obtenidos.

Obviamente todo este tipo de pruebas será llevado a cabo por personal ampliamente especializado, que aportará el resultado de las mismas a efectos de que sea tenido en cuenta, en el contexto de las exploraciones realizadas, por el perito que realiza la valoración del delincuente.

### Examen físico

Debe abarcar tanto el aspecto general del sujeto explorado, desde su tipo constitucional (atlético, leptosómico o pícnico) pasando por elementos tales como la talla, el peso, el estado de nutrición, la coloración de piel

y mucosas y el estado nutricional. Es importante, además, valorar la existencia de malformaciones congénitas o cicatrices deformantes y, desde luego, los clásicos estigmas indicativos del consumo de drogas (punturas, cicatrices o alteraciones en el tabique nasal) y los signos generales de deterioro. También debe el perito médico buscar aquellos datos indicativos de la patología orgánica que pueda orientar a la existencia de alteraciones de naturaleza psiquiátrica.

### Pruebas complementarias

Al llegar a este punto de la exploración es más que probable que el perito psiquiatra ya haya llegado a una aceptable aproximación o, incluso, a una hipótesis diagnóstica y valorativa de la conducta criminal que sirva a los efectos de la pericia que se debe realizar.

Ahora bien, cada vez es más frecuente en la práctica, que el examen hasta ahora realizado deba complementarse con la realización de determinadas pruebas o técnicas que, en cada caso, serán decididas también por el responsable de la actividad pericial.

Entre estas pruebas cabe destacar:

*Métodos biofísicos* (electrofisiológicos u neurorradiológicos).- Entre ellos tenemos:

*Electroencefalografía* (EEG). Puede ser útil a la hora de establecer posibles casos de epilepsia, cuadros toximetabólicos, procesos expansivos craneales, alteraciones del sueño, cuadros de embriaguez patológica o algunas situaciones de trastorno mental transitorio, así como establecer el grado de madurez cerebral.

*Ecoencefalografía*. De la que podemos servirnos para llegar al diagnóstico de la existencia de tumores, hematoma o quistes, evitando así la práctica de pruebas más compleja y que suponen un mayor riesgo para el enfermo.

*Radiografía simple de cráneo*. Útil en los cuadros de origen traumático, para establecer la existencia de lesiones craneales.

*Gamma-encefalografía*. Que puede dar información en los tumores cerebrales, las demencias, los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos.

*Arteriografía cerebral*. Para el diagnóstico de aneurismas y procesos hemorrágicos.

*Tomografía Axial computarizada* (TAC). También de utilidad en los casos de tumores cerebrales, demencias, accidentes cerebrovasculares y traumatismos.

*Resonancia Nuclear Magnética* (RNM). Al igual que antes sirve para los casos de tumores cerebrales, demencias, accidentes cerebrovasculares y traumatismos.

*Topografía computerizada de emisión de fotón único.* De utilidad en los mismos casos que las pruebas anteriores (tumores cerebrales, demencias, accidentes cerebrovasculares y traumatismos).

*Potenciales evocados.* Que se están utilizando para facilitar el diagnóstico de cuadros de esquizofrenia y algunas situaciones de drogodependencias

*Poligrafía o registro del sueño.* Que permite la valoración de algunos tipos de alteraciones del sueño.

*Electromiografía.* Que puede ser útil para el diagnóstico de parálisis funcionales, facilitando el diagnóstico de simulación.

#### DETERMINACIONES ANALÍTICAS

Hemograma completo.

Análisis bioquímico del suero.

Análisis de orina.

Pruebas serológicas.

Proteinograma.

Análisis toxicológicos.

En la actualidad tienen particular importancia algunas pruebas como el Test de la Supresión de la Dexametasona o el de la Estimulación de la TSH por la TRH en la determinación de cuadros de tipo afectivos de origen metabólico; el Test de la Naloxona para comprobar situaciones de adicción a derivados opiáceos; o los marcadores biológicos, por ejemplo de la enfermedad alcohólica, que permiten detectar anomalías de forma precoz.

#### EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

La investigación de alteraciones neurológicas es importante porque permite comprobar la existencia de enfermedades neurológicas y, de este modo, llevar a cabo el diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos, como pasa en el caso de esclerosis o tumores cerebrales que se prestan a la confusión.

Una vez se ha concluido el reconocimiento del delincuente y siempre teniendo en cuenta que es necesario reiterar las consultas tantas veces como sea necesario, hay que reunir todos los datos en una Historia Clínica, de gran importancia a los efectos de contar con la información reunida, de forma clara y ordenada, lo que posibilitará la posterior realización del informe pericial psiquiátrico. La elaboración de dicha Historia clínica debe seguir también una sistemática que, aunque siempre se basa en las mismas líneas generales, depende en la forma concreta de su realización de muchos factores, de entre los cuales es especialmente importante, la experiencia del perito.

## ESTABLECIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL HECHO DELICTIVO Y SU RELACIÓN CAUSAL CON EL ESTADO PSÍQUICO

### Víctima

Entre los *objetivos* que se deben lograr en el reconocimiento psíquico se encuentran: entender el choque emocional o psicológico que supone para la víctima, conseguir un suficiente nivel de confianza, aconsejar el oportuno tratamiento psicológico y trasladar el problema a servicios sociales para que presten su ayuda a la víctima.

Pero es particularmente importante, con respecto a la víctima, realizar una evaluación del daño psíquico, teniendo en cuenta que se trata de una peritación y no de un diagnóstico psiquiátrico. Los elementos que hay que establecer vamos a determinarlos siguiendo el esquema que vemos:

### Establecimiento diagnóstico clínico

El establecimiento del diagnóstico, como ya he señalado, pasa necesariamente por un adecuado examen clínico. Las pautas que deben marcar la realización del mismo son: el reconocimiento personal de la víctima, a efectos de realizar una primera valoración de la situación, en el que la entrevista psiquiátrica realizada de manera correcta va a resultar esencial.

En estos casos la biografía de la víctima debe ser estudiada de manera dirigida, antes de abordar las circunstancias de la agresión. El seguir un hilo conductor permite apreciar la capacidad de memoria, orientación temporo-espacial, el juicio, etcétera y, además, suscita una participación activa de la misma. Es fundamental situar la agresión en el contexto vital.

En segundo lugar, la exploración psicopatológica debe abarcar todas las esferas del psiquismo, siguiendo asimismo las pautas señaladas. La realización o no de exámenes complementarios obedece a las características concretas de cada caso y será siempre indicada por el explorador.

De entre los exámenes psicométricos, además de los ya mencionados cabe destacar que la Profesora Castellano ha obtenido muy buenos resultados con la aplicación de las STAI, para medir el nivel de ansiedad, la escala ZUNG con sus subescalas A (Ansiedad) y D (depresión) y la escala GHQ de Golbert, asimismo con sus subescalas (A= Síntomas somáticos, B= angustia y ansiedad, C= adaptación social y D= Depresión) en la valoración de las víctimas de agresiones sexuales y de violencia doméstica en general.

### Determinación del estado anterior

Uno de los mayores problemas que se plantean en la valoración del daño es la gran dificultad que supone la valoración del estado anterior, sobre todo cuando se plantea la disimulación, por parte del enfermo de un estado anterior más o menos patológico por pensar que puede condicionar la decisión judicial en cuanto a la reparación.

Esta claro que la existencia de un estado patológico anterior supone un problema menor en los casos en que se pueda establecer que la víctima del traumatismo, anteriormente a este, presentaba trastornos psicopatológicos que fueron diagnosticados y tratados. Pensemos por ejemplo en el caso de cuadros esquizofrénicos, demencias, déficits intelectuales, etcétera, que ya se tuvieron en cuenta a la hora de establecer las circunstancias del delito. El estudio de los antecedentes médicos contrastados con documentación clínica será habitualmente suficiente para establecer su existencia.

El problema surge cuando no se dispone de dicha información. En ese caso, será la naturaleza del cuadro y su situación clínica lo que permitirá al perito argumentar que los trastornos presentes deben haber seguido una evolución a largo plazo y que, por lo tanto, difícilmente se habrán establecido a partir de la agresión.

Un problema especial se plantea por la posible existencia de una personalidad patológica, sobre todo en cuanto puede significar la realización de un diagnóstico diferencial entre predisposición y estado anterior. La predisposición no es más que un determinado estado conocido (o en ocasiones no conocido) de un sujeto que, a diferencia del estado anterior, no lleva consigo la necesidad de tomar ninguna medida terapéutica. Es obvia la posibilidad de que se produzca una descompensación de un estado anterior como consecuencia de una agresión sexual.

Pero el problema se agrava en el caso de las personalidades previamente patológicas. En ese sentido habrá que recordar el concepto de trastorno de la personalidad que la CIE-X define como: " perturbaciones severas de la constitución caracterológica y de las tendencias de comportamiento del individuo que afectan a diversos aspectos de la personalidad y que, habitualmente, se acompañan de dificultades personales y de adaptación social».

Es raro que estos casos se haya consultado a un profesional y más aún que hayan sido tomadas medidas terapéuticas que, por otra parte, serán ineficaces en la mayor parte de los casos.

En estos estados, en la medida en que trata de alteración de dimensión psicopatológica, será más ajustado hablar de predisposición que de estado anterior.

#### Establecimiento de la relación causa-efecto

El establecimiento de la imputabilidad, o lo que es lo mismo, imputar el cuadro psíquico que presenta un enfermo a una agresión, es y ha sido, como señala Jacques Leyrie la piedra angular de la reparación del daño.

Los elementos que, de forma general se pueden considerar para establecer la imputabilidad son:

1. Certeza del diagnóstico etiológico.
2. Realidad e intensidad de la agresión.

3. Las características o circunstancias de la agresión.
4. Ausencia de patología anterior e integridad de la función.
5. Plazo transcurrido entre el evento traumático y la aparición del desorden.
6. Continuidad evolutiva o encadenamiento clínico.
7. Certeza en el diagnóstico actual.

El problema es particularmente complejo en psiquiatría. Para sentar la imputabilidad es necesario establecer la relación entre el traumatismo corporal u psíquico consecutivo a la agresión y el estado constatado a la hora de realizar el reconocimiento.

#### Descartar una simulación

Otro de los problemas importantes a la hora de llevar a cabo la valoración del daño psíquico deriva de la posible existencia de cuadros de simulación.

Deberíamos empezar por aclarar las diferencias entre las neurosis post-traumáticas, concretamente las neurosis de renta y la sinistrosis, de lo que son cuadros de simulación.

En lo que se refiere a la sinistrosis, hay que referirse a la clásica discusión científica entre diferentes autores relativa a su verdadera existencia como una entidad clínica.

Para algunos la sinistrosis (descrita por Brissaud en 1908 como el estado mental particular de ciertos accidentados que exageran su impotencia funcional, prolongan anormalmente su incapacidad laboral, enriquecen las secuelas objetivas —frecuentemente mínimas— de su accidente con una serie de datos subjetivos y sobre todo manifiestan sus tendencias reivindicativas cada vez más desarrolladas en vista a conseguir la máxima indemnización por el perjuicio causado) es una entidad médico-legal que debe relacionarse con el estatus socio-económico del lesionado.

Se debe diferenciar este estado de las neurosis histéricas de conversión o de una simulación voluntaria, de la misma forma que se distingue de un delirio paranoico o de una neurosis post-traumática auténtica, cuando se buscan los síntomas patognomónicos de cada uno de estos cuadros.

Es fundamental en estos casos un examen inicial adecuado que permita la remisión al especialista, de tal forma que se pueda seguir la evolución psicopatológica y evaluarla adecuadamente.

El problema surge cuando se debe establecer o, por el contrario, descartar, la existencia de alteraciones mentales. En estas situaciones la obligación del perito es reconstruir el contexto de la agresión invocada como origen de las alteraciones alegadas, estudiar con una particular atención la

coherencia del cuadro clínico presentado y tener en cuenta los beneficios secundarios que se pueden derivar de sus conclusiones.

Bieder consideraba que el diagnóstico de la simulación se puede hacer de dos formas:

a) Por exclusión, basándose en las imposibilidades, las lagunas psicológicas, las incompatibilidades y las inverosimilitudes.

b) Por identificación directa, bien sea por la identificación del conjunto presentado bien por la "cualidad del más pronunciado de los síntomas".

A este propósito, para la identificación del conjunto los datos más específicos son la mezcla de síntomas, las incoherencias intrínsecas, la absurdidad ingeniosa y las variaciones de intensidad del carácter. Basta un buen examen clínico para poner de manifiesto los síntomas falsos.

El DSM-IV-TR recoge que la característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas psicológicos (o físicos) motivada por incentivos externos y que debe sospecharse en las siguientes situaciones:

a) existencia de un problema médico-legal.

b) discrepancia entre la alteración explicada por el enfermo y los datos obtenidos en la exploración.

c) falta de cooperación en la valoración diagnóstica o incumplimiento del tratamiento prescrito.

d) presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

Es también muy importante tener en cuenta que los síntomas nunca desaparecen por sugestión o hipnosis.

Entre las formas más frecuentes simulación psíquica se encuentran la confusión mental masiva, el mutismo obstinado y una actitud de escucha o expresiones que hagan evocar una actividad alucinatoria.

El denominador común es siempre la espectacularidad de las alteraciones presentadas, la ineficacia aparente de los tratamientos administrados y la reducción espontánea cuando se logra el objetivo. A pesar de ello, tal como señala Leyrie, no hay perito al que no se le haya despistado un simulador y que solo haya comprobado su error después de que la decisión de la justicia haya tomada.

La sobresimulación es considerada como la exageración voluntaria de una patología real. El hecho de que si exista realmente una patología hace particularmente ardua la labor del perito, por lo que en estas situaciones la búsqueda de cualquier tipo de información sobre el estado anterior del paciente será particularmente importante, a efectos de contrastarla con el resultado de su exploración. Y, al igual que en la simulación, considerar los posibles beneficios que se deriven de la exageración de los síntomas.

El problema se hace particularmente difícil si no pueden encontrar datos con respecto al estado anterior, en cuyo caso se debe realizar un examen clínico particularmente metódico, a fin de descubrir los trastornos de la personalidad, de comportamiento o de inserción social que, difícilmente hubiera podido ignorar el paciente, aunque nunca solicitara de una valoración médica.

Finalmente hay que considerar los trastornos de conversión con expresión neurológica que comportan un factor psicopatológico y que deben de diferenciarse de la simulación. Plantean también graves dificultades diagnósticas en la práctica.

#### IMPUTABILIDAD DEL AUTOR

Una vez realizado el diagnóstico, el segundo paso en la elaboración de la prueba pericial, en relación con la conducta agresiva sexual, es la valoración del hecho delictivo para poder establecer la relación de causalidad psíquica con las alteraciones encontradas durante el reconocimiento de autor del hecho criminal.

Dicha valoración parte necesariamente del análisis previo de los antecedentes sumariales que permitirán conocer de forma detallada no solo el delito que se cometió, sino el conjunto de circunstancias que concurrieron en el mismo.

También es esencial el relato que de los hechos haga el propio reconocido, debiendo el perito valorar la forma de explicar o de referirse a los mismos: si demuestra indiferencia o habla jactanciosamente, si se expresa con malicia o sin ella, si hay contradicciones a la hora de narrarlos, etcétera.

El perito debe analizar las circunstancias en que han tenido lugar los hechos, las manifestaciones que el propio explorado hace del estado subjetivo en que se encontraba en el momento de la acción, su estado de ánimo, los recuerdos que tiene y la viveza de los mismos, el modo de actuar, la motivación, lo absurdo de la acción, lo comprensible o incomprensible de la misma, etcétera.

Para establecer la relación entre el delito y la estructura psíquica del delincuente es necesario tener en cuenta si la forma de reaccionar fue o no proporcionada, en circunstancias normales, a los móviles del delito. Dicho de otro modo, habrá que considerar si la conducta del autor fue adecuada a los impulsos de cualquier hombre normal, frente a un estímulo de la misma naturaleza o bien si, por el contrario, su reacción fue psicopatológica.

Las características del delito deben ser de tal naturaleza que permitan encontrar una racionalidad, teniendo en cuenta la naturaleza e intensidad de las alteraciones encontradas durante el reconocimiento. A estos efectos será necesario considerar el fin utilitario del hecho, la impulsividad con

que ha sido cometido, la complejidad en la realización o en la preparación del mismo, la existencia o ausencia de premeditación, etcétera.

Se trata, en suma, de atribuirle un determinado sentido a la conducta de una persona, para lo que es necesario que concurran en ella unas determinadas condiciones psíquicas y biológicas, absolutamente exigibles en el momento de realizar el hecho antijurídico para que se pueda exigir la responsabilidad del autor.

Estas condiciones se concretan esencialmente en dos:

— Que en el momento de la ejecución de los hechos el sujeto posea una inteligencia que le permita comprender la naturaleza de los mismos, su alcance y sus consecuencias.

— Que goce de libertad para actuar libremente, es decir de la facultad de escoger, entre los diversos motivos de conducta que ante él se presentan y de determinarse libremente para la realización del hecho.

Esto, desde el punto de vista jurídico está contemplado en el Código Penal, en los artículos 20 y 21 donde se recogen la eximentes y atenuantes de la conducta criminal.

El artículo 20 recoge que están exentos de responsabilidad criminal, aquellos que en el momento de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión». Ello significa que, en un caso concreto, más que el establecimiento de una etiqueta diagnóstica, lo que importa es determinar la naturaleza de las funciones psíquicas afectadas y la repercusión que ello implica en la realización, por parte del sujeto, de una conducta determinada. En otras palabras y, acudiendo de nuevo a mi Maestro, se trata de decidir, en primer lugar, si el sujeto explorado había llegado a tener conocimiento, a entender la bondad o maldad del acto concretamente realizado y, posteriormente, si existía una capacidad que le permitiera decidirse en uno u otro sentido, de acuerdo con aquel conocimiento.

El resto de circunstancias recogidas en el Código (además de las anomalías psíquicas permanentes o transitorias), como determinantes de una exención o atenuación de la responsabilidad criminal, de interés en el campo de la psiquiatría, son las siguientes:

— los estados de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos... o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia... que le impida conocer la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

— las alteraciones de la percepción que llevan consigo una grave alteración de la conciencia de la realidad.

— el que el sujeto obre impulsado por un miedo insuperable.

— que haya existido un estímulo de suficiente entidad para producir arrebatos obcecación u otro estado pasional semejante.

En todos estos casos lo importante, desde el punto de vista pericial, es el establecimiento de las unas determinadas perturbaciones en las facultades psíquicas, lo que se traducirá en una incapacidad por parte del sujeto para llegar ciertamente a comprender la ilicitud del hecho cometido y/o para decidir su comisión de una manera totalmente libre.

Obviamente cuando se trata de una anulación de estas facultades hablaremos de la existencia de un trastorno de entidad tal que llevará consigo la determinación de la ininputabilidad (y desde el punto de vista jurídico de la eximente de la responsabilidad) y cuando de lo que se trata es de una disminución no plantearemos la semiinputabilidad o, lo que es lo mismo, desde el punto de vista jurídico, la atenuante de la responsabilidad.

Ahora bien todo lo dicho hay que contemplarlo desde la perspectiva del tiempo transcurrido entre el momento de la acción, es decir desde que tuvo lugar la conducta criminal, y el momento actual en que se lleva a cabo el reconocimiento. El informe psiquiátrico si bien debe señalar la situación psíquica del sujeto cuando ha sido reconocido, debe prestar especial atención al momento de la acción que es a donde hay que retrotraer la valoración de la capacidad de entender y de consentir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2000.
2. BERLINER I, CONTE JR. The process of victimization: the victims perspective. *Child Abuse and Neglect* 1990, 14: 29-49.
3. BRASS PM, ALENGRIN D, ROUGE D, ARBUS L. Les sévices sexuels à enfants. Étude médico-légale et criminologie. *Concours Medicales* 1985, 107: 3777-3784.
4. CASTELLANO ARROYO M. Estudio médico-legal de las lesiones y agresiones a la mujer. I Jornadas Catalanas de actualización en Medicina Forense. Generalitat de Catalunya, 1989.
5. CHU JA, DILL DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 1990, 147: 887-892.
6. GARCÍA-ALCARRIA E, POLO CERDA M, GISBERT GRIFO MS. Propuesta de protocolo de aplicación del Test de Apercepción temática (TAT) en agresores sexuales. *Revista española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* 1998, 4: 39-48.
7. GISBERT CALABUIG JA, GISBERT GRIFO MS. Delitos contra la libertad sexual. En: GISBERT CALABUIG JA, (Ed) *Medicina Legal y Toxicología*, 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998.

8. GIBERT M, VERDÚ F, VICENT R. Glosario de Psiquiatría Forense para médicos y juristas. Barcelona: Masson-Salvat, 1995.
9. HERNÁNDEZ CUETO C. Valoración médica del daño corporal. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
10. SHEPHERD J. Violence in health care. Oxford: Oxford University Press, 1994.
11. SOUTOUL JH, CHEVRANT-BRETON O. Les Agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Paris: Marketin, 1994.
12. VÁZQUEZ MEZQUITA B. La violencia familiar y la agresión sexual como objeto de la pericial psicológica. En: URRÁ PORTILLO J y VÁZQUEZ MEZQUITA B. (Eds) Manual de Psicología Forense, Madrid: Siglo XXI de España, 1993.
13. WETZLER S. Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos. Barcelona: Ancora S.A., 1989.

## VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO\*

**Resumen:** La valoración de daños personales no presenta en general perfiles distintos en el caso de víctimas de delitos contra la libertad sexual que para el resto de los casos, pero sí la necesidad de atender a aspectos individuales que, dentro de lo que se ha venido a llamar daños específicos, completan la concepción integral del daño que nuestro ordenamiento exige. En este sentido, los trastornos psicológicos y del comportamiento adquieren especial importancia, pero especialmente la valoración del Perjuicio Sexual, de los Daños Morales y de las previsiones de asistencia especializada futura para la recuperación de la víctima, exigiendo todo ello un abordaje multidisciplinar de estos complejos casos.

**Palabras claves:** Valoración del daño. Perjuicio Sexual. Daños Morales.

**Summary:** Personal damage evaluation have not a special method for cases involving in sexual offences different to the others. Nevertheless the specialist evaluator must to include some specific detriments: specially Sexual Damage, psychological disorders and ulterior assistance to victim recuperation.

**Key words:** Personal damage evaluation. Sexual Damage. Psychological disorders.

---

\* Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

## I. INTRODUCCIÓN

La Valoración de los Daños Personales no ha desarrollado aún una metodología específica para los casos de delitos contra la libertad sexual. Si bien se trata de un capítulo de especial trascendencia en el Derecho Penal, no adquiere esa misma personalidad específica y notable en otros ámbitos del Derecho.

Los principios jurídicos que sostienen la reparación de daños no coinciden con los propios de la defensa de la libertad sexual de los ciudadanos. Efectivamente, en el Código Penal es evidente que el bien jurídico protegido en el caso de estas figuras delictivas es la libertad sexual, esto es: el derecho del individuo a mantener relaciones sexuales en libertad o, simplemente, a rechazarlas,; a elegir libremente cuándo, cómo, dónde y con quién mantenerlas. Un principio legal básico, que viene a completar junto con otros la libertad del individuo en todas las facetas de la vida, incluyendo las relaciones de tipo sexual.

Por su parte la reparación de daños se fundamenta en el hecho aceptado de no producir daños, y de la obligación de responder en caso de haberlo hecho. El principio, independientemente de la relación previa entre dañador y víctima, es el respeto a la incolumidad corporal del ciudadano y la obligación de responder ante la sociedad o ante la propia víctima o ante ambos, obedeciendo al espíritu legal antes señalado y el bien jurídico diferente del anteriormente mencionado: la salud física y psíquica de la persona y su integridad corporal. Es evidente que ambos se relacionan habitualmente dado que, todos los daños de interés para el derecho criminal, tienen consecuencias reparadoras fuera de él, como señala el propio artículo 109 del Código Penal vigente, pero esa relación es genérica y en ningún caso específica de los delitos que nos ocupan. Es así para conseguir que los daños en general, sea cual sea su origen, se produzcan como consecuencia de un delito o de otro, se originen en una acción delictiva o no, obtengan su justa reparación. Establecido así, está claro que la relación delitos contra la libertad sexual vs. Valoración del daño corporal es de carácter genérico, obedeciendo al principio legal general antes expresado, y nunca concreto y propio de los tipos correspondientes a la defensa de la libertad sexual.

Pero también es cierto que la teoría general de la valoración, cuantificación e indemnización de daños parte de otra base esencial, además de

la señalada en los párrafos anteriores: la reparación íntegra. Una utopía inalcanzable, magistralmente descrita en su día por el profesor De Ángel (1989), que estamos obligados a perseguir si pretendemos que la reparación realmente se produzca. Todos los elementos y todas las consecuencias con las que se pueda establecer un indubitado nexo causal deben ser tenidas en cuenta para fijar la reparación. Algunos casos plantean una extrema complejidad para alcanzar esta meta. Exigen de equipos multidisciplinares, que aborden el caso desde variadas perspectivas, aquellas que permiten abarcarlo en su totalidad. Está claro que las víctimas de los delitos contra la libertad sexual son claro exponente de ello en multitud de ocasiones. Las especiales características de los daños sufridos así lo determinan. Según el caso, se producirán daños de carácter físico con evoluciones temporales o permanentes, esto es: restando secuelas anatómicas y/o funcionales o no; pero especialmente con trastornos psicológicos añadidos de especial importancia, a los que se suman en muchas ocasiones consecuencias sociales, morales, afectivas, laborales y de todo tipo. Tal variedad de posibilidades, tan amplio número de implicaciones, exigen de un abordaje diferente al caso habitual de daños físicos derivados, por ejemplo, de un accidente de tráfico menor. La reparación íntegra ha de ser por justicia (y por lógica) la meta a alcanzar, y sólo será posible si se produce una valoración integral, con un abordaje también multidisciplinar, donde todas las consecuencias posibles del daño sean atendidas para la valoración, actuando en muchas ocasiones también un equipo multidisciplinar de especialistas que sean capaces de revelarlas y cuantificarlas.

Es por ello que desde la perspectiva de este capítulo, intentemos hacer una reflexión específica de atención a la valoración de daños en las víctimas de delitos contra la libertad sexual, donde revisaremos una vez más elementos que son comunes a toda valoración, pero pretendiendo resaltar muy especialmente los matices específicos que estas víctimas precisan sean atendidos.

## LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN

Los elementos que deben integrar la valoración y reparación del daño corporal han sido objeto de continuo debate, incluso por parte de la propia Jurisprudencia, pudiendo citar en este sentido la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de octubre de 1985 en la que se estableció que la reparación del daño y la indemnización de perjuicios debe abarcar elementos tan dispares como: «...gastos farmacéuticos hasta la total curación del lesionado, ingreso y permanencia en centros hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, ambulancias u otros gastos de transporte devengados como consecuencia de la necesidad de traslado con el fin de recibir asistencia médica permanente o de carácter ambulatorio, secuelas resultantes, pérdida de miembros principales o secundarios, prótesis, deformaciones, incapacidad para el trabajo habitual durante el periodo de curación, invalidez permanente o transitoria, pecunia doloris o daño o perjuicios mora-

*les...*» Es decir, una tan amplia gama de elementos que pueden hacernos creer inicialmente la imposibilidad de alcanzar la valoración justa y completa en todos los casos, y ello es así salvo que el perito médico se plantee desde el inicio el empleo de una metodología precisa, clara y ordenada. Ésta, salvo pequeñas variaciones, tiene una estructura similar independientemente del área jurisdiccional en que nos movamos, presentando tan sólo matizaciones concretas en función de lo señalado en la propia legislación. No obstante, parece conveniente estudiar dicha metodología en el presente capítulo dado que es en el Derecho Civil donde la valoración de los daños personales —especialmente desde el punto de vista del médico evaluador— se presenta más amplia, compleja y con mayor número de facetas.

Lo señalado al inicio de este apartado debe hacer reflexionar al lector sobre un elemento que siempre se encuentra presente en la valoración del daño corporal: las consecuencias del daño son amplias, numerosas y graves para la víctima. Tiene derecho, sobre todo en el terreno indemnizatorio, a ser resarcido de la máxima y mejor forma posible; para ello el juzgador debe conocer todo el alcance del daño y ello sólo será posible si se ha practicado una correcta intervención pericial médica. Esto es, si un médico evaluador ha revisado el caso detenidamente, ha realizado una completa y minuciosa anamnesis, ha dedicado todos sus conocimientos al estudio del caso, ha previsto la realización de las pruebas diagnósticas complementarias precisas, ha establecido los adecuados nexos causales, evaluado el estado anterior del paciente y, muy especialmente, conoce la Ley para poder ofrecer al juzgador aquellos elementos que realmente le interesan de la valoración que le permitan acceder a una justa reparación de todo el daño sufrido por la víctima, pero nada más que del daño. Si a ello se suma que la habitual intervención de los médicos evaluadores del daño corporal se produce mucho más tarde del momento en que ocurrieron los hechos, a veces años, añadiendo a todo así una de las características esenciales de la prueba pericial médica dado que el hecho a estudiar es remoto, modificado por el tiempo —u ocultado parcialmente— y difícil de revelar, llegaremos a comprender que esta actuación pericial es verdaderamente compleja y que para, su satisfactoria resolución, es preciso inicialmente la claridad de conceptos y la sumisión a una ordenada metodología o plan de trabajo.

El análisis médico para llevar a cabo la valoración de las lesiones debe comprender los siguientes puntos fundamentales:

1. Estudio de las lesiones provocadas por el traumatismo.
2. Determinación del estado de salud o de enfermedad del afectado en el momento previo al accidente, es decir, el Estado Anterior.
3. Establecimiento del Nexo de Causalidad entre el hecho traumático, las lesiones producidas y las secuelas derivadas de ello.

4. Evolución de las lesiones sufridas, así como de las incidencias acaecidas durante dicha evolución.
5. Determinación de la fecha de curación o de consolidación.
6. Determinar el estado de salud/detrimento final tras la evolución máxima de las lesiones (secuelas), debiendo realizar una evaluación objetiva y exacta de las secuelas resultantes tanto en sus aspectos anatómicos como funcionales.
7. Establecimiento de la relación de causalidad entre el hecho, la lesión y la secuela a que diere lugar.
8. Determinar las consecuencias de las lesiones postraumáticas sobre todas las actividades que desarrollaba habitualmente el individuo, tanto en el ámbito laboral como en el social, personal, familiar, etc.

Los medios de los que dispone el médico evaluador para abordar la pauta metodológica antes relacionada son esencialmente los siguientes:

1. Interrogatorio del lesionado: Lo que cobra una importancia suma, debiendo extenderse en los casos que fuese necesario a familiares, compañeros de trabajo, etc. Debe realizarse con una especial minuciosidad, analizando aspectos como la actitud del lesionado, sus declaraciones sobre su estado de salud anterior al trauma, buscando la posible existencia de estados patológicos previos o concomitantes, las condiciones de vida personales, familiares y profesionales del sujeto antes del traumatismo. Se debe insistir especialmente en conocer la opinión del paciente sobre las consecuencias inmediatas y tardías del accidente, la forma en que ha vivido todo el proceso, su enfrentamiento al dolor, a las terapéuticas agresivas, etc.

2. Estudio de documentos: Tanto médicos como estrictamente médico-legales. Entra en este apartado la más variada documentación como estudios radiográficos, historial clínico, exámenes de laboratorio, parte de lesiones, declaración de sanidad, informes de especialistas, informes de alta, etc.

3. Examen clínico: El cual debe ser igualmente pormenorizado, centrándose de forma especial en la zona, miembro u órgano afectado, pero sin olvidar comprobar las posibles consecuencias sobre el resto de la economía, acudiendo para ello a la realización de las pruebas complementarias que sean precisas, al asesoramiento de diversos especialistas según el caso, a pruebas psicológicas complementarias, etc.

Se han vertido frecuentemente críticas hacia los médicos por la importancia que conferimos a las declaraciones del propio lesionado. Es indiscutible que, como se señala en numerosos textos de Medicina Legal, a la hora de realizar la valoración de un determinado daño o lesión, las declaraciones de la víctima deben ser estimadas con suma cautela, por ser ésta parte interesada y sujeto a multitud de influencias. Pero, a parte de este

aspecto y de los problemas de simulación y disimulación, hay que tener en cuenta que el interrogatorio del paciente no es sólo una de las fuentes básicas de las que se nutre el experto en la valoración médica del daño corporal, sino uno de los elementos clave de toda actividad médica, base de la relación médico-paciente. No hay que olvidar que la evaluación de los daños a las personas, desde el punto de vista médico, no es más que una de las muchas facetas de la praxis médica y que, como toda ella, se fundamenta en la buena relación entre el médico y el paciente y la realización de una correcta anamnesis. La relación con el paciente, facilitada al inicio por la entrevista, abre las puertas de la subsiguiente exploración, pero además permite en muchos casos —refiriéndonos ya en concreto al tema que nos ocupa— conocer información no contenida en ningún tipo de documento y sobre todo conocer la forma en que el paciente ha vivido el daño y sus consecuencias, lo que en la valoración del daño extrapatrimonial adquiere una especial dimensión. Es cierto que, como hemos señalado antes, el experto no puede sustentar la pericia exclusivamente en la entrevista con el lesionado, siendo tan sólo un dato más a añadir a la totalidad de la información que pueda obtener. Pero también es cierto que, con las salvedades que merece, no podemos renunciar al lógico acto de la anamnesis correcta y completa. Como señaló muy acertadamente el maestro Fernando Oliveira de Sá (1992) la actitud detectivesca y policial por parte del perito no causa más que daño a la relación con el paciente, predisponiéndolo a la desconfianza y ocultación de la verdad mucho más que una relación de confianza en la que pueda exponer al médico su visión del daño sufrido.

## ELEMENTOS DE LA VALORACIÓN: EL DAÑO GENÉRICO

Los daños a valorar con criterios genéricos, esto es: comunes a la totalidad de los individuos, en casos de delitos contra la libertad sexual pueden ser de los más variados, como sucede con cualquier otra etiología dañosa. La valoración deberá hacerse ajustándose a los criterios propios de este ámbito.

*a) Incapacidad Transitoria o Temporal:* Aunque este término es propio de la legislación laboral de nuestro país, es conveniente trasladarlo a otras esferas jurídicas, sustituyendo otros como "periodo de baja" —eminente-mente clínico—, "invalidez provisional", "incapacidad temporal", etc. que pueden ser también válidos aunque inducen a confusión. Mejor es aprovechar un término que es ya familiar para los profesionales que nos dedicamos a esta actividad. Igualmente parece conveniente eliminar el adjetivo "laboral" dado que la referencia no queremos limitarla a ese terreno, sino referirnos a la incapacidad que impide al individuo para el desarrollo de sus actividades habituales, sean éstas laborales o no, aunque la referencia al ámbito de la profesión habitual sea la más importante.

En todo caso, salvadas las diferencias terminológicas, se debe aceptar que se trata del primer elemento que el experto debe considerar. La primera consecuencia que el daño tiene sobre la víctima es la dificultad que se le plantea para las usuales actividades de su vida (profesionales, deportivas, familiares, etc.). Esta consecuencia debe ser reparada y en ningún caso ello será posible si el experto no lo comunica correcta y expresamente al juzgador.

La determinación de la magnitud exacta del periodo de baja o de Incapacidad Transitoria no presenta en la mayoría de los casos excesiva dificultad. Estará constituido por el periodo de tiempo, contado en días, comprendido entre la fecha en que se produjo el suceso traumático y la fecha en que se determina el alta definitiva. Si alguna dificultad se plantea suele ser en la determinación de esta segunda fecha, es decir, la fecha de alta, fecha de curación o fecha de consolidación.

La Incapacidad Transitoria permanecerá mientras el cuadro lesional continúe evolucionando siendo posible llevar a cabo una actividad médico-sanitaria para su beneficio. Cuando el máximo de recuperación posible se haya alcanzado finalizará el periodo de Incapacidad Transitoria, y ello será independiente de que se obtenga una completa recuperación anatómica y/o funcional, o no. Por ejemplo, un individuo que sufre una amputación traumática de un miembro, alcanzará la máxima recuperación posible sin la completa recuperación anatómica o funcional dado que ésta es imposible.

El periodo de Incapacidad Transitoria permanecerá mientras la víctima sea susceptible de asistencia profesional recuperadora. Por ello en muchas ocasiones el alta hospitalaria y el fin de la Incapacidad Transitoria o momento de curación no coinciden necesariamente. En gran número de casos, tras el alta hospitalaria, el enfermo continúa recibiendo asistencia ambulatoria, tratamiento rehabilitador, etc. Incluso en las últimas fases del proceso se pueden plantear nuevas opciones terapéuticas que darían como consecuencia nueva atención hospitalaria o ambulatoria.

Se muestra así con claridad que en algunas ocasiones la determinación de la fecha de alta y, como consecuencia, de la Incapacidad Transitoria y el momento de curación de las lesiones, puede ser difícil y objeto de discusión. Supongamos el caso de un individuo que, como consecuencia de un accidente de tráfico, sufre un esguince cervical. El paciente evoluciona mal y, tras asistencia hospitalaria y ambulatoria conservadora, refiere aún un cuadro de cervicalgia con cierto grado de impotencia funcional de miembros superiores un año después del accidente. La exploración muestra la existencia de la disminución de un espacio cervical y una hernia discal, ante lo que se aconseja la intervención quirúrgica. Sin embargo, el paciente rechaza dicha opción por temor a las posibles complicaciones o por cualquier otra razón de carácter personal. En este caso, a pesar que las opciones terapéuticas para la recuperación no se han consumido en su

totalidad, la negativa a someterse a la intervención recomendada determina que haya que considerar que el máximo de atención médica se ha aplicado (la que acepta y permite el paciente) y, por tanto, el máximo de recuperación se ha conseguido, por lo que habrá que, por lo que habrá que fijar en ese momento la curación y el fin de la Incapacidad Transitoria. Si, por el contrario, el paciente aceptara someterse a la operación quirúrgica, habría que esperar al final de este último proceso para poder determinar el periodo de Incapacidad Transitoria total.

Para un abordaje general del problema aplicable a la totalidad de los casos, es recomendable seguir los siguientes criterios médico-legales que permiten determinar que la curación se ha producido cuando:

1. El lesionado puede reincorporarse a su trabajo habitual sin afectación para la lesión que justificó la baja.
2. No precisa de más asistencia o vigilancia médica.
3. El lesionado ha alcanzado el máximo de restitución anatómica y funcional, encontrándose en el momento más cercano al estado pre-lesional.

y ello independientemente de la calificación laboral que merezca el caso para lo que remitimos al lector al capítulo cuarto de esta obra.

Su trascendencia es tal que suelo afirmar que, al igual que el traumatismo o el evento delictivo inicia el daño, la fijación del momento de curación inicia la valoración, puesto que hacerlo con anterioridad no sería más que un grosero error.

*b) Invalidez Permanente.* También aquí no se trata tan sólo de una aceptación profesional del término, sino que debe ampliarse a todas las actividades que el individuo desarrollara antes de la producción del daño. La valoración de la Incapacidad Permanente se plantea cuando la recuperación no ha alcanzado la completa restitución anatómica y/o funcional, restando una daño permanente que provoca un estado de incapacidad que afecta a una o más esferas de la vida del lesionado, llegando en los casos más graves al grado de minusvalía.

Pero, además de la propia relación de secuelas, el perito médico debe tener presente que el lesionado que presenta un daño residual permanente, determinará que éste deba afrontar cambios en sus actividades habituales e incluso renunciar a alguna de ellas. Si se trata de un individuo en el periodo productivo de su vida, se verá disminuida o anulada su capacidad para desarrollar su trabajo, adquiriendo ello una especial importancia dentro de la valoración e indemnización de los daños personales. Pero, se encuentre o no el paciente en edad laboral, sufrirá además otras dificultades en el ámbito social, familiar o del ocio: subir o bajar escaleras, leer, caminar, practicar deportes, viajar, conducir, mantener relaciones sexuales normales, etc.

Si el fundamento de la reparación, como tantas veces hemos señalado, es compensar al lesionado del daño sufrido y de todas sus consecuencias, está claro que el resultado exacto de la Invalidez Permanente debe ser justamente compensado y ello será posible sólo si el experto prevé esta eventualidad, la examina minuciosamente y es capaz de transmitirle mediante su informe al Juez.

