

TRABAJO DE FIN DE GRADO, MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE



## **VIOLENCIA SEXUAL**

DETERMINACIÓN DEL CONSENTIMIENTO EN BASE A LAS  
LESIONES SUSTENTADAS POR EL SUJETO FEMENINO.  
AGRESIÓN SEXUAL DE VARONES ADULTOS. FALSO  
TESTIMONIO DE VIOLACIÓN.

AUTORA: DOMINGO BRETON, MARÍA

TUTORA: DRA. REMACHA ANDRÉS, ANA MARÍA

# ÍNDICE

1.-Resumen/ ABSTRACT .....	2
2.-Introducción .....	3
3.- Determinación del consentimiento en base a las lesiones sustentadas por el sujeto femenino.....	9
3.1. Lesiones Ano-Genitales (LAG) .....	10
3.1.1. Consideraciones sobre de las LAG .....	12
3.1.2. Resultados de las investigaciones sobre las LAG .....	20
3.2. Lesiones Extra-Genitales (LEG).....	31
3.2.1. Violación oral .....	34
4.- Agresión Sexual de Varones Adultos (ASVA).....	35
4.1. Consideraciones legales y terminología científica.....	36
4.2. Mitos sobre la ASVA. Barreras sociales e institucionales al reconocimiento y atención de las víctimas varones .....	37
4.3. Prevalencia de la ASVA.....	39
4.4. Características demográficas de las víctimas y agresores de las ASVA. Comparativa con las agresiones con víctima femenina.....	40
4.5. Tipos de lesiones y ASVA.....	43
4.5.1. LEG y LAG .....	43
4.5.2. Lesiones anales .....	45
4.5.3. Lesiones en el pene.....	46
4.5.4. Consideración de la erección y eyaculación durante la agresión .....	49
5.-Falso testimonio de violación (FTV) .....	50
6.-CONCLUSIONES .....	55
7.-ANEXOS .....	57
ANEXO 1 .....	57
ANEXO 2 .....	61
ANEXO 3 .....	62
ANEXO 4.....	64
ANEXO 5 .....	66
ANEXO 6 .....	67
ANEXO 7 .....	69
ANEXO 8.....	71
ANEXO 9.....	73
8.-BIBLIOGRAFÍA.....	76

## 1.-RESUMEN/ ABSTRACT

### **RESUMEN**

Las mujeres son las víctimas más comunes de las agresiones sexuales y violaciones (86-89% del total de casos denunciados), aunque la violación masculina esta enormemente infra-denunciada (5-10% del total). Desde una perspectiva forense, el conocimiento de la prevalencia, tipo, localización y cicatrización de las lesiones puede ayudar al profesional a interpretar los hallazgos en un caso denunciado ya que, la cuestión más importante que se le puede a plantear en un juicio es, que realice una estimación de la probabilidad de lesión en un caso particular. Sin embargo, en la actualidad, la única certeza con la que contamos es, que tanto el contacto consentido como no consentido pueden producir lesiones genitales y corporales. A lo largo de este trabajo, consideraremos algunas de las múltiples variables incontrolables que hacen que otras conclusiones sobre este asunto sean alcanzadas. Existen muchos mitos sobre la violencia sexual, pero las percepciones sobre la masculinidad y el poder del hombre hacen que las víctimas masculinas sean especialmente incomprendidas por la sociedad y también, más culpabilizadas que las femeninas. En este trabajo trataremos de entender algunos de los aspectos característicos de las agresiones masculinas. Además, analizaremos las denuncias falsas de violación. Las denuncias falsas constituyen un problema ya que no son en absoluto inofensivas, su prevalencia actual está entre el 2-10%. Éstas, se diferencian de las verdaderas en aspectos esenciales de la historia narrada por las denunciadas ya que las víctimas no tienen que reconstruir el suceso, sino que sólo narran un acontecimiento real.

**Palabras clave:** coacción sexual/agresión sexual/violación/lesiones víctima/lesiones genitales/coito consentido/coito no consentido/medicina forense/victimas masculinas/violación masculina/denuncias falsas

### **ABSTRACT**

Females are more commonly subjected to sexual assaults/rape (86-99% of all reported cases), although male rape is known to be severely under reported (5-10% of total). From a forensic perspective, the understanding of genital injury rates, type of injury, site and healing may assist the clinician to interpret the findings in the context of the allegations that have been made because one of the most important questions that a medical practitioner may be asked in courts is to provide an estimate of the likelihood of victim injury being present in a particular case. But nowadays, the only certainty we have is that both consensual and non-consensual sexual contact may or may not result in genital and body injuries. In the course of this work, we will consider some of the multiple uncontrollable variables about this issue that make other reliable conclusions virtually impossible. There are many myths about sexual violence, but perceptions of masculinity and male power make that specially male victims are misunderstood by society and more blamed than female victims. In this work we will try to understand some aspects of the male assault. In addition, we will analyze the false allegations of rape. False allegations constitute a problem since they may cause harm, this prevalence is now between 2% and 10%. They diverge from each other in essential aspects of the story told by the complainant because victims do not construct the tale but tell a narration on recollections of a real event.

**Keywords:** *sexual coercion/sexual assault/rape/victim injury/genital injury/consensual intercourse/non-consensual/ forensic medicine/male victims/male rape/ false allegations*

## 2.-INTRODUCCIÓN

La libertad sexual consiste en el derecho de toda persona a tomar las decisiones sobre el desarrollo y ejercicio de su sexualidad, de la manera y modo que estime conveniente y obrar en consecuencia, es decir, a autodeterminarse sexualmente<sup>1</sup>.

El reconocimiento de este derecho parte de la facultad del individuo para entender el sentido y alcance de los actos sexuales que está dispuesto a llevar a cabo. Carecen pues, de capacidad de autodeterminación los individuos incapaces y menores de 13 años<sup>1</sup>, reconociéndose en ellos no este derecho, sino el bien jurídico protegido de indemnidad o intangibilidad sexual.

El Código Penal Español (CP) regula los delitos contra la libertad e indemnidad sexual en el Título VIII, del Libro II, recogiendo en distintos capítulos los siguientes delitos: agresiones sexuales, abusos sexuales, abusos y agresiones sexuales a menores de 13 años, el acoso sexual, delitos de exhibicionismo y provocación sexual y delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores.

Los “*Delitos de Agresión Sexual*” se recogen en el Art. 178 del Código Penal (CP), tipo básico; Art. 179 CP, tipo agravado, al que se denomina específicamente “*violación*”; y Art.180 CP que recoge todas aquellas circunstancias que agravan los delitos abarcados en los dos anteriores. La consideración de este tipo de delitos, exige que los actos sexuales se lleven a cabo en contra de voluntad de la víctima, mediante el uso de violencia o intimidación. En el **Anexo 1** se detallan todas aquellas apreciaciones sobre la legislación nacional e internacional requeridas para la correcta interpretación de este trabajo.

La sexualidad humana, ha sido a menudo sometida a condicionamientos ideológicos, religiosos, sociales y morales que han servido para justificar las restricciones impuestas a los individuos en cuanto a la disposición del propio cuerpo para realización y disfrute de los actos sexuales. Esta realidad, constituye en primer y más básico lugar, una violación de los límites corporales y, en un sentido más general, del límite del propio “yo”, es decir, un ataque contra la dignidad de la persona<sup>1,2</sup>.

En todas las sociedades, las víctimas predilectas de la violencia son las mujeres, además, sus raíces históricas hacen que afecte a todos los estratos sociales. La agresión sexual debe entenderse como un delito violento donde el sexo simboliza intimidación, sometimiento y control, no sólo en el momento carnal sino también en la connotación social en la que se traduce (el individuo como “propiedad sin derechos sexuales”), que en ocasiones puede ser más perjudicial que el acto en sí mismo<sup>1,2</sup>.

Las mujeres son las víctimas más comunes de los delitos de agresión sexual, entre 86% y el 99% del total de casos conocidos<sup>3</sup>. Entre el 7 y el 10% de las violaciones tienen como víctima un varón<sup>4</sup>, con mayor frecuencia estas ocurren entre individuos homosexuales, bisexuales, militares, compañeros de celda en prisiones o en residencias de cuidados mentales<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Límite presupuesto por el Código Penal Español como edad por debajo de la cuál sin posibilidad de probar lo contrario, se considera por criterios legales que el individuo no consta de discernimiento.

Solamente, entre el 10-15% de las agresiones sexuales son informadas<sup>4</sup>. La probabilidad disminuye cuando la víctima es un varón o el agresor es conocido por la víctima<sup>4</sup>, lo que ocurre hasta en un 50% del total de los casos (cualquier tipo de relación)<sup>5</sup> y entre un 80-90% de los casos de violación donde las víctimas son mujeres jóvenes universitarias<sup>6</sup>.

Aunque estos son los datos de los que disponemos, es de sobras aceptado que la violencia sexual está infra denunciada, por lo que si, además, asumiéramos que ocurre con la misma frecuencia en las diferentes sociedades (lo cual es una suposición muy osada) este hecho sería todavía más notable.

Sólo el 16-38% de las víctimas de violación denuncian el hecho con intención de que la ley se ejecute y sólo entre el 17-43% solicitan atención médica tras la violación<sup>4</sup>. Un tercio de las mujeres violadas nunca informaran a su Médico de Atención Primaria de la agresión<sup>4</sup>, aunque una encuesta realizada a 645 mujeres adolescentes y jóvenes de diferentes etnias mostró que el 90% de ellas consideraban a este profesional sanitario como la persona adecuada para interesarse por la violencia interpersonal<sup>6</sup> (screening de violencia de género, la cual incluye la violencia sexual).

Las interacciones interpersonales de por sí son complejas, también cuando nos hallamos en un contexto sexual. Los factores influyentes individuales, sociales y ambientales son múltiples, y no han sido identificados en su totalidad, por lo que los posibles escenarios tanto para los encuentros sexuales consentidos y no, son innumerables.

Aunque pueda parecer obvio, se ha de recordar que la violencia sexual en todas sus formas, no es una enfermedad, sino un delito, y por tanto ningún médico, bajo ninguna circunstancia, puede certificarla, deber ser pertinentemente probada y dictado veredicto exclusivamente por un juez<sup>7,8</sup>. Por ello, aunque la atención médica siempre debe ser la prioridad, es fundamental recolectar y otorgar a cada prueba pericial el debido significado y valor que le corresponde<sup>2</sup>. Desde una perspectiva judicial existen tres cuestiones forenses básicas en todos los casos de agresión sexual<sup>1,2</sup>:

1. ¿Tuvo lugar el contacto sexual?
2. Si ocurrió, ¿entre qué individuos y en qué circunstancias?
3. ¿Fue consentido o no?