*c) Secuelas:* Como señalamos en el apartado anterior, la existencia de un daño residual permanente tras la máxima atención y recuperación médica posible es un elemento trascendental en la valoración médica del daño corporal. Se trata de la evaluación del estado general y sus consecuencia sobre la vida del individuo. Pero esta situación global se deriva de la existencia de una serie de afecciones definitivas concretas sobre la salud física o psíquica o la integridad corporal de la víctima, es decir, de la existencia de determinadas secuelas.

Se trata de un aspecto que, junto con los anteriores, constituye los elementos clásicamente fundamentales en el tema que nos ocupa. Son consecuencias evidentes del evento traumático y relativamente fáciles de cuantificar, por lo que ya desde antiguo han sido la base de la valoración de los daños a las personas.

En el caso de las secuelas nos encontramos ante aquel elemento que en mayor grado ha dado lugar al desarrollo del concepto de valor económico de la persona. Bien porque se producía la muerte de la víctima o bien porque sufriera una pérdida anatómica traumática (de una pierna, de una mano, etc.), se planteó ya desde la Antigüedad la necesidad de compensar dicho daño. La secuela es la demostración más palpable de la pérdida sufrida por la víctima como consecuencia del suceso traumático. Por ello era fácil aceptar que si alguien amputaba la mano de otro, el responsable debía pagar por esa mano. Superados los conceptos vengativos de la reparación, la única posibilidad es la compensación económica, lo que determinó la necesidad de asignar un valor económico a las secuelas, a partes determinadas de la anatomía, a funciones orgánicas concretas o a la totalidad del ser humano. es lo que dió lugar al nacimiento de baremos rudimentarios en sueldos que asignaban a determinadas secuelas —generalmente amputaciones y deformidades— un valor económico concreto.

Las modernas corrientes en valoración de daños personales han tecnificado el método de cuantificación desarrollando relaciones de secuelas más completas que asignan a cada una un valor determinado en una escala preestablecida en puntos, porcentajes u otro valor que, por diversos métodos, son traducidas en cantidades económicas de compensación.

El papel preponderante de las secuelas como evidente resultado del daño y la relativa facilidad de su apreciación —e incluso de su cuantificación, según el caso— gracias a los recientes avances de las técnicas diagnósticas, han determinado el desarrollo en los últimos decenios de numerosas y completas relaciones de secuelas con su correspondiente valor asig-

nado, lo que constituye el elemento central de los actuales baremos y tablas de valoración, por lo que remitimos al lector al estudio del capítulo correspondiente.

A la vista de lo anterior es de esperar que estará clara la importancia de las secuelas: son consecuencia directa del traumatismo y es posible cuantificarlas mediante la ayuda de los instrumentos de medida que constituyen los baremos. Un elemento de estas características y trascendencia no puede ser pasado por alto por parte del médico evaluador. Deberá aplicar toda su atención y amplios conocimientos médicos para revelar todas y cada una de las secuelas existentes en cada caso para que puedan ser conocidas. No se trata, como es fácil deducir, de una labor fácil, sobre todo si intentamos imaginar todas las posibles pérdidas anatómicas, alteraciones funcionales, procesos patológicos de carácter exógeno, etc. que el ser humano puede padecer.

La valoración de daños psíquicos y psicológicos mediante baremo adquiere en los casos de delitos contra la libertad sexual especial importancia por su trascendencia y frecuencia.

Las consecuencias psicológicas y los trastornos psiquiátricos derivados de acciones traumáticas o de vivencias experimentadas por la víctima, merecen un tratamiento escaso en los baremos de aplicación en nuestro ordenamiento, aunque la ausencia de una amplia y pormenorizada relación de patologías no impide su cuantificación, dado que puede llevarse a cabo por analogía si el perito es suficientemente experimentado.

En la valoración del daño psíquico hay que distinguir dos categorías de factores: los resultantes de lesión cerebral y los efectos psicológicos o de impacto emocional (Gurpegui, Gil y Hernández Cueto, 2001):

La bibliografía especializada en valoración del daño corporal mantiene los términos de psicosis y neurosis, cuando en la actualidad se engloba a las primeras dentro de los síndromes esquizofreniformes, y a las segundas —incluyendo las reacciones neuróticas— en los síntomas emocionales.

Centrándonos en los trastornos que con más frecuencia pueden presentarse tras agresiones como las de tipo sexual, deberíamos hacerlo en los Trastornos de Estrés Postraumático y el Síndrome Postraumático o Postconmocional.

El Trastorno de Estrés Postraumático abraza las consecuencias psicológicas, inmediatas y a largo plazo, de las experiencias de carácter extremo o catastrófico. La angustia se exagera en tal grado que se convierte en fuente de peligro. Se caracteriza esencialmente por la reexperimentación del acontecimiento traumático, la insensibilidad psíquica al entorno y el aumento de la activación autonómica. Los criterios para su diagnóstico propuestos por el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988) son:

- a) existencia de un estrés reconocible que produciría síntomas significativas de malestar en casi cualquier persona.
- b) Revivir la experiencia traumática: bien por recuerdos recurrentes o comportamientos repentinos debido a asociación con un estímulo ambiental o ideativo.
- c) Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la implicación en él.

Por su parte, la CIE-10 (OMS) establece las siguientes pautas para el diagnóstico:

1. Exposición breve o prolongada a un agente estresante.
2. Recuerdo continuado en forma de reminiscencias disociativas, recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes, sensación de malestar ante situaciones parecidas o relacionadas.
3. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el agente estresante.
4. Amnesia psicógena parcial o completa, o síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica.

En cuanto al Síndrome Postraumático o Postconmocional es un término insatisfactorio que engloba dos síntomas principales: dolor de cabeza y vértigo. A ello se suma fatiga, irritabilidad, intolerancia al ruido, insomnio, inestabilidad emocional, dificultad de concentración, etc. Se trata de un síndrome de etiología compleja en la que hay en juego muchos factores psicógenos.

Sea del tipo que fuere, la evaluación del trastorno psíquico y la cuantificación del Daño Psíquico, requiere una actuación especializada, por lo que la participación del médico especialista —dentro del equipo multidisciplinar que mencionaba al inicio— debe ser obligada.

## EL DAÑO ESPECÍFICO

Hemos de referirnos aquí a aquellos aspectos en concreto de la valoración, es decir, los característicos y exclusivos del caso en cuestión que nos ocupe. Lo comentado en el ámbito genérico es común a la totalidad de los individuos y precisa de similar abordaje independientemente de las características individuales del paciente y siendo indiferente el origen de los daños.

Pero esa parte de la valoración no es el todo. Resta un apartado de especial trascendencia: aquel que identifica e individualiza cada caso, la apreciación de las consecuencias del daño sobre las características y circunstancias concretas de la víctima. Sólo la sumatoria de ambas permite

conseguir la valoración integral que lleve como consecuencia a la reparación íntegra del daño.

Este apartado es de indiscutible trascendencia y comprende elementos esenciales como la valoración del Perjuicio Profesional, de la imposibilidad o merma en la capacidad de disfrute de los placeres de la vida, la imposibilidad de procreación, las dificultades y trastornos en la relación social y con el medio externo, el Perjuicio de Longevidad, el Perjuicio Juvenil (incluyendo los complejos daños futuros), etc. Es aconsejable que el lector acuda a las numerosas fuentes bibliográficas existentes, donde se trata en profundidad el estudio de estos elementos del daño, lo que ahora superaría con mucho lo pretendido en el presente artículo.

Sin embargo, algunos aspectos específicos del daño deben ser tratados ahora con especial detenimiento al estar relacionados directamente con una agresión de tipo sexual y los trastornos ulteriores que de ella se deriven para la víctima. Me refiero al denominado Perjuicio Sexual, entendido como trastorno o anulación de las posibilidades de relación sexual normal y satisfactoria. Este perjuicio está presente en muchas ocasiones como consecuencia de secuelas anatomo-funcionales derivadas de traumatismo y actividades diversas, pero en otras se trata de la consecuencia de alteraciones psicológicas y del comportamiento que invalidan a la víctima en mayor o menor grado en esta importante esfera de la persona. Para su valoración no ha de tomarse en consideración la situación personal o familiar de la víctima, ni cualquier otra circunstancia salvo, como siempre sucede en los daños indemnizables, si se trataba de uno de los elementos sanos que conformaban a la persona antes de la producción del daño y, en caso de ser así, considerarlo y cuantificarlo para establecer la reparación.

Es un perjuicio, como casi todos los de este ámbito, difícilmente mensurable, pero obviar su mención es dejar conscientemente incompleta la valoración. Su simple mención en el informe médico-legal será suficiente para que el juzgador lo considere como un *item* a añadir a la hora de fijar el *quantum* indemnizatorio. En algunas ocasiones (aunque no siendo imprescindible para que se acepte, como ya he indicado) las circunstancias personales de la víctima pueden ayudar a apreciar mejor la dimensión exacta de este perjuicio: edad, pareja habitual, matrimonio, etc.

La presencia del Perjuicio Sexual conlleva con frecuencia la existencia de Daños Morales complementarios. Aunque en muchas ocasiones superan la exclusiva competencia médica (lo que queda compensado con la participación del equipo multidisciplinar ya mencionado), deben ser detenidamente considerados en estos casos. No son daños baremables dado que los baremos comprendidos en nuestro ordenamiento o no los contemplan, o lo hacen tan sólo para casos de grandes secuelas físicas. Ello, como digo, no debe impedir considerar el grado de afección en forma de daños morales de la víctima, extensible a la pareja permanente o habitual en caso de existir; al igual que los daños morales del gran inválido han

extenderse a los familiares que con él deben convivir y atenderle.

Finalmente, un último aspecto tiene que añadirse al informe médico-legal en el caso de víctimas de delitos contra la libertad sexual: la necesidad de asistencia especializada futura más allá de la estabilización clínica. La ayuda prolongada para facilitar el regreso a la normalidad puede ser en algunos casos esencial y debe ser prevista y financiada. Forma parte de la reparación del daño. En algunas ocasiones esas necesidades pueden ser atendidas por los equipos multidisciplinares que se están instaurando en nuestro país a todos los niveles de la Administración para la atención de víctimas de maltratos, terrorismo, violencia familiar, delitos contra la libertad sexual, etc. En otras ocasiones deberá acudir al especialista concreto preciso. En todo caso, al igual que para el inválido se prevé el aporte indemnizatorio para atender, por ejemplo, la asistencia fisioterápica, debe intervenir en igual sentido en la asistencia futura y recuperación de la víctima del delito contra la libertad sexual, lo que sólo será posible si el informe médico-legal de la valoración de daños lo contempla y así lo comunica al juzgador para que pueda ser adecuadamente contemplado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1988.
2. DE ÁNGEL R. La experiencia española en materia de Valoración del Daño Corporal, Madrid: CDC 89, 1989.
3. GURPEGUI M, GIL F, HERNÁNDEZ CUETO C. Exploración y Evaluación del Daño Psíquico. En: C. HERNÁNDEZ Cueto (Ed.). La Valoración Médica del Daño Corporal, Barcelona: Masson, 2001.
4. HERNÁNDEZ CUETO C. La Valoración Médica del Daño Corporal: Guía práctica para la Exploración y Evaluación de Lesionados. S.A., 2ª edición, Barcelona: Masson, 2001.
5. OLIVEIRA DE SÁ F. Clínica Médico-Legal da Reparação do Dano Corporal em Direito Civil. Coimbra: APADAC, 1992.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (CIE-10). Madrid: Meditor, 1992.

## EL PERJUICIO SEXUAL EN LAS VÍCTIMAS DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

EDUARDO MURCIA SÁIZ

**Resumen:** Los delitos contra la libertad sexual conllevan para la víctima, además del daño moral que les es propio, una serie de consecuencias negativas sobre el estado de salud, tanto en lo que se refiere a la salud psíquica como a la salud física.

La valoración médica del daño corporal busca una correcta estimación del daño causado a la salud, con la finalidad de su justa reparación jurídica.

Dentro de los diversos daños o perjuicios debe incluirse el perjuicio sexual cuya naturaleza específica se discute en el presente artículo.

No cabe duda de que una correcta valoración de los daños corporales debe incluir el juicio médico sobre la presencia y el grado de afectación de las funciones sexuales como consecuencia de estos delitos.

Es más, determinadas disposiciones legales de reciente publicación (Ley 35/95 de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual y el reglamento que la desarrolla) exigen la valoración de la incapacidad temporal y las incapacidades permanentes derivadas de los mismos y lamentablemente son frecuentes los casos de secuelas psíquicas y, en menor medida, psíquicas que repercuten negativamente sobre la sexualidad de las víctimas.

**Palabras clave:** Perjuicio sexual. Daño corporal. Delitos contra la libertad sexual. Impotencia. Responsabilidad civil. Responsabilidad penal.

**Abstract:** For the victims, crimes against sexual freedom bring about, apart from the moral harm that is typical of them, a series of negative consequences on both their psychic and physical state of health.

---

\* Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia.

The medical evaluation of the bodily harm tries to make a correct estimation of the harm caused to the health, in order to make a fair legal redress.

Sexual prejudice must be included in the different types of harm or damage, and its specific nature is discussed in this article.

There is no doubt that a correct evaluation of the bodily harm must include the medical decision on the presence and degree of affectation of the sexual functions as a result of these crimes.

In fact, certain recently published legal provisions (Law 83/95 on aid and assistance to victims of violent crimes and against sexual freedom and the regulation that develops it) demand the evaluation of the temporary disability and the permanent disabilities derived from them. Unfortunately, the cases of psychic and, to a lesser extent, psychic sequels, which have a negative influence on the sexuality of the victims, are frequent.

**Key words:** Sexual damage. Bodily harm. Crimes against Sexual freedom. Impotence. Civil liability. Penal liability.

## VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

La valoración del daño corporal es una disciplina emergente que forma parte del amplio mundo de la medicina legal por cuanto nace de las necesidades del derecho y precisa del auxilio de los conocimientos médicos.

Su finalidad no es otra que establecer de forma objetiva y clara el alcance de los daños personales que se han causado de forma injusta y que, por ello, son tributarios de una reparación jurídica.

Como señala acertadamente el Prof. Hernández Cueto en las páginas precedentes, la relación entre los delitos contra la libertad sexual y la valoración del daño corporal es genérica y aún no se han desarrollado métodos específicos para su empleo en estos casos. La normativa vigente exige, no obstante, una valoración del daño corporal en estos casos y pueden utilizarse, para la determinación de secuelas concretas, sistemas empleados con otra finalidad.

Existen determinadas consecuencias de los delitos contra la libertad sexual que afectan directamente a la salud de las personas y por tanto deben contemplarse a la hora de establecer la responsabilidad civil *ex delicto* en este tipo de infracciones de la norma penal.

Por otro lado no es excepcional que, en el curso de uno de estos actos delictivos, se sumen otras figuras jurídicas y se produzca un concurso de delitos, sumándose al delito sexual un delito o una falta de lesiones.

Por todo ello es imperativo el estudio de las consecuencias de actos de esta naturaleza en la integridad corporal y en la salud física y mental.

Esta valoración debe hacerse de todo tipo de lesiones (físicas y psíquicas) que se hayan causado a la víctima, independientemente de su localización, naturaleza o grado.

Pero es evidente que, por tratarse de actos humanos que encuentran su origen en las pulsiones instintivas sexuales, puedan conllevar una serie de consecuencias sobre la salud en forma de lesiones traumáticas o de otra naturaleza que por ello afecten *directamente* al aparato sexual y reproductor de la víctima de estos delitos.

Es sabido que la valoración del daño corporal estudia las consecuencias en lo temporal y en lo definitivo de todo tipo de lesiones.

Las nociones básicas del daño corporal son conocidas del lector y no es este lugar para extendernos en su análisis. Pero precisamente estas líneas tienen por objeto el estudio de uno de los llamados por los autores franceses «Perjuicios anejos» que se dan o pueden darse en estos casos de lesiones, a saber:

- El perjuicio del dolor.
- El perjuicio del ocio o del placer.
- El perjuicio estético.
- El perjuicio juvenil.
- El perjuicio sexual.

### EL PERJUICIO SEXUAL

El perjuicio sexual se ha considerado por algunos autores como un ejemplo típico de perjuicio del ocio o del placer (En la terminología gala «prejudice d'agrément», es decir la pérdida de la posibilidad de disfrute de algunas de las actividades humanas no lucrativas que constituyen gran parte del desarrollo de la propia personalidad).

Siguiendo este criterio podríamos decir que el perjuicio sexual entraría a formar parte de los mencionados (según recoge Borobia) en la resolución 75/7 del Comité de ministros del Consejo de Europa relativa a lesiones personales en accidentes de circulación la cual señala entre los diversos perjuicios extrapatrimoniales «los diversos trastornos y displaceres tales como molestias, insomnio, sentimiento de inferioridad, disminución del placer de la vida causados por la imposibilidad de entregarse a ciertas actividades del placer y del ocio».

Para Hinojal suele valorarse dentro del perjuicio familiar y afectivo aunque, según este autor, en la esfera jurídica española este tipo de perjuicio encajaría dentro de los daños morales, o bien dentro del daño psicofísico y funcional si se pierde la función reproductora.

La Dra. Criado del Río señala que tanto puede encuadrarse en los daños morales como dentro del handicap afectivo-familiar y hace un interesante análisis señalando sus diversas consecuencias:

1. Sobre la función reproductora y capacidad para la relación sexual (aspecto anatómico-funcional), que considera integrado en el daño psicofisiológico-funcional.
2. En la esfera psíquica, por el sufrimiento moral debido a la imposibilidad de procrear o de tener relaciones sexuales satisfactorias.
3. En la disminución de la capacidad de atracción, englobándolo en el daño estético.

4. En las repercusiones patrimoniales como podrían darse en aquellas personas cuya actividad lucrativa se basa en algún tipo de comercio sexual actividades que, aunque estén reprobadas, no son delictivas.
5. Y, por último, el daño derivado de la pérdida o disminución del placer sexual o disfrute de la vida sexual que es el que directamente se hace corresponder con el *daño o perjuicio sexual*.

Sin embargo, algunos como Melennec han defendido siempre su individualidad<sup>5</sup> y su autonomía dejando bien clara su postura de no considerarlo incluido ni en la incapacidad funcional permanente ni en el perjuicio del ocio.

A mi parecer el perjuicio sexual tiene dos dimensiones: por un lado, la estrictamente reproductiva y, por otro, la derivada de la limitación o pérdida de la actividad sexual como fin en sí misma, como forma de satisfacer una de las pulsiones vitales de mayor importancia en la vida del ser humano.

El perjuicio sexual viene, por tanto, determinado por las consecuencias de las lesiones respecto de las funciones de esta naturaleza.

Siguiendo un enfoque clásico y desde un punto de vista médico-legal podría resumirse de forma simplista en una figura clínica: la de la impotencia en su mas amplio sentido. Es decir:

- La impotencia *coeundi* (o incapacidad para el coito) que priva al lesionado de una función altamente valorada (la relación sexual). Es posible tanto en el varón como en la mujer por múltiples causas que sería prolijo enumerar. Corresponde a lo que en términos vulgares se suele entender por impotencia y a lo que en los baremos generalmente empleados en la valoración del daño corporal se nombra como tal.
- La impotencia *generandi*, también conocida como esterilidad masculina.
- La impotencia *concupiendi*, o esterilidad femenina.

Estas dos últimas deben considerarse como *esterilidad* y como tales están contempladas en la mayoría de los baremos dentro del daño funcional.

- La impotencia *gestandi*. Es exclusiva para la mujer y se debe a causas que impiden el normal desarrollo del útero gestante debido a alteraciones ya sean anatómicas o funcionales.
- La impotencia *parturiendi* o incapacidad de que se produzca el parto por las vías naturales. Causas posibles son alteraciones morfológicas de la pelvis femenina (por callos de fracturas, etc.) que, hoy en día pueden ser salvadas mediante cesárea, haciendo ésta posible la reproducción si bien no deja de ser indemnizable el aumento del riesgo y las secuelas que de la misma intervención derivan (cicatri-

ces, posibles complicaciones) a consecuencia de hacer imprescindible el recurso a ésta si se desea tener descendencia.

Estas dos se han llamado por algunos autores en el campo de la valoración del daño corporal *perjuicio obstétrico* (Ver obra citada de Melennec).

No obstante, la anterior es una clasificación enunciativa y no limitativa de las diferentes repercusiones que ciertos hechos ilícitos pueden tener en la vida sexual y reproductiva de la víctima.

Es claro para todos que la integridad psicofísica del ser humano y la salud no reconocen la ley del todo o nada sino que existe un espectro continuo de limitaciones de las aptitudes humanas en todas sus proyecciones. Un ejemplo de ello es el que la impotencia *coeundi* masculina hoy en día se nombra como *disfunción eréctil* que puede alcanzar diversos grados.

Por otro lado, está claro que no sólo pueden limitar el goce y el disfrute de la actividad sexual lesiones o secuelas que radiquen en los propios genitales, sino que otro tipo de alteraciones a distancia pueden repercutir de forma importante en la consecución de una actividad sexual satisfactoria y ello explica la repercusión psicológica que tiene en la víctima de unas lesiones cualquier alteración de naturaleza anatómica que provoque un daño en los atributos sexuales o que afecte a las llamadas zonas erógenas limitando su función sexual, por señalar algunos ejemplos. Ello no obstante, cabría la discusión de si dichas secuelas deberían incluirse en el perjuicio estético o en el perjuicio sexual.

## EL PERJUICIO SEXUAL EN EL CÓDIGO PENAL

Nuestro código penal vigente señala la impotencia y la esterilidad en su artículo 149, disponiendo la pena más grave posible en casos de delito de lesiones cuando se causaran estos resultados de propósito.

Es decir existe un delito específico, cuando las lesiones buscan determinados resultados concretos, que reserva una pena muy elevada (hasta 12 años de prisión) siempre que se ocasione la pérdida o inutilización de un miembro principal, la *esterilidad*, la *impotencia*, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica.

Pero estos dos atentados a la integridad corporal (impotencia y esterilidad) no sólo tienen relevancia penal cuando se han causado de propósito sino que tal como señala el artículo 152 sirven para graduar la pena en función del resultado el delito de lesiones por imprudencia grave.

## EL PERJUICIO SEXUAL EN EL ÁMBITO DEL DERECHO CIVIL

Es ésta la proyección que en definitiva tiene el mayor interés desde el punto de vista de la valoración del daño corporal entendida como un pro-

ceso previo a la reparación del daño, que es su finalidad genuina. La actividad de valoración médica del daño corporal está encaminada a determinar de la forma mas objetiva que sea posible el daño para poder proceder a su reparación.

La responsabilidad civil puede nacer de los delitos y faltas (responsabilidad civil ex delicto) de los contratos y cuasi contratos (responsabilidad civil contractual) y de los actos u omisiones ilícitos, en los que intervenga cualquier género de imprudencia o negligencia y que causen daño a otros (responsabilidad civil extracontractual). En resumen la responsabilidad nace del incumplimiento de un deber sea éste el deber de no infringir las normas penales, los pactos establecidos en los contratos o el deber genérico de «no hacer daño a otro».

Para la reparación, pues, es necesaria la previa valoración y esta valoración se ha hecho en el pasado de una forma empírica, aproximada, asistemática y ha sido apreciada por los jueces de una forma también libre sin mas cortapisas que las «reglas de la sana crítica» y la prudencia que debe presidir la actuación judicial.

Ello determinó diferencias muy notables en la valoración de los daños personales en el pasado y ha facilitado la aparición, novedosa en nuestro país, de un sistema para dicha valoración en los casos de accidentes de tráfico que son los mas numerosos.

Efectivamente, el hecho de que la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados en su disposición adicional octava modificase la Ley de uso y circulación de vehículos a motor, entre otras cosas añadiendo este nuevo Sistema y haciéndolo obligatorio para este tipo de valoraciones ha facilitado que, por analogía, empiece a emplearse también en otros ámbitos diferentes de los hechos de la circulación, en los que se reclame una responsabilidad civil por daños personales y hace que se deba siempre tener en cuenta este referente.

En la Tabla VI del Sistema mencionado podemos encontrar epígrafes que corresponden directamente a alteraciones anatómicas o funcionales (secuelas) que suponen sin duda un perjuicio sexual u obstétrico.

Como se ha dicho mas arriba, el derecho civil establece la necesidad de reparación de los daños ocasionados por el incumplimiento de un pacto (responsabilidad contractual) o por la falta de observancia de la norma jurídica, como en la imprudencia o negligencia con culpa civil (responsabilidad extra-contractual). También determinados hechos fortuitos en virtud de la existencia de una responsabilidad *objetiva* pueden estar sujetos a la reparación civil aun en ausencia de culpa o incumplimiento de un contrato.

La responsabilidad civil que deriva de los hechos delictivos está claramente establecida por la ley y así reza el artículo 109 del Código Penal: «*la ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los*

*términos previstos por las Leyes, los daños y perjuicios por él causados» y el artículo 116: «Toda persona criminalmente responsable de un delito o falta lo es también civilmente si del hecho se derivaren daños o perjuicios».*

Por este motivo debe conocerse el sistema de valoración anteriormente mencionado que permitiría valorar:

— la *incapacidad temporal* provocada por las lesiones, distinguiendo días de ingreso hospitalario, días improductivos en los que la víctima no ha podido desarrollar sus actividades habituales y días no improductivos es decir; aquellos en que la víctima aún no se había repuesto completamente de las lesiones sufridas a pesar de haber reanudado sus actividades habituales.

— Las *secuelas o lesiones permanentes* en base al listado por regiones anatómicas y aparatos que constituye la tabla VI del mencionado sistema.

## EL PERJUICIO SEXUAL EN EL ÁMBITO DEL DERECHO ADMINISTRATIVO

Independientemente de la responsabilidad civil que entrañan directamente los delitos contra la libertad sexual y del sujeto responsable, existen determinadas normas legales que permiten algún tipo de compensación a las víctimas de estos delitos y en general a cualquier persona que ha sufrido un detrimento de sus aptitudes psicofísicas por sus diversas causas, en virtud del principio de solidaridad.

Dentro de estas normas debemos mencionar:

### LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA INCAPACIDAD LABORAL.

Cuando consideramos este apartado no cabe duda de que nos resulta difícil imaginar situaciones en que el perjuicio sexual pueda determinar una incapacidad para el trabajo (aunque no sería excepcional en los casos con graves consecuencias en la esfera psíquica) pero existen casos en que el perjuicio sexual podría repercutir en la actividad laboral si la prestación que el trabajador es de esta naturaleza. Elena Vicente<sup>7</sup> señala como en algunos países (Holanda) se distingue entre actividades *inmorales* (como la prostitución) en la que se admite el derecho a la reparación en caso de interrupción temporal o definitiva de las mismas y actividades *criminales* (como la de los traficantes de drogas) en las que ni siquiera se considera.

No obstante, esta proyección como perjuicio profesional o laboral del daño corporal permanecería en la esfera civil pues en estas actividades mencionadas no se efectúan por cuenta ajena al menos en nuestro país (so pena de ser consideradas criminales y por ello ilícitas) ni cuando se ejercen por cuenta propia disponen de un sistema de seguros sociales.

LA LEY 35/95 DE AYUDAS Y ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL Y EL REGLAMENTO QUE LA DESARROLLA

El Estado establece unas ayudas a las víctimas de estos delitos (o a sus allegados en caso de muerte) que requieren también un dictamen pericial sobre las repercusiones físicas y psíquicas de los mismos. Dicho dictamen pericial debe emitirse por los médicos encargados de la valoración de las minusvalías o por los médicos forenses.

LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVÁLIDOS Y LAS DISPOSICIONES QUE LA DESARROLLAN

Independientemente de lo anterior hemos de considerar la regulación legal de las minusvalías en nuestro país que, indirectamente podría verse relacionada en estos casos cuando, tras finalizar el proceso, queden tales secuelas físicas o psíquicas que permiten plantear la declaración de minusválido de la víctima.

Efectivamente existen situaciones de desventaja social cuyo origen radica en la existencia de una discapacidad en estas funciones tal como señaló la O.M.S.

64 Deficiencia de la función reproductora (en la que se incluyen entre otras: esterilidad, subfertilidad, dispareunia...)

67 Deficiencia de los órganos sexuales (en la que se incluyen: deficiencia de pezones y mamas, otras deficiencias de los genitales externos...)

Estas deficiencias originarían una discapacidad como la 17.2 «*Otra discapacidad del rol de pareja*» que según la O.M.S. incluye Perturbación de las relaciones sexuales con la pareja habitual (incluida la práctica del coito y si el sujeto y su pareja hallan satisfactorias las relaciones sexuales) y ello provocaría una minusvalía de integración social con participación restringida (categoría 2).

En nuestro ordenamiento jurídico, según el Real Decreto 1971/99<sup>11</sup> de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, las patologías que afecten al aparato genital y a la mama pueden merecer un porcentaje de discapacidad del 0 al 5% aunque las repercusiones psicológicas que conlleven se han de valorar independientemente según los criterios expresados en el capítulo correspondiente de dicho texto legal.

## TIPOS DE PERJUICIO SEXUAL

Debemos considerar que los perjuicios de naturaleza sexual pueden tener una proyección temporal diferente. Puede que únicamente se manifiesten durante el periodo evolutivo de las lesiones (periodo de curación o consolidación) o bien que, una vez finalizado éste, persistan indefinida-

mente en forma de secuelas constituyéndose en un estado previsiblemente definitivo o permanente.

A su vez podríamos clasificar los perjuicios sexuales como derivados de daños físicos (lesiones o secuelas anatómicas o funcionales) o psíquicos (alteraciones de la salud mental).

## DAÑOS FÍSICOS O PSÍQUICOS TEMPORALES (lesiones)

### 1. Lesiones traumáticas

Pueden ser de todo tipo, generalmente leves, aunque en algunas ocasiones de extrema violencia llegan a ser muy graves. Pueden afectar al aparato genital o radicar en otras regiones. En el primer caso es evidente que producirán un perjuicio sexual de naturaleza temporal en tanto se produzca la curación de dichas lesiones.

Cobo y cols. hacen en su texto un amplio repaso de las diferentes repercusiones sobre la salud que la violencia sexual puede ocasionar.

### 2. Enfermedades de transmisión sexual:

Es una de las posibles consecuencias sobre la salud de la víctima de este tipo de delitos. Nuevamente habrá que considerar en estos casos, además de la imputabilidad médico-legal (juicio sobre si la enfermedad se adquirió precisamente en el contacto sexual que constituyó el delito), la repercusión que dicha patología tenga, durante el tiempo en que se prolongue, en la vida sexual de la víctima.

A título enunciativo debemos pensar en las siguientes: Sífilis, gonorrea, hepatitis B y, por supuesto en el síndrome de Inmunodeficiencia humana adquirida.

### 3. Fecundación

Esta eventualidad está prevista incluso en el código penal como causa de despenalización del aborto (aborto llamado ético). No cabe duda de que la fecundación y sus consecuencias tendrán una repercusión en la vida sexual de la víctima, pudiendo darse en un primer análisis las siguientes posibilidades:

- a. Aborto y sus complicaciones
- b. Gestación y sus complicaciones
- c. Parto y sus complicaciones

No es éste el lugar para un análisis detenido de las diferentes repercusiones (tanto de naturaleza física como psíquica) que pueden darse en cada una de estas situaciones y que el lector fácilmente imaginará.

#### 4. Daño o lesiones psíquicas

No cabe duda de que, de todas las posibles consecuencias sobre la víctima que puede tener un delito contra la libertad sexual, la repercusión psíquica se dará siempre. Las lesiones físicas pueden faltar en algunos delitos de esta naturaleza pero las consecuencias emocionales y psicológicas nunca faltarán. Que puedan calificarse de patológicas o no depende de su grado y del criterio que apliquemos.

El cuadro típico que podremos encontrar es el de stress agudo y, en los casos de delitos continuados en el tiempo (abusos sexuales en menores por ejemplo) las manifestaciones crónicas son la norma.

### DAÑOS FÍSICOS O PSÍQUICOS PERMANENTES (secuelas)

#### SECUELAS FÍSICAS

##### Impotencia

*Generandi* o *concupiendi* o esterilidad. Puede deberse, bien a lesiones traumáticas (lo que resulta excepcional), bien como consecuencia a largo plazo de una infección genital no controlada.

##### *Coeundi*

En el estado actual de la cirugía consideramos muy improbable que puedan producirse a consecuencia de delitos contra la libertad sexual, secuelas físicas en los genitales tan graves como para provocar una impotencia pero no obstante, ello es posible aunque habrá que analizar si se debe a causas físicas o psíquicas tanto en la disfunción eréctil del varón como en los cuadros relativamente frecuentes de dispareunia, o vaginismo.

##### *Gestandi*

Existen pocos casos en la actualidad en que se pueda invocar la incapacidad para la descendencia por no ser posible una gestación debido a secuelas de traumatismos. Pero no cabe duda de que, cuando existen secuelas graves, una mujer en edad fértil puede ver muy comprometida su aptitud para el desarrollo de una gestación normal. No obstante, es a nuestro parecer todavía más difícil que puedan darse secuelas de esta naturaleza como consecuencia de un delito contra la libertad sexual, lo que hace esta posibilidad algo muy teórico.

##### *Parturiendi* (perjuicio obstétrico)

Se halla específicamente recogida en la tabla VI del Sistema de Valoración de daños personales y como tal secuela esta integrada en el daño funcional aunque para su valoración se emplean además de criterios médicos criterios indirectamente sociales (edad y número de hijos de la víctima)

## SECUELAS PSÍQUICAS

Es obvio que la agresión de naturaleza sexual representa una amenaza tan grave a la integridad de la víctima que explica la frecuencia de aparición en estos casos del llamado trastorno por stress postraumático, como en la literatura médico-legal se ha registrado con reiteración.

No entraremos en la valoración del daño psíquico por cuanto es objeto de estudio separado en este mismo volumen. De lo que no cabe duda es de la realidad de las consecuencias sobre la función sexual de trastornos psíquicos de esta entidad y, precisamente de este origen tan específico que llevaría a un revivir los acontecimientos estresantes en la actividad sexual y que por ello en forma de conductas evitativas provocaría un innegable perjuicio sexual.

## VALORACIÓN DEL PERJUICIO SEXUAL

A nuestro modo de ver la aproximación que el médico forense, el médico valorador de daños corporales, el médico que debe valorar la existencia de deficiencias que originen minusvalías o cualquier profesional de la medicina que deba llevar a cabo una aproximación estimativa de los daños personales consecutivos a un delito contra la libertad sexual debe contemplar este ámbito del desarrollo personal que es la sexualidad humana en el momento de analizar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima y considerar la proyección en éste de las lesiones y secuelas resultantes.

Es un ejercicio mental que se ignora por lo común salvo en los casos en que las lesiones afectan directamente al aparato sexual o reproductor pero que puede darse en todo tipo de lesiones y fundamentalmente se da con mucha frecuencia, como perjuicio añadido en los casos de afectación psíquica ya sea temporal o permanente.

Debemos tener presente siempre esta dimensión humana (la sexualidad) y preguntarnos las repercusiones que en la misma ha tenido el hecho injusto que ha generado responsabilidad.

El esquema señalado al comienzo y propuesto por la Dra. Criado nos permitirá atribuir las diferentes consecuencias:

- Daño anatomo-funcional: en sus dos vertientes: sexualidad y reproducción.
- Sufrimiento moral.
- Lo que es estrictamente daño o perjuicio estético.
- La eventualidad de una repercusiones patrimoniales como limitación de actividades lucrativas previas.

para poder estimar propiamente la pérdida o disminución del placer sexual o disfrute de la vida sexual.

Sólo de esta forma habremos cumplido con la misión pericial que, en los casos de daños personales, constituye la razón de ser de nuestra especialidad: la medicina legal, contribuyendo de este modo a la administración de justicia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. LE ROY M. L'évaluation du préjudice corporel. Paris: LITEC Droit, 1982.
2. BOROBIA C. Métodos de valoración del daño corporal. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1989.
3. HINOJAL R. Fundamentos y métodos de la valoración de los distintos daños (baremos). *Rev. Port Dano Corp* 1996, 5(6):55-61.
4. CRIADO M. Valoración médico-legal del daño a la persona. Madrid: Colex, 1999.
5. MELENNEC L. Le préjudice sexuel ou *damnum sexuelle*. Actas de las Troisièmes Journées Méditerranéennes de Médecine Légale. Túnez: Société Méditerranéenne de Médecine Légale 1980, 387-394.
6. GIBBERT JA. Medicina Legal y Toxicología. 5.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1998.
7. VICENTE E. Los daños corporales: tipología y valoración. Barcelona: JM Bosch, 1994.
8. Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
9. Real Decreto 738/1997, de 23 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
10. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. 3.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.
11. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
12. COBO JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Barcelona: Masson, 1999.
13. VÁZQUEZ MEZQUITA B, CALLE POMAR M. Estudio de las secuelas postraumáticas en niños objeto de agresiones sexuales denunciadas. *Rev Esp Daño Corp* 1996, 2(4).
14. LÓPEZ G, COLLE D, DIAMANT-BERGER O. Stress post-traumatique (PTSD) des victimes d'agressions avec pénétrations sexuelles. Enquête portant sur 436 questionnaires. *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 1993, 36(1-1):97-102.

## LAS AGRESIONES SEXUALES A MENORES

TERESA GISBERT JORDÀ\*

SUSANA GISBERT GRIFO\*

**Resumen:** Una de las formas más graves de maltrato infantil es el abuso sexual, ya que se considera que un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual, y, así mismo, si sufre de falta de atenciones por parte de las personas o instituciones de las que depende para su desarrollo.

El maltrato puede tener lugar por *omisión* cuando las necesidades físicas del niño no son atendidas, temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo con el que convive y cuando se da carencia de cuidados psico-afectivos, es decir, cuando los adultos significativos para el niño son incapaces de proporcionarle el afecto, estimulación, apoyo y protección necesarios para el niño en los diferentes estados de su desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo.

Pero el maltrato también puede darse por *acción*.

**Palabras clave:** Maltrato a menores. Abuso sexual corrupción de menores. Violencia familiar.

**Abstract:** One of the most serious forms of child mistreatment is sexual abuse, as it is considered that a child is mistreated when he/she is the subject of physical, psychic and/or sexual violence, and, also, if he/she undergoes negligence by the people or institutions he/she depends upon for the development.

The mistreatment can take place due to *omission* when the physical needs of the child are, temporarily or permanently, neglected, by any member of the group with whom they live or when there is a lack of psycho-affective care, that is, when the adults that are significant for the child,

---

\* Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Valencia.

are unable to provide him/her with the affection, stimulation, support and protection necessary for the child in the different stages of his/her development and which inhibit his/her optimum functioning.

But mistreatment can also occur due to *action*.

***Key words:*** Mistreatment of minors. Sexual abuse. Corruption of minors. Family violence.

## INTRODUCCIÓN

*El maltrato físico*, es decir, cualquier acción no accidental por parte de los adultos que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el niño.

*El maltrato emocional*, es decir, cualquier acto de naturaleza activa que trate de socavar la valoración que el niño tenga de sí mismo al no poder aceptarle tal como es y que puede consistir en aislamiento, insultos, culpabilizaciones, críticas, aterrorizar al niño, ignorarle o corromperlo.

*Los abusos sexuales*. A la hora de hablar de abusos sexuales lo primero que hay que hacer es determinar a que nos estamos refiriendo cuando hablamos de abuso sexual de menores.

Una primera aproximación sería considerar abusos sexuales *cualquier clase de contacto sexual con un niño realizado por un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre aquél*.

Sin embargo esta definición resulta incompleta pues excluye del concepto de abuso sexual las conductas realizadas por menores sobre otros menores contra o sin su voluntad, así como aquellas conductas que no impliquen contacto sexual pero atenten a la libertad sexual del menor.

Lo cierto es que no existe una definición aceptada por la comunidad científica, pues los autores no se ponen de acuerdo para determinar el concepto del abuso sexual.

A este respecto Félix López<sup>1</sup>, señala que son tres los criterios mas utilizados para definirlo:

- La edad de la víctima y del agresor.
- Las conductas que el autor realiza para someter a la víctima.
- El tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos.

*Respecto de la edad de la víctima* la mayor parte de los autores fijan la edad máxima en los 15 o 17 años, considerando que las conductas realiza-

---

<sup>1</sup> Félix López es catedrático de Psicología de la Sexualidad en la Universidad de Salamanca.

das a partir de las mismas ya no constituyen abuso sexual de menores sino violación, agresión o acoso sexual.

*Respecto de la edad del agresor* este debe tener entre 5 y 10 años mas que la víctima, algunos autores exigen 5 años de diferencia entre el agresor y la víctima cuando ésta sea menor de 12 años y 10 años de diferencia cuando ésta supere dicha edad.

Algunos autores consideran que sólo debe hablarse de abuso sexual si el agresor tiene, en todo caso, mas de 15 años.

*Respecto de las conductas que el autor realiza para someter a la víctima*, el empleo de fuerza, la presión o el engaño con menores, independientemente de la edad del agresor, también debe ser considerado abuso sexual, por lo que pueden darse también abusos sexuales entre niños de la misma o parecida edad, si bien algunos autores no incluyen dentro del abuso sexual las experiencias negativas que se tiene con los iguales, aunque se haya usado coerción o violencia.

*Respecto el tipo de conductas abusivas*, las mismas pueden implicar o no contacto físico. El contacto físico incluye toda conducta en que el agresor toque zonas de claro significado sexual. Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, también pueden tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, etc., sin embargo en este punto también existen discrepancias y algunos autores no consideran abuso sexual el exhibicionismo ni las propuestas verbales.

Félix López, fija dos grandes conceptos, el de coerción y el de asimetría, para definir los abusos sexuales.

*La coerción*, con fuerza física, presión o engaño, debe ser considerada, por sí misma, criterio suficiente siempre que tenga lugar con una persona menor.

*La asimetría de edad* impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. De hecho, según el citado autor, esta asimetría supone en si misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

Por consiguiente, por lo que se refiere a menores, el autor considera que siempre que exista coerción o asimetría de edad las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.

Según José Manuel Alonso Varea<sup>2</sup>, psicólogo del Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia del distrito Ciutat Vella, Raval, del Ayuntamien-

---

<sup>2</sup> ALONSO VAREA, José Manuel. *Abuso Sexual Infantil: un Reto para todas las Profesionales*. Revista Bienestar y Protección Infantil. 1995, Año I. Núm.1. Noviembre.

to de Barcelona, se suele entender por abuso sexual en la infancia «la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente, para las que no están preparados por su desarrollo, para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado y que violan los tabúes sexuales de los roles familiares».

Este concepto habla de *coerción*, (física, presión o engaño), de *asimetría de edad*, de *imposibilidad de elección* (el menor no puede decir no), del *abuso de poder* y del *manejo inadecuado de los deseos sexuales del adulto, utilizando éste a los menores para satisfacer sus necesidades y afrontar sus conflictos*.

En nuestra opinión, *lo más importante para definir los abusos sexuales con menores es que se realicen conductas que atenten contra su libertad sexual, impliquen o no contacto físico, e independientemente de la edad del autor, siempre que dichas conductas tengan lugar contra o sin la voluntad del menor, con engaño o con prevalimiento de una situación de superioridad originada por cualquier causa, relación o situación*.

El Código Penal actual prevé y castiga todos los tipos de maltrato existentes, tanto el maltrato por acción como por omisión y los abusos sexuales están castigados en el Título VIII del Libro II del Código Penal.

Poco tiempo después de entrar en vigor el nuevo Código Penal aprobado por Ley 10/1995, de 23 de noviembre, desde diversos estamentos sociales y jurídicos se pusieron de relieve las numerosas deficiencias de su texto legal que reclamaban una reforma urgente que garantizara de una forma más completa y adecuada la protección de los menores víctimas de delitos cometidos contra su libertad sexual.

Así, se alzaron voces criticando la fijación en los 12 años del límite para admitir como válido el consentimiento del menor a mantener relaciones sexuales, poniendo de relieve la necesidad de que se incluyera de nuevo en el Código Penal el delito de corrupción de menores y reclamando que, tal y como se recoge en el derecho comparado, el plazo de prescripción de estos delitos no empezara a contar hasta que la víctima alcanzara la mayoría de edad, de tal forma que el agresor no se aprovechara para la impunidad de su delito de que la corta edad de su víctima o su situación le impidían comprender que estaba siendo víctima de un delito ni denunciarlo.

Una proposición no de ley, aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados con fecha 26 de noviembre de 1.996, complementada por otra de 6 de mayo de 1.997, ambas a iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, instaron al Gobierno a presentar un Proyecto de Ley Orgánica en el que, tal y como se recoge en la Exposición de Motivos, se revisaran los tipos penales existentes a fin de garantizar una auténtica protección de la integridad y la libertad sexual de los menores, específicamente mediante la reforma de los tipos delictivos de abuso sexual, y mediante la tipificación penal de la venta o difusión por cualquier medio de material porno-

gráfico cuando en él aparezcan menores, la reintroducción del delito de corrupción de menores, por considerar insuficientes las normas relativas a la prostitución de menores y la revisión del sistema de penas, rechazando aquéllas sanciones que en este ámbito no resultarían adecuadas al principio de proporcionalidad o a las necesidades de prevención general y especial que la sociedad demanda, como sucedería con las meramente pecuniarias.

Todo ello teniendo en cuenta además una recomendación del Defensor del Pueblo dirigida al Ministerio de Justicia el 28 de noviembre del mismo año y las disposiciones emanadas del Consejo de Europa.

El 17 de octubre de 1.997 se publicó en el Boletín Oficial del Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley Orgánica de modificación del título VIII del Libro II del Código Penal aprobado por Ley Orgánica 10/1.995, de 23 de noviembre.

El 16 de febrero de 1.998 se publicaron en el Boletín Oficial del Congreso de los Diputados las enmiendas al proyecto de ley presentadas por diversos grupos parlamentarios.

Tras el trámite parlamentario pertinente, el 1 de mayo de 1.999 se publicó en el B.O.E. la *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*, que constituye la legislación actual.

De entrada se modifica el epígrafe del Título VIII que en adelante tendrá la siguiente redacción: «*Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales*» que pretende ser un título comprensivo de todas las conductas castigadas en el mismo, pues se tiene en cuenta que el bien jurídico protegido en estos delitos no es sólo la libertad sexual, ya que se han de tener muy especialmente en cuenta los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la indemnidad o integridad sexual de los menores, cuya voluntad, carente de la necesaria formación para poder ser considerada verdaderamente como libre, según la exposición de motivos, no puede ser siempre determinante de la licitud de unas conductas que, sin embargo, podrían ser lícitas entre adultos.

Según nuestra actual legislación, *el tipo básico* de los delitos de agresiones y abusos sexuales consiste en *atentar contra la libertad sexual* y ello engloba tanto las conductas que impliquen contacto físico como las que no.

*En cuanto a la edad de la víctima de agresión sexual* menor de edad nuestra legislación, sólo prevé una agravante cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, *respecto de la víctima de abusos sexuales menor de edad*, se consideran siempre abusos no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, regulándose también la agravante cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable

por razón de su edad y estableciendo el límite entre los 13 y los 16 años para los abusos sexuales fraudulentos o mediante engaño<sup>3</sup>.

Sin embargo, muchos autores consideran que debería castigarse todo acto de contenido sexual efectuado con un menor de doce años, con independencia de que concurra violencia, intimidación, engaño o abuso de superioridad y reservar la agravante relativa a que la víctima sea una persona especialmente vulnerable por razón de su edad para los mayores de doce años o incluso elevar dicha edad para consentir a los 14 años, presumiéndose siempre la ausencia de consentimiento por debajo de dicha edad como ocurre en Andorra, Italia y Portugal.

A este respecto hay que tener en cuenta que según la legislación civil española un menor que tenga 14 años puede obtener dispensa y contraer legalmente matrimonio<sup>4</sup>.

*Respecto de la edad del agresor* hay que tener en cuenta que en principio estos delitos pueden cometerlos cualquier persona sea o no menor, pero según nuestra legislación<sup>5</sup> a los menores que cometan infracciones penales sólo se les puede exigir responsabilidad sancionadoramente educativa a partir de los catorce años y si un menor de dicha edad realizare conductas de abuso sexual sobre otro menor, sólo sería sujeto de medidas de protección pues carecería de cualquier tipo de responsabilidad.

En definitiva, los *abusos sexuales* se castigan mediante diversas figuras como las agresiones y los abusos sexuales.

## AGRESIONES SEXUALES

El artículo 178 y 179 del Código Penal considera como autor de *agresión sexual* «El que atentare contra la libertad sexual de otra persona con violencia o intimidación» castigándole con la pena de prisión de uno a cuatro años y castigándole como reo de violación con mayor pena, de seis a doce años, «Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías».

Respecto de las agresiones sexuales, la principal modificación de la reforma operada por la citada Ley Orgánica 11/1999 es la *reintroducción del*

---

<sup>3</sup> La Ley 10/1995, de 23 de noviembre, que aprobó el nuevo Código Penal eliminó el límite de los 18 años para los abusos sexuales de prevalimiento, es decir, los que tienen lugar por abuso de superioridad, cuando el consentimiento se obtiene prevaleciéndose el culpable de una situación de superioridad manifiesta, con lo que se amplió el sujeto pasivo.

<sup>4</sup> Según el artículo 46.1º del Código Civil no pueden contraer matrimonio los menores de edad no emancipados, pero según el artículo 48 el Juez de primera Instancia puede dispensar, con justa causa y a instancia de parte el impedimento de edad a partir de los catorce años.

<sup>5</sup> Así lo establece el artículo 3 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

*nomen iuris de violación* para la agresión sexual tipificada en el art. 179 con lo que se adecua el lenguaje legal al usual.

Con esta nueva redacción dada por la reforma, siguiendo lo que parte de la doctrina ha venido reclamando, se excluyen del delito de violación y de las penas previstas para el mismo, la introducción de objetos por vía bucal<sup>6</sup>.

Es cierto que no parece comparable cualquiera de las conductas previstas en el delito de violación con la introducción, por ejemplo, de un termómetro u otro objeto similar en la boca de una persona, dada la menor intensidad de atentado a la libertad sexual que supone.

No obstante hay que poner de relieve que parte de la doctrina ha cuestionado la plena equiparación de las distintas conductas incluidas en el tipo tanto desde una perspectiva de política criminal como desde una óptica político-penal.

El artículo 180 prevé una serie de *figuras agravadas de la agresión sexual* que son castigadas con mayor pena:

*«Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178 y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:*

- 1.º Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
- 2.º Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas. (no tres como anteriormente).
- 3.º Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.
- 4.º Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.
- 5.º Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 del Código<sup>7</sup>, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas».

---

<sup>6</sup> El proyecto de ley inicial sustituía la expresión utilizada en el Código penal de 1995 de *«acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal»*, por la de *«acceso carnal por vía vaginal, bucal o anal, o introducción de objetos por alguna de las mencionadas vías»*, redacción que se consideraba mas adecuada que la vigente conforme a la cual podría concluirse que la penetración anal no es, en términos jurídicos normativos, un «acceso carnal», lo que evidentemente resulta contradictorio con el sentido propio de las palabras (art. 3.1 del Código Civil) tanto en su acepción académica como en la usual.

Sin embargo la redacción definitiva del texto sustituyó tales expresiones por las de *«acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías»*.

<sup>7</sup> Es decir la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal o no principal, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica.

## ABUSOS SEXUALES

Respecto de los abusos sexuales hay que hacer constar que antes de la reforma operada por la L.O. 11/99, el art. 181 consideraba autor de *abusos sexuales* «El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad sexual de otra persona», y le castigaba con la pena de multa de doce a veinticuatro meses, sin embargo la nueva redacción del artículo 181 *agrava la pena* previéndose la posibilidad de imponer siempre la de prisión y se modifica el tipo, incluyendo una referencia al bien jurídico protegido de la indemnidad sexual *al castigar como responsable de abuso sexual al que* «sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atente contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona»

El número 2 del artículo 181 señala que a los efectos del apartado anterior se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se halle privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, imponiéndose la misma pena cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

Por lo tanto se eleva la edad para consentir ya que se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de *trece años*<sup>8</sup>, de lo que se deduce que el menor puede consentir y tener relaciones sexuales a partir de los trece años que serán lícitas si son consentidas y no media violencia o intimidación, prevalimiento o engaño, lo cual ha sido criticado por diversos autores y por parte de la sociedad que considera que un menor de trece años aún es demasiado pequeño y no esta formado ni tiene capacidad de decisión y madurez suficiente para consentir.

A este respecto hay que recordar que los catorce años es la edad a partir de la cual se le puede exigir responsabilidad sancionadoramente educativa al menor que cometa una infracción penal y que le permite obtener dispensa para contraer matrimonio y que los doce años es la edad fijada en diversos artículos del Código Civil para considerar que el menor tiene madurez suficiente para ser oído en diversos procedimientos que le afectan personal y económicamente.

---

ca, si bien tal vez hubiera sido conveniente sustituir la expresión por la de «haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos que llevar, sea al cometer el delito o para proteger la huida y cuando el reo atacare a los que acudiesen en auxilio de la víctima o a los que le persiguieren», tal y como se prevé en el Código Penal en la agravación del delito de robo con violencia o intimidación del art. 242.2º y de manera similar a lo previsto para las lesiones en el art. 148.1º.

<sup>8</sup> Modificándose así parte de la controvertida redacción inicial del Proyecto de Ley que además señalaba que tampoco sería válido el consentimiento de los mayores de trece y menores de quince respecto de relaciones sexuales con mayores de dieciocho años, lo que conducía al absurdo de considerar lícitas las relaciones sexuales de una menor de 14 años con un joven de 17 años, que sin embargo resultarían ilícitas un año mas tarde al cumplir el joven los 18 años.

Según el artículo 182, cuando el abuso sexual consista en *acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías*, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.

Se prevé que las penas señaladas en los artículos 181 y 182 se impondrán en su mitad superior cuando concurren las circunstancias 3ª o 4ª de las previstas en el apartado 1º del artículo 180 que regula las figuras agravadas del delito de agresión sexual referidas a que la víctima sea especialmente vulnerable por razón de su edad y en todo caso cuando sea menor de trece años y cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

Ello supone la posibilidad de agravar específicamente la pena y dar por tanto una protección reforzada, en el supuesto de que el abusador realice el delito prevaliéndose de su parentesco por afinidad, lo que ha sido criticado por considerar que *«puede resultar excesiva en casos en los que, por no mediar ningún género de convivencia familiar, no es detectable un plus de reprochabilidad en el abuso sexual ejecutado»*<sup>9</sup>.

A partir de la reforma se prevé la posibilidad de imponer pena de prisión o de multa en el supuesto de abusos sexuales que se produzcan intervinendo engaño, con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, hasta ahora castigados sólo con multa y se eleva la pena de prisión de dos a seis años en el supuesto de que el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, pena que se impondrá en su mitad superior de concurrir la circunstancia 3ª o 4ª del art. 180.1.

## ACOSO SEXUAL

Se mejora notablemente la tipificación del acoso sexual y se castiga como autor de acoso sexual con la pena de arresto de seis a doce fines de semana o multa de tres a seis meses, al que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Pero si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado

---

<sup>9</sup> Memoria de la Fiscalía General del Estado. Madrid, 1997. Pág. 416.

con las legítimas expectativas que aquélla pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena será de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce.

Se prevé una agravación en el supuesto de que la víctima sea especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación.

## EXHIBICIONISMO Y PROVOCACIÓN SEXUAL

El Código Penal también tipifica los delitos de exhibicionismo y provocación sexual, castigando al que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces, con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a doce meses<sup>10</sup>.

También castiga con la misma pena al que por cualquier medio directo, vendiere, difundiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o incapaces.

## PROSTITUCIÓN DE MENORES

El artículo 187 castiga al que «induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz» con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses.

Dicha pena se impondrá en su mitad superior y además se castigaran con la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años, los que realicen los hechos prevaliéndose de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público.

Dentro del delito de prostitución de menores se prevé una agravación específica, imponiéndose las penas superiores en grado, cuando el culpable pertenezca a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio que se dedique a realizar tales actividades.

Dentro de la agravación específica prevista para el supuesto de que se determine a un menor a ejercer la prostitución empleando violencia, intimidación, engaño o abuso de superioridad, se mejoró la redacción del tipo al establecer que se impondrán las penas superiores en grado a las previstas cuando las conductas mencionadas se realicen sobre un menor de edad para *iniciarle o mantenerle* en una situación de prostitución.

Se modificó el artículo 189 ampliando los tipos penales en lo que supone una evidente mejora en la protección no sólo de la libertad sexual sino

---

<sup>10</sup> La modificación más importante introducida por la L.O. 11/99 es que se prevé la posibilidad de imponer pena de prisión o de multa en los delitos de exhibicionismo y provocación sexual hasta ahora castigados sólo con pena de multa.

también de la dignidad y libre desarrollo de la personalidad de los menores y así se castiga con pena de prisión de uno a tres años:

a) El que utilizare menores de edad o incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, *tanto públicos como privados*, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico, o financiare cualquiera de estas actividades.

b) El que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere o facilitare la producción, venta, difusión o exhibición por cualquier medio de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de edad, aunque el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido

A quien poseyera dicho material para la realización de cualquiera de estas conductas, se le impondrá la pena en su mitad inferior.

Con lo que se pretende evitar la posible impunidad actual de determinadas conductas de difusión de material pornográfico relativo a menores por diversos medios, por ejemplo, a través de internet, dada la laguna legal existente que se ve completada con este precepto que castiga también al que, sin haber tomado parte en la captación de las imágenes, las difunde por cualquier medio y considera delictiva la simple tenencia de este tipo de material siempre que este preordenada a la venta, distribución o exhibición pública.

Se prevé una agravación de la pena cuando el culpable pertenezca a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedique a realizar estas actividades.

## CORRUPCIÓN DE MENORES

La L.O. 11/99 reintroduce y castiga la figura de la corrupción de menores<sup>11</sup>, que había sido eliminada en el Código Penal aprobado en 1.995.

La cuestión es muy importante y de hecho en la doctrina se ha discutido mucho acerca de la conveniencia de reintroducir o no de nuevo en el

---

<sup>11</sup> En el texto definitivo de la L.O. 11/99 se ha eliminado el art. 189 bis inicialmente previsto en el Proyecto de Ley que definía lo que se debían considerar como **actos de prostitución**, considerando como tales los actos de significación sexual realizados con una o varias personas indiscriminadas, mediante precio o cualquier otra especie de retribución o promesa que tenga un contenido económico y los **actos de corrupción**, considerando como tales los actos encaminados a iniciar o mantener a los menores en una vida sexual precoz o prematura así como los actos de naturaleza sexual cuya intensidad, persistencia o continuidad puedan alterar el proceso normal de formación o desarrollo de la personalidad de aquéllos.

Además en el texto definitivo también se ha modificado el art. 187.1 que en el Proyecto de Ley castigaba al que induzca, promueva, favorezca o facilite **tanto la prostitución como la corrupción** de un menor de edad, limitándolo actualmente sólo a la prostitución.

Código penal la figura de la corrupción de menores así como las diferencias existentes entre esta figura y la prostitución de menores.

Como puso de relieve el informe emitido en el mes de junio de 1.997 por la Fiscalía General del Estado sobre el entonces anteproyecto de Ley Orgánica de modificación del título VIII del Libro II del Código Penal<sup>12</sup>, desde la promulgación del nuevo Código Penal se ha discutido mucho acerca de si la ausencia de previsión específica respecto del delito de corrupción de menores, era fruto de una ponderada decisión de política criminal o, por el contrario, constituía un lamentable olvido del legislador.

Por otro lado la doctrina se preguntaba respecto del art. 187.1, si el mismo, al no incluir en el tipo los actos de inducción, promoción, favorecimiento o facilitación de la *corrupción* de un menor de edad y solo los de su prostitución, si dicho artículo suponía una despenalización de las conductas de corrupción de menores que, careciendo de encaje en las figuras de agresiones o abusos sexuales, no pudieran encuadrarse en el concepto de prostitución o, por el contrario, deberían entenderse abarcadas por este, entonces, único concepto.

Sin embargo la jurisprudencia del Tribunal Supremo parecía tener clara la cuestión ya que en diversas sentencias había puesto de manifiesto el intencionado alcance de la supresión, justificando la reforma por «...el sentido moralizante» que doctrinalmente se atribuía al vocablo *corrupción*, según puede leerse en la STS 406/97, de 26 de marzo, según la cual «...lo que no es posible es pretender subsumir las conductas anteriormente sancionadas como «corrupción de menores» en el nuevo art. 187 que se refiere únicamente a la prostitución, por la vía de ampliar forzosamente el concepto de ésta, pues la prostitución requiere, en cualquier caso, un móvil de beneficio económico en quien la practica (SS de 19 de noviembre de 1.986 ó 11 de abril de 1.991). Esta Sala ya ha declarado reiteradamente que el nuevo artículo 187 del Código Penal de 1.995, al referirse únicamente a la prostitución, claramente deja al margen cuanto a la corrupción de menores se refiere» (S 588/1.996, de 128 de septiembre, y en el mismo sentido, S 592/1.996, de 16 de septiembre, S 97/1.997, de 28 de enero y S 140/1.997, de 29 de enero).

*Pero la cuestión más importante era determinar si, aparte de que se tratara o no de un olvido legislativo, determinadas conductas corruptoras de menores con el actual Código Penal podían quedar impunes o castigadas con una pena claramente inferior a la gravedad de la conducta realizada y a la demanda social, siendo, por lo tanto, necesaria una reforma en esta cuestión.*

Para responder es necesario tener en cuenta que de entrada nadie discute actualmente que si bien es cierto que a menudo la corrupción es un estadio previo a la prostitución, sin embargo no todas las conductas consti-

<sup>12</sup> Memoria de la Fiscalía General del Estado. Madrid, 1.997. Pág. 405 y ss.

tivas de corrupción de menores son subsumibles en los delitos de prostitución o de abusos sexuales, es más, que se considera que el género es la corrupción y la prostitución es la especie.

Hasta ahora la corrupción de menores se ha considerado como un delito de mera actividad, en el que era irrelevante el consentimiento de los menores involucrados y que no precisaba de la concurrencia de fines lucrativos, ni habitualidad, ni un especial ánimo del sujeto activo, ya que se tipificaba la «*mera realización de actos de iniciación del menor de edad en actos de perversión sexual aunque el resultado no llegue a producirse*» (STS 2-2-95 y 21-4-95), en definitiva una constante jurisprudencia considera como corrupción «*aquella conducta de la que se derive o se pueda derivar de forma natural, la corrupción del menor, mediante la vida sexual prematura envilecedora y degradante*» haciendo radicar la trascendencia del delito en que «*al iniciar al menor anticipadamente en el sexo de manera evidentemente perversa, se impide quizá que cuando alcance la plenitud de la personalidad pueda optar libremente por lo que su instinto y libertad le sugiera...*»

En mi opinión es evidente que debían tipificarse de nuevo y castigarse como delitos autónomos con una pena adecuada a la gravedad de los hechos las conductas corruptoras de menores pues no todas las conductas constitutivas de corrupción de menores pueden encuadrarse en los delitos de agresión y abuso sexual o aunque lo sean, resultan castigadas con penas que como menos deben ser calificadas de ridículas ante la importancia del daño causado a la víctima.

Como ejemplo basta señalar la Sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo STS 592/1.996, de 16 de septiembre, en la que se recogen como hechos probados que «*...desde mediados de enero hasta el 21 de mayo de 1.995 y con una frecuencia cada vez más intensa, hasta ser casi diaria, el acusado M.M., mayor de edad y sin antecedentes penales, en el domicilio familiar sito en la calle... de Madrid, acariciaba y besaba los órganos genitales de su hija E.E., de doce años de edad, llegando incluso en alguna ocasión a introducirle los dedos en éstos*».

Si del expresado relato se suprimieran las palabras *de su hija*, los hechos en él descritos resultarían impunes.

La Sala Segunda, casa la sentencia de la Audiencia Provincial que condenaba al acusado como autor de un delito de corrupción de menores al amparo del artículo 452 bis b) 1º del Código Penal anterior, a la pena de cuatro años y nueve meses de prisión menor y dicta otras condenándole como autor de un delito de abuso sexual del artículo 181.3 del nuevo y actual Código Penal, como ley más favorable y, por tanto de aplicación retroactiva, a la pena de multa de diez meses con cuota diaria de 1.000 ptas., rechazando la inclusión de la conducta en el concepto de prostitución del artículo 187, sin mengua de calificar como repugnantes los hechos que la integran.

Argumenta la Sala que la prostitución es el único concepto encuadrado, a diferencia de lo que sucedía con el art. 452 bis b), en el art. 187 y que *si bien la prostitución del menor podrá implicar su corrupción, ésta no tiene porque llevar consigo la prostitución*, concluyendo que *si el principio de legalidad ha de ser eje fundamental del acontecer judicial... el art. 187 de ahora referido a la prostitución elimina cualquier actividad delictiva que tenga que ver con la corrupción.*

Por otro lado había que tener en cuenta los compromisos adquiridos por el Estado español por la ratificación en 30 de noviembre de 1.990 de la Convención sobre los Derechos del Niño (Nueva York, 1.989) en la que sobre la base de considerar como tal al menor de 18 años (Art.1), se obligó en el artículo 19 a adoptar todas las medidas legislativas para proteger al niño contra toda forma de abuso sexual, mientras se encuentre bajo la custodia de sus padres y en el artículo 34 a proteger al menor *contra todas las formas de explotación y abusos sexuales* así como a adoptar las medidas necesarias para impedir las siguientes conductas:

1) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal.

2) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales.

3) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

De todo lo expuesto resultaba evidente la necesidad de castigar de nuevo como figura autónoma la corrupción de menores.

A esta necesidad respondió la L.O. 11/99 al cambiar el epígrafe del Capítulo V por el de «De los delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores» y castigar en el art. 189.3 con pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a doce meses a *«El que haga participar a un menor en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o el desarrollo de la personalidad de éste».*

Creo una mejora esta tipificación del delito de corrupción si bien su redacción no evita del todo los problemas de interpretación por la imprecisión del tipo que pueden producirse, por lo que considero necesario una mayor precisión del núcleo esencial de la prohibición y de la conducta concreta calificada como delictiva, lo que sin duda llevará a cabo la jurisprudencia que vaya produciéndose.

Además hay que poner de relieve que en la redacción actual parece necesario que se haya producido un efectivo perjuicio en el menor para apreciar la existencia del tipo que se refiere a comportamientos de naturaleza sexual que perjudiquen, no que puedan perjudicar, la evolución o desarrollo de la personalidad del menor.

Como consecuencia de la reforma, el número 4 del artículo 189 también *incluye el término de corrupción* junto al de prostitución de menores al

castigar con pena de multa de seis a doce meses al que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento, a un menor de edad o incapaz, y que, con conocimiento de su estado de prostitución o corrupción, no haga lo posible para impedirlo o no acuda a la autoridad competente para el mismo fin si carece de medios para la custodia del menor o incapaz.

En el número 5 del citado artículo 189 se señala que el Ministerio Fiscal promoverá las acciones pertinentes con objeto de privar de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, en su caso, a la persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el apartado anterior.

Sigo considerando que de nuevo se ha perdido la ocasión de modificar el actual Código Penal estableciendo expresamente en los tipos delictivos que atenten contra la libertad e indemnidad sexual de menores, cometidos por sus padres, la posibilidad de privarles de la patria potestad y no sólo inhabilitarles como en la actualidad, manteniéndose la incongruencia de que se prevea específicamente dicha privación cuando el progenitor no hace lo posible para impedir que su hijo continúe en su estado de prostitución o corrupción y sin embargo, no se prevea específicamente cuando el progenitor el que prostituye o corrompe al menor, o ataca su libertad sexual.

Por último se establece en el art. 190 que la condena de un Juez o tribunal extranjero, impuesta por delitos comprendidos en este capítulo, será equiparada a las sentencias de los Jueces o tribunales españoles a los efectos de la aplicación de la circunstancia agravante de reincidencia.

## DISPOSICIONES COMUNES

Es importante resaltar que para poder proceder por los delitos de agresiones, acoso o abusos sexuales, será precisa denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia.

Sin embargo, cuando la víctima sea menor de edad, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal.

Ello supone que el Fiscal no viene obligado, siempre que tenga noticia de que un menor ha sido víctima de abusos sexuales a interponer la correspondiente denuncia, sino que deberá primero ponderar los intereses en juego y decantarse por el superior si no coinciden.

En efecto, no siempre los intereses coinciden pues una cosa es el interés social que demanda que esas conductas sean castigadas y otras cosa puede ser el interés del menor que puede demandar, especialmente en esos poco extraños supuestos en que la justicia actúa muy tarde, que se olviden y que el Fiscal no los denuncien para no causar un nuevo perjuicio al menor cuando este ya las ha superado y no esta en peligro de que se repitan.

También hay que poner de relieve que en estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase.

Además se establece una agravación al señalar que *los ascendientes, tutores, curadores, guardadores, maestros o cualquier otra persona encargada de hecho o de derecho del menor o incapaz, que intervengan como autores o cómplices en la perpetración de los delitos comprendidos en este Título, serán castigados con la pena que les corresponda, en su mitad superior.* Si bien no se aplicara esta regla cuando la circunstancia en ella contenida esté específicamente contemplada en el tipo penal de que se trate.

Señalándose también que el Juez o Tribunal podrá imponer *razonadamente*, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de los derechos de la patria potestad, tutela, curatela, guarda, empleo o cargo público o ejercicio de la profesión u oficio, por el tiempo de seis meses a seis años.

En este punto hay que poner de relieve que el anterior Código Penal contemplaba expresamente la posibilidad de privar de la patria potestad y tutela a los ascendientes, tutores, maestros o cualquier persona que con abuso de autoridad o encargo realizare uno de los delitos previstos en este Título.

Sin embargo en la actualidad se ha modificado la facultad de privar a los culpables de la patria potestad, sustituyéndola, en perjuicio del interés del menor víctima, por la de inhabilitación especial.

Por el contrario, en mi opinión, hubiera sido conveniente no sólo que se mantuviera la privación de la patria potestad sino que se ampliaran los supuestos en que se prevea expresamente la posibilidad de privar de la patria potestad, tutela, guarda y acogimiento y no solo inhabilitar, a los padres, tutores, guardadores o acogedores que cometan alguno de los delitos señalados contra sus hijos o tutelados menores, pero la citada reforma 11/99 ha dejado pasar la oportunidad.

No obstante no hay que olvidar que el artículo 170 del Código Civil señala que los padres podrán ser privados total o parcialmente de la patria potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial.

Por último el art. 193 establece que en las sentencias condenatorias por delitos contra la libertad sexual, además del pronunciamiento correspondiente a la responsabilidad civil, es decir el relativo a establecer quien debe indemnizar a la víctima y en qué cuantía, se harán, los pronunciamientos que procedan en orden a la filiación y fijación de alimentos cuando de los hechos constitutivos del delito se haya derivado un nacimiento.

El art. 194 prevé la posibilidad de que la sentencia condenatoria por delitos de exhibicionismo, provocación sexual, prostitución y corrupción de menores pueda decretar la clausura temporal o definitiva de aquellos establecimientos o locales, abiertos o no al público, en los que se hayan realizado, incluso se prevé la posibilidad de decretar con carácter cautelar su clausura temporal si bien esta no podrá exceder de cinco años.

## PRESCRIPCIÓN

Una de las modificaciones más importantes introducida por la reforma operada por la L.O. 11/99 y nuevamente redactada en la L.O. 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1.995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos, es la relativa al artículo 132.1 al que se le ha añadido un nuevo inciso según el cual en la tentativa de homicidio y en los delitos de aborto no consentido, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, la libertad e indemnidad sexual, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, cuando la víctima fuere menor de edad, los términos de prescripción de los delitos establecidos en el art. 131 del presente Código Penal se computarán desde el día en que la víctima haya alcanzado la mayoría de edad y si falleciere antes de alcanzarla, el plazo se computará a partir de la fecha del fallecimiento.

## OTRAS MODIFICACIONES

Ante la necesidad demostrada de proteger a la víctima de estos delitos y de prevenir la comisión de nuevos hechos, se ha mejorado la redacción de los preceptos relativos a las penas accesorias en caso de condena, modificándose el art. 57 del Código Penal que establece las prohibiciones que el Juez puede acordar en sentencia cuando condene, entre otros, por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, incluyendo entre las penas accesorias en él previstas la prohibición de que el reo se aproxime a la víctima o se comunique con ella o con su familia, además de las ya previstas actualmente de que vuelva al lugar de comisión del delito o acuda a aquél en que resida la víctima o su familia, si fueran distintos.

De igual modo se modificó el art. 83, incluyendo en su apartado 1º entre las obligaciones a cuyo cumplimiento puede condicionar el juez la suspensión de la ejecución de la pena de prisión, la prohibición de aproximarse a la víctima o comunicarse con ella o con su familia, prohibición que así mismo se incluye en el art. 105.1 como medida de seguridad.

Además, la Ley Orgánica 14/1999 dio una nueva redacción al apartado 2º del artículo 617, que a su vez había sido modificado por la L.O. 11/1999<sup>13</sup>.

Según la L.O. 14/1999 dicho apartado 2º queda redactado como sigue: «El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena de arresto de uno a tres fines de semana o multa de diez a treinta días.

Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el artículo 153<sup>14</sup>, la pena será la de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses, teniendo en cuenta la posible repercusión económica que la pena impuesta pudiera tener sobre la propia víctima o sobre el conjunto de los integrantes de la unidad familiar».

Por último señalar que la L.O. 11/1999 también modificó, a través de la Disposición Final segunda, la Ley Orgánica del Poder Judicial precisando, en su art. 23, el ámbito de conocimiento del orden jurisdiccional penal, que se hace extensivo, dentro de los supuestos de aplicación del principio de justicia universal, no solo a los delitos relativos a la prostitución, sino también a los delitos de corrupción de menores.

Así mismo, para facilitar la persecución penal de estos delitos cuando el autor sea español y se hayan cometido en el extranjero, se renuncia al requisito de la doble incriminación, es decir que el hecho sea constitutivo de delito en España y sea punible en el lugar de ejecución, cuando así proceda en virtud de tratados internacionales o de actos normativos de organizaciones internacionales de los que España sea parte.

En este punto, cabe hacer hincapié en la incidencia que las últimas reformas legislativas en esta materia han supuesto para el ámbito de los

---

<sup>13</sup> Según la redacción dada por la L.O. 11/1999, el apartado 2º del artículo 617 del Código Penal establecía que cuando los ofendidos sean el cónyuge o persona a quien se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, o los hijos propios, o del cónyuge o conviviente, pupilos, o ascendientes, siempre que con él convivan, la pena será la de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses. Asimismo, se incluyó la posibilidad de que el Juez acuerde en la sentencia, a petición de la víctima, la prohibición de que el reo se aproxime al ofendido o se comunique con él o con su familia o la de que vuelva al lugar de comisión de la falta o donde resida la víctima o su familia si fueren distintos, por tiempo de tres meses a un año, posibilidad difícil de aplicar cuando la víctima sea un menor pues no se prevé expresamente que dicha petición pueda hacerla en su nombre su representante legal o el Ministerio Fiscal.

<sup>14</sup> El artículo 153 del Código Penal castiga los malos tratos familiares con la pena de prisión de seis meses a tres años al que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre su cónyuge o persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios, o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes, o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno o de otro, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

abusos a menores, en concreto la operada por LO 11/99 de 30 de Abril que, conforme lo dicho anteriormente, modifica el contenido de todo el Título VIII del Libro II del Código Penal, empezando por la propia rúbrica, que pasa a ser la de delito contra la libertad e indemnidad sexual, conforme a lo ya expuesto:

En primer lugar, reaparece el término violación, que había desaparecido en la redacción dada al Código Penal de 1995 —aunque no así la sanción de esta conducta—, retomando la tradición legislativa que había venido manteniendo este término para los más graves ataques contra la libertad sexual de las personas, es decir, cuando se logra el acceso carnal —por vía vaginal, anal o bucal— o introducción de objetos por las dos primeras vías mediante el empleo de violencia e intimidación. Cuando, aún empleando violencia e intimidación, se trate de otro tipo de ataque a la libertad sexual, el término empleado por el Código es el de agresión sexual, siguiendo la pauta establecida desde la última reforma que en este sentido se hizo en el Código Penal anterior. Se delimitan las conductas en el sentido ya analizado al tratar de los tipos en concreto, al que me remito, al igual que respecto de las agravaciones establecidas en el artículo 180, entre las que destaca la expresa mención a que la víctima sea menor de trece años.

En segundo lugar, hay que destacar el aumento de las penas imponibles en estos delito, y más concretamente, que los delitos sexuales realizados sin violencia o intimidación —abusos sexuales— en que no existía acceso carnal, que sólo tenían prevista una pena de multa, pasan a poder ser castigados con penas de prisión de hasta tres años. Ello ha venido a paliar una situación en la que conductas totalmente reprochables cometidas respecto de menores quedaban en una pena meramente económica que, en muchas ocasiones, chocaba con la trascendencia de la conducta. Asimismo en esta materia se reformulan los tipos agravados, conforme ya se analizó en el capítulo correspondiente.

En el mismo sentido, se eleva la pena prevista para los delitos de exhibicionismo y provocación sexual, cuyos sujetos pasivos han de ser siempre menores de edad e incapaces —en otro caso no es delito—, previendo la posibilidad de que tales delitos, a diferencia de lo que sucedía en la redacción anterior, se castiguen con penas de prisión de hasta 1 año.

Otro cambio importante en cuanto al tema que nos ocupa viene dado por la reaparición del delito de corrupción de menores, que había desaparecido, al menos con esa denominación, del Código Penal de 1995. Ya se examinó anteriormente en qué consisten las conductas sancionadas bajo esta rúbrica, pero lo que aquí interesa destacar es que no todas ellas eran impunes antes de la reforma de 1999, sino que no existía tal terminología —que sí que había venido existiendo en la tradición legislativa anterior—. No obstante, destacar que, si además de una situación en la que se perjudique el desarrollo del menor por determinadas conductas sexuales o se

le prostituya de cualquier modo, se le somete a cualquier tipo de agresión y/o abuso sexual, éste se sancionará también como corresponda.

Por último, y ya en sede de Disposiciones Comunes, ya se ha hecho referencia a la modificación que en materia de prescripción se operó por LO 11/99 y LO 14/99 en el sentido de añadir al artículo 132.1 CP un inciso que dispone que en los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, entre otros, cometidos contra menores, los términos para empezar a computar el plazo de prescripción comenzarán a contar desde el momento en que la víctima alcanzara la mayoría de edad y si falleciera antes, desde el fallecimiento. Ello tiene enorme trascendencia práctica a la hora de paliar situaciones que se habían dado en que, habiendo existido un abuso cuando la persona era menor, el hecho ya había prescrito cuando la víctima se decidía a denunciarlo o tenía posibilidades de hacerlo, máxime cuando algunas conductas, conforme lo expuesto, llevaban aparejada penas leves, incluso de multa, y sujetas por tanto a un plazo de prescripción corto —tres años, para los delitos menos graves, artículo 131— Pero es que incluso situaciones en que el delito era de mayor gravedad y con plazos prescriptorios más amplios, devenían impunes por el transcurso del tiempo si se habían cometido contra niños, ya que necesariamente ha de pasar mucho tiempo hasta que tal menor alcance conciencia de la trascendencia de los hechos y posibilidad de denunciar los mismos.

El problema que aún así subsiste es la situación en la que quedan aquellas personas que sufrieron abusos de este tipo en la infancia pero antes de la entrada en vigor de la mentada Ley de 1999, puesto que, no pudiéndose aplicar con carácter retroactivo, para estos delitos el cómputo de la prescripción comenzaría cuando sucedieron, con lo que es posible que en el momento de denunciarlos hubiesen ya prescrito, dando lugar a un trato desigual para situaciones iguales. Esta es una consecuencia inevitable, dado que la Ley penal nunca puede aplicarse con carácter retroactivo en perjuicio del reo. Caso distinto sería si se tratara del denominado delito continuado, esto es, que tiene lugar en varias ocasiones con idénticas características de sujetos y acción (artículo 74 CP), supuesto éste frecuentísimo en materia de abusos a menores, sobre todo dentro del ámbito familiar, respecto del que, bastaría que una de las acciones que han dado lugar a la denuncia hubiera tenido lugar después de la entrada en vigor de la ley de 1999 para que, al menos, respecto de ésta, se considerara el nuevo cómputo del plazo para la prescripción, y con mayor razón si al menos dos de las acciones han sido posteriores a la entrada en vigor puesto que entonces ya se habría cometido un delito continuado dentro del plazo de vigencia de la nueva Ley.