La búsqueda de lesiones en las víctimas, con frecuencia, trata de dar respuesta a esas preguntas, sin embargo, debe ser cautelosamente interpretada por el profesional, ya que éste debe ser capaz de explicar ante un tribunal cuál es la verdadera probabilidad de que en un caso concreto la víctima presente o no lesiones. Para poder hacerlo necesita disponer de un conocimiento científico, que como veremos en este trabajo, es limitado en cantidad, esporádico en el tiempo y tremendamente disperso geográficamente. Esto puede deberse al tardío reconocimiento social de algunos de estos delitos y a los tabúes sobre la sexualidad. Además aunque la mayoría de las investigaciones en el campo de las lesiones genitales pertenecen al campo de la Medicina Forense, mucha información útil sobre el tema proviene de otros campos “no forenses”, por ejemplo, de la Salud Sexual, Medicina Reproductiva, investigación de factores de riesgo para la transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o métodos anticonceptivos<sup>9</sup>.

La presencia de lesiones puede ser considerada como prueba de relación sexual y además de no consentimiento, y la ausencia de ellas como prueba de consentimiento otorgado. Sin embargo, ni la presencia ni la ausencia de lesiones pueden ser usadas para establecer la veracidad de una denuncia de violación<sup>1,2</sup>, ya que, la prevalencia media de lesiones genitales en los delitos de agresión sexual es de 34.8%<sup>10</sup>, de aquellas que alegan violación vaginal con pene, sólo una proporción relativamente pequeña (23%, 95% CI 19-27%) tiene lesiones genitales demostrables en las primeras 48 horas, mientras que sólo, o hasta, el 6% de las mujeres que mantienen ese encuentro de manera consentida tienen también lesiones<sup>11</sup>.

Por ello, no es infrecuente que la instrucción de este tipo de casos se centre en la demostración de que el consentimiento fue dado, activa o pasivamente. He aquí donde surge un problema importante. En primer lugar, porque la mayoría de las investigaciones sobre lesiones en genitales femeninos realizadas hasta la fecha estudian aquellas producidas durante el sexo no consentido y por lo tanto su valor es escaso como evidencia a la hora de determinar consentimiento<sup>9</sup>; y, en segundo lugar, no es posible precisar, de manera general y objetiva cómo debe manifestarse esa voluntad contraria al acto propuesto<sup>1</sup>.

En ocasiones, el dilema reside en determinar no sólo si la negativa tuvo lugar, sino además, si ésta fue suficientemente exteriorizada y si fue percibida por el autor como tal. De igual modo, debe tenerse en cuenta que el consentimiento se puede graduar y retirar en cualquier momento, bajo exclusivo criterio del propio individuo. Además, La Ley actual, tampoco exige que la víctima se oponga “heroicamente” al acto que no consiente, ya que eso sería propio de conceptos absolutamente desfasados como son la honra u honestidad (hasta 1989 nuestro CP regulaba este tipo de delitos bajo la rúbrica de “*Delitos contra la Honestidad*”, llevando al reconocimiento de situaciones realmente aberrantes como considerar que una mujer que a juicio de terceros carecía de honestidad podía ser objeto de violación)<sup>1</sup>.

El consentimiento, en muchas ocasiones, está más determinado por las percepciones y creencias sobre la comunicación no verbal, que por las comunicaciones abiertas y honestas. A destacar, la localización y el contexto del encuentro (considerados por ambos sexos como “*una medida de interés*” por el coito<sup>7</sup>, y por tanto, una extensión del consentimiento) o la consideración personal de cada individuo sobre los roles de género (“*obligaciones y derechos sexuales*” del individuo)<sup>12</sup>.

Aquellos hombres y mujeres que sostienen roles tradicionales de género (hombre como “iniciador” y la mujer como “guardiana” del sexo) presentan una mayor aceptabilidad hacia la coacción sexual<sup>12</sup>; y, por ejemplo, estos individuos interpretarían el hecho de que sea la mujer quien concierte y/o pague en la cita, que acuda a la casa de la pareja o busque quedarse a solas con ella (“*noción de territorio de control*”)<sup>12</sup> como una manifestación de “interés-consentimiento”.

En general, los hombres usan con mayor frecuencia que las mujeres la coacción durante sus encuentros sexuales<sup>12</sup> (hasta una cuarta parte de los hombres universitarios reconocen haberla utilizado<sup>6</sup>). Deben denotarse también las diferencias étnico-culturales, especialmente en población adolescente y adultos jóvenes: mientras

las percepciones son similares entre mujeres y hombres caucásicos, los hombres afro-americanos son los individuos más influenciados por ellas y las mujeres hispanas los menos<sup>12</sup>. Afortunadamente estos comportamientos disminuyen con el tránsito a la adultez<sup>12</sup>.

Debe quedar claro, que no existe ningún caso ni ninguna circunstancia en la que una persona “deba” soportar un acto sexual que no desea, independientemente del significado que se le pretenda dar<sup>1</sup>. Sin embargo, esta premisa no está completamente asumida por ninguna de las dos partes involucradas en un acto sexual, ni siquiera cuando éstas comparten una relación amorosa. Por un lado, podríamos catalogar estos encuentros como “*sexo consentido, pero no deseado*”, y no es en absoluto infrecuente, se estima que el 26% de los hombres y el 50% de las mujeres ha participado al menos en un encuentro sexual de este tipo recientemente<sup>13</sup>, y aunque puede parecer similar al sexo deseado, éste es más restringido en cuanto a prácticas sexuales se refiere. Por otro lado, no deben desestimarse un subconjunto de violaciones denominadas como “*date rape*”<sup>6</sup>, que son aquellas en las que agresor y víctima mantienen una relación amorosa (en general, se consideran en el seno de relaciones heterosexuales siendo el agresor el varón y la mujer la víctima, pero se acepta su existencia en relaciones homosexuales, aunque estos supuestos no han sido muy bien estudiados).

Los adolescentes de ambos géneros sostienen la creencia de que una relación conlleva una serie de derechos y responsabilidades sexuales: 4 de cada 5 adolescentes considera que el sexo forzado es aceptable si la pareja lleva saliendo 6 meses, el 39% de los chicos y el 12% de las chicas considera aceptable que un chico fuerce a una chica si ya han mantenido sexo antes y el 37% de ellos y el 23% de ellas lo aceptan si la chica ha provocado activamente la excitación del chico (por ejemplo, con su vestimenta o sus movimientos durante el baile)<sup>12</sup>. El 20% de las mujeres entre 14 y 26 años que tienen pareja estable considera que no tienen derecho a interrumpir los “juegos preliminares” y mucho menos el coito<sup>12</sup>. Curiosamente, el sentimiento de “*ser incapaz de rechazar el sexo*” se asocia con hombres que mantienen sexo con hombres (26% OR:4.5 CI:1.9-10.9 p<0.01) pero no con hombres que mantienen sexo con mujeres (6.6% OR:1.5 CI:0.9-2.4)<sup>13</sup>. Sin embargo, las mujeres son más permisivas en cuanto al coito forzado cuando ocurre con una pareja o conocido que con un desconocido, lo que contribuye a apoyar esos estereotipos sociales a los que nos referíamos con anterioridad (y también su responsabilidad y/o culpabilidad en lo ocurrido)<sup>12</sup>.

Muchas víctimas no etiquetan como violación sus relaciones sexuales no deseadas o se sienten confusas sobre si el incidente fue forzado o no, o se culpan a sí mismas por crear el contexto en el que tuvo lugar o por acceder voluntariamente a consumir alcohol o drogas previamente (auto-culpabilidad/auto-responsabilidad)<sup>6</sup>. Por ello, seguramente muchas personas contestarían “NO” a la pregunta “¿Has sufrido alguna vez una agresión sexual/violación?”, pero contestarían “SÍ” a la pregunta “¿Alguna vez has mantenido algún tipo de actividad sexual sin desearlo?”. En general, el 40.6% de las mujeres y el 20.4% de los hombres han mantenido algún tipo de práctica sexual no deseada/no consentida, prevalencia que aumenta con la edad (hombres: 12-14 años 9% y 22-24 años 25.6%; mujeres: 12-14 años 16.6% y 22-24 años 52.7%). Analizando estos datos más detalladamente, encontramos en primer lugar aquellas prácticas que

se enmarcarían dentro de la agresión sexual (besos, tocamientos y masturbación sin penetración) y aquellos que se enmarcarían dentro de la violación (penetración oral, vaginal o anal).

Para la primera, parece no haber diferencias según la orientación sexual ( $p > 0.05$ ), en ambos sexos aumenta con la edad, el número de parejas sexuales, uso de alcohol y drogas blandas y en aquellos individuos que hablaban con regularidad con sus amigos de relaciones sexuales indeseadas y de cómo evitarlas. En los hombres aumenta con la temprana iniciación sexual e historia previa de ETS, mientras que en mujeres aumenta con historia negativa de ETS, existencia de problemas sexuales y tenencia de al menos un buen amigo<sup>13</sup>.

Para la segunda, aumenta en ambos sexos si el nivel educacional es bajo, con la tenencia de un elevado número de parejas sexuales, debut sexual temprano, práctica de cibersexo/envío de auto-pornografía (salvo en el caso de hombres que mantuvieran ese contacto con otros hombres) o parejas sexuales conocidas a través de Internet, mantenimiento de sexo homosexual, historia negativa de ETS, problemas sexuales, sentimientos de no sentirse atractivos o miedo a perder a su pareja; y también si previamente habían recibido dinero o regalos a cambio de sexo, o curiosamente, ellos mismos habían forzado a otras personas a mantener sexo. En hombres, aumentaba la prevalencia en no occidentales, tenencia de pareja embarazada, si mantenían relaciones con personas de su grupo de amigos o con el uso de drogas duras. En mujeres el riesgo fue similar independientemente del género con el que mantuvieran el sexo (pero especialmente elevado en aquellas homosexuales, para coito heterosexual no deseado), fue también mayor cuando no se usaba preservativo, con el uso de alcohol o drogas blandas, si poseían sentimientos de insatisfacción con su propia vida sexual o consumían porno<sup>13</sup>.

Es muy importante también, en todos los casos, tener claro que la víctima no causa la agresión<sup>4</sup>, nadie bajo ninguna circunstancia o supuesto merece ser agredido. Y sin embargo, desgraciadamente, la aceptación de ambos sexos para la coacción varía, por ejemplo, según cómo visten las víctimas (mayor si la víctima vestía de manera provocativa)<sup>12</sup> o según la "reputación" de ésta<sup>6</sup>.