También es de gran trascendencia la novedad consistente en la introducción del llamado auto de alejamiento, posible para este tipo de delitos (artículo 57 CP), sobre el que ya se ha tratado y que viene a reforzar la protección a la víctima.

Por último, conviene detenerse en un breve examen de las *cuestiones procesales*. Los delitos sexuales cometidos contra menores —y todos los de esta naturaleza— no conllevan la aplicación de procedimiento especial alguno para su conocimiento, por lo que se verán en el procedimiento común que según la pena aplicable corresponda. Así pues, el procedimiento aplicable será el Procedimiento Abreviado regulado en los artículos 779 y ss LECrim. cuando la pena a imponer por el delito de que se trate o por cada uno de ellos nunca pueda superar la de 9 años de prisión, aplicándose en el caso de que el delito lleve o pueda llevar aparejada una pena de 9 años o superior las normas del Sumario ordinario (artículo 299 y ss LECrim.). Cuando se sigue el Procedimiento Abreviado, éste puede ser competencia de la Audiencia Provincial o del Juzgado de lo Penal, dependiendo si la pena que lleva aparejada el delito o delitos cometidos supera o no la de 5 años de prisión, si bien en uno u otro caso el procedimiento es el mismo, distinguiéndose únicamente en el número de Magistrados que juzgan: uno, en el Juzgado de lo Penal, tres en la Audiencia. Aunque las normas procedimentales y el desarrollo del juicio sea similar, incluso en el caso de que se trate de Sumario ordinario, la consecuencia que puede suponer que los hechos sean objeto de enjuiciamiento ante el Juzgado de lo Penal o ante la Audiencia da lugar a un régimen distinto en materia de recursos: las sentencias del Juez de lo Penal son susceptibles de ser recurridas en apelación ante la Audiencia Provincial, las de la Audiencia sólo pueden ser recurridas en casación ante el Tribunal Supremo, si procediera. Esta diferencia es importante, dado que el recurso de apelación es mucho más amplio y el de casación sólo puede interponerse por motivos tasados que limitan en mucho la posibilidad de una segunda instancia, sobre todo, cuando se trata de atacar los hechos que la sentencia considera probados.

También hay que añadir a lo anterior que con la regulación actual, los delitos de que nos estamos ocupando no podrán ser vistos en principio por el procedimiento ante el Tribunal del Jurado, ya que dicho procedimiento se aplica únicamente a los delitos enumerados en el artículo 1 de su ley reguladora, entre los que no se incluyen los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Pero esta afirmación ha de ser matizada en el sentido que el procedimiento ante el Tribunal del Jurado es de aplicación no sólo a los delitos contemplados en este catálogo sino a los que son conexos con ellos, esto es, se cometieron en las mismas circunstancias de tiempo y lugar así como de sujetos, o como medio para cometer otros o para facilitar su ejecución o procurar su impunidad (artículo 17 LECrim). En estos casos, es factible que un delito de naturaleza sexual pueda ser visto conjuntamente ante un jurado si es conexo de otro delito que sea competencia del mismo. Sería el caso del asesinato con violación, por ejemplo.

Al hilo de las cuestiones procesales ya expuestas, hay que hacer referencia a los problemas probatorios que este tipo de delitos suscitan a la hora del juicio. Es obvio que cuando existen pruebas médicas o biológi-

cas que acreditan la existencia de una relación sexual, las cosas se facilitan enormemente. El problema probatorio surge realmente cuando no existe más prueba que la testifical dada por el testimonio de la propia víctima, frente a la negación que de los hechos hace el acusado. A este respecto el Tribunal Supremo tiene declarada en una consolidada jurisprudencia que el testimonio de la propia víctima es suficiente prueba de cargo para fundamentar por sí sola una sentencia condenatoria, siempre que concurren ciertos requisitos en el mismo como son la verosimilitud del relato, la coherencia del mismo, la constancia en la versión dada, así como la carencia de otras motivaciones que pudieran llevar a prestar este tipo de testimonios. El problema se agrava aún más si cabe cuando estos delitos tienen por víctima a niños de corta edad, en que la dificultad para obtener un testimonio que reúna todas estas características es considerable, y otro tanto cabe decir cuando la víctima está aquejada de algún tipo de deficiencia psíquica, todo ello unido al conflicto respecto de interés del menor que suponen los problemas de victimización secundaria a que ya se ha hecho referencia. También dificulta en gran medida la prueba el hecho de que en numerosas ocasiones, los hechos se denuncian o se conocen transcurrido mucho tiempo desde que sucedieron, por lo que la falta de inmediatez puede suponer lagunas de memoria difícilmente salvables.

Por último, no puede terminarse esta exposición sin hacer siquiera mención a los problemas que suscita la existencia de *denuncias falsas*. Antes se hizo referencia a la posible existencia de móviles espurios que pongan en duda la veracidad de un testimonio, como pueden ser el resentimiento o la venganza. Si bien es difícil pensar que se denuncie un delito de este calibre, con los sufrimientos que el procedimiento puede suponer a la propia víctima —especialmente si se trata de niños— por un mero impulso de venganza, lo cierto es que no es infrecuente que en el marco de separaciones traumáticas, uno de los progenitores denuncie que el otro abuse sexualmente del hijo, causando daños irreparables al mismo, que es usado como instrumento de venganza.

## CONCLUSIÓN

Resulta evidente que cada año aumentan los delitos contra la libertad sexual de menores, por un lado porque efectivamente se cometen mas y por otro porque cada vez se detectan y denuncian mas, si bien todavía sólo llegan a los tribunales una parte pequeña de los cometidos pues se trata de delitos que por su propia naturaleza y por las circunstancias de los agresores y de las víctimas siguen siendo muy difíciles de detectar y no siempre se denuncian.

Hay que tener en cuenta que no existe una tipología del agresor sexual tal que pueda delatarlo pues muchos de los agresores son personas integradas socialmente, sin ninguna cuenta pendiente con la justicia, de bue-

na presencia, cuya única desviación de la norma social es el impulso irrefrenable a tener contactos sexuales con niños.

Se puede encontrar entre los agresores sexuales gente de todo tipo: personas que gozan de un gran prestigio profesional, que tiene profesiones de mucho respeto y ejercen un papel de autoridad sobre el niño, de hecho, consciente o inconscientemente algunos agresores eligen profesiones que les permiten estar en contacto con niños y tener gran influencia sobre ellos.

Según Vicente Garrido, catedrático de criminología y pedagogía de la Universidad de Valencia, los agresores sexuales de mujeres están bastante diferenciados de los agresores de menores, estos últimos suelen estar más integrados socialmente, tienen una mejor cualificación laboral, y una mejor cualificación escolar y no suelen pertenecer al mundo de la delincuencia.

También señala que los agresores sexuales de niños son más difíciles de apresar y procesar porque hay muchos más problemas a la hora de conseguir pruebas sobre todo si el abuso es intrafamiliar.

En efecto, hay que poner de relieve que en un número elevadísimo de casos de abusos sexuales de menores lo más importante y terrible es que el agresor es una persona del círculo familiar o de confianza del menor.

Por ello muchas veces el problema radica en detectar los supuestos de abuso sexual infantil, que estos lleguen a los tribunales y que se puedan probar hasta el punto de castigar al culpable, evitando que se sigan produciendo.

Por su propia naturaleza, los abusos sexuales infantiles, sobre todo los que tienen lugar dentro del ámbito familiar, son difícilmente detectables, ya que la sociedad extiende un manto de secretismo sobre lo que ocurre dentro de la dinámica familiar.

Es importante resaltar que la tercera parte de los menores abusados tienen hermanos que también sufren o sufrirán esta situación, de hecho las agresiones sexuales en el ámbito familiar no suelen denunciarse mientras el/la menor víctima de las mismas siga bajo el dominio o conviviendo con el agresor y muchas veces cuando se denuncia se viene repitiendo desde hace tiempo pues la denuncia tiene por finalidad evitar que dichas agresiones sexuales se repitan con otras hermanas de la víctima.

Por otro lado hay que tener en cuenta que en muchos casos, casi en la mitad, el abusador es el padre, padrastro, tío, o alguien de círculo familiar y/o de confianza del menor y que, en muchos casos, las situaciones de abuso sexual suelen ser graves, referidas a tocamientos, masturbaciones o penetraciones, siendo menos frecuentes las formas leves como proposición verbal o exhibicionismo.

Además no hay que olvidar los terribles efectos que tienen los abusos sexuales para las víctimas.

Siguiendo a Félix López, tras comparar a víctimas de abusos sexuales con una muestra de personas que no había sufrido abusos, se puede afirmar que las víctimas tienen un mayor riesgo de huidas de casa, depresiones, hospitalización psiquiátrica, suicidio, pérdida de confianza en sí mismos, abuso de alcohol y/o otras drogas, hostilidad hacia el otro sexo, insatisfacción o problemas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc., en definitiva existe una evidencia clínica creciente de que el abuso sexual durante la infancia afecta verdaderamente al desarrollo psicológico ulterior del adulto.

Sin olvidar señalar por ultimo los efectos que la llamada *victimación secundaria* puede producir en las víctimas, por el trato institucional y legal recibido, pues las consecuencias del abuso sexual pueden ser devastadoras para las víctimas, no solo por la experiencia del abuso en sí mismo, sino también por las consecuencias del propio proceso policial y judicial cuando el caso es investigado y juzgado: los procedimientos burocráticos, las reiteradas y traumáticas entrevistas y exploraciones, el enfrentamiento con el autor y en general, la falta de medidas especiales para proteger a los menores víctimas y/o testigos de las agresiones en los procedimientos judiciales.

Es evidente que la falta de normas específicas en la Ley de Enjuiciamiento Criminal tendentes a proteger al menor víctima o testigo de abusos sexuales es un factor importante que incide de una manera especial en la victimación secundaria de los mismos ya que el propio procedimiento judicial hace al menor recordar el suceso, a veces cuando ya ha transcurrido bastante tiempo del mismo, coloca al menor en una situación de gran tensión, enfrentándole al agresor que muchas veces suele ser un familiar, sin que normalmente se le explique al menor de forma comprensiva su papel en todo ello, por lo que le produce una situación estresante que puede dificultar la recuperación del menor o incluso llegar a convertirse en un factor yatrogénico.

La Ley Orgánica 14/1999 también modificó la Ley de Enjuiciamiento Criminal estableciendo que cuando el testigo sea menor de edad, el Juez atendiendo a la naturaleza del delito y a las circunstancias de dicho testigo, podrá acordar en resolución motivada y previo informe pericial que se evite la confrontación visual del testigo con el inculcado, utilizando para ello cualquier medio técnico o audiovisual que haga posible la práctica de esta prueba, estableciendo también que no se practicarán careos con testigos que sean menores de edad salvo que el Juez lo considere imprescindible y no lesivo para el interés de dichos testigos, previo informe pericial.

Pero ello resulta insuficiente y mientras no se modifique la Ley de Enjuiciamiento Criminal dotando de un adecuado y protector estatuto jurídico a los menores víctimas o testigos de abusos sexuales de menores,

es necesario elaborar y aplicar protocolos de actuación que eviten o palien la victimación secundaria de los menores, con base en lo dispuesto en el artículo 9 de la L.O. 1/96 según el cual las comparencias de los menores en los procedimientos judiciales, se realizarán de forma adecuada a su situación y desarrollo evolutivo, cuidando de preservar su intimidad.

Además hay que tener en cuenta que, en general, lo que se llega a conocer es la punta del iceberg del problema real, por todo lo cual resulta evidente la importancia de trabajar sin descanso no sólo para detectar y castigar estas conductas, sino también para prevenir precozmente su aparición, así como para disminuir las probabilidades de repetición transgeneracional del abuso sexual.

Para ello es de gran importancia la labor de prevención y detección precoz de situaciones de riesgo y maltrato que determinados profesionales pueden llevar a cabo dada su situación profesional y cercanía a las víctimas debiendo aumentarse la oferta formativa sobre abuso sexual infantil para todos los profesionales de la educación, de la salud, salud mental, servicios sociales, policía y justicia, que pueden relacionarse y de hecho se relacionan con cierta intensidad con las posibles víctimas de abusos sexual y con los adultos de dichas familias, debiendo además intercambiar mas información entre los distintos profesionales.

## ESTUDIO MÉDICO-LEGAL DE LAS LESIONES AL FETO

MARINA S. GISBERT GRIFO\*

**Resumen:** El presente trabajo lleva a cabo un estudio Médico-Legal de los delitos de lesiones al feto, contemplados en el Código Penal.

Se empieza analizando una serie de conceptos básicos: el ámbito de aplicación del delito, el bien jurídico protegido y el concepto de lesión fetal.

Posteriormente se hace un estudio de los métodos lesivos sistematizados, en función del origen, en: lesiones de origen traumático, tóxico, físico, infeccioso y lesiones secundarias a complicaciones del embarazo o control inadecuado del mismo.

En tercer lugar se repasan los medios que posibilitan el diagnóstico de la lesión fetal divididos en métodos de diagnóstico prenatal y métodos de diagnóstico postnatal.

Finalmente se incluyen los elementos que deben tenerse en cuenta para la valoración pericial en estos supuestos que, tras el establecimiento de diagnóstico de la lesión y de su origen, se basa en la determinación de la relación de causalidad.

**Palabras clave:** Lesiones Fetales. Feto. Métodos lesivos. Diagnóstico prenatal. Diagnóstico postnatal. Pericia médica en lesiones fetales.

**Abstract:** The present work studies fetal injury offenses provided for by Spanish law. We start analyzing some basic concepts such as site and circumstances of the offense, and the concept of fetus and fetal injury.

We then study injury mechanisms according to their origin, and classify them into: traumatic, toxic, physical and infectious injuries due to pregnancy or to an inadequate control thereof.

---

\* Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia.

Thirdly, we revise the methods which permit fetal injury diagnosis, dividing them into prenatal and postnatal diagnosis approaches.

We finally include all the elements that have to be considered for expert evaluation after having set up injury diagnosis and origin based on casual relationships.

**Key words:** Fetal injuries. Fetus. Prenatal diagnosis. Postnatal diagnosis. Expert evaluation of fetal injuries.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La ley Orgánica 10 de 1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, introduce en el capítulo V del Libro II las lesiones al feto, como nuevo tipo antijurídico, novedoso en su concepción. Concretamente se contempla en los artículos 157 y 158 (1), cuyos textos completos se recogen a continuación:

Art. 157.- El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física y psíquica, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria o prestar servicios de toda índole en clínicas establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados por tiempo de dos a ocho años.

Art. 158.- El que por imprudencia grave cometiere los hechos descritos en el artículo anterior será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana.

Quando los hechos cometidos en el artículo anterior fueran cometidos por imprudencia profesional, se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de seis meses a dos años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Es obvio que el legislador, al tipificar las lesiones al feto ha venido a cubrir el vacío legal existente hasta la reforma de 1995 (2), ya que hasta esa fecha la protección del producto de la concepción quedaba a medio camino entre otros dos supuestos legales: el aborto, en el caso de que se produjera la muerte del nasciturus, y el delito de lesiones, cuando la afectación sufrida por el feto se pone de manifiesto tras el nacimiento. Esto, entre otras consideraciones jurídicas, llevaba consigo el absurdo de que se penara por igual la muerte del feto que su lesión; pero además suponía, desde el punto de vista médico-legal, una serie de cuestiones de muy difícil resolución técnico-pericial.

Los problemas que deben tenerse en cuenta al hacer un análisis de las lesiones al feto, desde el punto de vista médico-legal, son múltiples y complejos y dependen de dos tipos de factores. Por un lado de la propia com-

plejidad del hecho antijurídico contemplado y por otro de la dificultad que supone la prueba médico-biológica en estos casos.

Todo ello me ha hecho plantearme el interés de hacer una revisión que abarque distintos aspectos de la problemática relativa a las lesiones producidas en el feto estudiando de forma especial los medios lesivos, los métodos diagnósticos y, finalmente, la valoración médico-legal.

Previamente considero imprescindible hacer un pequeño repaso de algunos conceptos jurídicos básicos que hacen referencia a tres aspectos: el ámbito de aplicación del delito, el bien jurídico protegido y, en tercer lugar, el atentado al mismo.

### ÁMBITO DE APLICACIÓN. CONCEPTO DE FETO

El concepto de feto, a los efectos de este delito, depende del establecimiento de dos límites: uno superior y otro inferior.

El límite superior se corresponde con el inicio de la vida, en relación con el cual hay tres posiciones claramente establecidas. La primera señala el inicio de la vida en la concepción (3), basándose en el hecho de que el óvulo ya es portador de material genético propio; pero en contra se aduce el criterio de incertidumbre en cuanto a la viabilidad.

La segunda, establece la existencia de vida a partir de la anidación (4), a partir del hecho de que la formación de las distintas estructuras, que tiene lugar a partir de ésta, ya es indicativa de vida propia; en contra se aduce que aún no existe apariencia humana.

La tercera determina el inicio de la vida a partir de las doce semanas de gestación, momento en que el producto de la concepción empieza a tener apariencia humana, es decir cuando se ha formado el feto en sentido estricto (5). Efectivamente, el feto es el embrión ya con aspecto humano y con sus órganos formados, que va madurando paulatinamente y preparándose para asegurar la viabilidad y autonomía después del parto. Las lesiones del feto, siguiendo esta teoría, serían las producidas a partir de esta fase, pero esto dejaría sin protección, a los efectos de este delito, al producto de la concepción que sufriera lesiones en fases anteriores.

Se plantea, pues, ampliar el concepto al que parte de la anidación, tesis que tiene a su favor los siguientes argumentos: Existe ya una potencialidad idónea de vida (cosa que no ocurre desde la concepción), se ha superado la incertidumbre ya que la implantación es una realidad biológica, permite la distinción entre contracepción y aborto y es respetuosa con la legislación de la reproducción asistida

En cuanto al establecimiento de la frontera entre feto y persona se encuentra en el nacimiento, pero superando el concepto recogido en el artículo 30 del Código Civil (que establece como nacido al que viva 24

horas totalmente desprendido del seno materno). Para unos autores el comienzo de la vida independiente tiene lugar cuando se inicia el parto, bien con los primeros dolores de contracción, bien con la rotura de la bolsa amniótica. Para otros se produce con la expulsión del producto de la concepción y, en cualquier caso, cuando se tiene autonomía respiratoria y circulatoria.

Si se considera que la vida independiente comienza efectivamente con los primeros dolores, las lesiones producidas durante el parto (por otra parte muy frecuentes) ya no lo serán al feto sino a la persona. Este planteamiento lleva consigo una serie de problemas: por una parte, los trabajos del parto no siempre se inician con los dolores de las contracciones (por ejemplo en las cesáreas pretérmino); además, los dolores no siempre concluyen en el parto (las llamadas coloquialmente falsas alarmas) lo que daría lugar a que se considerara persona al producto de la concepción al que aún le queda tiempo intraútero.

Si por el contrario se estima que el nacimiento tiene lugar con el momento de la autonomía respiratoria y circulatoria, el factor esencial que determina el paso de feto a persona es la dependencia con respecto a la madre: podría decirse que el feto es madrependiente y la persona es independiente. También aquí puede surgir el dilema de si la independencia se inicia al anudar o al cortar el cordón umbilical.

Según Latorre (3) el nacimiento tradicionalmente es el paso de lo cerrado a lo abierto; de ahí la expresión dar a luz. Durante el parto se está, pues, naciendo pero no se ha nacido. Partiendo de estas ideas el nacimiento tendría lugar al acabarse la expulsión, independientemente de que se haya cortado o no el cordón, por lo que este sería el inicio de la persona. Este planteamiento no resuelve la cuestión de las lesiones producidas intraparto.

A este respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de enero de 1998 (STS 726/1998) establece que el feto es persona desde el comienzo del parto y que el parto comienza con la dilatación. Así las lesiones causadas durante todo el tiempo que sigue a la dilatación no serán consideradas lesiones al feto sino lesiones a la persona.

## BIEN JURÍDICO PROTEGIDO

A partir del texto del artículo 157 y en consonancia con el contenido del delito de lesiones (artículo 147) se deduce que lo que hay que proteger es la integridad corporal y la salud física y mental del feto. Algunos autores (6) esto lo concretan en que el bien jurídico a proteger es la salud; otros hablan de salud personal, en la que se encuentra incluida la integridad corporal; y otros, finalmente, se refieren a la incolumidad personal que se define como «lo sano, sin lesión ni menoscabo». Lo que habrá que establecer, pues, es la existencia de una afectación de la salud y la integri-

dad y que tal afectación perjudica gravemente el desarrollo del feto o provoca una grave tara física o psíquica.

### ATENTADO AL FETO

Lo primero que hay que señalar es que éste es un delito de resultado, ya que la propia conducta abarca la consecuencia (3). Ante esto aparecen una serie de problemas.

El primero de ellos es el de la omisión como forma de producción del delito que se ha discutido en base a que el Código emplea la expresión «el que por cualquier medio o procedimiento causare...» y el que no hace nada no emplea medio ni procedimiento alguno. Pero en contra de esta teoría se aduce que el conjunto de circunstancias omisivas que dan lugar a un resultado, puede decirse que lo han causado, sobre todo cuando el que ha dado lugar al daño por omisión tiene la condición de garante (pensemos en el médico que debe velar por la salud de la mujer embarazada y que pudiendo impedir un contagio al feto, no pone los medios para ello).

Por lo que se refiere al resultado también se debe considerar que, en ocasiones, tiene lugar la lesión pero ésta no perjudica gravemente el normal desarrollo del feto o no provoca una grave tara física o psíquica.

Se debe establecer, por ello, lo que es una tara que, a estos efectos, se puede definir como «todo defecto físico o psíquico que suponga una merma»; esto es, una malformación o defecto que daría un carácter incompleto al sujeto, por afectación orgánica o funcional permanente y cuyas notas distintivas son la perdurabilidad y la irreparabilidad.

Otro problema importante, en relación con esto, es que el término de gravedad que utiliza el Código es de una gran indeterminación quedando muy dependiente de criterios jurisdiccionales el que determinadas situaciones sean o no punibles.

En cuanto al hecho de que la lesión suponga un perjuicio que dificulte la evolución biológica del feto, hay que tener en cuenta que cualquier situación que impida a una persona desarrollar una actividad igual que la de la mayoría, aunque no sea «grave» desde el punto de vista clínico, tendrá que ser tenida en cuenta a los efectos de este delito.

También es interesante señalar que, en muchas ocasiones, el atentado se produce durante la etapa fetal, pero no aparece la consecuencia hasta que se ha producido el nacimiento e incluso mucho después de aquel. Pensemos en el caso de un contagio de SIDA que tenga lugar durante el embarazo y que no de lugar a la aparición de la enfermedad hasta años después del alumbramiento. O en el caso del síndrome de abstinencia que aparece en un recién nacido, al independizarse por completo de la madre, pero por una agresión tóxica que ha venido sufriendo a lo largo de la gestación.

Estas son algunas de las cuestiones jurídicas básicas que se han señalado con el exclusivo propósito de centrar el problema médico-legal en su contexto idóneo.

## 2. LESIONES EN EL FETO. MÉTODOS LESIVOS

Obviamente son muchos los mecanismos por los que se puede producir una lesión, malformación o tara fetal, pero me voy a referir tan solo a aquellos de origen externo y que tienen lugar tras la implantación y ello por dos razones. En lo que se refiere al momento de la producción, porque todas aquellas alteraciones que puedan causarse previamente se deben considerar secundarias al manejo o manipulación genética, problema éste distinto del que se está tratando.

Por otra parte, en lo que se refiere al origen de la lesión del nasciturus, cabe tan solo la referencia a aquellas que sean de origen externo, ya que al hablar el Código Penal de medio o procedimiento de producción se excluye toda la patología congénita hereditaria, a la que solo me referiré al final para señalar algunos puntos en relación con el diagnóstico prenatal.

Partiendo de esta idea, dividiré el estudio de los medios lesivos en los siguientes puntos:

2.1.- Lesiones de origen traumático

2.2.- Lesiones de origen tóxico

2.3.- Lesiones de origen físico

2.4.- Lesiones de origen infeccioso

2.5.- Lesiones producidas como consecuencia de complicaciones del embarazo o por control inadecuado del mismo.

### 2.1. LESIONES DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Los traumatismos **no penetrantes** (7) más frecuentes se producen como consecuencia de accidentes de tráfico, caídas, aplastamientos y agresiones.

De entre las agresiones cabe destacar aquellas producidas en el medio familiar. En un estudio llevado a cabo a lo largo de 9 años (8) en mujeres embarazadas que habían sufrido traumatismos, se encontró que en el 31% de los casos el origen de los traumatismos se encontraba en la agresión producida por el marido o compañero de la víctima. Uno de los problemas que presentan las mujeres agredidas en el medio familiar es que con mucha frecuencia se presentan tarde a la atención prenatal, a pesar de lo cual, y aunque se ha descrito un incremento en el porcentaje de

abortos inesperados (9), no se detectan alteraciones en el feto de forma significativa.

El desprendimiento de placenta de origen traumático que es causa, con relativa frecuencia, de muerte fetal, solo en ocasiones produce lesiones fetales, si bien son de difícil diagnóstico, sobre todo si cursan asintomáticas.

Si a consecuencia del traumatismo se produce una fractura pélvica, es muy común que se establezca una lesión del cráneo y el cerebro fetal, más probable si la cabeza esta encajada. Inversamente pueden producirse lesiones en la cabeza fetal por un efecto de contragolpe en las presentaciones cefálica de vértice.

En los traumatismos de esta naturaleza es muy importante hacer una valoración adecuada de la existencia de un hemoperitoneo, porque su existencia puede determinar afectación fetal.

En cuanto a los traumatismos **penetrantes** se producen sobre todo como consecuencia de lesiones por arma blanca o por arma de fuego, que pueden encontrar su origen en agresiones, tentativas de suicidio o intentos de aborto. Cuando el útero sufre una herida penetrante el feto padece una lesión más grave que la de la madre en dos terceras partes de los casos, siendo en cualquier caso muy frecuente la muerte fetal tanto por lesión directa como por la existencia de un shock materno secundario al traumatismo.

De todas formas es importante tener en cuenta que la valoración de la situación fetal tras el traumatismo, puede distraer la atención de la asistencia que requiere la madre, lo que es altamente perjudicial para el propio feto, cuyo pronóstico depende esencialmente de las consecuencias que el traumatismo tenga para la madre.

Si en el traumatismo se produce una importante fuerza abdominal que de lugar a laceración de la placenta, se puede producir una hemorragia feto-materna que habitualmente es causa de muerte fetal con sobrevivencia muy escasa.

Directamente relacionadas con los traumatismos se encuentran las maniobras de reanimación cardiopulmonar que deben ser consideradas de forma especial sobre todo en la segunda mitad del embarazo. La disminución del volumen minuto durante las mencionadas maniobras se produce de forma especial en esta situación porque el útero, aumentado de tamaño, obstaculiza los esfuerzos de reanimación por la disminución del flujo arterial y del retorno venoso. Por ello, como precaución adicional, hay que realizar un desplazamiento uterino. Entre las 25 y 32 semanas se aconseja (8) la realización de una toracotomía y masaje cardíaco interno, si existe la posibilidad de que el feto sea viable.

## 2.2. LESIONES DE ORIGEN TÓXICO

En conjunto se puede establecer que suponen alrededor de un 1% de las malformaciones humanas aparecidas durante el primer año de vida. A efectos de sistematizar este apartado veremos sucesivamente las lesiones secundarias a la administración de medicamentos, las derivadas de vacunaciones, las producidas por la acción de drogas y las debidas a la acción de otros tóxicos.

2.2.1.- Derivadas de la administración de **medicamentos**.- La aplicación de tratamientos farmacológicos durante el embarazo ha sido siempre objeto del máximo interés y, en la actualidad, puede afirmarse que utilizando los fármacos adecuados y con las dosis idóneas el peligro de afectación fetal está muy controlado. El más peligroso, a estos efectos, es siempre el primer trimestre.

La Food and Drug Administration (10, 11) ya en el año 1979 clasificó los medicamentos en cinco categorías, según el riesgo que signifiquen durante el embarazo:

**Categoría A:** sin riesgos aparente. Los estudios controlados en mujer embarazada han demostrado la ausencia de efectos en el feto.

**Categoría B:** sin riesgos confirmados. No existen estudios controlados en mujer embarazada pero los estudios en animales indican ausencia de riesgos.

**Categoría C:** riesgo no descartable. Existe evidencia de efectos adversos en estudios realizados en animales, que no han podido ser descartados en la especie humana

**Categoría D:** riesgo demostrado. Se ha demostrado la existencia de riesgo para el feto humano en estudios de experimentación o tras la comercialización del producto, pero se piensa que los beneficios pueden ser mayores que los riesgos.

**Categoría E:** fármaco contraindicado. El riesgo fetal es importante y supera cualquier posible beneficio.

Como normas generales a tener en cuenta hay que considerar que los fármacos de las dos primeras categorías pueden ser utilizados durante la gestación; los de la categoría C se utilizaran solo cuando los beneficios esperados superen los potenciales riesgos; los de la categoría D cuando existe una grave enfermedad materna sin alternativas terapéuticas; y finalmente los de la categoría E no deben utilizarse nunca. Pero no deja de haber autores (12), que consideran que estas categorías no están correlacionadas con el riesgo fetal.

Se recogen a continuación, aunque de forma somera, los fármacos que significan un mayor riesgo fetal, siguiendo una clasificación basada en lo cuadros clínicos para los que se administran:

**Fármacos utilizados en el tratamiento de infecciones.-** Entre los que se ha comprobado que pueden producir afectación fetal se encuentran las Tetraciclinas que, además de producir manchas en los dientes provisionales, pueden producir degeneración grasa en la mujer lo que puede traducirse posteriormente en un afectación fetal; los Aminoglucósidos (Estreptomina), que atraviesan fácilmente la placenta y de los que se encuentran niveles altos en el cordón fetal, puede producir una lesión del octavo par craneal. Con la Vancomicina no se ha demostrado un acción teratogena pero dado que produce en la madre nefro y ototoxicidad se piensa que podría tener estos efectos en el embrión o en el feto. De entre los agentes antimicóticos cabe destacar, como causante de lesiones fetales, la Griseofulvina cuyo uso se ha asociado en humanos al nacimiento de gemelos unidos (13) y en animales a anomalías del SNC y del esqueleto.

Por lo que se refiere a los agentes antivirales parece lógico pensar que, puesto que su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la replicación viral dentro de las células del huésped, mediante la acción molecular sobre los substratos de DNA o RNA, deba evitarse su uso durante el embarazo aunque los escasos casos recogidos en la literatura ofrecen información contradictoria.

**Fármacos utilizados en las enfermedades cardiovasculares.-** Dada la frecuencia de mujeres embarazadas que sufren de alguna cardiopatía (insuficiencia cardíaca o arritmias), el uso de este tipo de medicación es muy habitual, pero para la mayoría de estos fármacos no se han demostrado efectos nocivos fetales. Sustancias como la Amiodarona, las Cumarias o las Tiazidas se encuentra en la categoría C. La Warfarina (derivado de las cumarinas) si que produce significativos efectos adversos en el embrión y en el feto. El que ha sido llamado Síndrome fetal por Warfarina (14) se caracteriza por la existencia de hipoplasia nasal, punteado de las epifisis óseas femorales y de las vértebras, hidrocefalia, microcefalia, anomalías oftalmológicas y retraso en el desarrollo. Estos efectos aparecen sobre todo si el tratamiento tiene lugar entre la 6ª y la 9ª semana de gestación.

De entre los antihipertensivos, resultan altamente teratogénos los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Captopril, Enalapril, Lisinopril, etc.) que pueden dar lugar a anomalías renales, insuficiencia renal neonatal, hipoplasia pulmonar, hipocalcemia y retraso del crecimiento. De entre los diuréticos, la Acetazolamida ha sido asociada con anomalías en los miembros en animales. La Espironolactona puede dar lugar a feminización de los fetos masculinos (15).

**Analgésicos.-** De entre los AINE, la Indometacina puede generar problemas adversos fetales como hemorragias ventriculares, displasia broncopulmonar y enterocolitis necrotizante. Por lo que se refiere a los analgésicos narcóticos el problema, más que el de el desarrollo de malformaciones, es el de aparición de un síndrome de abstinencia neonatal, al que luego me referiré.

Fármacos utilizados en los cuadro convulsivos.- Significan un problema importante ya que la mayoría de los trabajos refieren una acción teratogénica, pero también se ha descrito un mayor número de anomalías en mujeres que presentan convulsiones durante el embarazo. Los efectos nocivos son más importantes cuando los fármacos se administran al principio del embarazo, si se utiliza politerapia y si se mantienen niveles séricos altos en la madre (16).

La embriopatía por Hidantoína se caracteriza por la existencia de anomalías craneo-faciales, fisura labio-palatina, puente nasal ancho, epicanthus, defectos en los miembros, hipertelorismo, deficiencias de crecimiento y deficiencias mentales, así como anomalías en las falanges y en las uñas.

Los signos característicos de la embriopatía producida por Carbamazepina son las anomalías craneo-faciales, hendidura palpebral, nariz corta, epicanthus, defectos en los miembros, deficiencias de crecimiento y deficiencias mentales, así como anomalías en las falanges y en las uñas.

Por lo que se refiere a la Trimetadiona da lugar a anomalías craneo-faciales, fisura palatina, cejas en forma de V, dientes irregulares, epicanthus, orejas inclinadas hacia atrás, dificultad del habla, pérdida de audición, pliegues simianos, anomalías cardíacas, deficiencias de crecimiento, deficiencias mentales y microcefalia.

Finalmente el Ácido Valproico, además de espina bífida, produce braquicefalia con frente ancha, hipertelorismo, alteraciones en la implantación de las orejas, boca y nariz pequeñas, dedos largos y superpuestos en las manos y pies y uñas hiperconvexas.

Fármacos utilizados en trastornos psiquiátricos.- Con las Benzodiazepinas se han descrito casos de fisura palatina y malformaciones en miembros. La administración de Sales de litio supone un riesgo de cardiopatía, por lo que a la hora del manejo clínico habrá que valorar muy cuidadosamente la relación riesgo-beneficio (17).

Agentes antineoplásicos.- Dentro de este grupo tenemos la Ciclofosfámid que ha dado lugar a anomalías congénitas que, de forma sistemática, se caracterizan por la falta de dedos de manos y pies con desarrollo hiperplásico de los otros dedos a la que se asocian fisura palatina, arteria coronaria única, microcefalia y retraso del crecimiento fetal.

Con la Aminopterina y el Metotrexato se han descrito casos de baja estatura, craneosinostosis, retardo de osificación de la calota, hidrocefalia, fisura palatina, anomalías del pabellón auricular, etc...

Inmunosupresores.- Cabe destacar la Azatiopirina con la que se han comprobado defectos hematológicos neonatales.

**Vitamina A e isómeros.-** Se han asociado a diversos cuadros de malformaciones destacando la existencia de fisura palatina, anomalías del corazón, de los grandes vasos y malformaciones cerebrales y oculares. El Etreinato (se usa en el tratamiento de la psoriasis) no ha sido estudiado en su administración a mujeres embarazadas, pero en casos de tratamientos anteriores a la gestación se han descrito anomalías neurológicas, entre las que cabe destacar defectos del tubo neural y anormalidades cráneo-faciales y esqueléticas. Un problema importante es que estas situaciones se han visto incluso en mujeres que habían finalizado el tratamiento hasta 51 semanas antes de quedar embarazadas (18). La Isotretinoína (que se usa para el tratamiento del acné) puede dar lugar a múltiples anomalías del SNC, cardiovasculares y faciales.

De todas formas, la dosis mínima teratógena de Vitamina A es bastante superior a los niveles terapéuticos (19) consumidos durante el embarazo, por lo que dosis moderadas no dan lugar problemas de esta naturaleza.

**Hormonas.-** Los andrógenos dan lugar a virilización de los genitales externos en fetos femeninos (agrandamiento clitoridiano y fusión labioescrotal). El Dietilestilbistol se asocia con carcinoma de vagina y cuello en hijas de mujeres tratadas durante la fase temprana del embarazo (20), así como con anomalías estructurales de cuello y vagina, malformaciones del útero, hipoplasia uterina y quistes ováricos (21). En el caso de hijos varones este fármaco se asocia con quistes de epidídimo, testículos hipoplásicos y criptorquidia (22, 23).

Por lo que se refiere a los contraceptivos orales, en una revisión de 26 años se observó que el tratamiento durante el primer trimestre no llevaba asociadas malformaciones fetales (23).

**Hipoglucemiantes.-** De entre los hipoglucemiantes orales se han descrito casos de malformaciones aparecidas en animales con el uso de Clorpropamida en concentraciones equivalentes a las utilizadas en clínica (24).

Para acabar con este capítulo es imprescindible hacer una referencia a la Talidomida (tranquilizante usado con frecuencia en la década de los 50) por los problemas que provocó, pero sobre todo porque abrió la puerta a toda una serie de conocimientos de gran interés en relación con los efectos teratógenos de los medicamentos.

A pesar de todo lo dicho no se puede olvidar que en los casos de enfermedad grave de la madre hay que hacer una valoración muy precisa de la relación existente entre el riesgo que supone el fármaco y el beneficio que se puede obtener de él ya que, en ocasiones, la enfermedad de la madre puede significar para el feto un riesgo mayor que el proveniente de la medicación utilizada para tratarla.

**2.2.2.- Derivadas de la administración de vacunas.-** Por lo que se refiere a las vacunas, como norma general, cabe señalar que no debe inmunizarse nunca a una mujer embarazada con vacunas elaboradas con seres vivos

(11), si bien no existe inconveniente, en principio, para la utilización de inmunizaciones con virus muertos o inactivados.

Concretamente la posibilidad de producir alteraciones en el feto se debe tener siempre en cuenta en las vacunas del Herpes, Parotiditis, Rubéola, Sarampión, Varicela-Zoster y Viruela.

La vacuna del Tétanos no solo puede emplearse siempre, sino que incluso es una precaución a tener en cuenta en todos los casos de traumatismos.

**2.2.3.- Producidas por otras drogas.-** En la actualidad la prevalencia de mujeres que toman cualquier tipos de drogas durante el embarazo es francamente preocupante. Los efectos de algunas de ellas para el producto de la concepción son conocidos desde hace tiempo mientras que para otras se han hecho pocos estudios o son poco concluyentes.

En primer lugar cabe hablar del síndrome alcohólico fetal descrito ya en 1973 (25). Se caracteriza por la existencia de anomalías congénitas como defectos del cerebro, cardiacos y raquídeos, retardo en el crecimiento pre y postnatal, alteraciones de conducta y aspecto facial típico (puente nasal aplanado, nariz corta, labio superior hipoplásico, micrognatia, microftalmia, etc.). En ocasiones se asocian otras anomalías más graves como espina bífida y defectos de los miembros. Este cuadro suele aparecer en hijos de mujeres que consumen alrededor de 90 ml/día durante el embarazo apareciendo cuadros de menor importancia cuando el consumo es más bajo.

Tanto el tabaco como con la marihuana y las anfetaminas dan lugar al alumbramiento de niños de bajo peso, pero ni con estas sustancias ni con otros alucinógenos se han constatado anomalías en los fetos. Lo mismo puede decirse de la heroína y de la metadona, pero en estos casos sí se han descrito problemas postnatales debidos a la existencia de un síndrome de privación que puede ser muy grave.

No puede decirse lo mismo de la cocaína que además de complicar la evolución del embarazo, produce con frecuencia desprendimiento previo de placenta y también casos de malformaciones entre las que cabe destacar atresias intestinales, anomalías cerebrales, reducción de miembros y malformaciones cardiacas y del tracto urinario, aunque algunos autores (26) niegan la existencia del llamado Síndrome cocaínico fetal, asegurando que los efectos de esta sustancia se deben a los cuadros de vasoconstricción, hipertensión e infartos que se pueden producir en la madre, en cualquier momento del embarazo, como consecuencia de su consumo.

**2.2.4.- Lesiones producidas por otros tóxicos.-** Los tóxicos pueden dar lugar a lesiones fetales, prácticamente a lo largo de todo el periodo de gestación e incluso antes, por distintos mecanismos de genotoxicidad. Los efectos a través de los cuales dan lugar estas acciones son, esencialmente, la lesión de los núcleos celulares por medio de los radicales libres y la producción de alteraciones en los mecanismos de replicación, transcripción y síntesis.

sis protéica. Entre las sustancias que pueden dar lugar a estas acciones se encuentran, por ejemplo, las Nitrosamidas, la Amanitina y la Colchicina.

Pero, además, todas las sustancias con capacidad carcinógena pueden conducir a una alteración fetal en función del momento de la gestación en que actúen, si bien este tipo de sustancias son más peligrosas si entran en contacto con la madre durante la lactancia. Cabe destacar, entre otras, las Anilinas y las Aminas aromáticas, los Benzoles y los Hidrocarburos policíclicos, entre los carcinógenos orgánicos así como el Cromo, Níquel, Arsénico, Cadmio y Berilio entre los inorgánicos.

Los efectos embriotóxicos o fetotóxicos han sido estudiados esencialmente en toxicología experimental, habiéndose encontrado en animales consecuencias tales como disminución del peso corporal, retraso del crecimiento y del desarrollo, defectos estructurales en distintos órganos, alteraciones funcionales y problemas de desarrollo postnatal. Lógicamente, el momento en el que tenga lugar la absorción del tóxico será decisivo con respecto a las anomalías que produzca. Estas sustancias teratógenas hacen su efecto a dosis relativamente bajas, ya que si son altas lo que se producirá será un cuadro de intoxicación (al que inmediatamente me voy a referir) e incluso la muerte del feto.

Como se ha señalado, son muchas las sustancias tóxicas que atraviesan la barrera placentaria, dando lugar a una acción tóxica directa traducida en la aparición de un cuadro tóxico en el feto que, en principio, sería de características similares a los que se manifiestan en los adultos. Entre éstos destacan los metales como el Mercurio o el Plomo con el que, además, se corre el riesgo añadido de la liberación en los depósitos óseos (cuando se de una situación de alcalosis) con la aparición de cuadros agudos fetales que aparecen secundariamente al tratamiento a que está sometida la madre afecta de saturnismo.

Todos aquellos tóxicos que son liposolubles, como el Fósforo y sus derivados, gran número de pesticidas y muchos gases tienen sobre el feto una acción nociva muy marcada, ya que al tener éste una mayor proporción de lípidos, con respecto al adulto, puede retener los tóxicos durante más tiempo y por ello sufrir intoxicaciones más graves.

Finalmente, cabe comentar que con ciertos aditivos alimentarios se han descrito malformaciones genitales en los recién nacidos, que aparecen como consecuencia sobre todo de la presencia fraudulenta de anabolizantes. A éste respecto, se han encontrado cuadros de feminización de fetos masculinos y de masculinización de genitales externos en fetos femenino.

### 2.3.- LESIONES DE ORIGEN FÍSICO

Las más importantes son las lesiones que pueden producirse como consecuencia de la aplicación de técnicas de diagnóstico y/o tratamiento

aplicadas a la mujer durante el embarazo (8), siendo de menos trascendencia, en la práctica habitual, las quemaduras.

De las **Radiaciones Ionizantes**, las que tienen especial importancia, por su uso en clínica, son los Rayos X. Lo esencial de estas radiaciones es que pueden romper enlaces químicos (reacciones electroquímicas) como los del ADN o generar radicales libres, capaces de causar daño tisular. Como consecuencia se puede provocar la muerte celular, mutaciones, cáncer o defectos de desarrollo, efectos que están en relación con la dosis cuando ésta se ha calculado inadecuadamente.

Como es lógico los estudios radiológicos de regiones de la madre que se encuentran lejos del útero determinan que la dosis de radiación que llega al feto sea menor.

De modo aproximativo (8) se pueden señalar las dosis que reciben el útero y el embrión en algunas de las pruebas diagnósticas más frecuentes en la clínica habitual:

ESTUDIO	Dosis/Estudio (mrad)
Cráneo	< 0.05
Tórax	0.02 - 0.07
Mamografía	7 - 20
Columna lumbar	51 - 126
Columna lumbo-sacra	686 - 1398
Abdomen	122 - 245
Pielografía intravenosa	686 - 1398
Pielografía retrógrada cadera	103 - 213

En animales de experimentación se ha visto que grandes dosis son letales para el embrión durante el periodo de preimplantación; durante el periodo de organogénesis, es más probable que la radiación provoque teratogenicidad (retardo en el crecimiento o efectos letales) y durante el periodo fetal es más fácil que se manifiesten en el feto efectos sobre el SNC y retardo del crecimiento.

El conocimiento de los posibles efectos adversos de las radiaciones ionizantes a altas dosis provienen esencialmente de dos fuentes (27): de los tratamientos aplicados a mujeres con tumores malignos, menorragia y miomas uterinos, en cuyos casos se describieron alteraciones fetales del tipo de microcefalia, hidrocefalia, retraso mental, genitales anormales, retardo del crecimiento y cataratas y, por otra parte de los sobrevivientes de las bombas atómicas y catástrofes nucleares en las que se han compro-

bado, sobre todo, hidrocefalia y retraso mental severo, siendo las edades gestacionales de mayor riesgo las comprendidas entre las 8 y las 25 semanas.

Según el American College of Radiology (8) ningún procedimiento diagnóstico aislado determina una dosis de radiación lo bastante significativa como para producir lesión en el embrión y/o en el feto; sin embargo las dosis acumulativas de múltiples procedimientos pueden llegar al límite nocivo. Se puede afirmar también que no existe riesgo de lesión fetal con dosis menores de 5 rads.

Además de las técnicas convencionales de radiografía antes referidas cabe señalar algunos aspectos relativos a la capacidad que otras técnicas diagnósticas tienen de producir efectos lesivos en el feto.

**Radioscopia.-** Significa una mayor dificultad para la determinación de la dosis que llega al feto, porque depende del número de placas obtenidas y de la cantidad de tiempo que el feto está expuesto al campo de radiación. Además, la mayoría de las pruebas (seriada gastrointestinal superior y colon por enema) se realizan en los primeros momentos cuando la mujer no sabe que está embarazada

**Angiografía.-** Estos procedimientos significan un riesgo mayor, por lo que solo deben ser practicados cuando la información que se obtiene vaya a modificar la actitud médica ante la embarazada.

**TAC.-** Con los equipos modernos la irradiación se limita mucho más a las zonas interesadas y hay menos dispersión, todo lo cual significa que el riesgo para el feto es menor. Hay que tener en cuenta que la dosis de radiación recibida depende de factores como son el espesor del corte y el número de cortes obtenidos, si el estudio se practica con contraste o sin él, la constitución de la madre, el tamaño y la posición del feto y la proximidad de la zona a explorar al feto.

**Estudios de medicina nuclear.-** Los isótopos marcados pueden afectar al feto si atraviesan la placenta o son excretados por orina (por la proximidad de la vejiga al feto), pudiéndose calcular la exposición fetal promedio, en cualquier caso, en función de las propiedades físicas y bioquímicas del radioisótopo.

El Iodo 123 atraviesa la placenta con facilidad y la existencia de cálculos sugiere una captación significativa por parte del tiroides fetal, desde la 10ª semana hasta el término del embarazo aumentando con el paso del tiempo. Por el contrario, el Tecnecio 99 tiene poca repercusión porque la exposición es baja y no da lugar a problemas fetales. El Xenón 127 y 133 aún tiene menos trascendencia porque su vida media es muy corta (8).

**Ecografía.-** Las técnicas de efecto doppler doble son algo más agresivas para el feto, que la ecografía simple, a pesar de lo cual no se han descrito efectos fetales que contraindiquen esta técnica en ningún caso.

**Resonancia magnética.-** Ha sido introducida en los últimos años con muy buenos resultados y hasta ahora no se han informado efectos nocivos secundarios a su uso, pero a pesar de todo ello, el National Radiological Protection Board no aconseja este diagnóstico (28) por imágenes durante el primer trimestre a no ser que sea probable la interrupción del embarazo.

Por lo que se refiere a las **quemaduras** (8), cuando tienen una cierta extensión lo más frecuente es que den lugar a una muerte fetal, siendo esta más probable cuanto más se atrasa el momento del parto. Los factores que contribuyen a la muerte del feto son la hipovolemia, la septicemia, la lesión pulmonar y el estado catabólico que se asocia a las quemaduras, de importancia tal que raramente permiten la supervivencia del feto.

No plantean problemas que deriven en lesiones fetales, las retracciones cutáneas abdominales secundarias a cicatrices establecidas como consecuencia de quemaduras que tuvieron lugar con anterioridad, ya que a lo largo del embarazo la cicatriz sufre un paulatino reblandecimiento y, por ello, no perjudica al feto.

#### 2.4.- LESIONES DE ORIGEN INFECCIOSO

En conjunto (11) se puede establecer que suponen entre un 3 y un 5% de las malformaciones humanas aparecidas durante el primer año de vida. En algunas de estas infecciones puede suponer un problema la inexistencia de una valoración pregestacional. Si existiera se podría conocer la situación inmunitaria basal de la madre, lo que permitiría establecer comparaciones con las pruebas llevadas a cabo posteriormente y evitaría la necesidad de efectuar pruebas más invasivas que, en sí mismo, pueden significar una amenaza para el feto. En otros casos (como el del citomegalovirus) dicho diagnóstico prenatal no tienen interés terapéutico, ya que al no existir vacuna, no se puede prevenir.

Con respecto al contagio durante la gestación, hay que tener en cuenta que es rara la embarazada que no tiene cualquier infección y, por ello, lo más importante va a ser determinar la importancia del cuadro, así como el momento del embarazo en el que tiene lugar el contagio.

**Chlamydia Trachomatis.-** Puede dar lugar al desarrollo de una conjuntivitis y también, aunque menos frecuentemente, a una neumonía. El contagio es mucho más frecuente durante el parto o el periodo inmediatamente prenatal.

**Citomegalovirus.-** La consecuencia más grave y frecuente es la aparición de problemas auditivos (sordera sensorial bilateral), pudiendo hacerse aparentes las consecuencias de la infección en el periodo postnatal o más tarde, a lo largo del primer año de vida. En algunos casos estas consecuencias se manifiestan ya en el momento del nacimiento, siendo las más

frecuentes la hepatoesplenomegalia, petequias, trombocitopenia, neumonitis, retraso mental, microcefalia y calcificaciones cerebrales.

Los niños que nacen asintomáticos pueden desarrollar a más largo plazo sordera neurosensorial, parálisis cerebral, epilepsia, retraso mental, coroidorretinitis, atrofia óptica, retraso del desarrollo psico-motor, alteraciones del lenguaje y problemas de aprendizaje.

Hepatitis B.- Además de que muchos de los fetos afectados se verán transformados en portadores crónicos, en cerca de una cuarta parte se desarrollan lesiones hepáticas y incluso hepatomas.

SIDA.- La infección puede dar lugar a la aparición de rasgos dismórficos en el feto: frente prominente, puente nasal aplastado, labio leporino, mayor distancia interorbitaria externa e interna y ligera oblicuidad de los ojos. Por lo que se refiere a la evolución de los casos de SIDA congénito, depende en cierto grado del momento en que empieza a aparecer la sintomatología. En cualquier caso la mayoría de los niños mostrarán una sintomatología con ciertas características generales: hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, retraso de desarrollo, problemas cutáneos crónicos... Por lo demás el cuadro, cuando se desarrolla, es similar al del adulto. El 75% de los niños mueren a los dos años del diagnóstico.

Parvovirus B19.- La infección en el feto se asocia con una inhibición de la hemopoyesis fetal lo que desemboca en una grave anemia fetal. Desde el punto de vista de las lesiones al feto tiene una importancia relativa, ya que en la gran número de ocasiones da lugar a la muerte del feto y, si bien se han documentado muy bien los efectos teratógenos en animales, no hay constatación en fetos humanos.

Rubeola.- Cuanto más precoz es la infección fetal más graves son las consecuencias lesivas para el feto. La infección durante el primer trimestre, habitualmente, producirá una o más anomalías graves, entre las que cabe destacar la cardiopatía congénita, las cataratas y la sordera sensorial. Otras alteraciones posibles son defectos del lenguaje, criptoquidia, retraso mental, conducto arterioso persistente, retraso psicomotor, defecto ventricular septal, etc. Entre la 13ª y la 15ª semanas las consecuencias más habituales son la retinopatía y las alteraciones auditivas. Más tarde es raro que deje lesiones en el feto, aunque pueden también producir alteraciones auditivas y retinopatía.

Sífilis.- Aunque ha disminuido su frecuencia a lo largo del siglo, no puede olvidarse la importancia de este proceso que puede transmitirse al feto en cualquier momento del embarazo, más fácilmente cuando la infección de la madre es reciente. Hay que recordar, por otra parte, que la transmisión transplacentaria puede producirse incluso después de que la mujer haya dejado de ser sexualmente infecciosa. En un 60% de los casos los fetos afectados solo muestran tras el nacimiento positividad en las pruebas serológicas, siendo sintomático el resto de los recién nacidos. En

el caso de afectación precoz, lo más normal es que las manifestaciones clínicas aparezcan a partir de las 12 semanas de vida y consistan esencialmente en rinitis y erupciones eritematosas que afecta sobre todo a palmas, plantas y regiones perianales y peribucales. Si la afectación es más tardía la lesión más típica es la queratitis intersticial que no aparece hasta los 6-14 años de edad. De los 5 a los 20 puede aparecer lesiones óseas (localizadas en tibia, paladar, tabique nasal), articulares (en rodillas), neurológicas (parálisis general) y auditivas. Aun a pesar de curar la enfermedad pueden quedar secuelas del tipo de la deformación de la nariz en silla de montar, deformidades en los dientes, alteraciones óseas y anomalías auditivas y oculares.

**Toxoplasmosis.-** La infección es más frecuente cuanto más avanzado está el embarazo, ya que la placenta pierde efectividad como barrera que impida el paso del toxoplasma, pero es más grave en los casos precoces. Puede implicar retraso del crecimiento intrauterino, coriorretinitis, calcificaciones intracerebrales, hidrocefalia, calcificaciones cerebrales, dilatación ventricular, retraso mental, hepatoesplenomegalia, neumonía, miocarditis, miositis... El 85% de los niños que nacen infectados pero sin sintomatología desarrollarán una enfermedad retiniana y, a la larga, prácticamente en todos los casos se establecen alteraciones de la visión.

**Varicela-Zóster.-** La infección durante el primer trimestre puede implicar la existencia de múltiples anomalías que se han atribuido a la lesión de las células neurales con la consiguiente denervación de los órganos en desarrollo y de las extremidades. La lesión vírica de los tractos ópticos, en desarrollo, provoca atrofia óptica, coriorretinitis y microftalmia; la lesión de los plexos lumbosacros y cervicales da lugar a hipoplasia (ósea y muscular) de las extremidades y disfunción de los esfínteres anal y uretral; finalmente, una lesión cerebral puede producir micro o hidrocefalia. La muerte suele producirse con frecuencia en la primera infancia a consecuencia de la varicela congénita. Después de la semana 20<sup>a</sup> de gestación se puede producir una infección congénita, pero no dará lugar a embriopatía.

## 2.5.- LESIONES PRODUCIDAS POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O POR CONTROL INADECUADO DEL MISMO

Este grupo se puede considerar como un gran cajón de sastre en que se incluyen tanto las lesiones derivadas del control inadecuado de la embarazada sana, es decir de la asistencia prenatal no idónea, como las producidas por la aparición de patología médica y quirúrgica durante la gestación.

Se puede establecer que las lesiones secundarias a la existencia de patología médica u obstétrica durante el embarazo, en conjunto, suponen alrededor de un 4% de las malformaciones humanas aparecidas durante el primer año de vida (29).

Dentro de las complicaciones de tipo esencialmente obstétrico nos encontramos problemas como los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas, la aparición de un shock hipovolémico o de problemas de coagulación intravascular diseminada, así como el embarazo prolongado o el nacimiento pretérmino.

Entre las complicaciones que podemos considerar de tipo esencialmente médico tenemos: enfermedades cardio-vasculares, pulmonares, enfermedades y de las vías urinarias, gastrointestinales, hepatológicas, diabetes y otras enfermedades endocrinas, enfermedades del tejido conectivo, dermatológicas, tumores, enfermedades de transmisión sexual y trastornos psiquiátricos y neurológicos.

Un problema añadido a todos los apartados mencionados, es el representado por la necesidad de aplicar un tratamiento quirúrgico (11), de por si factor de riesgo que exige, además, de la aplicación de anestesia, pero a este respecto hay que tener en cuenta que los anestésicos bien utilizados no tienen una acción teratógena.

Por lo que se refiere a la aplicación de laparoscopia sus efectos sobre el feto humano son desconocidos, aunque en experimentación animal se ha comprobado que, si bien al insuflar el CO<sub>2</sub> el flujo materno descendía de forma llamativa, ello no influía en las constantes de la sangre fetal. A pesar de esto se desconoce la repercusión que pueda tener en cuanto a la posible aparición de lesiones fetales.

Cabe mencionar las lesiones derivadas de la inadecuada alimentación durante el embarazo, así como las producidas, de forma yatrógena, por la aplicación de métodos diagnósticos, a las que me he referido de forma detallada.

Y, finalmente, los problemas acaecidos durante el parto que incluyen los derivados de los cuidados antepartum inadecuados, del uso de analgesia y anestesia, cuando esta es necesaria y, por supuesto, las distocias de cualquier origen: anormalidad en la fuerza expulsiva, situaciones, actitudes y posiciones anormales del feto y estrechez pelviana.

Desde el punto de vista judicial, el tratamiento de estas situaciones, cuando son provocadas por intencional o imprudencia, encuentra su encaje, como hemos visto, en las lesiones personales y no en el capítulo correspondiente a las lesiones fetales, pero es necesario tenerlas en cuenta porque en ocasiones pueden exigir del diagnóstico diferencial.

### 3.- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Para establecer el diagnóstico del daño fetal, debemos partir de una doble posibilidad:

1.- Que la denuncia tenga lugar en el mismo momento o inmediatamente después de que se presume la realización de los hechos causantes del daño fetal, es decir durante el embarazo, en cuyo caso hay que poner en marcha los procedimientos que permiten el diagnóstico prenatal.

2.- Que, por el contrario, la denuncia se presente cuando ya se ha producido el alumbramiento y se ha hecho evidente en el recién nacido la existencia de una lesión, enfermedad o tara, que se impute a un determinado hecho que tuvo lugar durante la gestación. Esta situación, como es obvio, lleva consigo una complejidad pericial mucho mayor.

Siguiendo esta sistemática, repasaré sucesivamente los métodos que permiten el diagnóstico prenatal (30) y aquellos otros útiles para el diagnóstico postnatal.

### 3.1.- MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

3.1.1.- Investigación de marcadores bioquímicos, como la determinación de la alfafetoproteína o de la actividad de la acetilcolinesterasa, la gonadotropina coriónica o el estriol no conjugado. Estas pruebas, como las que se incluyen en los programa de detección de patologías como hemoglobinopatías (talasemia), enfermedad de Tay-Sachs, fibrosis quística o el síndrome del cromosoma X frágil, tienen interés tan solo a efectos de diagnóstico diferencial con las anomalías hereditarias.

3.1.2.- Ecografía (31), que es útil después de la semana 18, sobre todo en el diagnóstico de malformaciones o anomalías estructurales de cualquier localización: cefálicas, raquídeas, torácicas, gastrointestinales, esqueléticas, etc.

3.1.3.- Amniocentesis que, si bien es la prueba invasiva que se utiliza con mayor frecuencia, tiene que ser manejada con cuidado ya que no está exenta de riesgos. Es particularmente eficaz y segura en las primeras semanas del embarazo (32). Los tres riesgos fundamentales que se derivan de su realización son los traumatismos fetales o maternos, la infección y la provocación de trabajos de parto prematuros con el consiguiente aborto.

3.1.4.- Biopsia corial (33), válida sobre todo para el diagnóstico de cromosomopatías y, por tanto, de menos utilidad para establecer lesiones fetales de origen adquirido. Puede llevarse a cabo por técnica transcervical o transabdominal. En los últimos años se ha venido usando esta técnica para el diagnóstico de infecciones, dando buenos resultados. La técnica se puede aplicar después de la 7ª semana y la infección puede diagnosticarse posteriormente mediante técnicas de DNA. El problema que no se ha resuelto es el establecimiento de si la infección demostrada en el tejido placentario es siempre indicativa de infección fetal.

3.1.5.- Cordocentesis que se realiza habitualmente guiada por ecografía. Permite la extracción de sangre fetal en volumen que, dependiendo del momento de la gestación y de la indicación de la técnica, suele ser de

l a 4 ml (11). Permite la realización de una serie de estudios como la determinación de gases sanguíneos, obtención del cariotipo, determinación de inmunoglobulinas, realización de la prueba de Kleihauer-Betke, etcétera. Después de 20 semanas de gestación puede diagnosticarse la infección por toxoplasma, por diversos medios: el estudio de la IgM e IgG específicas, la existencia de trombocitopenia, la determinación de los niveles en sangre fetal de enzimas hepáticas o el aislamiento del parásito. También es útil para el diagnóstico de las infecciones por rubeola, citomegalovirus, varicela y parvovirus B19.

3.1.6.- **Urinocentesis**, que consiste en la aspiración de la orina de la vejiga fetal, guiada por ecografía. Se ha mostrado útil para el diagnóstico de la infección por citomegalovirus. El procedimiento suele aplicarse en el momento de la cordocentesis.

3.1.7.- **Fetoscopia**. Método de gran interés porque permite realizar biopsias fetales, obtener muestras de sangre fetal y diagnosticar malformaciones externas no visibles por ecografía.

3.1.8.- Otras técnicas como la paracentesis fetal, la funiculocentesis y la cardiocentesis son de utilidad esencialmente terapéutica, pero una vez realizadas pueden dar datos que pueden ser aprovechados por el perito para su valoración.

3.1.9.- Para el diagnóstico de algunas situaciones concretas como pueden ser una evaluación compleja de presentación pelviana y la consiguiente pelvimetría o anomalías esqueléticas fetales (siringomelia o síndrome de regresión caudal), cuando el diagnóstico ecográfico no es claro, se realizan en muchos centros, cada vez con más frecuencia, métodos de diagnóstico por imagen como la radiografía simple o la tomografía computarizada.

3.1.10.- En los últimos años se está generalizando el uso de la resonancia magnética para la evaluación del feto ya que ha dado respuesta a casos dudosos de anatomía fetal en los que la evaluación ecográfica había sido limitada (34), sobre todo cuando el riesgo es de anomalías del sistema nervioso central.

Por supuesto que la complejidad de estas técnicas, el riesgo que en si mismo significan y la necesidad de disponer de conocimientos técnicos suficientemente amplios, no solo para su aplicación sino incluso para la interpretación de los resultados obtenidos (35), exige que el perito cuente con la colaboración del especialista que garantice la disposición de los datos necesarios para la realización de una adecuada pericia

Con todo, a excepción de posibilidades muy concretas, no hay que olvidar que el diagnóstico es de probabilidad, sin que pueda establecerse de manera definitiva la existencia de la lesión fetal, lo que significará necesariamente la paralización del expediente judicial hasta que tenga lugar el alumbramiento y solo entonces se podrá, tras el examen del recién nacido, confirmar el diagnóstico.

### 3.2.- MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POSTNATAL

Entre los métodos de diagnóstico post-natal, cabe señalar la existencia de un cuadro neonatal que comprende las características clínicas más habituales de las infecciones congénitas. Este cuadro se ha descrito colectivamente bajo el término de «síndrome TORCH» (8), acrónimo que corresponde a las iniciales inglesas de toxoplasma, rubéola, citomegalovirus y otros. Los hallazgos clínicos son los siguientes: bajo peso al nacer y/o prematuridad, trastornos cardíacos, lesiones oculares (coriorretinitis, cataratas, microftalmia), defectos del sistema nervioso central (micro y hidrocefalia), púrpura neonatal, ictericia y hepatoesplenomegalia.

Cabe señalar que es relativamente frecuente que, tras el periodo neonatal, una infección congénita se manifieste por la existencia de una sordera (producida sobre todo por la rubéola y el citomegalovirus y algo menos por la toxoplasmosis) o de una lesión óptica (que se asocia frecuentemente con una infección ocular fetal producida por el toxoplasma). Hay que tener presente las anomalías clínicas encontradas para así establecer la relación con las infecciones congénitas a las que se asocian, ya que su estudio postnatal puede servirnos de guía a efectos de establecer el diagnóstico etiológico.

Las posibilidades diagnósticas han aumentados en los últimos años de una manera significativa con la incorporación de métodos que permiten la evaluación citogenética en la sangre periférica o del líquido amniótico o utilizando muestras de vellosidades coriónicas, o de órganos fetales obtenidos por biopsia mediante la aplicación de técnicas quirúrgicas o tras la práctica de la autopsia. Así por ejemplo la hibridación fluorescente *in situ* (8), permite la rápida identificación del material cromosómico adicional (trisomías) o faltante (delecciones). La técnica consiste en el uso de una sonda de DNA marcada con que se hibridiza en la región cromosómica con la región cromosómica en cuestión. Está claro que estas técnicas permiten el diagnóstico de la lesión congénita pero deben ser tenidas en cuenta a efectos del diagnóstico diferencial, es decir para establecer el verdadero origen de una lesión que se supone ha sido provocada.

En cualquier caso, el hecho de establecer el diagnóstico etiológico cuando la lesión o tara aparece tras el nacimiento del niño ofrece tales dificultades que dependerá más de la valoración de la Historia Clínica y de los datos conmemorativos que de los estudios clínicos propiamente dichos que se puedan realizar.

### 4.- VALORACIÓN PERICIAL

Ya me he referido a la dificultad que supone la práctica de la prueba pericial en los casos de lesiones al feto. En cualquier caso, la sistemática deber ser la misma que en otros casos y necesariamente debe llevar consi-

go los siguientes pasos: diagnóstico de la lesión fetal, determinación del origen de la lesión fetal y establecimiento de la relación causal.

#### 4.1.- ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN FETAL

El establecimiento de la lesión fetal se llevará a cabo por medio de las técnicas diagnósticas mencionadas. La aplicación de unas u otras dependerá, como es lógico, de la situación planteada y del problema judicial concreto que se deba resolver.

#### 4.2.- ESTABLECIMIENTO DEL ORIGEN DE LA LESIÓN FETAL

Como vamos a ir viendo este diagnóstico va a depender de forma esencial del estudio de la Historia Clínica.

En el caso de lesiones **traumáticas** se ha comprobado que existe relación entre la muerte y la lesión fetal y la gravedad de la lesión de la madre (29); por ello será de gran importancia establecer, si a la hora de prestar asistencia a la embarazada que ha sufrido el traumatismo, se priorizó el tratamiento de esta para conseguir, como efecto secundario, una disminución en la probabilidad de que aparecieran las lesiones fetales.

Aunque haya sido necesario llevar a cabo una laparotomía, ello no quiere decir que deba plantearse la cesárea como indicación absoluta (36). Se debe valorar si el médico ha tenido en cuenta, a la hora de tomar la decisión, factores tales como la edad gestacional, la situación fetal, la extensión de la lesión uterina o si el hecho de que el útero grande obstaculiza o impide el tratamiento o evaluación adecuados de otras lesiones intraabdominales que puedan existir en la madre. Se tendrá en cuenta también si se ha llevado a cabo un monitoreo fetal ya que, en muchas condiciones maternas agudas, el bienestar fetal puede ayudar a evaluar la extensión y gravedad de las lesiones de la madre. En muchas ocasiones (37) servirá de índice predictivo del riesgo de un desprendimiento previo de placenta y debe mantenerse en tanto existan contracciones uterinas, patrón de frecuencia cardíaca fetal anómalo, hemorragia vaginal, dolor a descompresión o irritabilidad uterinos y rotura de membranas. El periodo de mayor riesgo es el de las 2 a las 6 horas tras el traumatismo siendo excepcional su aparición después de una semana.

A los efectos de establecer si en el origen de una lesión fetal se encuentra la **administración de medicamentos**, cuando se lleve a cabo el estudio de la Historia Clínica, deberemos de tener en cuenta si se han observado las normas generales en lo que se refiere a la utilización de los medicamentos de las distintas categorías en las embarazadas. Otras precauciones mínimas son: evitar cualquier medicación que no sea imprescindible y hacer un estudio muy rigurosos de la medicación previa al embarazo.

En otros casos tendremos que determinar la posibilidad de que el origen de las lesiones encontradas pueda estar en la utilización de métodos

para el **diagnóstico por imágenes** durante el embarazo, para lo cual podemos tener en cuenta dos tipos de parámetros:

En primer lugar podemos comprobar si a la hora de la estimación de la dosis a aplicar se han tenido en cuenta las precauciones lógicas como son: tipo de estudio a realizar, tipo y características del equipo, técnica empleada en el estudio, distancia del órgano a la fuente de radiación y espesor de la parte del cuerpo atravesada.

Por otra parte se puede valorar si se han seguido las establecidas, en 1995, por el American College of Obstetricians and Gynecologist (27), que son los siguientes:

1.- Se debe informar a la madre de que la exposición a los Rayos X de un solo procedimiento diagnóstico no provoca efectos fetales nocivos. Específicamente, la exposición a menos de 5 rad no se ha asociado con un aumento de las anomalías fetales o de pérdida del embarazo.

2.- La preocupación acerca de los posibles efectos de la exposición a la radiación ionizante, no debe impedir que la madre sea sometida a los procedimientos radiológicos indicados médicamente. Durante la gestación corresponde considerar, cuando es posible, otros estudios por imágenes no asociados con radiación ionizante, como la resonancia magnética.

3.- La ecografía y la resonancia magnética no se asocian con efectos fetales conocidos. Sin embargo hasta disponer de más información no se recomienda practicar resonancia magnética durante el primer trimestre.

4.- La consulta con un radiólogo puede ser útil para calcular la dosis fetal estimada cuando se practican múltiples estudios radiológicos en una embarazada.

5.- Durante el embarazo está contraindicado emplear isótopos radioactivos de Yodo con fines terapéuticos.

Quando se trata de establecer la relación entre la **infección** y la existencia de lesiones al feto, los elementos que se pueden tener en cuenta a los efectos de llevar a cabo nuestra valoración son los siguientes:

1.- Si se estableció los riesgos que el agente infeccioso significaba para el feto.

2.- Si se determinó adecuadamente el periodo de peligro durante la gestación.

3.- Si la detección precoz fue posible y practicable.

4.- Si se determinó la indicación de un tratamiento y si este sería o no eficaz en la prevención del daño fetal.

5.- Si se tuvo en cuenta la posibilidad de que las pruebas de detección, antes o durante el embarazo, reducirían el riesgo de infección y lesión fetal.

6.- Y, finalmente, si fue posible y, en su caso, se aplicó, tratamiento al feto durante su permanencia en el útero.

Entre los hallazgos ecográficos que deberán tenerse en cuenta como sugerentes de infección fetal y que valoraremos si han sido suficientemente considerados por el médico, en su momento, se encuentran los siguientes: detección del crecimiento fetal, ventriculomegalia, microcefalia, hepatomegalia, anomalías cardíacas o calcificaciones intraperitoneales.

Esto, junto al estudio detenido de la Historia Clínica y de las circunstancias personales y del entorno de la embarazada, así como de las condiciones en que tuvo lugar el contagio, aportará datos útiles para llevar a cabo la valoración.

#### 4.3.- ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Ya me he referido con anterioridad al grave e importante problema que significa el establecimiento del nexo causal en los casos de lesiones al feto.

Efectivamente, uno de los problemas más importantes en relación con las malformaciones humanas es el establecimiento de las causas que las condicionan, hasta el punto de que en diferentes estudios se contemplan etiologías desconocidas o multifactoriales en porcentajes que alcanzan hasta un 65 a 75%, lo que quiere decir que tres cuartas partes de las malformaciones que aparecen en el primer año de vida provienen de causas no identificables (8). Si a este dato añadimos el hecho de que se calcula en valores que están alrededor del 10 al 20%, las que son resultado de malformaciones congénitas o de defectos de genes aislados, es fácil comprender la dificultad que supone el establecer la causa de una lesión fetal.

Los medios que pueden dar lugar a lesión fetal cabría dividirlos, desde un punto de vista, simplista si se quiere, pero indiscutiblemente práctico y real, en dos grandes grupos:

1.- Los que son consecuencia de actuaciones que han tenido lugar sobre la embarazada, de forma voluntaria o imprudente, por personas distintas de los profesionales sanitarios.

2.- Los producidos como consecuencia de una actuación médica. Estos son los más importantes, desde el punto de vista médico-legal, a los efectos de delito de lesiones al feto. Efectivamente, de la lectura del propio Código Penal (1), puede deducirse que el legislador, al establecer el tipo penal pensaba, de forma esencial, en los profesionales de la medicina y obstetricia, ya que el tipo básico, recogido en el artículo 157 establece, además de la privación de libertad, la pena de inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria o prestar servicios de toda índole en clínicas establecimientos o consultorios ginecológicos. Además, en el artículo 158 se contempla la imprudencia profesional, origen de lesiones al feto y determinante de la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo. Por supuesto que esta imprudencia profesional

puede haber estado causada por un conductor de un vehículo de transporte público, por ejemplo, pero parece más lógico pensar en el profesional sanitario como determinante de la misma.

En este sentido hay que considerar que durante un embarazo son o pueden ser múltiples los profesionales de la sanidad que actúan, sobre todo cuando aparecen enfermedades médicas o quirúrgicas de las que se han señalado con anterioridad, ya que exigen de la interacción del obstetra, el internista, el cirujano, el anestesista y, con frecuencia, de otros especialistas, en función de la naturaleza de la alteración presentada (29). Esto complica mucho más, si cabe, el establecimiento de las relaciones de causalidad entre la actuación llevada a cabo por cada uno de ellos y las lesiones producidas en el feto. Por otra parte estas actuaciones se encuentran tan imbricadas que no pueden separarse unas de otras.

Pero, a pesar de que, como en todos los delitos de resultado es preciso demostrar el nexo causal, en este caso los criterios clásicos no son de utilidad y ello por distintas razones:

1.- No existe en la mayoría de los casos una relación cronológica entre el momento de actuación del agente patógeno y la aparición de las consecuencias lesivas.

2.- No hay tampoco una correlación entre los propios agentes y la producción de la lesión.

3.- Casi siempre, la aparición de la lesión depende de la confluencia de muchos factores que actúan como concausas, haciendo muy variable el resultado lesivo.

4.- No existe en la mayoría de las ocasiones una concatenación o continuidad lógica entre el agente lesivo y las manifestaciones a que da lugar en un caso concreto.

Todo ello determina que la valoración deba llevarse cabo de una manera absolutamente personalizada, haciendo un estudio de la Historia Clínica y de todos los datos referidos al embarazo y sus circunstancias y, en cualquier caso, asumir que en muchas ocasiones tan solo se va a poder realizar una aproximación probabilística de este nexo causal.

## 5.- OTROS ASPECTOS DE LA VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL

Además del establecimiento de la posible lesión al feto, hay otros problemas médico-legales cuyo interés obliga a mencionarlos, aunque sea de forma sucinta.

El primero viene determinado por el hecho de que, en el caso de comprobarse la existencia de una lesión fetal, podría estar perfectamente justificado, desde el punto de vista penal, en aplicación del artículo 147bis del

derogado Código Penal (artículo que como es sabido aún está vigente), la interrupción del embarazo, siempre y cuando esta tuviera lugar dentro de las 22 primeras semanas de la gestación.

En el supuesto de que se hubiera interpuesto una denuncia, por la realización de cualquier acción o acciones perjudiciales para el feto, se hubieran iniciado los trámites judiciales entre los cuales hubiera sido necesario el diagnóstico médico-legal de la lesión fetal, para lo cual se realizaría la autopsia fetal que permitiera comprobar si, efectivamente, existían dichas lesiones. En el caso de descartarse, se plantearía un problema de responsabilidad penal por parte del profesional que llevó a cabo el diagnóstico de la lesión fetal.

Con todo, los métodos diagnósticos de que hoy se dispone, como hemos visto, limitan mucho esta posibilidad. En un trabajo llevado a cabo en Rennes (8) se estudiaron 135 casos en los que se había llevado a cabo la interrupción voluntaria del embarazo y posteriormente la autopsia del producto de la concepción. De los 87 casos en los que la indicación para dicha interrupción fue la malformación fetal, tan solo en tres no se comprobó en la práctica de la autopsia y eso realizando únicamente estudios macro y microscópicos.

Pero también puede plantearse el caso contrario: que existiendo determinadas anomalías fetales hayan pasado desapercibidas para el médico que realizó el diagnóstico prenatal, lo que impide la interrupción del embarazo. Es obvio que este médico no produce la lesión porque ya existía, pero el no haber hecho el diagnóstico impide que se pongan los medios que hubieran permitido su resolución.

Otra cuestión interesante viene dada por la posibilidad de llevar a cabo de forma más o menos sistemática el diagnóstico preimplantación en casos de personas que, estando sometidas a programas de reproducción artificial, presentan riesgo genético. Técnicamente existe posibilidades de llevar a cabo la valoración de los embriones, pero de nuevo aquí nos adentramos en el tema de la manipulación genética que plantea problemas no solo de tipo jurídico sino también de naturaleza ética que van más allá de lo que son, estrictamente, las lesiones al feto.

Finalmente hay otra cuestión general y común a otros problemas jurídicos y médico-legales que también debe ser señalada. Se trata de la obligación que todo médico tiene de facilitar información a sus pacientes, en función de lo establecido en la Ley General de Sanidad. No es infrecuente que las denuncias presentadas, con ocasión de las lesiones producidas al feto, tengan su origen en malformaciones hereditarias o de otro tipo, pero de cuya producción no se puede, en principio, culpar a nadie. A pesar de ello, los padres del niño que nace con la malformación buscan un responsable, lo que pone en marcha la investigación judicial dando lugar a la necesidad de una prueba pericial médica en la que encontraremos que lo

que existe en el fondo es un problema derivado de la información inadecuada que en su día se facilitó a la familia.

En ésta, como en el resto de las cuestiones planteadas, es necesario realizar un estudio detenido, minucioso, amplio y ponderado del caso así como una valoración crítica de todos y cada uno de los datos que se han obtenido sobre los hechos acaecidos, todo lo cual permitirá llevar a cabo la labor pericial de forma adecuada y acorde a la naturaleza y complejidad al problema planteado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
2. BOIX J, ORTS E VIVES TS. La reforma penal de 1989. Valencia: Tirant lo Blanch, 1989.
3. LATORRE LATORRE V. Lesiones al feto. En *Mujer y Derecho Penal*. Barcelona: Tirant lo Blanch Libros, 1995.
4. STAMPA BRAUN JM. El objeto material de los delitos contra la vida (límite mínimo). *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1950.
5. RODRIGUEZ MOURULLO G. Derecho a la vida y a la integridad personal y abolición de la pena de muerte. En: *Comentarios a la Legislación Penal*, Tomo I. Madrid: Edersa, 1982.
6. ROMEO CASABONA CM. El diagnóstico prenatal y sus implicaciones jurídico-penales. *La Ley*, 1987.
7. GIBBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª Ed. Barcelona: Salvat, 1998.
8. CUNNINGHAM FG, MACDONALD PC et al. *Williams Obstetricia*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1998.
9. POOLE GV, MARTÍN JN J., PERRY KG J., GRISWOLD JA, LAMBERT CJ y RHODES RS. Trauma pregnancy: The role of interpersonal violence. *Am J Obstet Gynecol* 1996, 174(6):1873-7
10. Food and Drugs Administration. *Drug Bulletin: Pregnancy categories for prescription drugs*. September, 1997.
11. GREENOUGH A, OSBORNE J, SUTHERLAND S. *Infecciones congénitas, perinatales y neonatales*. Barcelona: Masson, 1998.
12. FREIDMAN JM, LITTLE BB, BRENT RL, CORDERO JF, HANSON JW, SHEPARD TH. Potential human teratogenicity of frequently prescribed drugs. *Obstet Gynecol* 1990, 75:594.
13. ROSA FW, HERNÁNDEZ C, CARLO WA. Griseofulvin teratology, including two thoracopagus conjoined twins. *Lancet* 1:171, 1987.