El papel desempeñado por el alcohol y otras drogas durante la agresión sexual es complejo, en general, contribuye a través de múltiples factores y aumenta el riesgo de muchos otros. Las agresiones sexuales facilitadas por alcohol u otras sustancias, en ocasiones ingeridas voluntariamente por la víctima, están aumentando en los ambientes estudiantiles, actualmente ya son más frecuentes que la clásica agresión con uso de violencia<sup>4</sup> (hasta en el 30% de estas agresiones en mujeres estaba presente el alcohol u otras drogas<sup>5</sup>). El hecho de que una persona bajo los efectos de cualquier sustancia, no sea capaz de rechazar activamente una relación sexual, no implica que pueda ser objeto de esta. Diferente es el caso de que una persona fruto de la desinhibición que producen determinadas sustancias, cometa actos voluntariamente de los cuales pueda arrepentirse al cesar el efecto y ser entonces plenamente consciente de las consecuencias que esos actos puedan conllevar en la realidad.

Actualmente, por fortuna, parece que nos encontramos en el camino hacia la consecución de una sociedad igualitaria, en la que, pese a que siga existiendo la



violencia, una razón de ella no sea la supremacía de ninguno de los dos sexos sobre el otro. La superación de prejuicios pasados y la liberación sexual de algunos colectivos, ha hecho que se presenten ante nosotros escenarios aún desconocidos sobre los que no disponemos conocimiento científico para contribuir desde nuestra profesión a la resolución de los diferentes problemas que puedan ocasionar.

El reconocimiento actual de algunos de estos delitos, ignorados durante largo tiempo por nuestra sociedad, pueden ser difíciles de aceptar inicialmente, y sin embargo debemos persistir en su divulgación, este es el caso de la violación masculina.

Mi intención inicial en este trabajo, fue abordar el tema obviando la cuestión del género, asumiendo el sexo de la víctima y el/la agresor/a como una variable más entre múltiples. Sin embargo, la proporción bibliografía disponible, el carácter social especial de la violación masculina y la clara diferencia entre la prevalencia de los delitos, ha hecho que me resulte imposible.

Lo verdaderamente aterrador del asunto es conocer la perspectiva ante la que nos encontramos (expuesto por amplias encuesta poblacionales): a lo largo de su vida, 1 de cada 3 mujeres<sup>4</sup> y el 12.9% de los hombres<sup>14</sup> será víctima de una agresión sexual, sufrirán una violación o intento de ella entre el 13-39% de las mujeres<sup>4</sup> y el 3% de los hombres<sup>4</sup>. La edad con mayor riesgo para la agresión sexual comprende entre los 16 y los 24 años para las mujeres<sup>4</sup> y antes de los 18 años para los hombres<sup>14</sup>. En el caso de las mujeres, además se incrementa entre 3 y 4 veces las probabilidades de verse involucradas en un nuevo suceso durante esos años<sup>6</sup>, es decir, es difícil frenar el “ciclo de re-victimización sexual”. Nuestra sociedad se encuentra, ante un grave problema social y de salud, lejos de ser resuelto.

La crítica y enjuiciamiento de estos actos debe ser colectiva, pero también objetiva y justa, evitando siempre la generalización y respetando la presunción de inocencia. Las falsas denuncias de agresión sexual existen, sí, y actualmente no se duda de su existencia; sin embargo, se mantiene una gran controversia sobre su verdadera prevalencia. No debemos olvidarlas, ni considerarlas inofensivas o con nulas consecuencias, ni para las verdaderas víctimas ni para los falsos agresores, independientemente del género; tampoco podemos caer en el error de permitir que se conviertan en un arma para todos aquellos incapaces de asumir la verdadera gravedad de los delitos contra la libertad sexual.

Para concluir este apartado, aclarar que debido a problemas de extensión y no a la banalidad o a la falta de interés propio, he limitado este trabajo en cuestiones referentes, por ejemplo, al protocolo de recolección de los “Kits” de evidencias y su custodia, a la identificación de vestigios de saliva, semen, secreciones vaginales, etc., sus características bioquímicas y técnicas analíticas, influencia del alcohol y otras sustancias y su capacidad de sumisión de la voluntad y/o consciencia, delitos sexuales con resultado de muerte u otros delitos importantes en la defensa de los derechos de la infancia como son los delitos contra la indemnidad sexual, la mutilación genital femenina o “las pruebas de virginidad”.

### 3.- DETERMINACIÓN DEL CONSENTIMIENTO EN BASE A LAS LESIONES SUSTENTADAS POR EL SUJETO FEMENINO

Propongamos para comenzar el siguiente caso: una mujer de 28 años presenta una denuncia en la que acusa a su ex pareja de una violación vaginal que ocurrió hace tres días. Durante el examen físico no encontramos ninguna lesión corporal ni genital. Las posibles explicaciones son:

- a.-La acusación es falsa, el coito no tuvo lugar.
- b.-La acusación es falsa, sí hubo coito vaginal, pero éste fue consentido.
- c.-La acusación es verdadera, pero la violación no dio lugar a lesiones.
- d.-La acusación es verdadera, pero las lesiones que produjo ya han desaparecido por completo.
- e.-La acusación es verdadera, pero las lesiones que produjo son menores y el examinador no puede detectarlas.

A lo largo de las hipótesis planteadas encontramos todas las incógnitas que pueden surgir respecto al tema: prevalencia de lesiones en actividades sexuales consentidas y no consentidas, si existen lesiones definitorias de delito (patognomónicas de acto no consentido), cuál es la duración de las lesiones, cuál debe ser el método de detección y la formación y entrenamiento del explorador.

En 2013, el *Journal of Forensic and Legal Medicine* publicó un metaanálisis<sup>10</sup> que pretendía aclarar por fin, las dudas sobre la verdadera prevalencia de las lesiones consecuencia de este tipo de delitos, tanto LEG como LAG. Así se recogieron todos aquellos artículos publicados entre 1972 y 2011 de habla inglesa que versaban sobre el tema, excluyendo aquellos centrados exclusivamente en población pediátrica y aquellos que no aportaban datos numéricos. La mayoría de los artículos obedecían a uno de los siguientes objetivos:

- 1.-Determinación de la prevalencia y/o patrón de lesiones en las víctimas.
- 2.-Variación de lesiones según la victimología (por ejemplo, vírgenes vs. no vírgenes).
- 3.-Comparación de datos de diferentes técnicas y/o equipamientos en el diagnóstico de lesiones.

La única conclusión firme que se alcanzó fue que la literatura existente no era lo suficientemente homogénea para poder realizar un metaanálisis estadísticamente óptimo<sup>10</sup>, y por lo tanto era imposible extraer otras afirmaciones que no fueran que tanto el contacto sexual consentido como no consentido puede tener o no como resultado lesiones<sup>9,10,13</sup>. Además se evidenció la necesidad de estandarizar una metodología para investigaciones futuras que permita aumentar la robustez de los metaanálisis que las seguirán<sup>10</sup>.

La variabilidad de los estudios se debe a los siguientes aspectos:

▪La mayoría de los artículos incluidos no tenían como objetivo principal la determinación de la prevalencia (lo que sería ideal para incrementar la robustez del metaanálisis), sino que ésta se describía secundariamente a partir de los datos recabados para responder a otras preguntas.

▪Se denotó también la ausencia de uniformidad entre los exploradores, tanto en cuanto a la profesión como al entrenamiento específico (y sólo la mitad lo detallaban). En Estados Unidos la mayor parte de los exámenes los llevan a cabo las “SANEs” (“*Sexual Assault Nurse Examiners*”, que pertenecen al personal de enfermería), en Reino Unido y en la mayoría de países de la Unión Europea es realizado por ginecólogos, o por ejemplo, en Dinamarca por patólogos forenses.

▪Las técnicas clínicas de detección también difieren entre los estudios y el tamaño muestral suele ser pequeño (varía entre los 17 y los 1.223 individuos, con una media de 299.5, un total de 8.385), lo que también es un impedimento.

Pese a todo lo anterior, se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia media de lesiones corporales fue 48.6% (proporción de participantes de los estudios con LEG), con un rango de 6.3% a 82% y una mediana de 47.4%<sup>10</sup>; la prevalencia media de lesiones genitales fue 34.8%, con un rango entre el 5% y el 87% y una media de 29.3%<sup>10</sup>; y la prevalencia de individuos sin ningún tipo de lesión (ni LEG ni LAG), aunque la mitad de los estudios no incluían datos numéricos sobre este grupo, parece que osciló entre el 18 y el 68% aproximadamente<sup>10</sup>. [Figura 1,2 y 3, **Anexo 2**]

Algo muy importante que debe entenderse siempre que se plantee este tema, es que la mayoría (si no todos) los estudios publicados en la literatura presentan una limitación inherente, y es que la población de víctimas siempre se obtiene de un grupo de individuos que o bien “auto-denuncia” o bien “auto-solicita” atención médica, pero siempre bajo su propio juicio y/o posibilidad. Es decir, que, aunque conozcamos la prevalencia de denuncias falsas, los datos en sí mismos están sesgados. Por lo tanto, sabiendo que aquellas víctimas que tienen más y más graves lesiones denuncia y/o solicitan atención con mayor frecuencia, la verdadera prevalencia de daño ocasionado en estos delitos tiene que ser mucho menor que la que estimamos en nuestras investigaciones<sup>10</sup>.

### 3.1. LESIONES ANO-GENITALES (LAG)

Se define como lesión ano-genital (LAG) todo aquel trauma, que ocurre en dicha región corporal, como consecuencia de un contacto físico<sup>15</sup>. Sin embargo, como veremos a continuación, existen múltiples variables que pueden afectar a un mismo resultado, y varias circunstancias diferentes que pueden tener un desenlace común. Todo ello, deja claro, por qué los resultados de los estudios sobre el tema son tan difíciles de interpretar y unificar<sup>15</sup>, y todos esos factores incontrolables hacen imposible la extracción de otras conclusiones. Por lo tanto, las consideraciones sobre el consentimiento finalmente dependen, exclusivamente, del criterio del juez o jurado, no de los profesionales de la salud<sup>7,15</sup>.

En el planteamiento de cada caso, previa atribución de los hallazgos a cualquier tipo de contacto debe tenerse en cuenta otras posibilidades. Algunas anomalías pueden deberse a otras etiologías<sup>15</sup>, por ejemplo, a neoplasias o infecciones (el prurito ocasionado por una infección puede provocar lesiones de rascado, además los tejidos infectados son más friables y por lo tanto es más probable que resulten lesionados durante el sexo, tienden a cicatrizar más lentamente, por lo que se puede alterar la data de las lesiones<sup>16</sup>); además, el individuo concreto puede presentar una propensión especial a la aparición u otras enfermedades propias (por ejemplo, vaginitis atrófica, enfermedades inflamatorias intestinales, prolapsos uretrales o vaginales, variaciones anatómicas o condiciones dérmicas especiales como la psoriasis, liquen escleroatrófico o alergia<sup>16</sup>).