14. HALL JG, PAULI RM, WILSON K. Maternal and fetal sequelae of anticoagulation during pregnancy. *And J Med* 1980, 68:122.
15. MESSINA M, BIFFIGNANDI P, G HIGO E, JEANTET MG, MOLINATTI GM. Possible contraindication of spiro lactone during pregnancy. *J Endocrinol Invest* 1979, 2:222.
16. OMTZIGT JGC, LOS RJ, GROBBEE DE, PIJERS L, JAHODA MGJ, BANDENBURG H et al. The risk of spine bifida aperta after first trimester Valproate exposure in a prenatal cohort. *Neurology* 1992, 42 (S5):119.
17. COHEN LS, FRIEDMAN JM, JEFFERSON JW, JHONSON EM, WEINER ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *JAMA* 1994 271:1485.
18. GROTE W, HARMS D, JANIG U, KIETZMANN H, RAVENS U, SCHWARZE I. Malformation of fetus conceived 4 months after termination of maternal etretinate treatment. *Lancet*, 1985, 1:1276.
19. MILLS JL, SIMPSON JL, CUNNINGHAM GC, CONLEY MR y Rhoads GG. Vitamin A and birth defects. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 177(1): 31-6.
20. HERBST AL, HUBBY MM, AZIZI F, MAKII MM Reproductive and gynecologic surgical experience in diethylstilbestrol-exposed daughters. *Am J Obstet Gynecol* 1981, 141:1019.
21. KAUFMAN RH, NOLLER K, ADAM E, IRWING J, GRAY M, Jeffries JA, Hilton J. Upper genital tract abnormalities and pregnancy outcome in diethylstilbestrol exposed progeny *Am J Obstet Gynecol* 1984, 148:973.
22. Stillman RJ. In utero exposure to diethylstilbestrol: Adverse effects on the reproductive tract and reproductive performance in male and female offspring. *Am J Obstet Gynecol* 1982, 142:905.
23. RAMAN-WILMS L, LING-IN TSENG A, Wighardt S, Einarson TR, Koren G. Fetal genital effects of first trimester sex hormone exposure: A metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995, 85:141.
24. SMOAC IW. Embryopathic effects of the oral hypoglycemic agent chlorpropamide in cultured mouse embryos, *Am J Obstet Gynecol* 1993, 169:409-14.
25. JONES KL, SMITH DW, ULLELAND CN, STREISSGUTH AP. Patterns of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1973, 1:1267.
26. PLESSINGER MA y WOODS JR Jr. MATERNAL, placental and fetal pathophysiology of cocaine exposure during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1993, 36(2):267-78.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice: Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy Committee Opinion no. 158, September 1995.
28. GEARD CR, OSMAK RS, HALL EJ, SIMON HE, MAUDSLEY AA HILAL SK. Magnetic resonance imaging and ionizing radiation: A comparative evaluation in-vitro of oncogenic and genotoxic potential. *Radiology* 1984, 152: 199.
29. CARRERA MACIÀ. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Masson S.A., 1997.

30. BONILLA MUSOLES F. Diagnóstico con ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Científico Médica, 1977.
31. GISBERT CALABUIG JA y GISBERT GRIFO MS. Los ultrasonidos en Medicina Legal. Rev Esp Med Leg 1980, 7: 22-23 y 60-76.
32. RAMOS C., DÍAZ RECASENS J, AYUSO C y PALOMINA P. Diagnóstico prenatal. Bol. Fund. Jiménez Díaz 1983; 10: 37-40.
33. RAMOS C, DÍAZ RECASENS J y et al: Diagnóstico citogenético precoz mediante biopsia corial. Comunicación preliminar. Rev Clin Esp 1984, 174: 21-23.
34. TWICKLER DM, GILSTRAP LC, LITTLE BB. Use of diagnostic agents during pregnancy. En: Gilstrap LC, Little BB (Eds): Drugs and Pregnancy. New York: Elsevier, 1992.
35. DE LA FUENTE P, BAIO JM y OLAIZOLA JI. Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas. Madrid: Interamericana, 1984.
36. MORRIS JA Jr., ROSENVOWER TJ et al. Infant survival after cesarean section for trauma Ann Surg 1996, 223 (5): 481-8.
37. DAHMUS MA y SIBAI BM. Blunt abdominal trauma: Are there any predictive factors for abruptio placentae or maternal-fetal distress? Am J Obstet Gynecol 1993, 169(4):1054-9.

## EL ADN EN LA FILIACIÓN DISPUTADA: SALUD, CIENCIA Y SOCIEDAD ECUATORIANA

FABRICIO GONZÁLEZ-ANDRADE<sup>1</sup>, FRANK WEILBAUER<sup>1</sup>,  
BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA<sup>2</sup>, DORA SÁNCHEZ- Q.<sup>1</sup>

**Resumen:** a) **Objetivo:** Evaluar la demanda de los estudios de ADN para casos de filiación disputados, y los componentes socio-judiciales que involucran este tema.

b) **Métodos:** Este es un estudio descriptivo observacional de los casos de estudios paternos registrados en el período de 1997 al 2001, y realizados por el Laboratorio de Genética Molecular de la Cruz Roja Ecuatoriana. Analizamos 1495 casos de paternidad disputada, procedentes de todas las provincias del Ecuador.

c) **Resultados:** El promedio anual fue de 299 casos. El promedio de pericias privadas es del 38% (n = 117,6), solicitadas por tribunales 62% (n = 180,2). El 81,47% (n= 1218) de todos los casos son estudios de tríos completos, el 13,71% (n= 205) de los casos son estudios con sólo Padre e hijo, el 1,94% (n= 29) de los casos son estudios de maternidad; el 2,67% (n= 40) son estudios de padre, madre con dos o más hijos. El 23,61% (n= 353) de los casos corresponden a exclusiones, y de ellos, el 83,58% (n =298) se excluyen con más de 2 incompatibilidades. Las inclusiones corresponden al 78,46% del total (n = 1173).

d) **Conclusiones:** Las pericias solicitadas por Tribunales son la primera fuente de solicitudes. Existe un aumento de las pericias a nivel privado, lo que podría deberse a que existe una mayor concientización sobre estos problemas o a que se pretende agilizar las acciones judiciales a este respecto. La mayoría de los casos son tríos completos que terminan en su mayoría en Inclusiones. La gran mayoría de exclusiones presentan más de dos compatibilidades; esto es una garantía de calidad del laboratorio. Se requiere la incorporación y la regulación expresa del análisis de ADN

---

<sup>1</sup> Laboratorio de genética Forense, Cruz Roja Ecuatoriana, Quito (Ecuador).

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza (España).

como medio probatorio en todos los juicios de filiación controvertida. El estudio del de ADN facilita la aplicación de la justicia ya que evita las presunciones innecesarias y la enumeración taxativa de supuestos. Contribuye además, a la descongestión de la actividad judicial en los Juzgados de la Civil y en los Tribunales de Menores, ya que evita demandas carentes de fundamento y solicitud de estudios inadecuados, en desuso e inútiles. Por otro lado, pone en igualdad a las partes procesales frente a la prueba, y hace posible una resolución rápida del problema.

**Palabras Clave:** Ecuador. STRs. Filiación. Paternidad. PCR. Justicia.

**Abstract:** a) Objective: To evaluate the demands of DNA studies for cases of disputed filiation, and the socio-judicial components that involve this topic.

b) Methods: This is an observational descriptive study of the cases of paternal studies registered in the period from 1997 to 2001, and carried out by the Laboratory of Molecular Genetics of the Ecuadorian Red Cross. We analysed 1495 cases of disputed paternity, from all the provinces of Ecuador.

c) Results: The annual average was 299 cases. The average of private tests is 38% (n = 117.6), requested by courts 62% (n = 180.2). 81.47% (n = 1218) of all the cases are studies of complete trios, 13.71% (n = 205) of the cases are studies with only Father and child, 1.94% (n = 29) of the cases are studies of motherhood; 2.67% (n = 40) are studies of father, mother with two or more children. 23.61% (n = 353) of the cases correspond to exclusions, and of these, 83.58% (n = 298) are excluded with more than 2 incompatibilities. The inclusions correspond to 78.46% of the total (n = 1173).

d) Conclusions: The tests requested by the Courts are the first source of requests. There is an increase of private tests, which could be due to there being greater awareness about these problems or in order to speed up the judicial actions in this respect. The majority of the cases are complete trios, the majority of them ending in Inclusions. The great majority of exclusions present more than two compatibilities; this is a quality guarantee of the laboratory. The incorporation and express regulation of the DNA analysis is required as evidence in all controversial filiation trials. The DNA study facilitates the application of justice as it presents unnecessary presumptions and specific enunciation of cases. It also contributes to the decongestion of the judicial activity in Civil Courts and Minor Courts, as it avoids demands lacking in foundation, and request for inadequate and useless studies, or those in disuse. On the other hand, it places the procedural parties on equal terms with respect to the evidence, and makes it possible to rapidly solve the problem.

**Key words:** Ecuador. STRs. Filiation. Paternity. PCR, Justice.

## INTRODUCCIÓN

### LA FILIACIÓN

El núcleo básico de toda sociedad es la familia, instituida a través del matrimonio. Así el matrimonio reúne dos cualidades: la del vínculo religioso y la del estado civil. Nace allí la familia, eje de la estabilidad social, en la que el padre del niño es el marido de la madre. Se desprende entonces que la filiación es la relación jurídica entre padres e hijos originada en el hecho biológico de la procreación o en un acto jurídico familiar. En este ámbito el problema más común es la presunción legal de la paternidad y la demostración biológica de la misma. La sociedad actual permite, fuera del concepto inicial, reclamar o impugnar la paternidad o maternidad de un individuo. Sin embargo, el ser humano es complejo en esencia por lo que aquel núcleo del cual hablamos se puede disgregar en un sinfín de situaciones.

Por *reclamación de la paternidad* debe entenderse la acción de determinar la paternidad biológica de un hombre para un niño nacido de una mujer concreta. La *impugnación de la paternidad* sería la acción interpuesta por un hombre encaminada a rechazar o rebatir su paternidad biológica, con respecto a un niño, la misma que hasta ese momento era considerada como legítima. En la legislación actual, cuando se establece un litigio sobre la filiación el juez designa un Perito responsable de analizar genéticamente a todos los individuos involucrados; para de ésta manera testimoniar el vínculo entre la madre del niño, el presunto padre y el producto de sus relaciones afectivas.

La razón más común para determinar el parentesco es la disputa de paternidad, aunque existen otras situaciones donde establecer la relación biológica es importante, tales como las preferencias dadas a inmigrantes, problemas de herencias, los intentos para identificar los padres de un niño adoptado y los casos de cambios de niños en las maternidades. Los polimorfismos del ADN tienen un gran potencial para brindar información crítica a este respecto.

### LA HERRAMIENTA CIENTÍFICA: EL ADN

El ADN está formado por una sucesión de nucleótidos, compuestos por un azúcar (desoxirribosa), un grupo fosfórico y una base nitrogenada

púrica (adenina o guanina) o pirimidínica (timina o citosina). Las cadenas de ADN aparecen siempre unidas a sus complementarias. La unión de las bases de una cadena con las de otra se hace siempre entre la adenina y la timina y, la citosina y la guanina.

Secuencias diferentes dan lugar a fragmentos de ADN de distinta longitud. A esto se denomina Polimorfismo, que es un rasgo transmitido con carácter mendeliano que existe en una población, presentando como mínimo dos fenotipos, ambos con frecuencia superior al 1%. Se define polimorfismo por la aparición conjunta en un lugar, de dos o más formas discontinuas de la misma especie, de tal modo, que la más rara de ellas no se pueda mantener simplemente a través de una mutación periódica. Para que un locus sea considerado polimórfico, el alelo más común de ese locus debe aparecer con una frecuencia poblacional menor del 0.99 (99%).

De acuerdo a la ley de Hardy-Weinberg, al menos un 2% de la población debe ser heterocigoto para ese locus. El polimorfismo es una característica típica de las secuencias repetitivas (secuencias de ADN que se pueden repetir varias veces, generando una secuencia o alelo diferente con cada repetición extra). Es decir la posibilidad de encontrar dos individuos iguales es inferior a 1 en 5 billones de personas, lo que nos da un poder de exclusión superior al 99.99% [2]

Los polimorfismos que más se utilizan en la Identificación humana son los STRs, Short Tandem Repeats o microsátélites, son secuencias muy cortas de ADN repetitivo de entre 2 y 5 pares de bases, que se encuentran distribuidos ampliamente en el genoma en bloques de longitud menores a 400 pares de bases. Tienen un elevado polimorfismo y bajas tasas de mutación.

En los estudios paternos los datos genéticos se usan en dos etapas. Primero, encontrando los genotipos de la madre y el niño, y comparándolos con un presunto padre tomado al azar de la población de referencia que no se excluye. Esto puede evaluarse estableciendo el grado de polimorfismo de ese locus, o por cualquier combinación genotípica específica de la madre y el niño, que sean excluyentes. Segundo, cuando el presunto padre no se excluye (basado en los genotipos del presunto padre, de la madre y del niño), en donde se determina la razón de probabilidad denominada «Índice de Paternidad». Esta se explica por la probabilidad de hallar la combinación genotípica de la madre, el hijo y el presunto padre, bajo la hipótesis que el presunto padre es el verdadero padre biológico, en oposición a cualquier otro individuo tomado al azar de la población. Estos datos de múltiples locus pueden ser combinados en software estadísticos especiales, asumiendo que los genotipos en dichos locus son mutuamente independientes.

#### LA LEGISLACIÓN ECUATORIANA

Ecuador es un país relativamente pequeño con un más de 12 millones de habitantes, compuesto por tres grupos étnicos principales: (a) Las

poblaciones urbanas, usualmente dihíbridas (Mestizos) o trihíbridas; (b) los nativos Amerindios, más de 100 grupos pulculturales y multiétnicos; y (c) las poblaciones negras derivadas de Africanos y descendientes de esclavos, ubicadas en comunidades aisladas [5]. En este contexto, definimos Etnia como un concepto destinado originalmente a diferenciar grupos «innatamente» diferentes, con un origen genético auténtico.

El artículo 90 del Código de Menores vigente dice: «*Cuando el demandado negare la paternidad del menor o fuese necesario el examen del Acido Desoxiribo Nucleico (ADN) para determinar la misma, el costo correrá de cuenta de quien lo solicita*». Este es el único artículo en toda nuestra legislación en la cual se pide el ADN como una prueba de paternidad. Actualmente, se encuentra en discusión un nuevo Código del Menor y el Adolescente, que abarca algunos otros aspectos vinculados con este tema como la cadena de custodia, la obligatoriedad del estudio, la interpretación de los jueces, la realización del examen en personas fallecidas, entre otros.

La Ley de Casación en su artículo 19, inciso segundo, establece que la triple reiteración de un fallo de casación constituye precedente jurisprudencial obligatorio y vinculante para la interpretación y aplicación de las leyes; como es el caso de «*las resoluciones judiciales dictadas en los juicios de filiación en las que no conste haberse practicado la prueba del ADN, no causan autoridad de cosa juzgada sustancial*», según la Corte Suprema de Justicia.

En el análisis judicial al respecto se recalcan algunos aspectos importantes. Primero, que la prueba del ADN ha alcanzado un grado de confiabilidad muy alto por lo que negar su valor sería desconocer los estudios científicos al respecto. Segundo, se excluyen los exámenes somáticos y hematológicos comparados. Tercero, se resolvió que para declararla paternidad basta con una prueba de ADN al menor, que tenga una certeza igual o mayor al 99,99%. Cuarto, se asigna un valor adicional a la prueba de ADN en aquellos casos en los cuales las resoluciones dictadas sin la mencionada prueba no causarían autoridad de cosa juzgada sustancial o material. Y quinto, la Corte deja abierta la posibilidad de que otras pruebas de mayor valor científico, que se vayan descubriendo tengan el mismo valor probatorio y efecto procesal.

Sin embargo, los problemas de filiación desembocan en la no protección de los menores por el Estado, por lo tanto, la legislación debería ser reformada en varios aspectos, entre ellos: la reforma de la acción de la reclamación de la paternidad y maternidad debe introducir la imprescriptibilidad de la acción; la no-extinción de la acción por la muerte de los presuntos padres o de la madre aunque no haya comenzado el juicio de filiación; el otorgamiento de esta acción a los descendientes del hijo; la derogación de la limitación del ejercicio de esta acción contra la mujer casada, mientras no se declare judicialmente que el marido no es padre; la derogación de los causales de la demanda de reclamación de paternidad; y la derogación de la excepción de mala conducta notoria de la madre.

## EL LABORATORIO DE ADN

Los estudios de ADN están disponibles en nuestro país desde 1997. Antes de este período los casos paternos se resolvían mediante el estudio de proteínas séricas y subgrupos sanguíneos, siendo la Cruz Roja Ecuatoriana la pionera en los mismos, hace ya más de 30 años. El 90% de todos los casos del país, es resuelto en los laboratorios de la Cruz Roja Ecuatoriana, en las ciudades de Quito y Guayaquil. Es notorio el crecimiento de la demanda de estudios de paternidad desde el advenimiento del análisis del ADN, llegando a igualar el número de casos acumulados en todo ese tiempo. Además, de este laboratorio existen otros a nivel privado como el de la Universidad Católica del Ecuador, y el del Hospital Metropolitano que no realizan estudios de paternidad en el mismo volumen que nuestro laboratorio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo observacional de los casos de estudios paternos registrados en el período de 1997 al 2001, y realizados por el Laboratorio de Genética Molecular de la Cruz Roja Ecuatoriana. Analizamos 1495 casos de paternidad disputada, procedentes de todas las provincias del Ecuador. Determinamos el número de casos por año, el origen de solicitud de las muestras, las paternidades que se incluyeron como las que no lo hicieron, el número de exclusiones. También analizamos el tipo de estudio realizado, y describimos algunos de los casos forenses que hemos estudiado.

Como información adicional, citamos que el análisis del ADN cada individuo se realizó siguiendo los procedimientos establecidos en nuestro laboratorio [5]. Se extrajo sangre con Vacutainer en tubos con EDTA, de las personas que acudieron a la toma de muestras. La extracción de DNA se realizó con un método de salting out abreviado. La amplificación se realizó utilizando kits multiplex de microsatélites, que luego fueron visualizados en geles de poliacrilamida denaturalizantes con tinción con Nitrato de Plata. Todos los resultados fueron evaluados para determinar si las poblaciones están en el equilibrio de Hardy-Weinberg y los parámetros estadísticos de interés forense se analizaron en el software HWE-analysis version 3.3 (*Christoph Puers, Institute for Legal Medicine, University of Münster*), como publicamos previamente. Seguimos las recomendaciones de la DNA Commission of the International Society of Forensic Genetics para el análisis de microsatélites.

## RESULTADOS

El total de casos analizados fue de 1495, con un promedio anual de 299 casos. El promedio de pericias privadas es del 38% ( $n = 117,6$ ). El pro-

medio de pericias solicitadas por tribunales 62% (n = 180.2). Se observa un aumento relativo de las pericias privadas en los últimos 2 años; así como hay un aumento significativo de los casos solicitados por Embajadas en los últimos 2 años, así como de los casos remitidos de provincias.

El 81,47% (n= 1218) de todos los casos son estudios de tríos completos, el 13,71% (n= 205) de los casos son estudios con sólo Padre e hijo, el 1,94% (n= 29) de los casos son estudios de maternidad; el 2,67% (n= 40) son estudios de padre, madre con dos o más hijos. El 23,61% (n= 353) de los casos corresponden a exclusiones, y de ellos, el 83,58% (n =298) se excluyen con más de 2 incompatibilidades. Las inclusiones corresponden al 78,46% del total (n = 1173). Tan sólo existen dos casos confirmatorios de estudios de paternidad por subgrupos sanguíneos y 1 por proteínas séricas. Existen 5 estudios en los que se solicitó tan sólo el perfil genético de un individuo, posiblemente para remitirlos fuera del país. Los microsatélites estudiados han aumentado progresivamente así: 12 (año 97), 22 (año 98), 19 (año 99), 16 (año 2000), 16 (año 2001).

## DISCUSIÓN

La situación en el Ecuador es muy particular, en la mayoría de los casos, los estudios de paternidad sirven como requisito previo en los juicios de demanda de alimentos; en los cuales se dan hasta 3 citaciones antes de la sentencia legal y, es el demandante el que debe asumir el costo del examen, que en la casi totalidad de las veces es la madre del niño. A esto se unen otros factores que dificultan en último término la realización de las pruebas. Entre ellos podemos contar la evasión del examen por los demandados (aproximadamente un 70% de los casos), la pobreza y los asuntos de imagen social, que se presentan con frecuencia en las clases sociales altas.

En este contexto, el presunto padre suele negarse a realizar el examen, con el argumento de que dichas pruebas no se encuentran legalmente instituidas como obligatorias dentro de la actual legislación. Este es un problema fundamental, ya que los jueces emiten su dictamen basados en otras evidencias de menor valor, como el examen somático, y los testimonios de personas relacionadas que pueden ser manipulados por cualquiera de las dos partes.

Un efecto del uso del DNA es que es posible obtener un Índice de Paternidad mayor que 100 en los casos en los cuales el presunto padre no se excluye. Por otro lado, con un 0.5 (50%) de *probabilidad a priori* usada en el cálculo de la probabilidad de paternidad la mayoría de los casos alcanzan un valor mayor de 0.99 (99%). Esto es de gran importancia ya que en algunos países se resuelven los casos de paternidad disputada sin necesidad de un juicio o testimonio de un experto, tan sólo utilizando los resultados [19]. En estudios previos, con 12 microsatélites (STRs – Short

Tandem Repeats) obtuvimos un poder de discriminación acumulativo (PD) del 0.99999 y la probabilidad de exclusión acumulativa (MEC) fue del 0.99986. El poder combinado de exclusión se estimó en 99.986%, y el poder combinado de discriminación en 99.999%. Esto nos permitió confirmar el alto poder que presentan los polimorfismos de ADN en la resolución de casos de paternidades [5].

Un aspecto a resaltar, es que fruto de los resultados obtenidos se ha podido establecer una Base de Datos nacional, con información genética de nuestra población, y que en un futuro podría ser una referencia nacional para la Identificación Humana. Esto ha sido utilizado judicialmente en algunos países, llegando incluso a elaborar grandes Bases de datos con registros de sospechosos y criminales, sobre todo de delitos sexuales.

El principio de responsabilidad es un elemento clave en todos quienes están involucrados con los estudios de paternidad, y más aún en aquellos responsables de la realización de los exámenes. Todo laboratorio que trabaja en este tema debe poseer un perfil mínimo para garantizar la calidad de las pruebas en genética forense. Este perfil debe incluir la formación profesional del más alto nivel, esto es estudios de postgrado en Genética Molecular o Genética Forense, para todos aquellos dedicados al análisis del ADN. Por otro lado, son muchas las implicaciones de tipo social, económico, psicológica y legal de los involucrados en este tema. El hecho de que un individuo sea reconocido como legítimo significa un cambio trascendente en la vida de esa persona. Además, la evidencia científica no es refutable por lo que la mayoría de juicios llegan a su fin luego de la prueba, lo que agiliza el sistema judicial.

Considerando la demanda de estos estudios las pericias solicitadas por los Tribunales de menores y Juzgados de lo Civil son la primera fuente de solicitudes. Existe un aumento de las pericias a nivel privado, lo que podría deberse a que existe una mayor concientización sobre estos problemas o a que se pretende agilizar las acciones a este respecto. La mayoría de los casos son tríos completos que terminan en su mayoría en inclusiones. La gran mayoría de exclusiones presentan más de dos incompatibilidades; esto es una garantía de calidad del laboratorio. El estudio de casos entre un padre y un solo hijo, madre y un solo hijo, un padre con varios hijos, padre-madre con dos o más hijos, abuelidad, con padre fallecido y exhumado, entre otros, son casos que también se han resuelto a pesar de su complejidad.

Los casos de criminalística forense como la identificación humana en delitos sexuales, restos humanos, análisis de manchas, aunque no se presentan en gran demanda muestran un aumento significativo de este tipo de estudios en nuestro país, quizás debido a la ejecución del nuevo Código de Procedimiento Penal, que incorpora el ADN como una prueba indispensable y contundente en la práctica pericial. Habrá que ver más adelante si la aplicación de estas técnicas se generaliza en los procesos judiciales. En la tabla 5, detallamos los tipos de análisis más frecuentes.

La prueba pericial del ADN, realizada en estricto cumplimiento de las normas técnicas y científicas, debe prevalecer en todo juicio incluso en los siguientes supuestos: discordancia entre las pruebas actuadas y el ADN; la falta de prueba de los fundamentos de derecho de la demanda o falta de prueba de las afirmaciones del demandado, y ausencia de otras pruebas.

Se requiere la incorporación y la regulación expresa del análisis de ADN como medio probatorio en todos los juicios de filiación controvertida. Este estudio facilita la aplicación de la justicia ya que evita las presunciones innecesarias y la enumeración taxativa de supuestos. Contribuye además, a la descongestión de la actividad judicial en los Juzgados de la Civil y en los Tribunales de Menores, ya que evita demandas carentes de fundamento y solicitud de estudios inadecuados, en desuso e inútiles. Por otro lado, pone en igualdad a las partes procesales frente a la prueba, y hace posible una resolución rápida de los procesos.

**Tabla 1. Datos generales**

Año	1997	1998	1999	2000	2001
Número de casos por año	171	253	262	402	407
Pericias privadas	53 (31%)	68 (27%)	117 (45%)	175 (44%)	175 (43%)
A solicitud de Tribunal	118 (69%)	180 (73%)	144 (55%)	214 (56%)	245 (57%)
Solicitadas por Embajada	—	5	—	9	13
Remitidas de provincias	7	19	41	60	70

**Tabla 2. Tipos de estudios realizados**

Año	1997	1998	1999	2000	2001
Tríos completos	139	198	220	324	337
Solo padre-hijo	22	43	33	60	47
Sólo madre-hijo	3	3	3	11	9
Padre, madre, dos o más hijos	7	10	5	7	11
Un padre y dos hijos	—	1	—	—	—
Exhumaciones	1	1	—	—	2

**Tabla 3. Distribución de inclusiones y exclusiones en los resultados**

Año	1997	1998	1999	2000	2001
Total anual (n)	171	253	262	402	407
Inclusiones (casos positivos)	139 (81%)	212 (84%)	217 (83%)	306 (76%)	299(73%)
Exclusiones con 2 incompatibilidades	20	10	6	13	6
Exclusiones con Más de 2	12	44	50	90	102
Total exclusiones	32 (19%)	54 (16%)	56 (17%)	103 (24%)	108 (27%)

**Tabla 4. Casos forenses y de criminalística analizados**

	1998	1999	2000	2001
Delitos sexuales				6
Análisis de manchas	1		1	1
Identificación de restos		2		2
Otros				1

**Tabla 5. Correlación de tipo de estudio con resultado obtenido en casos criminalísticos - forenses**

Estudio solicitado	Tipo de Muestra	Resultado
Mancha de sangre en objeto contuso	Mancha de sangre	Inclusión
Restos óseos de menor secuestrado	Restos óseos	Inclusión
Paternidad con restos óseos de feto en madre gestante, homicidio de madre gestante	Restos óseos	Inclusión
Maternidad con perfil de mancha de sangre de desaparecido	Mancha de sangre	Inclusión
Manchas en arma de fuego (homicidio-suicidio)	Restos de tejidos de SNC	Inclusión
Manchas mixtas, identificación de sospechosos en violaciones, en ocasiones se analiza placas porta-objetos con muestras	Manchas mixtas (sangre-epitelio-semen)	Inclusión-exclusión *
Perfil femenino en condones	Manchas mixtas (sangre-epitelio)	Inclusión
Paternidad por estudio de restos feto-placentarios post violación	Restos óseos	Inclusión

\* El resultado varía en cada caso

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estado Ecuatoriano. Código Civil. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador, 1999.
2. MARTÍNEZ JARRETA B. Introducción al estudio de los polimorfismos del ADN en Medicina Forense. En: MARTÍNEZ JARRETA B (ed.). La prueba del ADN en Medicina Forense. Barcelona: Masson SA, 1999: 52-71.
3. GONZÁLEZ-ANDRADE F, MARTÍNEZ JARRETA B. Técnicas Instrumentales en Genética Forense. Zaragoza: Institución "Fernando el Católico", 2001.
4. CHAKRABORTY R, STIVERS D, SU B, ZHONG Y, BUDOWLE B. The utility of short tandem repeat loci beyond human identification: implications for development of new DNA typing systems. *Electrophoresis* 1999 (20): 1682-96.
5. SÁNCHEZ D, GONZÁLEZ-ANDRADE F, MARTÍNEZ JARRETA B. Population Genetic of 12 STR loci in a sample of Mestizos from Ecuador (South-America). *J Forensic Sci* 2003, 48/2: 482-483.
6. KRIEGER N. Glosario de Epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública* 2002, 11(5/6): 480-90.
7. Estado Ecuatoriano. Código de Menores. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador, 2001.
8. Corte Suprema de Justicia. Síntesis de los fallos de Triple Reiteración 1a-1b-1c. *Gaceta Judicial* 1999, 17(1): 29-40.
9. CASCANTE L. Eficacia de la prueba del ADN en los juicios por declaración judicial de paternidad. *Rev Colegio de Jurisprudencia de la USFQ* 2001, 2(4): 130-4.
10. YÉPEZ M. El ADN como medio probatorio en los juicios de filiación tesis doctoral. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2001.
11. SÁNCHEZ D. Human Identification in Ecuador. En: CERÓN C (Ed.). Written papers from the 22<sup>nd</sup> Symposium of Biology in Ecuador. Central University of Ecuador, 1998: 79-80.
12. SÁNCHEZ D. Molecular Genetics in Paternity Tests. En: PAZ Y MIÑO C, LEONE P (Eds.). Proceedings of 1<sup>st</sup> National Symposium of Human Genetics. Quito-Ecuador: PUCE, 1997: 78-9.
13. MILLER SA, DYKES DD, POLISKY HF. A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleated cells. *Nucleic Acids Res* 1988 (16): 12-5.
14. BASSAM BJ, CAETANO-ANOLLES G, GRESSHOFF PM. Fast and sensitive silver staining of DNA in polyacrylamide gels. *Anal Biochem* 1991 (196): 80-3.
15. SÁNCHEZ D, GONZÁLEZ-ANDRADE F, MARTÍNEZ JARRETA B et al. Ecuadorian quichua population data on three tetrameric STR loci and derived using a multiplex system. En: BRINKMANN B, CARRACEDO A (Eds.). *Advances in Forensic Genetics*, 9, Amsterdam: Elsevier, 2002.
16. ISFG-International Society for Forensic Haemogenetics. A review of the collaborative exercises on DNA typing of the Spanish and Portugal ISFH Working Group. *Int J Legal Med* 1997, 110(5): 273-7.

17. ISFG. DNA-Recommendations-1994: Report concerning further recommendations from the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics regarding PCR-based polymorphisms in STR systems. *Int J Legal Med* 1994, 107: 159-160.
18. ISFG. DNA-Recommendations-1992: Report concerning recommendations from the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics related to PCR-based polymorphisms. *Int J Legal Med* 1992, 105: 63-64.
19. POLESKY H. Impact of Molecular (DNA) testing on determination of parentage. *Arch Pathol Lab Med* 1999, (23): 1060-2.
20. REILLY P. Legal and public policy issues in DNA forensics. *Nature Rev Genetics* 2001: 313-21.

# **AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I\***

**GUSTAVO PENACINO\*\***  
**FABRICIO GONZÁLEZ**  
**M.<sup>a</sup> BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA**  
**(Editores)**

\* VI Jornadas de Genética Forense. GEP-ISFG. Villa Carlos Paz. Córdoba (Argentina) 4-7-Oct. de 2001.

\*\* Además de editor ha sido el coordinador de Avances en Genética Forense I.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS DE 10 LOCI STR EN UNA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, ARGENTINA

U. TOSCANINI, G. BERARDI, E. HAAS Y E. RAIMONDI\*

**Resumen:** En este trabajo analizamos la distribución de frecuencias alélicas, calculamos parámetros de interés en paternidad y forense, y realizamos tests exactos para determinar la existencia ó no de Equilibrio de Hardy-Weinberg (HW) para 10 loci STR (CSFIPO, TPOX, THO1, D12S1090, D3S1744, D18S849, FGA, D7S820, D1S533 y D9S304) en una población geográficamente localizada al pie de la cordillera de los Andes, en la Provincia de Neuquen, Sudoeste de Argentina. Observamos que la población se encuentra en equilibrio de HW para los 10 loci analizados y encontramos diferencias significativas en las distribuciones de frecuencias alélicas y genotípicas entre la población analizada y la población de Buenos Aires en el locus D7S820.

**Palabras Clave:** DNA. STR. Neuquen population. Hardy-Weinberg.

**Abstract:** Ten Short-Tandem-Repeat (STR) loci, CSFIPO, TPOX, THO1, D12S1090, D3S1744, D18S849, FGA, D7S820, D1S533 and D9S304, were analyzed in a population geographically located at the foot of the Andes Range in the province of Neuquen, southwestern Argentina. Allele frequencies and paternity and forensic parameters (Power of Exclusion, Matching Probability, and Power of Discrimination) were calculated for all ten STRs loci. Population was analyzed for Hardy-Weinberg equilibrium (HWE) and allelic and genic frequencies were compared to those observed in the Buenos Aires population. Results indicate that the population was in HWE for these ten STRs loci. Significant differences between allele and genotype frequencies were found for the D7S820 locus (genic and genotypic differentiation test) when compared with data of the Buenos Aires population. These data indicate that the allele frequency estimations can be used to reliably calculate likelihood ratios for paternity and forensic DNA casework.

**Key words:** DNA typing. STR. Neuquen population. Hardy-Weinberg.

---

\* Fundación Favaloro. Buenos Aires.

## I. INTRODUCCIÓN

La población analizada está geográficamente localizada al pie de la Cordillera de los Andes, en la provincia de Neuquén, en el Sudoeste de Argentina. El rasgo más importante de esta población es que está compuesta principalmente por una mezcla de inmigrantes del centro y norte del país con aborígenes nativos (Mapuches). El objetivo de este estudio fue demostrar si esta población está en equilibrio de Hardy-Weinberg (EHW) para estos 10 loci STR y determinar si existen diferencias significativas en las frecuencias alélicas y genotípicas entre esta población y la población de Buenos Aires

## MATERIALES Y MÉTODOS

El ADN se extrajo por método no orgánico a partir de sangre entera anticoagulada con EDTA<sup>1</sup>.

Los loci STR fueron amplificados en reacciones multiplexes: una reacción triplex para los loci CSFIPO, TPOX y THO1 (CTT<sup>2</sup>) (N=114 chromosomes), una reacción triplex para los loci D12S1090, D3S1744 y D18S849 (Multiplex-I<sup>3</sup>) (N=164 chromosomes) y una reacción tetraplex para los loci FGA, D7S820, D1S533 y D9S304 (Multiplex-II<sup>3</sup>) (N=154 chromosomes). Los productos amplificados fueron separados en geles de poliacrilamida 4% y la detección de los mismos se llevó a cabo mediante tinción con Nitrato de Plata. Los alelos fueron asignados por comparación directa con los ladders alélicos provistos en los kits de tipificación correspondientes<sup>2,3</sup>.

Se calcularon las frecuencias alélicas y parámetros de interés forense y en paternidad (Poder de Exclusión, Probabilidad de Match, Poder de Discriminación) utilizando el software PowerStat (Promega Corp.). Se realizaron test exactos (Heterozigote deficit and excess, probability tes) para análisis del EHW empleando el software GENEPOP (Raymond M. & Rousset F, Version 3.3, March 2001)

## RESULTADOS

Las frecuencias alélicas obtenidas se muestran en la Tabla 1. La comparación de estos datos con los datos disponibles de la ciudad de Buenos Aires mostraron diferencias significativas en las frecuencias alélicas y genotípicas para el locus D7S820 (Tabla 2). Los test exactos demostraron que la población está en equilibrio de Hardy-Weinberg para estos 10 loci STR. La Tabla 2 muestra los valores de p (P-val) obtenidos para los test exactos.

Los valores combinados de los parámetros de interés forenses y en paternidad para estos 10 STRs fueron: Poder de Exclusión Combinado: 99,993%. Probabilidad de Match: 8,8E-12. Poder de Discriminación: 99,9999999991%.

## CONCLUSIÓN

Concluimos que estas estimaciones de frecuencias alélicas pueden ser utilizadas para el cálculo de Índices de verosimilitud en casos forenses y en estudios de paternidad en los que se empleen estos sistemas.

Tabla 1. Frecuencias Alélicas

Alelos	D12S1090	D3S1744	D18S849	CSF1PO	TPOX	TH01	FCA	D7S820	D15S33	D9S304
3.2										
4										0,0519
5										
6						0,3246				0,0130
7						0,2193		0,0065		0,0195
8				0,0088	0,4825	0,0702		0,1039	0,0844	0,3377
9	0,0671			0,0351	0,0439	0,1316		0,0779	0,0779	0,0779
9.3						0,2544				
10	0,0244			0,2719	0,0439			0,1883	0,0260	0,0325
11	0,0427			0,2719	0,3246			0,3961	0,0779	0,0974
12	0,0305		0,0061	0,3158	0,1053			0,1818	0,1948	0,2532
13	0,0122		0,0061	0,0877				0,0390	0,2532	0,1104
14	0,0366		0,0488	0,0088				0,0065	0,2273	
15	0,0061	0,0793	0,2927						0,0390	0,0065

**Tabla 1. Frecuencias Alélicas. (Continuación)**

Alelos	D12S1090	D3S1744	D18S849	CSFIPO	TPOX	TH01	FGA	D7S820	DIS533	D9S304
16		0,1524	0,3537						0,0195	
17		0,1585	0,2134							
18	0,0305	0,3476	0,0549				0,0065			
19	0,0488	0,1220	0,0244				0,1234			
20	0,0671	0,0793					0,1169			
21	0,0854	0,0549					0,1299			
22	0,1463	0,0061					0,1104			
23	0,1098						0,0909			
24	0,0793						0,1299			
25	0,1037						0,1688			
26	0,0366						0,0909			
27	0,0366						0,0325			
28	0,0122									
29										
29.2										
30	0,0061									
31	0,0183									

**Tabla 2. EHW y comparación de los datos con población de Buenos Aires:  
P-val y S.E. obtenidos en los test exactos**

Locus	Genic Differentiation test		Genotypic Differentiation		Heterozigote deficit test		Heterozigote excess		Probability test	
	P-val	S.E.	P-val	S.E.	P-val	S.E.	P-val	S.E.	P-val	S.E.
CSF1PO	0.53363	0.01103	0.1860	0.0143	0.8063	0.0162	0.2716	0.0171	0.6720	0.0069
TPOX	0.09240	0.00544	0.1266	0.0065	0.8813	0.0063	0.2193	0.0081	0.1094	0.0067
TH01	0.32531	0.01058	0.9215	0.0056	0.0698	0.0047	0.6990	0.0079	0.3157	0.0101
D12S1090	0.10801	0.00935	0.3929	0.0333	0.5209	0.0370	0.4632	0.0355	0.0733	0.0068
D3S1744	0.38600	0.01231	0.6392	0.0164	0.3796	0.0186	0.4005	0.0149	0.4083	0.0123
D18S849	0.17058	0.01121	0.0365	0.0061	0.9658	0.0075	0.1813	0.0157	0.2012	0.0091
FGA	0.28946	0.01087	0.1204	0.0123	0.8378	0.0142	0.1740	0.0125	0.3711	0.0117
D7S820	0.00078	0.00049	0.4826	0.0220	0.4625	0.0217	0.3980	0.0190	0.0023	0.0006
D15S35	0.27483	0.01188	0.3199	0.0196	0.6531	0.0199	0.9411	0.0059	0.2383	0.0117
D9S304	0.14692	0.01013	0.3843	0.0235	0.5676	0.0235	0.5800	0.0245	0.1993	0.0088

### BIBLIOGRAFÍA

1. GRIMBERG J, NAWOSCHIK S, BELLUSCIO L, MCKEE R, TURCK A, and EISENBERG A. A simple and efficient nonorganic procedure for the isolation of genomic DNA from blood. *Nucleic Acids Res* 1989, 17: 8390.
2. GenePrint STR Systems (Silver Stain Detection) Technical Manual-Promega Corp.
3. QUICK-TYPE MULTIPLEX-I, MULTIPLEX-II USER'S MANUAL - Lifecodes Corp.