A tener en cuenta también el hecho de que la actividad sexual puede ocurrir sin involucrar a otra persona (por ejemplo, durante la masturbación<sup>15</sup>, de ahí una de las importancias de la recogida de muestras de ADN) y que la comisión del delito no exige contacto físico entre agresor y víctima<sup>1</sup> (basta, por ejemplo, con obligar a una persona a desnudarse y masturbarse ante la presencia del cuerpo desnudo); además, existe la posibilidad de que el mismo acto de examinación pueda causar lesión.

La presencia de lesiones de extrema gravedad (tanto LAG como LEG) sólo puede ser causada por actos no consentidos, a excepción de dos eventualidades: el autoinflingimiento<sup>17</sup> y el contexto del sadomasoquismo<sup>15</sup>.

Los diferentes métodos de ataduras y “auto-ataduras” pueden aprenderse a través de Internet y emplearse durante prácticas sexuales como el “*bondage*” (prácticas masoquistas) o el “*auto-bondage*” (prácticas auto-eróticas), pero también en la simulación de agresiones sexuales u otros delitos<sup>17</sup>.

Philips<sup>18</sup> en 2000, recogió en su libro las experiencias, deseos y fantasías sexuales de 30 mujeres de entre 18 y 22 años. En él, se describían juegos sexuales consentido por ambas partes consistentes en simulación de violaciones o encuentros sexuales consentidos tan violentos que la única diferencia con una agresión era su consentimiento. Sin embargo, la descripción de estas experiencias siempre contaba con descripciones estereotípicas, incluso en aquellas mujeres que se habían declarado víctimas previas de agresiones sexuales o violaciones. Las experiencias de sexo violento consentido suelen diferir de la violación violenta porque en ella la violencia no se asociaba al propio delito en sí (el propio momento acto de penetración)<sup>18,19</sup>.

Pese a todo lo anterior, para la consideración inicial de las supuestas víctimas no debe importar la morfología ni la severidad de las lesiones, su testimonio debe constituir siempre la base primaria para determinar si éstas se deben o no a una agresión sexual<sup>20</sup>.

---

### 3.1.1. CONSIDERACIONES SOBRE DE LAS LAG

---

#### 3.1.1.1. DEFINICIÓN Y CICATRIZACIÓN

Posiblemente con la intención de unificarse a los estudios existentes sobre la materia, la mayoría de los artículos utilizan la Clasificación “TEARS”, propuesta por Slaughter L. y Brown C. en 1992<sup>21</sup>. “TEARS” es el acrónimo en inglés para las siguientes lesiones: “tears”, “ecchymosis”, “abrasions”, “redness” y “swellings”, que podemos definir de la siguiente manera<sup>9,15,16,22</sup>:

▪“**Tears**”: cualquier alteración de la integridad o continuidad del tejido, piel o mucosa, de profundidad variable, asociada o no a sangrado, con bordes definidos o no, pudiendo unirse estos o no. En este trabajo consideraremos como traducción el término “*laceración*”.

▪“**Ecchymosis**”: cualquier alteración de la coloración (gris, azul, morado, verde, amarillo, marrón o mixto) de la piel o mucosa debida al daño de vasos sanguíneos por contusiones o hematomas, sin alteraciones de la continuidad. En este trabajo consideraremos como traducción el término “*equimosis*”.

▪“**Abrasions**”: cualquier pérdida de la capa epidérmica de la piel o la mucosa, con o sin sangrado, pudiendo ser lineales/ unidimensionales o no lineales/ bidimensionales. En este trabajo consideraremos como traducción la palabra “*escoriación*”.

▪“**Redness**”\*: descripción de aquellos tejidos anormalmente eritematosos e inflamados. En este trabajo consideraremos como traducción el término a palabra “*eritema*”.

▪“**Swellings**”\*: todo aquel edema local. En este trabajo consideraremos como traducción el término “*inflamación*”.

\*Sin embargo, mientras todos los autores consideran como lesiones significativas las laceraciones, equimosis y escoriaciones, muchos desprecian los eritemas e inflamaciones por su interpretación subjetiva<sup>15</sup> (y por lo tanto difícilmente comparable<sup>16</sup>), especialmente en el área genital, ya que ambas pueden estar producidas por la fricción de dos objetos, uno contra otro, sin ser posible ser más específico en esta descripción<sup>15,22</sup>.

Un pequeño detalle que debe tenerse en cuenta durante la exploración es la presencia de sangre menstrual. La menstruación puede estar presente con frecuencia durante la exploración genital, en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando el punto sangrante es visible, puede ser fácilmente diferenciable de una hemorragia de origen arterial debida a una lesión, sin embargo, en otras ocasiones puede no resultar tan sencillo. Recientes investigaciones han hecho progresos en la producción de un método fiable para distinguir la sangre menstrual de la sangre circulatoria mediante la detección de dímero-D<sup>23</sup>, el cual resulta positivo en el 100% de las muestras de sangre menstrual (incluso tras un largo almacenamiento), y negativo en la sangre periférica aunque ésta esté mezclada con semen o el individuo haya realizado un ejercicio moderado.

Desde una perspectiva forense y terapéutica es importante considerar la cicatrización de las LAG. Podemos dividir el proceso en los siguientes pasos<sup>16</sup>:

1.-Reacción inmediata (0-4 horas): incluye vasoconstricción, activación de la coagulación, plaquetas y células endoteliales, hemostasia y la formación del coágulo. El coágulo de fibrina y el colágeno de la matriz extracelular estabilizan la herida.

2.-Proliferación: reconstrucción y granulación, en condiciones ideales la reepitelización ocurre en las primeras 48-72 horas.

3.-Maduración, remodelado: mientras que la reepitelización de las heridas superficiales ocurre a velocidad de 1mm cada 24h, las profundas comienzan a cicatrizar pasadas 48-72h horas, de cualquier manera, la multiplicación y diferenciación celular tarda entre 5 y 7 días. La completa restauración de los tejidos requiere de 4-6 semanas, y, la maduración de la cicatriz puede llevar entre 60 y 180 días.

4.-Inflamación: esta fase es simultánea a algunas de las anteriores, se caracteriza por eritema, hinchazón y ligero aumento del dolor y la temperatura local. Aparece principalmente hasta el día 5-7.

Partiendo de estos conocimientos base sobre la cicatrización podemos avanzar hacia la consideración de la duración de este tipo de lesiones. Respecto a esta cuestión uno de los artículos de referencia citado con frecuencia por otros es el llevado a cabo por Astrup et al.<sup>24</sup>, el cual se declara como el primero que estudia sistemáticamente la presencia de lesiones tras un único coito a lo largo de 7 días.

En el estudio de Astrup et al<sup>24</sup>. las voluntarias fueron recolectadas del *University College Lillebaelt, Health and Social Sciences* mediante correos electrónicos, aquellas que aceptaron recibieron como única instrucción que debían mantener un coito con penetración vaginal del pene, según sus prácticas habituales en las 48 horas previas al examen. Otros investigadores cuestionan este método de selección, ya que consideran que el mero hecho de saber la mujer, y posiblemente también la pareja, que ésta será explorada posteriormente, puede condicionar la práctica del coito de alguna manera.

Las mujeres fueron divididas en dos series (en total n=98), ambas se exploraron en <48h tras el coito, posteriormente, la Serie II (n=50) se examinó también en un segundo momento a los 3-4 días y en un tercer momento a los 6-7 días (sin coitos posteriores al primero). El estudio estaba semi-enmascarado, ya que, aunque los examinadores no sabían el resultado de las exploraciones anteriores sí que conocían si se trataba de la primera, segunda o tercera exploración.

Solamente se publicaron los resultados de las laceraciones. La mediana de la supervivencia de las laceraciones (**Figura 2**) fue de 24 horas (I.C. 19-42h) utilizando la visión directa; 40h (I.C. 20-83h) utilizando el colposcopio; y 80h (I.C. 21-108h) utilizando tinción con Azul de Toluidina (AzT).

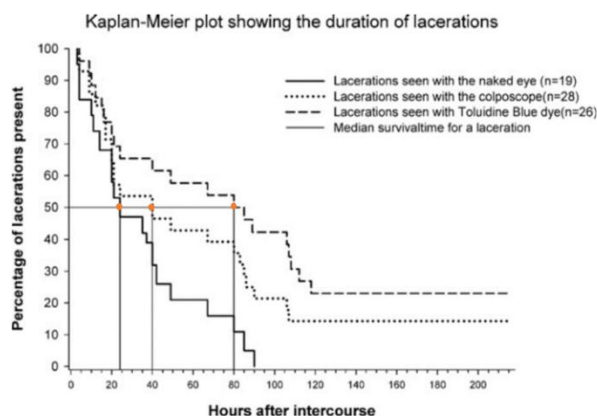


Fig. 2. Survival of lacerations seen with three different investigative techniques.

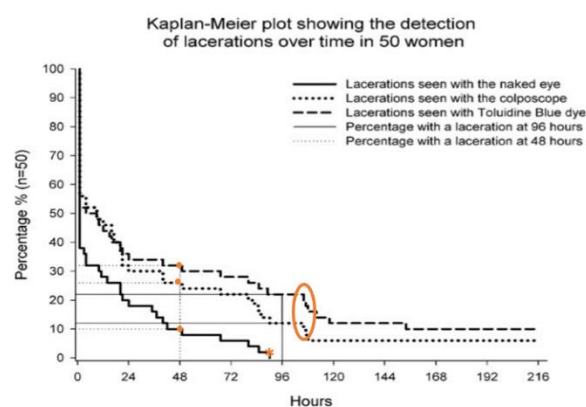


Fig. 3. Survival curve illustrating the percentage of the 50 women examined who had one or more lacerations at a given time after consensual sexual intercourse.

Si nos referimos al porcentaje de mujeres que sostenían alguna lesión (**Figura 3**): el 10% (I.C. 0.3-21.8%) de las mujeres examinadas a las 48h con visión directa, el 26% (I.C. 14.6-40.3%) de las mujeres examinadas a las 48h con colposcopio y el 32% (I.C. 19.5-46.7%) de las mujeres examinadas a las 48h con AzT. La laceración con la supervivencia más larga con visión directa fue visible hasta las 89h después (\*). Después de cuatro días, 96h, el 12% de las mujeres tienen lesiones visibles al colposcopio, cifra que asciende al 22% si además aplicamos AzT.

Es decir, se pudo establecer que, aunque la detección es más probable si las mujeres son exploradas dentro de las primeras 24 horas posteriores al episodio (OR 4.88, IC 1.90-12.54,  $p < 0.005$ , sin ajustar por consentimiento), que, si lo son entre las 24 y las 72h, las lesiones en muchos casos duran más que el límite establecido para la admisión de las víctimas de agresiones sexuales en la mayoría de centros, que suele ser como máximo entre 48-72h después del evento<sup>9,24</sup>.

Sin embargo, no es común que los individuos se examinen después de las 72h. Los controles por causas metodológicas y los casos por razones legales y médicas; por ejemplo, en la muestra de Lincoln et al.<sup>9</sup>, sólo los controles fueron explorados entre las 48 y las 72 horas y solamente uno de los casos fue explorado pasadas las primeras 24 horas (y sólo le fueron halladas equimosis).

La evolución de las equimosis debe considerarse de manera especial. En general, se recomienda la revisión posterior de las víctimas tras unas 24h porque varias investigaciones sugieren que se trata de un hallazgo de aparición retrasada, cuya detección es más frecuente entre las 48 y las 72h<sup>2,24</sup>. Sin embargo, Lincoln et al.<sup>9</sup>, encontraron equimosis de tono rojo en mujeres examinadas en <24h (la mayoría - 81%- en <12h), lo que sería contradictorio con estos conocimiento previo, por ello se sugirió que podría tratarse en realidad de zonas en las que fue aplicada una elevada presión que provocó una vasodilatación, más que una verdadera lesión vascular.

### 3.1.1.2. ESTANDARIZACIÓN DE LAS LAG

A pesar de su popularidad, es evidente que la Clasificación “TEARS” es muy sencilla, sin embargo, la literatura no valida ninguna otra escala para cuantificar y calificar las LAG. Existen

otras escalas usadas en el ámbito quirúrgico, pero sus mínimas puntuaciones son mucho más severas que la mayoría de las lesiones que ocurren en estos delitos.

Por ello, en numerosas ocasiones se ha puesto de manifiesto la necesidad de unificar el método de trabajo en este campo con el objetivo de mejorar la exactitud y el grado de consistencia de la interpretación de los hallazgos<sup>10</sup>, que permita la comparación y generalización de resultados. Con esta intención, Kelly et al. en 2013<sup>25</sup> publicaron un artículo en el que presentaban la “aclamada escala”: La “*Derivation of the Genital Injury Severity Scale*” (G/ISS). En el **Anexo 3** se adjunta un resumen de la metodología que se siguió durante su construcción, la presentación de la escala y un análisis de su consistencia. Curiosamente, pese al laborioso proceso, resultó una escala muy similar a la Clasificación “TEARS”; su consistencia interna resultó muy buena y demostró que era práctica a la hora de completarse en la clínica. Sin embargo, al igual que las que le preceden, esta escala tiene sus limitaciones: la clasificación de los sujetos se hace en función de su declaración, se limita a genitales externos y no recoge datos de lesiones en genitales masculinos ni del ano, para ningún género.

El artículo se publicó en 2013, por lo que por su novedad no he encontrado referencias a ella en artículos contemporáneos, ni su uso como instrumento clasificatorio.

---

### 3.1.1.3. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LAS LAG

Como comentábamos con anterioridad, los métodos diagnósticos son diversos y cada estudio incluye una combinación de los mismos. Esto no solo ocurre en el ámbito científico, sino que en la práctica clínica también existe esta variabilidad entre los diferentes servicios de atención a las víctimas (además, muchos de los datos utilizados en los estudios proceden de revisiones retrospectivas de estos servicios, un método un bastante inconsistente).

En la bibliografía existente hasta la fecha, podemos identificar un total de 5 protocolos de identificación<sup>9</sup>:

- 1) Macroscópico (visión directa)<sup>2</sup>
- 2) Tinción + Macroscópico
- 3) Colposcopia<sup>3</sup>
- 4) Tinción<sup>4</sup> + Colposcopia
- 5) Combinación de Macroscópico + Colposcopia + Tinción

Actualmente, todavía no existe acuerdo sobre cuál es el que debe emplearse. Varias son las razones citadas por los investigadores y profesionales para defender el uso o no de los métodos complementarios. A favor, la gran información que puede aportarse con su aplicación<sup>24</sup>. En contra, el coste y la formación y entrenamiento

---

<sup>2</sup> Una puntualización a este procedimiento, es que en varias investigaciones declaran la preferencia por los espéculos de material plástico con palas transparentes, para la correcta visualización de las paredes del introito<sup>2,9</sup>. Sin embargo, prácticamente ningún estudio se describe exáctament cómo son los instrumentos que utilizaron.

<sup>3</sup> El colposcopio y las lentes de zoom de las cámaras usadas por los examinadores forenses tienen una capacidad de aumento mínima de 2.5 veces, además de buena resolución y posibilidad de hacer fotos o videos durante el examen, lo que puede resultar muy ventajoso<sup>24</sup>.

<sup>4</sup> La tinción más utilizada es el Azul de Toluidina (AzT), es un colorante nuclear originariamente utilizado por ginecólogos para detectar lesiones neoplásicas vulvares. La capa superficial de la vulva está formada por células no nucleadas, por ello todas aquellas áreas que retienen el colorante tras la aplicación y retirada del mismo, pertenecen a capas más profundas y por lo tanto revelan lesión<sup>24</sup>. Apreciar que el AzT es espermicida por lo que puede interferir en otros test forenses<sup>16</sup>. A tener en cuenta, que no todos los estudios especifican cómo es la preparación del tinte.



requerido por cada técnica. Debe tenerse en cuenta la posible aparición de falsos positivos de la técnica, atribuidos en la mayoría de las ocasiones a fallos en la aplicación y/o retirada del tinte, o a efectos de las fotografías que no representan lo que el profesional ve mediante visión directa<sup>25</sup>.

### 3.1.1.3.1. VARIABILIDAD DE LA PREVALENCIA DE LAS LAG SEGÚN LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

En 2013 Lincoln et al.<sup>9</sup>, con la intención de determinar al fin cuál es la prevalencia de éste tipo de lesiones, recogieron un total de 85 artículos sobre “*la prevalencia de lesiones en genitales femeninos*”; 70 de ellos consideraban sólo las lesiones de sexo no consentido, 8 las lesiones debidas a sexo consentido y 7 comparaba ambos grupos.

La interpretación comenzó con la clasificación de los estudios según el protocolo de examen (citados en el apartado anterior), aunque algunos no lo detallaban claramente. A continuación, con el objetivo de mejorar la calidad de las decisiones, se pretendió seleccionar sólo aquellos que:

- 1.-Tuvieran un diseño prospectivo.
- 2.-El tiempo entre la penetración y el examen no excediera las 72 horas.
- 3.-Exclusión de mujeres prepúberes y postmenopáusicas.
- 4.-Exclusión de lesiones de interpretación subjetiva (eritema e inflamación).
- 5.-Exclusión de penetración anal y lesiones anales/perineales.

Sin embargo, ninguno de los estudios cumplía todos los criterios, aunque todos al menos uno, y la mayoría dos. Así fue como se seleccionaron los 46 “estudios clave”, 39 de ellos proporcionaban datos de prevalencia en sexo no consentido según los modelos de examen (tabla 1, **Anexo 4**) y 14 de sexo consentido (tabla 2, **Anexo 4**), los otros 7 comparaban a ambos grupos (tabla 7, **Anexo 4**). Podríamos considerar que éstos últimos son los que mayor contribución ofrecen al debate sobre la detección y valor de las LAG en relación con el consentimiento.

El análisis conjunto de estos artículos, unificando los datos según el método de examen, concluyó en las cifras de la tabla que se adjunta a continuación (tabla 3<sup>9</sup>) donde podemos ver la variación significativa de la prevalencia.

Los rangos pueden parecer similares en ambos grupos, sexo consentido y no consentido, excepto cuando el método de examen es “Tinción + Macroscopía” (“*Staining /macroscopic*”). Esto puede deberse a

**Table 3**  
Ranges of genital injury prevalence cited in 46 ‘key’ studies.

Method of examination	Consensual SI	Non-consensual SI
Macroscopic	0–34%	4–40%
Staining/macroscopic	4.5–28%	28–58%
Colposcopic	0–49%	39–60%
Staining/colposcopic	11–73%	15–89%
Combination all 3 methods	55%	68%

SI = sexual intercourse.

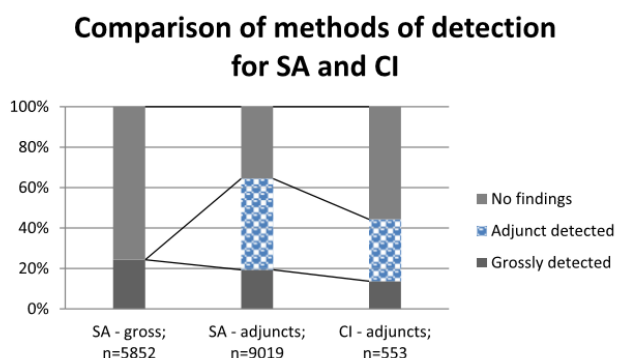
que, como sólo esos 7 artículos comparan grupos, la manipulación de los datos para obtener estas prevalencias, se realiza a posteriori empleando resultados de las conclusiones de diferentes estudios, y puede que las metodologías de aplique de las técnica de tinción fueran distintas (notas al pie de página 15)<sup>9</sup>.

Pero en general, si consideramos exclusivamente la macroscopía (por las razones que puntualizaremos en el siguiente apartado) podemos afirmar que: el sexo no consentido muestra una probabilidad significativamente superior de resultar en lesión detectable en las primeras 24h (53.7% en no consentido vs. 9.9% en consentido, con una OR 10.57, I.C. 4.07-27.42,  $p < 0.00001$ )<sup>9</sup>, e incluso en las primeras 48 horas (56% en no consentido vs. 12% en consentido, con una OR 10.56, I.C. 3.57-31.21,  $p < 0.005$ )<sup>9</sup>. Sólo existe otro estudio comparable, cuyos resultados fueron 22.8% en no consentido vs. 5.9% en consentido<sup>11</sup>, sin embargo, en éste se incluyeron mujeres >45 años algunas de ellas postmenopáusicas y no aclara si el espéculo era transparente ni queda claro si se interrogó sobre algún otro tipo de penetración que acompañara al pene, lo que condicionaría la detección y aparición de lesiones.