## POLIMORFISMOS DE SECUENCIA DE ADNmt EN LA POBLACIÓN ARGENTINA

\*

### MITOCHONDRIAL DNA SEQUENCE POLYMORPHISMS IN ARGENTINE POPULATION

A.M. DI LONARDO, F.L.GAGLIARDI, M.G. FRAGA y S. E. FILIPPINI

**Resumen:** La secuencia del ADN mitocondrial se ha convertido en la herramienta preferida para la investigación de índices en Medicina Forense. Puede ser presentada como una lista de diferencias de la «Secuencia de Anderson» o «de la Secuencia de Referencia de Cambridge» (CRS). Estudiamos la región D-Loop (HV1) para analizar los polimorfismos de secuencia presentes en nuestra población.

**Palabras Clave:** Mitochondrial – DNA –. Polimorfismo.

**Abstract:** Mitochondrial DNA Sequencing has become a tool of choice for forensic casework. It can be reported as a list of differences from the «Anderson Sequence» or the «Cambridge Reference Sequence» (CRS). We studied the D-Loop hypervariable region I in order to analyze the DNA sequence polymorphism present in our population.

**Key words:** Mitochondrial – DNA –. Polimorphism.

---

\* Banco Nacional de Datos Genéticos, Buenos Aires.

## INTRODUCTION

Sequencing of Mitochondrial DNA, D-Loop Region HVI Segment, has been incorporated since 1993 in our laboratory in order to study maternal lineage.

At the moment, we have studied 752 individuals to investigate maternal relationship. Most of the sequences have been obtained from blood samples, and others from bone, hairs, and soft tissue samples. For this reason Mitochondrial DNA sequencing has become a tool of choice for forensic casework. It can be reported as a list of differences from the "Anderson Sequence " or the "Cambridge Reference Sequence " (CRS); most of them are base transitions; and in second term transversions. The presence of two bases at approximately equal intensities defined as "heteroplasmy", has also been observed. We studied the D-Loop hypervariable region I in order to analyze the DNA sequence polymorphism present in our population.

## MATERIALS AND METHODS

We studied 402 unrelated Argentine individuals, most of them from Buenos Aires city. DNA from blood samples was extracted by Miller's method and total DNA from bone, hairs and soft tissue samples by the chloroform/ phenol/ isoamyl alcohol extraction method.

## PCR AMPLIFICATION

Mitochondrial DNA D-Loop Region of approximately 1300 bp was amplified from blood samples using the following primers: L-15926 and H-00580. For forensic samples, we amplified three fragments (259, 157 and 193 bp) using the following primers: L-15997 / H-16255 ; L-16099 / H-16255 and L-16209 / H-16401 respectively. The symmetric PCR reaction was performed in a 9600 Perkin Elmer thermal cycler. PCR product was run in agarose gel, dyed with ethidium bromide, visualized with UV light and photographed.

## MITOCHONDRIAL DNA SEQUENCING

PCR product was purified using Microspin S-300 HR Columns (Amersham / Pharmacia ). Sequencing reaction was performed with "Big Dye

Terminator Cycle Sequencing kit" ( PE Biosystems ), being: L-15997 / H-16401 the "sequencing primers" for D-Loop Region HVI Segment in the case of blood samples; and L-15997 / H-16255 ; L-16099 / H-16255 ; L-16209 / H-16401 the ones for forensic samples. Templates were purified using Centrisep Spin Columns (Princeton Separations) and subsequently analyzed in an ABI Prism 310 Genetic Analyzer.

## RESULTS

The 390 bp (16.023 - 16.412). Mitochondrial DNA sequences studied showed the following features:

— We observed a total of 146 polymorphic sites in HVI segment. (Table 2).

— We detected the presence of heteroplasmy in two sequences, positions 16066 G/A and 16165 C/T.

— The most frequent nucleotide substitutions were 16.223 CÆT, 16325 TÆC, 16362 TÆC, and 16311 TÆC (Table 3)

— We obtained 278 different genotypes; 44 of them were showed by two or more individuals (16%). The most frequent genotype was found in 23 individuals (6%) and it was : 16223 CÆT, 16298 TÆC, 16325 CÆT, 16327 CÆT. The second genotype in frequency was shared by 16 individuals (4%), and it was the Reference Sequence.

— We detected mutation 16189 TÆC in 82 individuals corresponding to 68 genotypes (24%) with polycytosines tract (16184 to 16193). Mitochondrial sequence data show 146 polymorphic sites (Table 2), respect to Cambridge Reference Sequence (CRS) and 278 different genotypes ,for the HVI region studied. We calculated Genetic Identity:  $P = \sum x^2$  ( $x$ =mitochondrial DNA sequence frequency) with a value of  $P=0.0098$  for HVI. We determinate also Genetic Diversity  $h = (1 - \sum x^2) \cdot n / n - 1$  ( $n$ =sample size) with a value of  $h = 0,993$ .The Identity Probability is 0.98 %.

## CONCLUSIONS

This results confirm Mitochondrial DNA sequencing as a useful tool for maternal lineage determination and the importance of this valuable information for forensic casework in human remains identification.

## REFERENCES

1. ANDERSON S. et al. Sequence and organization of the human genome. *Nature* 1981, 290: 457-465
2. MULLIS KB et al. *Cold Spring Harbor Symp Ruant Biol* 1986, 51: 263-273.
3. MULLIS KB et al. *Methods Enzymol* 1987, 155: 335-350.
4. CANN RL et al. Mitochondrial DNA and human evolution. *Nature* 1987, 325 : 31-36.
5. HIGUCHI R et al. *Nature* 1988, 332: 543-546.
6. MANIATIS T et al. *Molecular cloning: a laboratory manual*. New York, 1982.
7. MILLER SA et al. A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleotid cells. *Nucleic Acids Res* 1988, 16: 1215.
8. ORREGO C. y KING MC. *PCR Protocols: A guide to Methods and Applications*. Ed: INNIS, MA; GELFAND, DH; SNINSKY JJ y WHITE TJ. (Eds) *Determination of familiar relationships*. 1990:416-426.
9. SANGER F et al. DNA sequencing with chain - terminating inhibitors. *Proc Nat Acad Sci USA* 1977, 74: 5463-5467.
10. WALSH PS et al. Chelex 100 as a Medium for Simple Extraction of DNA for PCR Based Typing from forensic material. *BioTechniques* 1991, 10: 506-512.

## EJERCICIO DE CONTROL DE CALIDAD LATINO-AMERICANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GENÉTICA FORENSE

PENACINO G, ARÉVALO ZELADA J, ATMETLLA SALAZAR I, BERARDI G, BERNATH V, BORJAS-FAJARDO L, BOROSKY A, BRAVO-AGUIAR M, BUILES-GÓMEZ J, CARVALHO DALTON G, CASANOVA A, CATANESI C, CHIURILLO M, CORACH D, DE PAULA K, DE ZAN M, DI LONARDO A, DOMÍNGUEZ V, FERNÁNDEZ E, HENAO BONILLA J, HERRERA M, HIRSCHFELD G, LARRIBA J, LEÓN SALAZAR G, LOJO M, LÓPEZ A, MAIA F, MALDONADO M, MAXZUD C, MODESTI N, MONTOYA PIEDRA Y, MORENO-OCHOA M, MORENO S, NAVARRO A, NOLASCO CÁRDENAS O, PAGANO S, PAK H, PÉREZ A, PINEDA C, PINEDA L, PRIGOSHIN N, RAIMONDI E, RAMÍREZ J, REDAL M, ROSSO E, RUIZ C, SALA A, SILVA DE LA FUENTE S, TALLEDO ALBÚJAR M, TOSCANINI U, VIDAL RIOJA L, VULLO C, WHITTLE M, YUNIS E, YUNIS J, ZABALA W, ZUKAS P\*

**Resumen:** El presente ejercicio, correspondiente al año 2000, fue el segundo organizado en la región (el primero de ellos en 1998), y contó con la participación de Laboratorios de Argentina (16), Colombia (6), Brasil (3), Costa Rica (2), Uruguay (2), Venezuela (2), Ecuador (1) y Perú (1). Se enviaron a cada uno cuatro muestras sanguíneas sobre papel de filtro, correspondientes a un estudio de paternidad con dos padres alegados, y un cálculo teórico. El 60% de los participantes informó correctamente la totalidad de los marcadores, contra el 48% del ejercicio 1998, evidenciando una mejoría en la calidad de los resultados de los laboratorios de la región.

**Palabras clave:** Control de calidad. ADN. Forense. Paternidad.

**Abstract:** The present exercise, corresponding to year 2000, was the second organized in the region (first of them in 1998), and counted on

---

\* Participantes en el Control de Calidad del año 2000 de la Sociedad Argentina de Genética Forense.

the participation of Laboratories of Argentina (16), Colombia (6), Brazil (3), Costa Rica (2), Uruguay (2), Venezuela (2), Ecuador (1) and Peru (1). Four blood samples onto filter paper were sent to each lab, corresponding to a study of paternity with two alleged fathers, and a theoretical calculation. 60% of the participants correctly informed all the markers. against 48% of exercise 1998, demonstrating an improvement in the quality of the results of the latin-american laboratories.

**Key words:** Quality control. DNA. Forensic. Paternity testing.

## INTRODUCCIÓN

Después de 15 años la identificación humana, el análisis de ADN ha alcanzado un alto nivel de perfección. Las técnicas de extracción y conservación de ADN se han simplificado y automatizado haciendo posible un análisis rápido y con máxima reducción de posibilidades de error. No obstante, dado el enorme efecto social y judicial de estos análisis, se debe ofrecer como derecho genuino la posibilidad de contraprueba a los participantes de un estudio cuyos resultados no son aceptados por alguna de las partes involucradas. Para que tal situación pueda ser efectivamente brindada, más de un laboratorio deberá estar disponible e idealmente **todos** los laboratorios deberán estar debidamente capacitados para ofrecer la calidad necesaria. Esta situación puede ser alcanzada mediante ejercicios colaborativos de control de calidad, que permiten reunir a los laboratorios dedicados a la identificación humana para cotejar la eficiencia operativa, consensuar marcadores polimórficos y optimizar la metodología analítica tanto experimental como estadística.

En el presente trabajo se resumen los resultados obtenidos en el 1er. Ejercicio Colaborativo de Control de Calidad organizado por la Sociedad Argentina de Genética Forense (SAGF) y Segundo Ejercicio Latinoamericano, coordinado por el Servicio de Huellas Digitales Genéticas de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, al igual que el primero de ellos efectuado en el año 1998 (Corach et al, 1999).

## LABORATORIOS PARTICIPANTES

El presente ejercicio contó con la participación de 33 laboratorios de ocho países de la región: Argentina (16), Colombia (6), Brasil (3), Costa Rica (2), Uruguay (2), Venezuela (2), Ecuador (1) y Perú (1).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se asignó un número a cada participante para asegurar el anonimato, y se le remitieron cuatro muestras sanguíneas de 200 cm<sup>3</sup> c/u sobre papel de filtro Whatman 3 MM, correspondientes a un estudio de paternidad

con dos padres alegados. A los laboratorios que lo solicitaron para analizar minisatélites, se les envió doble cantidad de cada muestra.

Además, el ejercicio constaba de un "caso teórico de paternidad", con los resultados obtenidos para 14 microsatélites y una tabla de frecuencias poblacionales, requiriéndose el cálculo de X, Y, X/Y, W total e IP. Se incluyeron diferentes situaciones que podrían presentar algún grado de complejidad, como la presencia de un alelo compartido raro, no representado en la tabla de frecuencias.

A los fines prácticos, se adoptó el criterio de considerar "correctos" los resultados coincidentes entre tres o más laboratorios.

## RESULTADOS

### SISTEMAS ANALIZADOS

Microsatélites: 92%.

Minisatélites: 8%.

Variantes de secuencia: 0%.

Los microsatélites más utilizados (45-70% de los laboratorios) son los incluidos en los kits comerciales CTT, FFV y STR III, que también se encuentran en los sistemas automatizados. El 21% emplea marcadores de cromosoma Y.

### RESULTADOS INFORMADOS

El 62% de los resultados permitió establecer consenso, correspondiendo todos ellos a microsatélites. Los minisatélites presentaron en todos los casos menos de tres laboratorios con resultado coincidente.

Microsatélites autosómicos: 94% de resultados correctos. Los sistemas con más errores fueron el FES (20%) y el D16S539 (14%), que pueden presentar dificultades de interpretación en los geles argénticos: dobles bandas en el caso del FES y escasa separación de alelos en el D16S539.

Microsatélites de cromosoma Y: 77% de resultados correctos. La menor eficiencia en el análisis de estos marcadores puede atribuirse a diferencias de nomenclatura, a la escasa experiencia en ellos por parte de algunos laboratorios participantes, y a la inexistencia de kits comerciales.

El 60% de los laboratorios informó correctamente todos los marcadores. En ningún caso se asignó la paternidad o la exclusión erróneamente.

### INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El 45% de los laboratorios efectúa el cálculo de IP. Para expresar la coincidencia entre el hijo y el padre alegado, concluyen:

- «...no puede ser excluído...»: 18%.
- «...incluye...»: 6%.
- «...es compatible...»: 6%.
- «...coincide...»: 3%.

Los restantes laboratorios no informaron conclusiones.

#### CÁLCULO TEÓRICO

El 85% de los laboratorios sigue las recomendaciones de la ISFG. Efectúan diferentes asignaciones de X e Y, pero el resultado X/Y es el mismo.

Para el alelo compartido raro, ausente de la base de datos, el criterio es ampliamente heterogéneo:

- Le asignan diferentes valores arbitrarios: 58%.
- Le atribuyen la frecuencia más baja de la tabla para ese marcador: 21%.
- Agregan ese alelo a la tabla y recalculan las frecuencias: 11%.
- No consideran ese marcador en el cálculo: 5%.
- Efectúan el cálculo  $5/2N$ : 5%.

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un claro desplazamiento hacia los microsatélites (67% en el ejercicio 1998; 92% en el actual), en detrimento de los minisatélites y de las variantes de secuencia (DQalfa y PM).

Entre los microsatélites, el mayor incremento se produjo en los marcadores de cromosoma Y, que pasaron de 11% a 21% de los laboratorios.

Además, se observa un aumento de la homogeneidad en la selección de los sistemas: el 62% de los resultados permitió obtener consenso, contra sólo el 47% en el ejercicio anterior.

El desplazamiento mencionado y la homogeneidad pueden atribuirse a la mayor disponibilidad comercial de microsatélites validados para uso forense, tanto para sistemas manuales como automatizados, que ha llevado a los laboratorios al paulatino abandono de las técnicas de *Southern blot* para minisatélites y de *oligotyping* para variantes de secuencia.

Se hace evidente un incremento en la calidad de los resultados emitidos por los laboratorios de la región, ya que el 60% de ellos informa correctamente todos los marcadores (48% en 1998). Los controles de calidad del GEP-ISFG y los ejercicios latinoamericanos probablemente han contribuido notablemente a ello.

*Penacino G, Arévalo Zelado J, Atmella Salazar I, Berardi G, Bernath V, Borjas-Fajardo L,...*

La situación ha mejorado también en el aspecto estadístico, con 85% de los laboratorios que siguen las recomendaciones de la ISFG.

Como cuestión pendiente, debería adoptarse un criterio uniforme para la expresión de las "conclusiones" del informe, y para la asignación de frecuencias de alelos raros, no incluidos en las bases de datos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. CORACH D, PENACINO G, SALA A. Report of the First Latin American Collaborative Quality Control Exercise on Forensic DNA Typing. En: G.F. SENSABAUGH GF, LINCOLN PJ, OLAINSEN B. (Eds.) Progress in Forensic Genetics 8. Berkeley (USA): Springer-Verlag, 2000: 625-627.

## ANÁLISIS DE 9 MARCADORES DE ADN TIPO STR EN LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN CENTRAL DE VENEZUELA

ÁLVAREZ M.<sup>1</sup>, A. CHIARELLO<sup>1</sup>, A. ARENDS<sup>2</sup>, R. FERREIRA<sup>3</sup>,  
E. ESPINAL<sup>1</sup>, M. MARRERO<sup>1</sup>

**Resumen:** Se reportan las frecuencias alélicas y los valores de los principales parámetros de interés forense obtenidos al analizar los marcadores CSF1PO, THO1, TPOX, F13AO1, FESFPS, VWA, D16S539, D7S820 y D13S317 en más de 100 individuos no relacionados de la región central de Venezuela. Todos estos marcadores están en equilibrio de Hardy-Weinberg, Los resultados obtenidos avalan el empleo de estos marcadores en nuestra población y constituyen la primera base de datos para estudios forenses en la región central de Venezuela.

**Palabras Clave:** STR. Frecuencias alélicas. Estudios forenses.

**Abstract:** Allelic frequencies and the most important forensic parameters corresponding to DNA markers CSF1PO, THO1, TPOX, F13AO1, FESFPS, VWA, D16S539, D7S820 y D13S317 were analyzed in more than 100 non related individuals living in the central region of Venezuela. All these markers obey Hardy-Weinberg law. The usefulness of these markers for forensic purposes has been demonstrated and it is now available the first data base belonging to the central region of Venezuela.

**Key words:** STR. Allelic frequencies. Forensic studies.

---

<sup>1</sup> Laboratorio Genomik, Maracay, Venezuela.

<sup>2</sup> Hospital Universitario, Caracas, Venezuela.

<sup>3</sup> Laboratorio de Genética Molecular, Hospital C.Q. Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

## I. INTRODUCCIÓN

El empleo de marcadores de ADN tipo microsatélites, conocidos también como marcadores STR, presenta múltiples ventajas que han hecho de ellos en la actualidad una importante herramienta en los estudios de identificación médico-forense y de relación filial.

Venezuela se ha incorporado al grupo de países de nuestro continente que realizan esfuerzos por introducir estos marcadores con fines forenses y de relación filial para establecer bases de datos propias que aumenten la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Sumándonos a este esfuerzo, reportamos en este trabajo los resultados obtenidos por nuestro Laboratorio en el análisis de 9 de estos marcadores en más de 100 individuos no relacionados de la región central de Venezuela y los valores de los principales parámetros de interés forense que presentan en la población estudiada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los individuos fueron seleccionados en los estudios de relación filial realizados en nuestro laboratorio, previa verificación de no existencia de vínculo familiar con los restantes individuos. La extracción y purificación del ADN a partir de muestras de sangre, tanto frescas colectadas en tubos conteniendo EDTA como inmovilizadas en papel, se realizó utilizando el kit *Ready Amp Genomic DNA Purification System* de la firma PROMEGA.

La amplificación de los loci conteniendo los sistemas polimórficos se realizó en un equipo MJ Research modelo MINICYCLER utilizando los siguientes sistemas multiplex de la firma PROMEGA: *Gene Print CTT Triplex* (loci CSF1PO, TH01 Y TPOX), *Gene Print FFv Triplex* (loci FESFPS, F13A01 y vWA) y *Gene Print Silver STRIII Triplex* (loci D16S539, D7S820 y D13S317).

El genotipaje se realizó mediante separación de los fragmentos en geles de poliacrilamida desnaturalizantes y visualización mediante tinción con plata con el kit *DNA Silver Staining System* de la firma PROMEGA. Los alelos fueron caracterizados mediante comparación visual de su localiza-

ción en el gel respecto a los "ladders" alélicos presentes en sus respectivos kits comerciales.

Las frecuencias alélicas fueron determinadas por conteo de alelos y los diferentes parámetros estadísticos fueron analizados según Jones, D.A. (1972); Brenner, C. and J. Morris (1990). El equilibrio de Hardy-Weinberg se probaron 10.000 permutaciones y fue evaluado mediante el Test Exacto de Guo y Thompson (1992). utilizando el programa Arlequin (Schneider et al 2000).

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se ofrecen los alelos detectados para cada uno de los marcadores analizados y sus respectivas frecuencias en nuestra población. Todos los alelos detectados han sido descritos anteriormente en otras poblaciones (Lins, A. M. et al 1998). Es relevante la detección en un individuo de nuestra población del alelo 17 del marcador F13A01, el cual ha sido descrito por primera vez recientemente (Abigail Farfán de Promega, comunicación personal).

En la Tabla 2 se ofrecen los valores de los principales parámetros de interés forense calculados para estos 9 marcadores en nuestra población. Los resultados no divergen sustancialmente de los reportados para las poblaciones caucasoide, negroide e hispánica residentes en Estados Unidos de Norteamérica (Lins, A.M. et al). Estos marcadores se encuentran en equilibrio de Hardy-Weinberg y en conjunto presentan en la población estudiada un Poder de Exclusión *a priori* acumulado de 0.9997 y un Poder de Discriminación acumulado de 0.999999.

Toda la información acumulada por el laboratorio se encuentra disponible para los interesados, previa solicitud vía e-mail.

Nuestro laboratorio continua trabajando en la creación de bases de datos de otros marcadores de DNA con vistas a incrementar el número de marcadores disponibles para los estudios forenses.

**Tabla 1: Frecuencias alélicas de los 9 marcadores en la muestra analizada.**

Marcador	CSFIPO	THO1	TPOX	FESFPS	F13A01	VWA	D16S539	D7S820	D13S317	
No. Alelos	220	220	220	220	220	206	220	220	216	
Alelos	3.2				0.1773					
	4				0.0773					
	5				0.1773					
	6		0.2682	0.0136		0.2455		0.0045		
	7	0.0045	0.2636		0.0045	0.2909		0.0182	0.0046	
	8	0.0182	0.1364	0.4500	0.0364		0.0227	0.1228	0.0926	
	9	0.0364	0.1136	0.0955	0.0091		0.1727	0.1228	0.1296	
	9.3		0.1727							
	10	0.2727	0.0455	0.0409	0.2455		0.1000	0.2636	0.0509	
	11	0.2818		0.2909	0.3591		0.3000	0.2182	0.2639	
	12	0.3091		0.1091	0.2636	0.0045	0.2318	0.1954	0.2685	
	13	0.0591			0.0818	0.0091	0.0048	0.1409	0.0545	0.1251
	14	0.0182					0.0777	0.0227		0.0509
	15					0.0045	0.1408	0.0091		0.0139
	16					0.0091	0.2282			
	17					0.0045	0.2767			
	18						0.1845			
	19						0.0582			
	20						0.0291			
	21									

**Tabla 2: Principales parámetros de interés forense correspondientes a los marcadores analizados.**

Parámetro	CSFIPO	TH01	TPOX	FESFPS	F13A01	VWA	D16S539	D7S820	D15S317
No. individuos	110	110	110	110	110	103	110	110	108
Homocigotos (%)	21.1	15.6	33.9	30.3	21.1	19.6	23.1	16.5	13.1
Heterocigotos (%)	78.9	84.4	66.1	69.7	78.9	80.4	76.9	83.5	86.9
Poder de									
Discriminación	0.873	0.911	0.854	0.878	0.915	0.924	0.925	0.933	0.934
PIC	0.7	0.76	0.64	0.69	0.75	0.78	0.76	0.79	0.78
Poder de Exclusión	0.579	0.683	0.37	0.424	0.579	0.606	0.542	0.665	0.733

### BIBLIOGRAFÍA

1. BRENNER, C y MORRIS, J. Paternity index calculations in single locus hypervariable DNA probes: validation and other studies. En: Proceedings for the International Symposium on Human Identification. Madison: Promega Corporation, 1989: 21-53.
2. GUO SW y THOMPSON EA. Performing the exact test of Hardy-Weinberg proportion for multiple alleles. Biometrics 1992, 48:361-372.
3. JONES, DA Blood samples: Probability of discrimination. J Forensic Sci Soc 1972, 12:355-359.
4. LINS AM, MICKA, KA, et al. Development and population study of an eight locus short tandem repeat (STR) multiplex system. J Forensic Sci 1998, 43:6.
5. SCHNEIDER S, D ROESOL I Excoffer L. Arlequin ver. 2000: A software for Population genetics data analysis. Genetics and Biometry Laboratory, University of Geneva, Switzerland, 2000.

## ANÁLISIS DE LOS ÍNDICES DE PATERNIDAD DE 164 TRÍOS TITULAR-MADRE-PADRE ALEGADO ESTUDIADOS POR MEDIO DE 10 LOCI STRS Ó 4 LOCI RFLPS

E. RAIMONDI, U. TOSCANINI Y E. HAAS\*

**Resumen:** El objetivo de este trabajo fue demostrar que un conjunto de 10 STRs cuidadosamente seleccionados puede producir resultados tan confiables en los análisis de paternidad como lo es la tipificación por medio de RFLPs. Analizamos los Índices de Paternidad (IP) y los Índices de Paternidad Residual (IPR) obtenidos en 89 casos analizados por medio de 10 loci STR, y en 75 casos analizados por medio de 4 loci RFLP. Los 10 loci STRs analizados produjeron resultados concluyentes en todos los tríos típicos estudiados. En los casos en los que la madre no puede ser estudiada deberían analizarse más de 10 STRs para llegar a resultados similares.

**Palabras Clave:** STR. RFLP. Índice de Paternidad.

**Abstract:** In the past few years short-tandem-repeat (STR) typing has become the method of choice for many, if not most, laboratories to perform paternity testing. The aim of this study was to show that a set of carefully chosen and well-known STR loci may provide as reliable results as RFLP typing does. We analyzed the Paternity Index (PI) and Residual Paternity Index (RPI) obtained in 67 nonexclusion cases and 22 exclusion cases typed by ten STR loci, and in 61 nonexclusions and 14 exclusions typed by four RFLP loci. PI was calculated for the trios and also for child and alleged father in motherless cases using local-frequency tables and it was assigned one out of six categories. The ten-STR-locus analysis for paternity testing led to conclusive results for all trio cases. In paternity tests lacking a mother, more than ten STRs should be analyzed to get similar results.

**Key words:** STR. RFLP. Paternity Index. DNA typing.

---

\* Fundación Favaloro. Buenos Aires.

## 1- INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la tipificación por medio de Short Tandem Repeats (STRs) se ha convertido en el método de elección de muchos laboratorios para realizar estudios de Paternidad. En nuestro laboratorio comenzamos a utilizar STRs en el año 1996 (6 loci). Hasta ese momento los estudios de paternidad eran realizados mediante el análisis de polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción (RFLPs) de ADN minisatélite empleando sondas unilocus y mediante tipificación HLA. En los últimos cuatro años, hubo una transición gradual, aunque no completa, desde el empleo de RFLPs hacia la tipificación de STRs. Actualmente, la mayoría de los casos estudiados en nuestro laboratorio son analizados mediante STRs, y empleamos análisis de RFLPs y tipificación HLA principalmente en casos incompletos en los cuales nuestra batería de 18 STRs autosómicos no es suficiente para llegar a un resultado concluyente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Analizamos los Índices de Paternidad (IP) y los Índices de Paternidad Residual (IPR) obtenidos en 67 casos de no exclusión y en 22 casos de exclusión respectivamente estudiados mediante 10 loci STR (CSFIPO, TPOX, THO1, D12S1090, D3S1744, D18S849, FGA, D7S820, D1S533, D9S304) y en 61 casos de no exclusión y 14 casos de exclusión analizados mediante 4 loci RFLPs (D12S11, D17S79, D4S163, D7S467). Los casos fueron todos tríos de paternidad verdaderos del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires. Los casos estudiados por medio de STRs en los cuales sólo un locus mostró diferencia entre el titular y el padre alegado (probablemente mutaciones) fueron excluidos de este estudio (10 casos).

El ADN se extrajo por método no orgánico a partir de sangre entera anticoagulada con EDTA[1].

Los loci STR fueron amplificados en reacciones multiplexes: una reacción triplex para los loci CSFIPO, TPOX y THO1 (CIT [2]), una reacción triplex para los loci D12S1090, D3S1744 y D18S849 (Multiplex-I [3]) y una reacción tetraplex para los loci FGA, D7S820, D1S533 y D9S304 (Multiplex-II [3]). Los productos amplificados fueron separados en geles de poliacrilamida 4% y la detección de los mismos se llevó a cabo mediante

tinción con Nitrato de Plata. Los alelos fueron asignados por comparación directa con los ladders alélicos provistos en los kits de tipificación correspondientes [2,3]. Para los análisis de RFLPs, el ADN fue digerido con la enzima de restricción Pst I, corrido en geles de agarosa 0.9% y transferido a membranas de nylon neutras. Las membranas fueron hibridizadas con probes marcadas con Fosfatasa Alcalina y se utilizó LumiPhos 480 como sustrato quimioluminiscente. Las imágenes autorradiográficas fueron analizadas utilizando una tabla digitalizadora y el software LIFEPRINT<sup>™</sup> Sizing Software (Lifecodes Corp).

Los IPs fueron calculados para los tríos (Madre-Titular-Padre alegado) y para los dúos (Titular y Padre alegado) usando un programa basado en MS Excel para los casos analizados mediante STRs, y mediante el software LIFEPRINT<sup>™</sup> Analysis Software (Lifecodes Corp) para los casos analizados por medio de RFLPs.

Los IPs también fueron calculados para los casos analizados por STRs considerando 6 loci (CTT y Multiplex-I) y 7 loci (CTT y Multiplex-II). Los IPRs fueron calculados para todos los casos de exclusión. Los IPs fueron asignados a una de seis categorías (Tabla 1).

## RESULTADOS

Los resultados se detallan en las Tablas 1 y 2. Los valores más altos de IP obtenidos fueron 53 655 218 y 578 015 para los tríos analizados por medio de 10 loci STR y 4 loci RFLP respectivamente. El valor más alto de IP obtenido para dúos analizados mediante 10 loci STR fue 341 876 y para los dúos analizados por RFLP el IP más alto fue 36 125.

Los casos de exclusión mostraron IPRs menores a 1 000 tanto en los tríos como en los dúos analizados por medio de 10 loci STR o por medio de 4 loci RFLP excepto para uno de los tríos analizados por RFLPs que dio un IPR de 3 676. El número de loci que excluyeron al padre alegado fue de 3 a 8 para los casos analizados por medio de 10 STRs y de 1 a 4 para los casos analizados por medio de 4 RFLPs (los casos con una sola exclusión fueron confirmados analizando más probes)

## CONCLUSIÓN

El análisis de estos 10 loci STR en estudios de paternidad puede llevar a resultados concluyente para los tríos Madre-Titular-Padre Alegado, rindiendo usualmente IPs mayores que aquéllos esperados analizando 4 loci RFLPs y una alta probabilidad de excluir a Padres Biológicos falsos. En los casos en los que la madre no puede ser tipificada se deben analizar más de 10 STRs para llegar a resultados similares.

**Tabla 1: Número de Tríos y Dúos en cada categoría de IP para 10 loci STR y 4 loci RFLP.**

Categoría de IP	Tríos		Dúos	
	10 loci STR	4 loci RFLP	10 loci STR	4 loci RFLP
<1 000	0 (0%)	1 (1.7%)	15 (22.4%)	34 (58.6%)
1 000 -10 000	1 (1.5%)	26 (44.8%)	31 (46.3%)	22 (37.9%)
10 000 - 100 000	21 (31.3%)	26 (44.8%)	17 (25.4%)	2 (3.4%)
100 000 - 1 millón	29 (43.3%)	5 (8.6%)	4 (6%)	0 (0%)
1 millón - 10 millones	12 (17.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
>10 millones	4 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

**Tabla 2: Número de Tríos en cada categoría de IP usando 6 o 7 loci STR**

Categoría de IP	IP calculado con 6 loci STRs	IP calculado con 7 loci STRs
<1 000	36 (53.7%)	17 (25.4%)
1 000 - 10 000	21 (31.3%)	30 (44.8%)
10 000 - 100 000	10 (14.9%)	18 (26.9%)
100 000 - 1 millón	0 (0%)	2 (3.0%)
1 millón - 10 millones	0 (0%)	0 (0%)
>10 millones	0 (0%)	0 (0%)

### BIBLIOGRAFÍA

1. GRIMBERG J, NAWOSCHIK S, BELLUSCIO L, MCKEE R, TURCK A, EISENBERG A. A simple and efficient nonorganic procedure for the isolation of genomic DNA from blood. *Nucleic Acids Res* 1989, 17:8390.
2. GENEPRINT™ STR SYSTEMS (SILVER STAIN DETECTION) TECHNICAL MANUAL. – Promega Corp.
3. QUICK-TYPE MULTIPLEX-I, MULTIPLEX-II USER'S MANUAL. – LIFECODES CORP.

## STRs DE CROMOSOMA Y EN POBLACIONES DE ORIGEN BANTÚ DE MOZAMBIQUE: CONTRIBUCIÓN MASCULINA AL POOL GENÉTICO AFRICANO E IMPLICACIONES FORENSES

P. SÁNCHEZ-DIZ, T. DE LA FÉ, B. QUINTÁNS, A. SALAS, M. LAREU, A. CARRACEDO\*

**Resumen:** Se han caracterizado 7 microsatélites específicos de cromosoma Y en 308 individuos de 16 poblaciones africanas de Mozambique. Se ha realizado un análisis de la estructura de la población y se han estimado distancias genéticas y varios índices de diversidad, que han sido comparados con los de otras poblaciones. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que estos grupos poblacionales comparten características comunes con otras poblaciones africanas de lengua Bantú y claras diferencias con poblaciones no africanas. Se presentan también las implicaciones forenses de estos resultados.

**Palabras Clave:** Cromosoma Y. STRs. Diversidad haplotípica. Africa. Mozambique.

**Abstract:** A set of 7 common Y-specific chromosome microsatellites have been used in the present report to type 308 individuals of 16 African populations groups from Mozambique. The population structure was analysed and genetic distances and several diversity indexes were computed and compared with other populations around the world. The results obtained in the present study shows that these populations share common characteristics with other available Bantu speaking African population groups and clear differences with non-African ones. Forensic implications of these results are discussed.

**Key words:** Y-chromosome. STRs. Haplotype diversity. Africa. Mozambique.

---

\* Instituto de Medicina legal. Universidad de Santiago de Compostela.

## I. INTRODUCCIÓN

Los microsatélites de cromosoma Y son sistemas potencialmente útiles para el análisis del ADN en genética forense, para aspectos evolutivos y estudios genealógicos. Estos marcadores son altamente polimórficos y pueden ser fácilmente estudiados mediante análisis por PCR y detección automática. En el siguiente estudio se han caracterizado 7 microsatélites específicos de cromosoma Y en 308 individuos de 16 poblaciones africanas de Mozambique. Los STRs de Y analizados son DYS19, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 y DYS393. Se ha realizado un análisis de la estructura de la población. Además, se han estimado distancias genéticas y varios índices de diversidad, que han sido comparados con los de otras poblaciones de diversos orígenes. La combinación del análisis de estos STRs con otros polimorfismos de cromosoma Y de tasa de mutación más lenta (marcadores bialélicos), secuencias de ADN mitocondrial y datos autosómicos para las mismas poblaciones, nos permitirá el estudio de la evolución humana en estos linajes paternos a distintas escalas de tiempo. El objetivo de este trabajo es estudiar la genética de poblaciones de lengua Bantú en África, comparando los patrones de STRs de cromosoma Y de éstas con los de otras poblaciones del resto del mundo. Estos datos poblacionales son de gran interés en genética forense.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha analizado una muestra de 308 hombres no emparentados de 16 poblaciones africanas de Mozambique (sudeste de África): Rongas, Changanes, Tswas, Chopes, Bitongas, Shonas, Ndaus, Nyanjas, Makuas, Lomwe, Chuabos, Yao, Macondes, Nhungwes, Senas y Nguni. El ADN fue extraído a partir de manchas de sangre como se describe en Valverde et al. La cuantificación del ADN fue realizada mediante detección fluorescente usando un DyNAQuant 200 Hoefer (Amersham Pharmacia Biotech, Uppsala, Sweden). Para el análisis de datos fueron incluidas muestras adicionales de grupos poblacionales de otras partes del mundo. Seis polimorfismos tetranucleotídicos (DYS19, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391 y DYS393) y uno trinucleotídico (DYS392) fueron tipados en todos los cromosomas. La amplificación fue realizada en dos reacciones multiplex: un pentaplex de acuerdo con las condiciones publicadas por Gusmão

et al. y un duplex para el DYS391 y el DYS392, utilizando los primers descritos en Genome Data Base para todos los sistemas, excepto para el DYS391, donde se usaron los primers descritos por Gusmão et al. La reacción duplex fue llevada a cabo utilizando 25 ng de DNA genómico, 0.12 mM DYS391 primers, 0.2 mM DYS392 primers de acuerdo con González-Neira et al. Las condiciones de PCR fueron 30 ciclos de 94°C durante 1 min, 58°C durante 1 min y 72°C durante 1 min, con una desnaturalización previa de 2 min a 95°C, en un termociclador PE. El tipado genético se realizó mediante un secuenciador automático ABI 377 (Perkin Elmer), y se utilizó el Genescan 2.1 como software de análisis. Las designaciones alélicas se basan en comparaciones con los ladders alélicos obtenidos mediante la mezcla de muestras previamente secuenciadas para los alelos más comunes. La nomenclatura de los alelos fue la propuesta por Kayser et al., excepto para el DYS389I y II, donde la nomenclatura fue de acuerdo con González-Neira et al. [4]. Las frecuencias alélicas y haplotípicas, diversidad génica y haplotípica y algunos índices de diversidad del cromosoma Y fueron calculados usando el programa ARLEQUIN package version 1.1<sup>6</sup>. La diferenciación poblacional fue estimada mediante un test de Markov usando también el programa ARLEQUIN. La proporción de la varianza genética dentro y entre poblaciones fue estimada mediante AMOVA.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La diversidad génica de las poblaciones en estudio en cada Y-STR fue estimada y se ha observado que es más baja que la encontrada en STRs autosómicos, probablemente debido al efecto de la deriva genética. Se han encontrado 126 haplotipos diferentes en un total de 308 muestras analizadas. El haplotipo más frecuente para todas las poblaciones 15-13-18-21-10-11-13 (DYS19-DYS389I-DYS389II-DYS390-DYS391-DYS392-DYS393) (7%) apareció 22 veces. La diversidad haplotípica media fue de 97% (Tabla 1). Se observa una alta variabilidad intrapoblacional de los haplotipos de STRs de cromosoma Y. Se han utilizado datos adicionales de 66 poblaciones, para analizar los haplotipos compartidos entre poblaciones. El mayor número de haplotipos compartidos, comparando las poblaciones de Mozambique con los demás grupos africanos, se encontró entre las etnias de Mozambique y los Ovambos de Namibia y el menor fue observado entre las mismas y las poblaciones del N. de África.

Mediante un análisis AMOVA se ha estimado que el 3.0% de la variación genética es explicado por diferencias entre poblaciones, el 97% restante es atribuible a diferencias dentro de poblaciones. Ésto apoya la idea de un origen Bantú común para estos grupos poblacionales. Considerando la muestra mundial y comparando poblaciones africanas con los grupos no africanos, el 12.7% de la variación total fue atribuible a diferencias entre poblaciones y el 15.91% explica las diferencias entre poblaciones dentro de grupos. El análisis molecular de los STRs de cromosoma Y en

estas etnias nos ha ayudado conocer el comportamiento de estos sistemas en la población y a determinar su potencial como instrumentos de utilidad forense. Actualmente, se está estudiando la contribución matrilineal de los mismos individuos de estas etnias africanas, lo que contribuirá a construir el perfil genético de las poblaciones de lengua Bantú. La combinación del análisis de STRs de Y con otros polimorfismos de tasa de mutación más lenta nos permitirá conocer la evolución humana en estos linajes paternos.

Tabla 1. Diversidad haplotípica por subpoblaciones.