### 3.1.1.3.2. COMPARACIÓN DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LAS LAG

En general, los estudios han demostrado un aumento en la detección de LAG cuando se emplean métodos de magnificación y/o tinción con Azul de Toluidina (AzT) durante el examen (figura 1, a la derecha)<sup>25</sup>.

Antes de desglosar este apartado debemos tener en cuenta lo siguiente: todos los estudios realizados sobre el tema, realmente siguen una metodología artificial, que no simula completamente los verdaderos exámenes de las víctimas, ya que, los investigadores son instruidos para informar paso a paso (método a método) las lesiones que detectan; sin embargo, en los exámenes reales de las víctimas todos los procedimientos determinan una única conclusión<sup>24</sup>.



**Fig. 1.** Combined prevalence results of past 3 decades of SA/CI studies on physical findings (using all studies cited in the above paragraphs). Elimination of the adjunct-detected segments would result in SA and CI groups that would be difficult to compare.

SA: Agresión Sexual  
 CI: Sexo Consentido  
 Adjuncts: métodos complementarios  
 Grossly detected: detección macroscópica

En las exploraciones de las víctimas, los estudios que utilizan métodos de magnificación y/o tinción con AzT en los exámenes muestran datos de LAG que varían entre 32% y 87%<sup>25</sup> (entre el 40-58% con el uso de AzT y hasta un 87% con el uso de colposcopio<sup>26</sup>); mientras que los que no lo utilizan, es decir, sólo emplean la visión directa, reportan datos entre 6% y 69%<sup>25</sup> ó 5-57%<sup>26</sup>, según donde consultemos. Estas diferencias tan marcadas en las exploraciones con los mismos métodos pueden deberse a distintas versiones de los procedimientos, diferentes definiciones de lesión/hallazgo, variaciones en el intervalo entre suceso y examen, rangos de edad o por los análisis estadísticos empleados. Todo ello dificulta la interpretación de los resultados de cada grupo y todavía más la generalización.

Con el objetivo de arrojar luz en esta cuestión, Zink et al.<sup>26</sup> realizaron un estudio observacional comparando la visualización directa y la magnificación mediante colposcopio de 3.5 aumentos, utilizando como método de referencia el AzT (la combinación de magnificación tras tinción no fue estudiada). Se reclutó una muestra

de 120 voluntarias mayores de 21 años que habían mantenido sexo consentido en las 24 horas previas (para reducir los efectos de la cicatrización) y mantenían en su mayoría (>99% de la muestra) al menos un coito mensual. [Se adjuntan en el **Anexo 5** las tablas de resultados explicados a continuación.]

Aunque estudios anteriores obtuvieron como resultado que la magnificación y la tinción superaban la detección con visualización directa, no fueron estos los resultados obtenidos. En la detección de laceraciones y escoriaciones en los genitales externos, la visión directa y el colposcopio mostraron datos similares, mientras que el AzT mejoró la detección significativamente, tanto en el número de lesiones ( $p<0.05$ ), cómo en el número de individuos en los que se identificaron ( $p<0.05$ ).

Sin embargo, el AzT disminuyó la detección de eritema tanto en genitales internos (sólo se tiñó himen) como en externos, en comparación con los otros dos métodos tanto en número de lesiones ( $p<0.01$  para ambas localizaciones y ambos métodos), como en número de individuos en los que se hallaron ( $p<0.05$  para ambas localizaciones y ambos métodos). Lo mismo ocurre con las equimosis de los genitales internos, el AzT empeora la detección tanto en número de lesiones ( $p<0.05$  para ambas localizaciones y ambos métodos) como en número de individuos ( $p<0.05$  para ambas localizaciones y ambos métodos). No hubo diferencias significativas en la detección de lesiones anales ( $p=0.240$ ), aunque debe tenerse en cuenta que sólo el 4% de la muestra había mantenido sexo anal.

Posteriormente, en 2012, Astrup et al.<sup>24</sup> confirmó estos hallazgos: el AzT mejora, y de este modo ayuda, a la detección de lesiones en las que la mucosa no se mantiene intacta, sin embargo, al decolorar la mucosa se difuminan aquellas lesiones en las que la mucosa no altera su continuidad, pero cambia de color debido al trauma. Además, incluyó en su trabajo un análisis de acuerdo entre pruebas: los valores de Acuerdo Predictivo Positivo resultaron bajos, posiblemente por la dificultad de diagnóstico de las lesiones más pequeñas mediante visualización directa; igualmente, los valores de Acuerdo Predictivo Negativo resultaron también bajos, en este caso podría explicarse por la gran dificultad de detección de lesiones en la mucosa vaginal, por ejemplo, puede ser que aunque los núcleos de las zonas laceradas estén expuestos estén recubiertos por fluidos vaginales y no retengan el tinte (de hecho uno de los autores afirma que según su experiencia personal, la retención con contraste aumenta después de un secado con torunda y una segunda aplicación de tinte, sin embargo, no se incluyen esos resultados debido al obvio riesgo de producir iatrogénicamente lesión).

### **3.1.1.3.3. IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN MACROSCÓPICA DE LAS LAG**

Las importantes implicaciones legales que pueden tener las interpretaciones de las investigaciones en este campo demandan desde hace tiempo estudios con una metodología robusta. De ahí la relevancia científica del artículo que, aunque ya hemos mencionado con anterioridad, consideraremos especialmente en este apartado: Lincoln et al.<sup>9</sup>, publicado en 2013.

En este artículo se defiende una importante consideración: si el único método que se emplea durante la atención sanitaria de las mujeres sexualmente activas, es la visión directa (macroscopía), quizá sea este el único que debemos utilizar a la hora de recoger datos para comparar tanto en las voluntarias de sexo consentido como en las víctimas. Y, sin embargo, todos los estudios observacionales que examinan voluntarias de sexo consentido usan, al menos, un método de identificación distinto de la visión directa (la mayoría de ellos los consideran imprescindibles para la detección) y tienen una prevalencia de detección que varía entre el 11% y el 73%<sup>25</sup>.

Por ello, Lincoln et al.<sup>9</sup> estipulan las siguientes condiciones imprescindibles para realizar un estudio verdaderamente útil en la obtención de conclusiones firmes:

- a) El diseño debe ser prospectivo, los análisis secundarios de bases de datos policiales o de centros de atención de víctimas son inconsistentes y pueden llevar a error. El reclutamiento de las participantes debe ser en el momento de la presentación de las lesiones. Las mujeres deben tener entre 18 y 45 años y se excluirán las trabajadoras sexuales.
- b) Todos los examinadores deben tener experiencia en el examen tanto de mujeres sanas, como con enfermedades genitales, y también en exámenes forenses de agresiones sexuales; además, todos deben ser entrenados en la estandarización de las lesiones por los autores del estudio. Por ejemplo, en este estudio concretamente, los profesionales participantes debían tener una experiencia mínima en el primero de 10 años y 5 en el segundo, y los que exploraban a las víctimas una experiencia mínima en el primero de 5 años y 2 en el segundo.
- c) Todas las participantes deben encontrarse en edad reproductiva y no pueden tener la piel extremadamente pigmentada
- d) Durante la exploración deben recogerse datos de cada individuo para las mismas variables de confusión.
- e) Todos los exámenes deben llevarse a cabo dentro de las 72h siguientes a un episodio único de penetración vaginal, consentido o no.
- f) Debe seguirse siempre el mismo protocolo de examen macroscópico en todas las participantes: visión directa sin magnificación, tinción o fotografía, usando un espéculo desechable de plástico transparente con luz incorporada o usando una lámpara de examen ginecológico. Se buscarán sólo laceraciones, equimosis y escoriaciones. Siempre en posición ginecológica (litotomía modificada). Siempre deben explorarse:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Monte púbico                   | 7. Fosa navicular                   |
| 2. Exterior de los labios mayores | 8. Horquilla posterior <sup>5</sup> |
| 3. Interior de los labios mayores | 9. Himen                            |
| 4. Labios menores                 | 10. Paredes vaginales               |
| 5. Clítoris y capucha propia      | 11. Cérvix.                         |
| 6. Área periuretral               | 12. Periné                          |

---

<sup>5</sup> En este trabajo consideraremos como traducción de "*posterior fourchette*", "horquilla posterior", refiriéndonos al frenillo posterior de los labios menores.

---

## 3.1.2. RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LAS LAG

### 3.1.2.1. NATURALEZA DE LAG

La lesión identificada con más frecuencia como resultado de la actividad sexual en todas las muestras es (si consideramos solamente laceraciones, equimosis y escoriaciones), la laceración<sup>9,11,24</sup>.

Si nos centramos en el grupo de individuos que mantuvieron sexo consentido, Lincoln et al.<sup>9</sup>, concluyeron que las laceraciones eran las únicas lesiones observadas en el grupo de sexo consentido, hasta el 9.9% de los individuos sostenían al menos una laceración (tabla 7<sup>9</sup>, Anexo 6). Sin embargo, aunque hay acuerdo en que la laceración es la lesión más detectada, esta cifra es pequeña comparada con los hallazgos de otros estudios, con identificaciones de hasta el 89% (I.C. 74.6% - 97%) mediante visión directa<sup>24</sup>, o del 85% (I.C. 74.6% - 93.3%) con colposcopio y 91% (I.C. 83.2% - 96.1%) con AzT<sup>24</sup>. Diferentes son los hallazgos de McLean et al.<sup>11</sup>, quienes concluyeron que la lesión más observada en el grupo de comparación (sexo consentido) eran las equimosis, no las laceraciones (67% del total de las lesiones, en el 4% de la muestra que presentaba alguna lesión).

Si consideramos ahora el sexo no consentido, las laceraciones son incluso más frecuente que en el sexo consentido. Del 53.7% de las víctimas que sostenían al menos una lesión, hasta el 31.7% sostenían al menos una laceración visible con visión directa<sup>9</sup>, además en algunos sujetos podían identificarse al menos una equimosis (24.4%) o un escoriación (19.5%) ( $p < 0.05$  para todos los datos)<sup>9</sup>. [Tabla 7<sup>9</sup>, Anexo 6]

Si consideramos los escenarios de penetración encontramos que, en el caso de las víctimas, la lesión más frecuente si la penetración es exclusiva con pene es la laceración; si es exclusiva con dedos, la escoriación; pene y dedos, la laceración; pene, dedos y objeto, la equimosis; y en el caso de que la víctima no sea capaz de determinarlo, también la laceración. En el caso de sexo consentido, aunque en la muestra sólo practico penetración con pene con o sin dedos, la lesión mas frecuente continuó siendo la laceración. [Tabla 12<sup>9</sup>, Anexo 6]

En términos generales, las lesiones no presentan características morfológicas específicas que nos permitan distinguir aquellas producidas durante un acto consentido de las producidas en uno no consentido<sup>7</sup>.