	Rongas	Changanés	Tswas	Chopes	Bitongas	Shonas	Ndaus	Nyanjas
<i>Sample size</i>	21	22	19	27	20	18	19	20
<i>Number of haplotypes</i>	14	15	15	18	16	15	16	16
<i>Polimorph. sites</i>	12	18	15	18	19	19	21	16
<i>Haplotype diversity</i>	0.96±/0.03	0.96±/0.020	0.96±/0.04	0.96±/0.02	0.97±/0.03	0.97±/0.03	0.98±/0.02	0.97±/0.03

	Makwas	Lomwe	Chuabos	Yao	Macondes	Nhungwes	Senas	Nguni
<i>Sample size</i>	20	20	20	10	19	20	21	12
<i>Number of haplotypes</i>	14	16	19	10	16	16	17	12
<i>Polimorph. sites</i>	17	20	19	20	17	18	16	13
<i>Haplotype diversity</i>	0.92±/0.05	0.98±/0.02	0.99±/0.18	1.00±/0.05	0.98±/0.02	0.96±/0.03	0.98±/0.02	1.00±/0.05

## BIBLIOGRAFÍA

1. VALVERDE E et al. *Int J Legal Med* 1993, 151: 252-256.
2. GUSMÃO L et al. *Forensic Sci Int* 1999, 106: 163-172.
3. GUSMÃO L et al. *Forensic Sci Int* 2000, 112: 49-57.
4. GONZÁLEZ-NEIRA A et al. *Forensic Sci Int* 2000, 110: 117-126.
5. KAYSER M et al. *Int J Leg Med* 1997 110: 125-133.
6. SCHNEIDER S et al. *Genetics and biometry laboratory, University of Geneva, Switzerland, 1997.*
7. EXCOFFIER L et al. *Genetics* 1992, 131(2): 479-491.
8. PÉREZ-LEZAÚN A et al. *J Mol Evol* 1997, 45: 265-270.
9. PRITCHARD JK et al. *Mol Biol Evol* 1999, 16(12): 1791-1798.
10. FOSTER P et al. *Am J Hum Genet* 2000, 67: 182-196.
11. BOSCH E et al. *Int J Legal Med* 2000, 114: 36-40.
12. DUPUY BM et al. *Forensic Sci Int* 2001, 117: 163-173.

**ANÁLISIS MOLECULAR DE LOS POLIMORFISMOS  
DEL SISTEMA HLA CLASE I Y CLASE II EN LA  
POBLACIÓN ARGENTINA**

\*

**MOLECULAR ANALYSIS OF MHC CLASS I AND II  
POLYMORPHISMS IN ARGENTINE POPULATION**

A.M. DI LONARDO, M.B. RODRIGUEZ CARDOZO, M. V. COLICA, S.  
CABELLER, N. RIBAS Y Z. ACOSTA\*

**Resumen:** Una de las características principales del sistema MHC es su alto polimorfismo y su expresión codominante. Son relativamente específicos de la población y se considera que representan los haplotipos originales del MHC (HLA) de nuestros ancestros, que mantienen aún una segregación inalterable.

**Palabras clave:** MHC, Polimorfismo. Población Argentina.

**Abstract:** One of the main characteristics of the MHC is its extreme polymorphism and highly relevant feature of the MHC antigens is their co-dominant expression. They are relatively population specific and are believed to represent the original MHC haplotypes of our ancestors, which are still segregation unchanged.

**Key words:** MHC, Polymorphism. Argentine Population.

---

\* Banco Nacional de Datos Genéticos. Buenos Aires.

## I. INTRODUCTION

The Major Histocompatibility Complex (MHC) is a set of genes with immunological and non-immunological functions and present in all vertebrates studied so far. The function of the MHC can be described as pleiotropic: the main function of the main MHC molecules is peptide binding and presentation of them to T lymphocytes. Among the non-immune functions the noteworthy one are interactions with other receptors on the cell surface, in particular with transferrin receptor (TFR), epidermal growth factor (EGF) and various hormone receptors, and signal transduction. The MHC in humans is located on chromosome 6p 21.31 and covers a region of about 4 Mb. The MHC complex is divided into the regions: class I,II,III. One of the main characteristics of the MHC is its extreme polymorphism and highly relevant feature of the MHC antigens is their co-dominant expression. They are relatively population specific and are believed to represent the original MHC haplotypes of our ancestors, which are still segregation unchanged.

## MATERIALS AND METHODS

MHC Class I-II polymorphisms have been studied in a population of 488 unrelated argentine people using PCR-SSP amplification method ABC SSP UNITRAY and ABDR UNITRAY by PEL-FREEZ Clinical Systems, LLC. (For extended haplotype analysis, 1000 independent parental haplotypes were include. HLA genotyping was performed by segregation in all 300 families.)

## RESULTS

### MORE FREQUENT ALLELES

A*	A*02011-08/11-22/24-27/29 A*2402101-10/13/17/18 A*0301-04
B*	B*3501-04/06-092/11/15/18/20/21/23/24

*Análisis molecular de los polimorfismos del sistema HLA clase I y clase II en la población Argentina*

B\* 51011-03/05/07-09/11N/14  
B\* 1801-07  
Cw\* Cw\*04011-06  
Cw\* 0701/05/06/08  
DRB1\* DRB1\*0701/03  
DRB1\* 0401-14/16-27

**MORE FREQUENT HAPLOTYPES**

A-B-C A\*02011-08/11-22/24-27/29 B\*3501-04/06-092/11/15/18/  
20/21/23 /24 Cw\*04011-06 A\*2402101-10/13/17/18 B\*3501-04/06  
/092/11/15/18/20/21/23/24 Cw\*04011-06 A-B-DR A \* 2 9 0 1 - 0 3 ,  
B\*4403/04/07-08/10,DRB1\*0701/03  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*1801-07,DRB1\*0301/04-06/09-11  
A\*0101/02/03,B\*0801/04/05,DRB1\*0301/04-06/09-11  
A\*31012/03/04,B\*3901-03/05/07-15,DRB1\*0801-08/10-19  
A\*31012/03/04,B\*3501-04/06-09/11/14/15/18/20/21/ 24,DRB1\*  
0401-14/16-27  
A\*2301,B\*4402/05/11,DRB1\*0701/03  
A\*03011/012/013/02/03N/04,B\*07021-10/13,DRB1\*0301/04-06/09-  
11  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*1301-03,DRB1\*0701/03  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*3501-04/06-09/11/ 14/15/18/20/  
21/24,DRB1\*0701/03 A\*02011-08/11-22/24-27/29, B\*3505/10/13/  
16/17/ 22/23,DRB1\*0401-14/16-27  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*3901-03/05/07-15,DRB1\*0801-08/10-19  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*4402/05/11,DRB1\*0401-14/16-27  
A\*02011-08/11-22/24-27/29,B\*51011-03/05/07-09/11N/14 ,  
DRB1\*0701/03  
A\*0101/02/03,B\*5701-04,DRB1\*1101-04/06/09-12/14-16/18-  
21/24/27/29

**CONCLUSIONS**

368 distinct haplotypes were observed just once, suggesting that the main characteristics of Argentine population is the great heterogeneity of haplotypes (A-B-DR).

Because of the reproducibility and sensibility of this test, is useful for human identification, exclusion or assignment of biological relationship and reconstruction of lineage and will serve as reference for further anthropology studies, HLA and disease association's studies and for donor/recipient matching in organ and bone marrow transplants.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERT E, MICKEY, TERASAKI P. *Histocompatibility Testing*. Copenhagen: Springer-Verlag, 1972.
2. *Histocompatibility Testing*. UCLA Tissue Typing Laboratory, 1980.
3. ALBERT ED, BAUR MP, MAYR WR, *Histocompatibility Testing*. Springer-Verlag, 1984.
4. J. EGOZCUE, *Cuarto Workshop Latinoamericano de Histocompatibilidad*. 1985.
5. *Immunobiology of HLA*. Vol. I y Vol. II. Berlín: Springer - Verlag, 1989.
6. TSUJI, K. *HLA 1991- Proceedings of the Eleventh International Histocompatibility workshop and conference*. Oxford: Scientific Publications, 1992.
7. MULLIS KB, F FALOONA, SCHARI S, SAIKI R, HORN G, ERLICH H. *Cold Spring Harbor Symp. Quant Biol* 1986, 51 :263 - 273.
8. MULLIS KB, FALOONA FA. *Methods Enzymol* 1987, 155:335-350.
9. OLERUP O, ZETTERQUIST H. *Tissue Antigens* 1992, 39:225-235.
10. AMETT KL, PARHAM P. *Tissue Antigens* 1995, 46:217-257.
11. BUNCE M et al. *Tissue Antigens* 1995, 46:335-367.
12. BODMER JG, MARS SGE, EKKEHARD DA et al. *Human Immunology* 1997; 53:98-129.
13. *Genetic Diversity of HLA. Functional and Medical Implications – Proceedings of the 12 International Histocompatibility Workshop and Conference*. Paris: Dominique Charron EDK, Vol. I y II, 1997.

## DISTRIBUCIÓN GENÉTICA DE LOS STRS D13S317, D16S539, D5S818, D7S820, HUMCSF1PO, HUMTPOX Y HUMTH01 EN LA POBLACIÓN AMERINDIA QUICHUA DE ECUADOR

FABRICIO GONZÁLEZ-ANDRADE<sup>1</sup>; DORA SÁNCHEZ-Q.<sup>1</sup>;  
BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA<sup>2</sup>

**Resumen:** Ecuador es un país compuesto por tres grupos étnicos principales: mestizos caucásicos (descendientes de Españoles y Amerindios), Amerindios (nativos) y Negros (descendientes de esclavos). En este estudio se determinó las frecuencias alélicas de los STRs D13S317, D16S539, D5S818, D7S820, HUMCSF1PO, HUMTPOX y HUMTH01, así como los datos de interés forense, en una muestra de individuos no relacionados provenientes de la población mestiza de Ecuador, la información proviene de estudios de paternidad. Todos los loci estuvieron en equilibrio.

**Palabras Clave:** Ecuador. STRs. Multiplex. Datos poblacionales. Amerindios Quichuas.

**Abstract:** Allele frequency data for the STR systems D13S317, D16S359, D5S818, D7S820 HUMCSF1PO, HUMTPOX y HUMTH01 were determined in a population sample of healthy Amerindio Quichuas unrelated individuals. All loci met Hardy-Weinberg expectations and the high discrimination power of combined system showed the forensic efficiency of these genetic markers. There is a lack of information on Ecuadorian population from a genetic point of view and therefore note previous publications on the distribution of STRs on Quichuas is available.

**Key words:** Ecuador. STRs. Multiplex. Population Data. Amerindios Quichuas.

---

<sup>1</sup> Laboratorio de Genética Forense, Cruz Roja Ecuatoriana, Quito (Ecuador).

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza (España).

## INTRODUCCIÓN

Ecuador es un país con cerca de 12 millones de habitantes compuesto por tres grupos étnicos principales: Mestizos, Amerindios y Negros. Los Amerindios de Ecuador son uno de los grupos étnicos más representativos, que están compuestos por más de 100 diferentes subgrupos culturalmente separados. Los Quichuas, son el segundo grupo étnico luego de los Mestizos y, representan casi el 10% de la población, abarcando casi 1 millón de habitantes. Grupos similares se los encuentra en los países vecinos como Perú y Bolivia (*Sánchez D, 1997-1998*). Existen muy pocos estudios publicados sobre los grupos indígenas de Ecuador, lo que hace relevante esta información, en Genética Forense. Creemos que se necesitan más investigaciones detalladas y extensas para demostrar los diferentes grados de mestizaje entre los individuos originales y los actuales grupos étnicos

## MATERIAL Y MÉTODOS

### MUESTRA POBLACIONAL

Se extrajo sangre fresca en tubos vacutainers con EDTA por venopunción de individuos quichuas no relacionados nacidos y residentes en Ecuador. Las muestras provienen del banco de ADN de los estudios de paternidad del Laboratorio de Genética Molecular de la Cruz Roja Ecuatoriana.

### ANÁLISIS DE ADN

EL ADN se extrajo usando el método Wizard Genomic DNA Purification Kit System<sup>®</sup> (Promega Corporation, Madison, WI, USA), y Chélex al 5% de las muestras recolectadas en papel filtro. Se cuantificó el ADN mediante espectrofotometría, estimando la absorvancia con luz UV (Gene Quant Calculator<sup>®</sup>). Se realizó el análisis multiplex con el sistema Gamma STR que analiza los marcadores D13S317, D16S539, D5S818 y D7S820, y con el sistema multiplex CTT: CSF1PO, TPOX y TH01 (Promega Corporation, Madison, WI, USA), siguiendo las recomendaciones de los fabricantes. La amplificación fue realizada en un termociclador Techne Thermal Cycler, model Genius<sup>®</sup>. Los productos de la PCR fueron tipados por

electroforesis vertical en un gel desnaturalizante de poliacrilamida de 0.4 mm de espesor, al 4% (19:1 acrilamida:bisacrilamida, úrea 7M) y tinción con plata (González F, 2001). La electroforesis se llevo a cabo en un equipo GIBCO BRL Sequencing System, model SA, (Gibco<sup>o</sup>, USA) a 1200 V, hasta 2200 V al final, con una temperatura de 50° C. Seguimos las recomendaciones de la DNA Comission de la International Society of Forensic Genetics para análisis de STRs (SFG, 97-94-92).

#### EVALUACIÓN ESTADÍSTICA

El equilibrio de Hardy-Weinberg y los cálculos de los parámetros estadísticos de interés forense se los realizó de acuerdo a los métodos ya publicados por nuestro equipo previamente (Nievas y cols., 2000).

#### DISCUSIÓN

La distribución de las frecuencias alélicas observadas para los siete loci estudiados y los test de equilibrio de Hardy-Weinberg se resumen en la *Tabla 1*. Los parámetros de interés forense que hemos estudiado se muestran en la *Tabla 2*. Todos los loci se encontraron dentro del equilibrio de Hardy-Weinberg y no existe evidencia de asociación entre los siete loci. Los parámetros observados revelaron una alta eficiencia forense de los microsatélites analizados. Los datos presentados en este trabajo nos permitirán calcular las probabilidades en los estudios de paternidad y en los casos de criminilística forense.

**Tabla 1. Frecuencias Alélicas y test de hardy-weinberg**

Alelo	D13S317 (n= 102)	D16S539 (n= 104)	D5S818 (n= 95)	D7S820 (n= 104)	CSF1PO (n=150)	TPOX (n=150)	TH01 (n=150)
6	—	—	—	—	—	—	0.480
7	—	—	0.111	—	—	—	0.320
8	0.069	0.014	—	0.005	0.003	0.513	0.007
9	0.245	0.192	0.116	0.0029	0.007	—	0.023
9.3	—	—	—	—	—	—	0.133
10	0.157	0.293	0.042	0.260	0.313	0.003	0.123
11	0.093	0.264	0.574	0.370	0.293	0.360	0.037
12	0.172	0.183	0.132	0.288	0.313	0.123	—
13	0.176	0.048	0.026	0.048	0.057	0.003	—
14	0.088	0.005	—	—	0.013	—	—
X <sup>2</sup>	0.9518	0.6680	0.8948	0.700	0.3744	0.8728	0.2032
Test G	0.9366	0.5464	0.9486	0.1956	0.3408	0.9080	0.5280

Test Exacto	0.8956	0.4214	0.9548	0.1090	0.4956	0.8192	0.3928
Poder							
Discriminación	0.94502	0.90422	0.82571	0.85873	0.85991	0.75378	0.80942
Poder	0.66663	0.55157	0.41383	0.45228	0.45515	0.30659	0.30659
Exclusión							

Tabla 2. Parámetros de eficiencia forense

	D13S317 (n= 102)	D16S539 (n= 104)	D5S818 (n= 95)	D7S820 (n= 104)	CSFIPO (n=150)	TPOX (n=150)	TH01 (n=150)
Obs H	0.8235	0.7308	0.6421	0.6442	0.7333	0.5800	0.6400
Exp H	0.8377	0.7749	0.6288	0.7126	0.7165	0.5936	0.6497
MEC	0.66663	0.55157	0.41383	0.45228	0.45515	0.30659	0.38756
MEP	0.67073	0.55331	0.32687	0.44803	0.45432	0.28332	0.35474
PIC	0.81208	0.73358	0.59417	0.65486	0.65914	0.51140	0.58711
PM	0.05498	0.09578	0.17429	0.14127	0.14009	0.24622	0.19058
PD	0.94502	0.90422	0.82571	0.85873	0.85991	0.75378	0.80942

Poder de discriminación acumulado= 0,999999

Poder de exclusión acumulado= 0,988894

## BIBLIOGRAFÍA

1. SÁNCHEZ D. Human Identification in Ecuador. En: CERÓN C (Ed.), Memories of 22th Symposium of Biology in Ecuador. Central University of Ecuador. 1998: 79-80.
2. SÁNCHEZ D. Molecular Genetics in Paternity tests En: PAZ Y MIÑO C, LEONE P (Eds.) Summaries of 1<sup>st</sup>. National Symposium of Human Genetics. UCE. Quito-Ecuador, 1978: 78.
3. GONZÁLEZ F, MARTÍNEZ B. Técnicas Instrumentales en Genética Forense. Zaragoza: IFC, 2001, 144 pp.
4. A review of the collaborative excercises on DNA typing of the Spanish and Portugal ISFH Working Group. Int J Legal Med 1997, 110(5):273-7.

5. DNA-Recommendations-1994. Report concerning further recommendations of the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics regarding PCR-based polymorphisms in STR systems. *Int J Legal Med* 1994, 107:159-160.
6. DNA-Recommendations-1992: Report concerning recommendations of the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics related to PCR-based polymorphisms. *Int J Legal Med* 1992, 105: 63-64.
7. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, ABECIA E, BUDOWLE B, Genetic analysis of the STR loci D16S539, D7S820, D13S317, D18S535, D1S1656 and D12S391 loci in two Spanish populations. En: SENSABAUGH GF, UNCOLN PJ, OLAISEN B (Eds). *Progress in Forensic Genetics 8*, Berkeley (USA): Elsevier, 2000: 190-192.

## ANÁLISIS GENÉTICO DE LOS STRS D13S317, D16S539, D5S818 Y D7S820 EN LA POBLACIÓN MESTIZA DE ECUADOR

DORA SÁNCHEZ-Q.<sup>1</sup>; FABRICIO GONZÁLEZ-ANDRADE<sup>1</sup>;  
BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA<sup>2</sup>

**Resumen:** Ecuador es un país compuesto por tres grupos étnicos principales: mestizos caucásicos (descendientes de Españoles y Amerindios), Amerindios (nativos) y Negros (descendientes de esclavos). En este estudio se determinó las frecuencias alélicas de los STRs D13S317, D16S539, D5S818 y D7S820, así como los datos de interés forense, en una muestra de individuos no relacionados provenientes de la población mestiza de Ecuador, la información proviene de estudios de paternidad. Todos los loci estuvieron en equilibrio de acuerdo a la ley de Hardy-Weinberg y no se comprobó la existencia de asociación entre los loci estudiados. El poder de discriminación acumulativo fue de 0,999 y el poder de exclusión acumulativo de 0,999. Este trabajo es importante porque no existen publicaciones previas sobre los aspectos genéticos de la población de nuestro país; además existe un evidente interés forense y antropológico sobre este tema. Observamos diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre la población ecuatoriana y las poblaciones de Norte de España, Andalucía, Aragón y Río de Janeiro. No encontramos diferencias con los hispanoamericanos de USA y la población de Sau Paulo.

**Palabras Clave:** Ecuador. STRs. Multiplex. Datos poblacionales. Mestizos.

**Abstract:** Allele frequency data for the STR systems D13S317, D16S359, D5S818 and D7S820 were determined in a population sample of healthy mestizo unrelated individuals. All loci met Hardy-Weinberg expectations

---

<sup>1</sup> Laboratorio de Genética Forense, Cruz Roja Ecuatoriana, Quito (Ecuador).

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza (España).

and the high discrimination power of combined system showed the forensic efficiency of these genetic markers. There is a lack of information on Ecuadorian population from a genetic point of view and therefore note previous publications on the distribution of STRs on Mestizos is available. Mestizos are descendents of Spanish and Amerindian people, however significant differences were found between the former and the populations from Spanish peninsula, that have been analyzed for these genetic markers.

**Key words:** Ecuador. STRs. Forensic Genetics. Population Data. Mestizo.

## INTRODUCCIÓN

Ecuador es un país con casi 12 millones de habitantes compuesto por tres grupos étnicos principales: Mestizos, Amerindios y Negros. Los Mestizos son el grupo más grande y representativo en el país [1-4]. Son descendientes de Españoles y Amerindios, frutos de múltiples mestizajes a través de 500 años de colonización europea. Existe muy poca información sobre nuestra población, en particular, por la inexistencia de estudios realizados sobre todo en Genética Forense. Creemos que se necesitan más investigaciones detalladas y extensas para demostrar los diferentes grados de mestizaje entre los individuos originales y los actuales grupos étnicos. En este reporte, informamos sobre las frecuencias alélicas y los parámetros de eficiencia forense de 4 microsátélites autosómicos [5], utilizados sobre todo con fines forenses y para identificación humana. Además, la situación socio-económica actual de Ecuador ha obligado a casi un millón de ecuatorianos a emigrar fuera del territorio nacional; entre ellos, existe una comunidad de más de 100.000 personas en España, por lo que este tipo de análisis poblacional podría ser de gran utilidad en los casos de paternidades y criminalístico-forense.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### MUESTRA POBLACIONAL

Se extrajo sangre fresca en tubos vacutainers con EDTA por venopunción de 393 individuos no relacionados nacidos y residentes en Ecuador. Las muestras provienen del banco de ADN de los estudios de paternidad del Laboratorio de Genética Molecular de la Cruz Roja Ecuatoriana.

### ANÁLISIS DE ADN

EL ADN se extrajo usando el método Wizard Genomic DNA Purification Kit System<sup>®</sup> (Promega Corporation, Madison, WI, USA), y Chélex al 5% de las muestras recolectadas en papel filtro. Se cuantificó el ADN mediante espectrofotometría, estimando la absorbancia con luz UV (Gene Quant Calculator<sup>®</sup>). Se realizó el análisis multiplex con el sistema Gamma STR que analiza los marcadores D13S317, D16S539, D5S818 y D7S820

(Promega Corporation, Madison, WI, USA), siguiendo las recomendaciones de los fabricantes. La amplificación fue realizada en un termociclador Techne Thermal Cycler, model Genius<sup>o</sup>. Los productos de la PCR fueron tipados por electroforesis vertical en un gel desnaturalizante de poliacrilamida de 0.40 mm de espesor, al 4% (19:1 acrilamida:bisacrilamida, úrea 7M) y tinción con plata [3,6]. La electroforesis se llevo a cabo en un equipo GIBCO BRL Sequencing System, model SA, (Gibco<sup>o</sup>, USA) a 1200 V, hasta 2200 V al final, con una temperatura de 50<sup>o</sup> C. Seguimos las recomendaciones de la DNA Comission de la International Society of Forensic Genetics para análisis de STRs [7-9].

## EVALUACIÓN ESTADÍSTICA

El equilibrio de Hardy-Weinberg y los cálculos de los parámetros estadísticos de interés forense se los realizó de acuerdo a los métodos ya publicados por nuestro equipo previamente [10].

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución de las frecuencias alélicas observadas para los cuatro loci estudiados. D13S317, D16S539, D5S18 y D7S820, y los resultados de los diferentes estudios para analizar la correspondencia entre las frecuencias genotípicas con las expectativas del equilibrio de Hardy-Weinberg se resumen en la Tabla 1. La Tabla 2 muestra los parámetros de interés forense que hemos estudiado. Todos los loci se encontraron dentro del equilibrio de Hardy-Weinberg y no existe evidencia de asociación entre los cuatro loci. Los parámetros de eficiencia forense revelaron una alta eficiencia forense de los cuatro microsatélites estudiados. Los datos presentados en este trabajo nos permitirán calcular las probabilidades en los estudios de paternidad y en los casos de criminilastica forense. Observamos diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre la población ecuatoriana y las poblaciones de Norte de España, Andalucía, Aragón y Río de Janeiro. No encontramos diferencias con los hispanomericanos de USA y la población de Sao Paulo.

**Tabla 1. Distribución de las frecuencias alélicas y del test de Hardy-Weinberg**

Alelo	D13S317 (n= 389)	D16S539 (n= 389)	D5S818 (n= 327)	D7S820 (n= 393)
7	—	0,001	0,110	0,005
8	0,082	0,027	0,023	0,070
9	0,213	0,198	0,092	0,080
10	0,107	0,208	0,052	0,247
11	0,149	0,213	0,433	0,296
12	0,221	0,267	0,193	0,251
13	0,134	0,075	0,095	0,041
14	0,093	0,010	0,043	0,090
15	0,001	—	—	0,001
<i>P min</i>	0,00371	0,00371	0,00457	0,00383
$X^2$	0,1302	0,5726	0,6142	0,9510
G test	0,2238	0,4414	0,7178	0,9242
Test Exacto	0,2110	0,4688	0,5768	0,9222

**Tabla 2. Parámetros de Eficiencia Forense**

	D13S317	D16S539	D5S818	D7S820
Obs H	0,8509	0,8046	0,7370	0,7557
Exp H	0,8399	0,7951	0,7440	0,7763
MEC	0,6760	0,59153	0,54231	0,54461
MEP	0,67499	0,58995	0,49957	0,55580
PIC	0,81832	0,76228	0,71350	0,74026
PM	0,04957	0,07555	0,09607	0,08311
PD	0,95043	0,92445	0,90393	0,91689

**Poder de discriminación acumulado = 0.99970**

**Poder de exclusión acumulado = 0.97242**

## BIBLIOGRAFÍA

1. SÁNCHEZ D. Human Identification in Ecuador En: CERÓN C (ed.). *Memories of 22th Symposium of Biology in Ecuador*. Central University of Ecuador, 1998: 79-80.
2. SÁNCHEZ D. Determinación de la paternidad con restos óseos. En: CERÓN C et al, *Memories of 22th Symposium of Biology in Ecuador*. UCE, 1998: 80-81.
3. SÁNCHEZ D. Molecular Genetics in Paternity tests. En: PAZ Y MIÑO C, LEONE P (Eds.) *Summaries of 1<sup>st</sup>. National Symposium of Human Genetics*. Quito-Ecuador, 1997: 78.
4. SÁNCHEZ D. Detection of fluorescent labeled STR with silver staining *Scientific Communication*. 9<sup>th</sup> International Symposium on Human Identification, Florida: Promega, 1998:42.
5. BRINKMANN B, SAJANTILA A, GOEDDE HW, MATSUMOTO H, NISHI K, WIEGAND P *Population genetic comparisons among eight populations using allele frequency and sequence data from three microsatellite loci*. *Eur J Hum Genet* 1996, 4:175-182.
6. BASSAM BJ, CAETANO-ANOLLES G, GRESSHOFF PM *Fast and sensitive silver staining of DNA in polyacrylamide gels*. *Anal Biochem* 1991, 196: 80-83.
7. *A review of the collaborative exercises on DNA typing of the Spanish and Portugal ISFH Working Group*. *Int J Legal Med* 1997, 110(5):273-7.
8. *DNA-Recommendations-1994: Report concerning further recommendations of the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics regarding PCR-based polymorphisms in STR systems*. *Int J Legal Med* 1994, 107:159-160.
9. *DNA-Recommendations-1992: Report concerning recommendations of the DNA Commission of the International Society for Forensic Haemogenetics related to PCR-based polymorphisms*. *Int J Legal Med* 1992, 105: 63-64.
10. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, ABECIA E, BUDOWLE B, *Genetic analysis of the STR loci D16S539, D7S820, D13S317, D18S535, D1S1656 and loci D12S391 in two Spanish populations* En: SENSABAUGH GF, UNCOLN PJ, OLAISEN B (Eds.) *Progress in Forensic Genetics 8*, Berkeley (USA): Elsevier, 2000: 190-192.

## NOVEDADES EDITORIALES Y COMENTARIOS

Esta sección pretende orientar acerca de los libros, revistas, textos y otros documentos sobre Ciencias Forenses publicados en el presente año.

### *1. Manual del Perito Médico. Fundamentos Técnicos y Jurídicos*

Autores:	M.R. Jouvencel
Editorial:	Ediciones Díaz de Santos, S.A.
Año:	2002

Este es un valioso libro que resume la actividad práctica del médico legista. Entre otros temas habla sobre las lesiones, sus causas y concausas, el estado anterior, la valoración médica del daño corporal, la incapacidad laboral. Hace una aproximación a un protocolo de actuación médica, analiza la incapacidad permanente, el déficit funcional y las secuelas, etc.

Constituye una valiosa reflexión crítica de la Medicina legal actual y de su papel dentro de la Administración de Justicia en España.

## *2. Human Blood Groups, Segunda Edición*

Autores:	Geoff Daniels
Editorial:	Blackwell Publishing ( <a href="http://www.blackwellpublishing.com">www.blackwellpublishing.com</a> )
Año de publicación:	2002

Ofrece la última información sobre los genes de los grupos y subgrupos sanguíneos, sobre sus aspectos funcionales, integra la serología con la biología molecular, y aporta información que permite el entendimiento básico de la misma. Analiza también las últimas novedades en anticuerpos y medicina transfusional. Es un libro destinado principalmente a hematólogos, a especialistas en medicina transfusional, y a genetistas. Sin embargo, también resulta una obra interesante para todos los demás especialistas médicos.

## *3. Genetic Privacy*

Autor:	Laurie Graeme
Editorial:	Cambridge Press ( <a href="http://www.cambridge.org">www.cambridge.org</a> )
Año de publicación:	2002

Este texto analiza desde una perspectiva ética y social cuestiones tan importantes como la información genética, cuando ésta es solicitada por el propio individuo, sus familiares, el empresario, las aseguradoras y el Estado. El autor reflexiona acerca de la protección legal de la información genética, a la sombra del desarrollo de la ciencia.

En definitiva, en esta obra se reflexiona sobre la utilización de la información genética con fines de selección o de discriminación en la vida social y económica, sea en el campo de la salud, del empleo o de los sistemas de seguros.

**4. *Criminal Profiling, Segunda Edición***

Autor:	Turvey B.
Editorial:	Academic Press Forensics (www.harcourt-international.com)
Año de publicación:	2002

¿Cómo es el actor de un crimen? ¿Cuáles son las motivaciones que lo estimulan? ¿Puede la personalidad criminal estar sujeta a análisis?. Preguntas que cada día se hacen los criminalistas. Turvey, nos ayuda a resolver estos interrogantes en esta elaborada obra.

En ella se muestra un ingenioso método deductivo diseñado por el autor, a fin de determinar el «perfil criminal», a través de la búsqueda de datos que nos permiten caracterizar diferentes tipos de delincuentes.

**5. *Mitochondrial DNA. Methods and Protocols.***

Autor:	William Copeland
Editorial:	Humana Press (www.harcourt-international.com)
Año de publicación:	2002

El avance tecnológico y el conocimiento de la transmisión hereditaria de marcadores genético-moleculares ha permitido el desarrollo de la Genética Forense, particularmente en todo lo referente a la identificación de personas y restos cadavéricos, en el análisis de vestigios biológicos de interés criminal y la investigación de la paternidad. Este análisis se puede llevar a cabo mediante el estudio de ADN mitocondrial. El ADN mt se asocia al envejecimiento, apoptosis, sensibilidad a las drogas anti HIV, y posiblemente a algunos tipos de cáncer. Este libro nos proporciona protocolos de investigación para analizar el ADN mitocondrial y las proteínas involucradas en su mantenimiento. Un valioso documento para entender la disfunción mitocondrial, las enfermedades asociadas a esa disfunción y sus múltiples aplicaciones.

*6. Occupational Health Law, Cuarta Edición*

Autor:	Diana Kloss
Editorial:	Blackwell Publishing (www.blackwellpublishing.com)
Año de publicación:	2002

Constituye un valioso documento sobre Medicina del Trabajo y una referencia esencial para los profesionales de la salud ocupacional y de los departamentos de personal. Refleja algunos de los principios del Acta de Derechos Humanos y del Acta de Protección de la información.

*7. Going into Medical Practice*

Autor:	Rebecca Campen
Editorial:	Blackwell Publishing (www.blackwellpublishing.com)
Año de publicación:	2002

Analiza y proporciona herramientas para prevenir la mala praxis médica, para desarrollar una práctica profesional responsable, así como para el mejor aprovechamiento de los recursos actuales por parte de los gobiernos a fin de evitar el fraude y potenciales abusos. Es sobre todo un libro útil para quienes inician la carrera de medicina y los programas de residencia.

*8. Handbook of Autopsy Practice, (3ª edición)*

Autores:	Jurgen Ludwig
Editorial:	Humana Press (www.humanapress.com)
Año de publicación:	2002

Es la tercera edición de un magnífico libro sobre Patología Forense y la autopsia judicial. Esta edición actualizada incluye tablas y figuras sobre pesos, medidas y datos relativos, detalla hallazgos importantes sobre las medidas de seguridad que deben aplicarse para protegerse de enfermeda-

des infecciosas potencialmente letales, nos enseña cómo observar un espécimen particular cuando un diagnóstico ha sido cuestionado y cómo diseccionar y preservar piezas anatómicas.

### 9. *The Human Genome*

Autores:	Dennis C, Gallagher R
Editorial:	Nature, Co. ( <a href="http://www.nature.com">www.nature.com</a> )
Año de publicación:	Noviembre, 2001
Observación:	Es una compilación de información de Nature

Este texto nos ofrece una introducción de James Watson, una guía histórica de los artículos publicados sobre el genoma, una introducción al proyecto genoma humano, un análisis de los aspectos técnicos de los sistemas de secuenciación utilizados sobre el impacto del genoma en el conocimiento científico y muestra una reflexión crítica de los autores, científicos e investigadores testigos directos de los avances en Genética Molecular, incluyendo varios Premios Nobel.

### 10. *Karch's Pathology of Drug Abuse*, (3ª edición)

Autor:	Steven Karch
Editorial:	CRC Press ( <a href="http://www.crcpress.com">www.crcpress.com</a> )
Año de publicación:	2002

Esta es una nueva edición de este clásico de la Toxicología. Incluye como novedades: nueva información sobre el abuso de meta-anfetamina; un nuevo capítulo sobre el gamma-hidroxi-butarato, la ketamina y algunas seleccionadas hierbas alucinógenas; nuevos gráficos sobre muertes causadas por drogas; una descripción sobre los mecanismos de la muerte súbita en usuarios de cocaína y heroína; la toxicología y patología de la efedrina, etc.

11. *Forensic Science. An Introduction to Scientific and Investigative Techniques*

Autores:	Rudin N, Inman K
Editorial:	CRC Press ( <a href="http://www.crcpress.com">www.crcpress.com</a> )
Año de publicación:	2002

Es uno de los textos recientes más completos sobre Ciencias Forenses. Incluye varias secciones de gran interés para los especialistas forenses. Comienza con una descripción de las funciones del especialista forense, luego prosigue con la definición de varias subespecialidades como la patología, toxicología, odontología y antropología. Repasa cuestiones importantes como la evaluación de la escena del crimen, el laboratorio forense en la identificación de sangre y manchas, la identificación de fluidos biológicos, las técnicas de ADN, el microanálisis y la búsqueda de evidencias, las huellas digitales, las impresiones de pisadas, balística, armas y accesorios, documentos en duda, análisis de sustancias controladas. Desarrolla además aspectos como la ingeniería genética, la cibertecnología y los cibercrimes, la psicología y psiquiatría forense, los delincuentes en serie, el perfil de la personalidad criminal. Finaliza con un tratado sobre los aspectos éticos y legales, con varios ensayos sobre el sistema judicial, la ley y el análisis de ADN.

12. *FORENSICnetBASE*

Autor:	James S, Nordby J.
Editorial:	CRC Press ( <a href="http://www.crcpress.com">www.crcpress.com</a> )
Año de publicación:	2002

Se trata de una base de datos que compila 36 publicaciones forenses en un software especial. Se adquiere con una suscripción anual. Incluye textos tan diversos como la Ética en la Ciencia Forense, la Explotación Sexual de los Niños, pasando por Técnicas de Investigación en el escenario del crimen, los Principios y Práctica de la Criminalística, hasta Análisis Forense del ADN entre muchos otros. Es una buena fuente de consulta y referencia en este campo.

*13. High Throughput Screening. Methods and Protocols*

Autor:	William Jansen
Editorial:	Uman Press
Año de publicación:	2002
Observación:	Es una Base de Datos electrónica

Este libro explora distintos sistemas automatizados y semiautomatizados como los microchips y microarrays. Como todos los libros de esta editorial se centra en los métodos y protocolos. Es un buen libro para los que ya se han iniciado en estos sistemas y desean desarrollar proyectos más avanzados.

*14. Error, Medicine and the Law*

Autores:	Alan Merry y Alexander McCall
Editorial:	Cambridge Press ( <a href="http://www.cambridge.org">www.cambridge.org</a> )
Año de publicación:	2001

Es un brillante tratado sobre el ejercicio de la profesión médica, sobre los conceptos de error y mala praxis en medicina. Se reflexiona sobre el error médico, como una circunstancia natural en el proceso de la atención clínica en medicina.

*15. Documentos Médico-legales. Colección Orfila Rotger.*

Autores:	William Jansen
Editorial:	Human Press
Año de publicación:	2002

Es la segunda entrega de la colección. Se trata de una presentación en esquemas de los documentos médico-legales más utilizados en España y de sus aplicaciones en la práctica diaria de la medicina. Se trata de una obra de fácil consulta que ayuda en el aprendizaje y el conocimiento adecuado de los documentos médico-legales.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, ini-

cio del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella deben exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

## TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

## RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

## INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

## RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

## DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

### Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius* 1983, 3(1):55-61.

Libros:

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.

**REVISTA  
CIENCIA FORENSE**

**NÚMEROS PUBLICADOS**

**Volumen 1 (1998):  
MONOGRÁFICO «MUERTE SÚBITA»**

**Volumen 2 (1999):  
MONOGRÁFICO «MALOS TRATOS EN LA INFANCIA»**

**Volumen 3 (2001):  
MONOGRÁFICO «MEDICINA LEGAL Y GERIATRÍA»**

**Volumen 4 (2002):  
MONOGRÁFICO «DELITOS SEXUALES»  
SECCIÓN ESPECIAL:  
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I**

**De próxima aparición...  
Volumen 5 (2003): MONOGRÁFICO «DROGODEPENDENCIAS Y MEDICINA LEGAL.»**

**COLECCIÓN «ORFILA ROTGER»**

**Número 1: González- Andrade F, Martínez-Jarreta B.  
*Técnicas Instrumentales en Genética Forense.*  
Zaragoza, 2001.**

**Número 2: Vázquez P, Martínez-Jarreta B.  
*Documentos Médico-legales.*  
Zaragoza, 2002.**

**Revistas que se reciben en intercambio con *CIENCIA FORENSE*:**

- Seminario Médico. Jaén.
- Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Zaragoza.
- Fontilles. Revista de Leprología. Fontilles (Alicante).
- Annali del 'Istituto Superiore di Sanita. Roma.
- Conferencias y Comunicaciones. Anales de la Real Academia de Medicina. Zaragoza.
- The European Journal of Psychiatry. Zaragoza.
- Sesión Inaugural. Anales de la Real Academia de Medicina. Zaragoza.
- Medicina Militar. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España. Madrid.
- Clínicas Urológicas de la Complutense. Madrid.
- Anales de la Universidad de Alicante. Alicante.
- Revista Goiana de Medicina. Goiás (Brasil)

Intercambio de publicaciones:  
Institución «Fernando el Católico»  
Diputación de Zaragoza.  
Plaza de España, 2, 50071 Zaragoza (España)  
[interch@ifc.dpz.es](mailto:interch@ifc.dpz.es)

## CONTENIDOS

### Revisiones

---

- J.C. Cauto Duce, M.S. Gisbert Grifo: *Aspectos médico-legales de las agresiones sexuales en los países de la unión Europea.*
- M<sup>ª</sup>L. Garde Borao y M<sup>ª</sup>B. Martínez Jarreta: *Actuación del médico en casos de delito de violación.*
- M<sup>ª</sup> Castellano Arroyo, y V. Fernández-Nogueras Jiménez: *La violación en el matrimonio.*
- M.S. Gisbert Grifo: *Aspectos psiquiátricos en los delitos contra la libertad sexual.*
- C. Hernández Cueto: *Valoración del daño corporal en los delitos contra la libertad sexual.*
- E. Murcia Saiz: *El perjuicio sexual en las víctimas de los delitos contra la libertad sexual.*
- T. Gisbert Jordá, S. Gisbert Grifo: *Las agresiones sexuales a menores.*
- M.S. Gisbert Grifo: *Estudio médico-legal de las lesiones al feto.*
- F. González-Andrade, F. Weillbauer, M<sup>ª</sup> B. Martínez Jarreta, D. Sánchez-Q: *El ADN en la filiación disputada: salud, ciencia y sociedad ecuatoriana.*

### Artículos originales

---

#### Avances en Genética Forense I

---

#### Noticias, libros y comentarios

---

*Novedades editoriales y comentarios.*

#### Normas de publicación

---