---

### 3.1.2.2. LOCALIZACIÓN DE LAS LAG

En conjunto, parece ser que las lesiones se localizan con mayor frecuencia en la fosa navicular y la horquilla posterior.

En el total de la muestra de Lincoln et al.<sup>9</sup>, la fosa navicular es la localización más frecuente de lesión. En el grupo de sexo consentido sólo se encontraron lesiones en cuatro localizaciones: horquilla posterior, fosa navicular, periné y zona periuretral; mientras que en el grupo de sexo no consentido se encontraron hasta en diez localizaciones, siendo más frecuentes en fosa navicular y labios menores. [Tabla 8<sup>9</sup>, Anexo 6]

Aunque las lesiones en fosa navicular y horquilla posterior se observaron en ambos grupos, ambas fueron estadísticamente superiores en el grupo de sexo no consentido ( $p < 0.005$ ,  $p = 0.04$  respectivamente). En el resto de lesiones, sólo apareció como estadísticamente significativo la presencia de lesión en los labios menores en el grupo de sexo no consentido ( $p = 0.01$ ). En ninguno de los dos grupos aparecieron lesiones ni en el Monte de Venus ni en el exterior de los labios mayores. [Tabla 8<sup>9</sup>, Anexo 6]

Las laceraciones se encontraron en ocho localizaciones diferentes, aproximadamente un tercio en la fosa navicular (32%), seguida en frecuencia por los labios menores (23%) y horquilla posterior (19%). La mayoría de las escoriaciones fueron localizadas en el interior de los labios mayores y las equimosis en los labios menores.

Si consideramos exclusivamente a las mujeres penetradas por pene, la fosa navicular sigue siendo el lugar de presentación preferente de las lesiones en ambos grupos, pero, estadísticamente más probable en el sexo no consentido (OR 10.38, I.C. 1.87-57.72,  $p = 0.01$ ). Sin embargo, en este grupo, penetración exclusiva con miembro viril, no se encontraron lesiones ni en labios mayores, ni en el himen ni en el cérvix, por lo que se sugiere que estas localizaciones están relacionadas directamente con la penetración con dedos<sup>9</sup>.

Resultados similares observó McLean et al.<sup>11</sup>, la horquilla posterior fue el lugar más lesionado en ambos grupos, especialmente en el grupo de casos (22.8% vs. 5.9%  $p < 0.01$ ), sin embargo debemos tener en cuenta que en este estudio no se considera de manera independiente la localización de “fosa navicular”, por lo que el posible que por su proximidad a la horquilla posterior, se recojan en esas cifras lesiones que realmente se localizan en la fosa navicular.

Astrup et al.<sup>24</sup>, en su estudio en mujeres voluntarias de sexo consentido, las lesiones se localizaron predominantemente en la horquilla posterior, 78% (I.C. 67.8% - 85.9%), seguidos por el labio 21% (sin especificar cuál, I.C. 13.2% - 31%) y el himen 1%.

No es frecuente encontrar lesiones ni en las paredes vaginales, ni en el fornix, ni en el cérvix<sup>9,17,24</sup> (de hecho, a muestra de ejemplo, en un caso de simulación de violación en la que la mujer se auto-introdujo varias cucharillas, cadenas, pendientes y anillos, no se encontraron lesiones en las paredes). Cuando se encuentran, suelen consistir en laceraciones en la pared posterior y derecha del fornix vaginal<sup>20</sup>.

En la mayoría de las mujeres, el útero cae ligeramente hacia el lado derecho, por lo que se expone el fornix derecho a posibles lesiones durante el coito. Normalmente el cérvix tiende a proteger el área posterior pericervical durante el coito, sin embargo, un útero en retro o un coito con la mujer en posición supina y ambas caderas hiperflexionadas puede exponer este área para la lesión<sup>20</sup>. Además, concretamente el fornix posterior está débilmente anclado al resto de estructuras, lo que en estas situaciones puede contribuir a la lesión.

Respecto a las laceraciones en las paredes más altas de la vagina, no son frecuentes en el sexo sin consentimiento<sup>20</sup> pero, ocasionalmente sí en el consentido, es decir, perforaciones o lesiones severas en la cúpula vaginal son consistentes con el diagnóstico de lesión sin agresión sexual (especialmente en ausencia de lesiones

vulvares). Pueden aparecer principalmente durante los primeros coitos (cuanto existe disparidad entre el tamaño de los genitales y la cavidad todavía se halla intacta), cuando se usan “ornamentos” para el pene o hay fallos en la lubricación o dilatación de la vagina. Las laceraciones vaginales más severas pueden complicarse con hemoperitoneo, pneumoperitoneo y hematoma retroperitoneal, con o sin perforación vaginal (el sangrado puede ser tan intenso que produzca Shock Hemorrágico).

Así Frioux et al.<sup>20</sup>, describieron cuatro casos de adolescentes con sangrados profusos vaginales, tres de ellas tras relaciones sexuales consentidas y una tras una violación. Todas ellas requirieron reparación quirúrgica y una de ellas, inspección laparoscópica abdominal; las lesiones ocurrieron sin dolor o éste fue muy sutil. En el artículo se resalta la importancia de que las adolescentes sean capaces de hablar sinceramente con sus padres sobre su vida sexual, ya que en estos sangrados tan intensos los padres suelen tener la impresión de que sus hijas han sido violadas. Además, cuando las lesiones son tan aparatosas y/o graves la privacidad y confidencialidad de las pacientes suele ser difícil de proteger.

---

### 3.1.2.3. TAMAÑO DE LAS LAG

Las lesiones del sexo no consentido resultan de mayor tamaño, donde la mayoría de ellas tiene una dimensión >1cm. La laceración de mayor tamaño observada en el sexo consentido tenía una longitud de 1.5cm, mientras que el grupo de sexo no consentido, 3cm<sup>9</sup>. Respecto la superficie de escoriación o equimosis de los sujetos agredidos, la de mayor tamaño tenía una extensión de 2.5cm<sup>29</sup>. Las lesiones de mayor tamaño vuelven a observarse en los sujetos penetrados exclusivamente por dedo/os (por ejemplo, una de las mujeres presentaba una escoriación lineal de 2.5-3cm en el interior del labio mayor y otra una de 2.1-2.5cm de longitud en el cérvix)<sup>9</sup>. [Tabla 11<sup>9</sup>, Anexo 6]

---

### 3.1.2.4. PATRÓN DE LAS LAG

Siempre que un mismo individuo presente más de una lesión, podemos utilizar el término “*patrón*” para describir el resultado de una actividad sexual, consentida o no.

Las mujeres víctimas de un acto de sexo no consentido, presentan con mayor frecuencia más de una lesión (OR 22.79, I.C. 4.8-106.36, p<0.005), múltiples lesiones en una única localización (OR 16.34, I.C. 3.45-77.49, p<0.005), más de una localización lesionada (OR 48.56, I.C. 2.74-859.42, p=0.01) y más de un tipo de lesión (OR 36.04, I.C. 2.00-649.21, p=0.02). [Tabla 10<sup>9</sup>, Anexo 6]

Ninguna de las mujeres que mantuvo sexo de forma consentida sustentaba más de un tipo de lesión (sólo laceraciones, p=0.01), ni tenía más de un sitio lesionado (p=0.02). Aunque otros estudios sustentan que hasta el 11% de los sujetos de sexo consentido sustentan más de una lesión si se les examina con colposcopio y 21% si se emplea con AzT, y el 2% sostiene más de dos lesiones si se explora con colposcopio y 12% si con se utiliza AzT.

El labio menor fue el elemento anatómico que presentó con mayor frecuencia múltiples lesiones durante el sexo no consentido, mientras que la horquilla posterior fue la única localización que presentó múltiples lesiones en el grupo de sexo consentido<sup>9</sup>.

Como en el estudio al que nos referimos sólo se identificaron laceraciones en el grupo de sexo consentido sólo podemos extraer conclusiones de éstas al comparar con el sexo no consentido. Pese a ser la única identificada en el grupo de consentimiento, fue más frecuente en el grupo sin consentimiento (OR 11.11, I.C. 2.27-54.28,  $p < 0.005$ ), en este grupo además eran más grandes (hasta 2.5cm vs. hasta 1.5cm), aparecían en un número mayor de localizaciones (siendo más común en la fosa navicular, por el contrario, en el grupo de consentido en la horquilla posterior) y con mayor frecuencia son múltiples en la misma localización (hasta 8 en un mismo individuo vs. máximo 2 en el sexo consentido). Cuando en una mujer perteneciente al grupo de sexo no consentido, se presenta más de una laceración, es más probable que se encuentren en diferente localización; sin embargo, si el sexo es consentido y hay presente más de una laceración, es más probable que ambas se encuentren en el mismo lugar, la horquilla posterior. [Tabla 9,10,11<sup>9</sup>, Anexo 6]

---

### 3.1.2.5. FACTORES CONDICIONANTES EN LA SUSTENTACIÓN DE LAG

La complejidad anatómica y fisiológica del aparato genital y reproductor femenino, se deriva en una gran cantidad de variables que pueden condicionar la presentación de éstas y otras lesiones, relacionadas o no con la actividad sexual. Aunque algunas de ellas han sido identificadas, todavía se debate su importancia o irrelevancia al analizar la probabilidad que tiene un sujeto particular de presentar lesión.

#### ●Edad/Estatus hormonal

En la literatura, son escasas las referencias a agresiones sexuales en mujeres por encima de los 50 años, en parte por la idea equivocada de que las mujeres mayores no son sexualmente deseadas y por ello no pueden convertirse en víctimas<sup>15</sup>. Sin embargo, dado el actual envejecimiento de la población, es muy probable que en un futuro cercano se requieran datos específicos sobre estas mujeres, y se denote esta carencia<sup>27</sup>.

La menopausia consiste en un conjunto de cambios hormonales, especialmente por un descenso de los niveles de estrógenos, que conlleva las siguientes consecuencias<sup>27</sup>:

- La vagina se acorta y se estrecha, las paredes se adelgazan y pierden elasticidad.
- Las glándulas vaginales producen menos secreciones.
- Los labios mayores pierden grasa y fibras elásticas.
- La vulva se adelgaza y aplanada al disminuir el espesor de la capa de células queratinizadas, además, el crecimiento epidérmico disminuye y el contenido de colágeno también.
- Además ciertas enfermedades como la diabetes, o, el uso de algunos fármacos (antihipertensivos, antidepresivos o antipsicóticos) pueden alterar tanto la excitación sexual como producir disfunción sexual.



Todo lo anterior, teóricamente puede contribuir a que las LAG sean más frecuentes en las mujeres añosas, independientemente de que el sexo sea consentido o no<sup>27,28</sup>. En 2008 se publicó una revisión bibliográfica<sup>28</sup> que sólo identificó 7 artículos sobre el tema, concluyó que en la mayoría de ellos las mujeres postmenopáusicas presentaban una mayor probabilidad de padecer LAG tras una agresión sexual que las mujeres jóvenes<sup>16,27</sup>, pero que todavía no se habían llevado a cabo estudios que investiguen específicamente las LAG en mujeres añosas fruto de una relación consentida<sup>16,27</sup>.

Morgan et al.<sup>27</sup> en 2011 obtuvieron prevalencias inferiores a los estudios anteriores, encontrando LAG en el 37% de las mujeres postmenopáusicas vs. al 17% de las premenopáusicas ( $p < 0.01$  tanto en el análisis uni- como multi-variante). En el análisis multivariante las postmenopáusicas presentaban una probabilidad tres veces superior de presentar lesiones genitales (OR 3.31,  $p < 0.01$ ). Sin embargo, también existen investigaciones recientes<sup>11,28</sup> que no encuentran asociación estadística significativa entre la edad y la presentación de LAG.

Es posible que todas las diferencias entre los estudios se deban al criterio variable al clasificar a las mujeres en pre y postmenopáusicas. Mientras algunos estudios consideran postmenopáusicas a aquellas mujeres mayores de 50 años otros no lo hacen hasta los 55, o incluso de los 60; sin embargo, curiosamente casi ninguno detalla sobre el estatus menstrual. Por ello destaca la estricta clasificación de Morgan et al.<sup>27</sup>, donde se consideran postmenopáusicas a las mujeres de 48 y 49 años solamente si llevan como mínimo 2 años sin menstruar y a las mayores de 50 años solamente si llevan como mínimo un año sin menstruar, y premenopáusicas a aquellas mujeres entre los 18 y los 48 años que menstruaron en el último mes; se excluyen histerectomizadas (al no poder determinar si se mantenía la producción estrogénica en algún nivel), sorprendentemente sí que se incluyeron aquellas que usaban Terapia Hormonal Sustitutiva, aunque al ser tan baja su proporción (4%) no pudieron extraerse otras conclusiones.

A excepción de la edad (media de 60.52 años SD 11.8 años en postmenopáusicas y 27.36 años SD 7.89 en premenopáusicas) las únicas diferencias demográficas significativas entre los grupos son: mayor porcentaje de raza blanca (83.6% vs. 51.5%  $p < 0.01$ ) y media superior de parto vía vaginal en postmenopáusicas (2.02 vs. 0.81  $p < 0.01$ ); las mujeres premenopáusicas presentaban mayor probabilidad de sexo consentido en los 10 días previos (44.6% vs. 19.7%  $p < 0.01$ ) y de estar drogadas (21.5% vs. 10%  $p < 0.05$ ) o bebidas (65.4% vs. 50%  $p < 0.05$ ) en el momento de la agresión. Los problemas de salud mental también se mostraron significativamente superiores en el grupo de las postmenopáusicas (38.8% vs. 29.1%,  $p < 0.01$ ), y aunque esto va de acuerdo con estudios previos debemos interpretarlo con precaución, ya que en este estudio se refiere a todos los acaecidos a lo largo de toda la vida (*"in lifetime"*). No hubo diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) respecto al índice de masa corporal. Sin embargo, no sería difícil comprender que estas diferencias probablemente se deban, no a factores específicos de las víctimas postmenopáusicas si no a un reflejo de variación natural de la población y su comportamiento. [Tabla 1<sup>27</sup>, Anexo 7]

La mayoría de las mujeres de ambos grupos fueron agredidas por alguien que habían conocido casualmente, y el 26.7% de las postmenopáusicas por alguien que no habían visto nunca (en comparación con el 19% de las premenopáusicas), y aunque esto no resultó significativo va en la línea de los conocimientos que se tenían previamente, que sugieren que las mujeres postmenopáusicas son agredidas con más frecuencia por desconocidos, y más concretamente, que irrumpen en su residencia (hasta dos tercios de las mujeres agredidas después de cumplir los 55 años son agredidas en su propia casa o en centros donde se ofrezca algún tipo de cuidado<sup>5</sup>). Lo mismo ocurre con el número de agresores, estudios previos también apoyan que son más frecuente con víctima postmenopáusica, aquí concretamente, las agresiones sexuales con múltiple autor fueron más frecuentes en las premenopáusicas, pero no significativamente (14.3% vs. 6.9%). [Tabla 1<sup>27</sup>, Anexo 7]

La media de lesiones, en aquellas que las presentaron, fue 2.49 (SD 1.38) en el grupo de las postmenopáusicas y 1.69 (SD 1.69) para las premenopáusicas, pero las diferencias no fueron significativas. Donde sí hubo diferencias significativas fue en el tipo, las equimosis aparecieron con mayor probabilidad en las mujeres postmenopáusicas 31.4% vs. 0% ( $p < 0.01$ ); tamaño, las escoriaciones  $> 1\text{cm}^2$  también fueron superiores en las postmenopáusicas, 20% vs. 0% ( $p < 0.05$ ); y, localización, las postmenopáusicas con más frecuencia presentaban lesiones en el vestíbulo (51.4% vs. 17.7%  $p < 0.05$ ). [Tabla 2<sup>27</sup>, Anexo 7]

#### ● Actividad Sexual Previa

Los estudios sobre el tema son muy anteriores a 2010, pero parece que sí que hay evidencias para afirmar que es más probable y esta significativamente asociado con el estatus de virginidad la presencia de lesiones, aunque no podemos afirmarlo rotundamente<sup>12</sup>.

El desgarró himenal acompañado de sangrado durante el primer coito ha sido considerado social y religiosamente imprescindible para probar la virginidad de las mujeres en muchas culturas alrededor del mundo<sup>15</sup>. La presencia del himen es un signo probable, pero no obligatoriamente cierto de virginidad, por lo que debemos abstenernos de afirmar que la mujer no ha mantenido relaciones sexuales, siendo más conveniente concluir que la mujer presenta los atributos de virginidad<sup>29</sup>.

Casi la totalidad de los hímenes tiene escasa irrigación, toda vez que ocurriera lo contrario la provocación de desgarró determinaría hemorragias importantes. De igual manera, la pobre inervación logra que la penetración y los desgarró no provoquen en la mayoría de los casos dolor, sino una simple molestia<sup>29</sup>. Tras la menarquia, el nivel estrogénico hace que el himen sea más elástico y resistente que en las prepúberes<sup>30</sup>. En cuando a la cantidad y lugar de ubicación de las laceraciones himenales, se debe saber que dependen de la configuración, espesor y resistencia del hímen<sup>29</sup>.

Actualmente, sabemos que el daño himenal es prácticamente inevitable durante el primer coito, mientras que el sangrado himenal puede no producirse en el 40-80% de las mujeres<sup>29</sup>. En algunos estudios sólo el 53% de las víctimas vírgenes presentan lesión himenal, y sólo en el 32% de los casos estas lesiones son evidentes de forma permanente (al examinar al individuo varias semanas o más tiempo después)<sup>31</sup>. En

nuestro medio hasta el 20-30% de los hímenes no se desgarran durante el acto sexual consentido o no, primero o posteriores<sup>29</sup>.

La escotadura es un accidente en la conformación anatómica himenal de origen congénito, mientras que el desgarro es una alteración traumática de esta membrana; la diferenciación entre ambos es de vital importancia durante el exámen de las víctimas. Una vez producido un desgarro himenal, sus bordes o labios, cuando se completa el proceso cicatricial, no se unen de forma espontánea, sino que cicatrizan por separado, por lo que no se reconstruye en su integridad, quedando dividido en un número mayor o menor de colgajos denominados carúnculas himenales. La presencia de una cicatriz blanca que se prolonga en el himen a partir de una escotadura demuestra que se trata de un desgarro, sin embargo, la existencia de ésta es excepcional<sup>29</sup>.

A partir de un himen íntegro (siempre que no se trate de un himen dilatado<sup>6</sup>) se puede establecer la siguiente evolución: 1- La producción del primer desgarro determina un himen lobulado, 2- Los siguientes desgarros provocan carúnculas himenales, 3- La vida sexual activa y/o partos generan carúnculas mirtiformes, que se representan con los restos, producto de la atrofia del himen, 4-Finalmente desaparecen las últimas y no queda la mínima muestra o resto del tabique himenal, es decir, el himen desaparece completamente.

#### ● Hábitos sexuales/Naturaleza del último coito

Se ha hipotizado con la posibilidad de que el uso del preservativo y/o lubricante durante la penetración (para favorecerla), podría reducir estas lesiones. En un análisis uni-variante, Lincoln et al.<sup>9</sup> no encontraron diferencias significativas para estas variables, sin embargo, cuando se considera de forma aislada aquellas mujeres penetradas exclusivamente por el pene, las lesiones sólo aparecen cuando no se utiliza preservativo o lubricante.

Astrup et al.<sup>24</sup> afirma que la naturaleza del último coito (ni el uso de preservativo, objetos, lubricante o duración) no tiene correlación significativa con la presencia de lesiones. Curiosamente, éste es, de los artículos revisados en este trabajo, el único que considera como variable la duración del encuentro sexual consentido (en el total de la muestra, media 12.6 minutos, con un rango de 3-45 minutos); en el caso de las víctimas tampoco se detalla la duración de la agresión.

En el resto de los estudios, aunque no son muy amplios, ni precisamente metódicos, parece que se asocia con menor lesión vaginal el sexo consentido cuando es apresurado, no hay desproporción genital hombre-mujer ni se usan astringentes o estrechantes vaginales.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta, que la mayoría de estudios excluyen como controles a aquellas mujeres que practicaron más de una penetración vaginal, en el mismo y/o en diferente coito y/o encuentro, previo a la exploración. En el caso de los

---

<sup>6</sup> Hímen dilatado o complaciente: sostiene la forma de un esfínter que se retrae y dilata debido a que su porcentaje de fibras elásticas es superior a la normalidad, así permite sin producirse la ruptura de la membrana desde maniobras masturbatorias o exploratorias, coitos o incluso partos<sup>28</sup>.

delitos, suelen excluirse de la muestra aquellos individuos en los que se produjo más de una penetración o coito durante la agresión, o si se había mantenido de forma consentida algún contacto sexual en las horas o días previos a la agresión. Además, aunque la mayoría de los artículos que estudian voluntarias de sexo consentido afirman que antes del examen se les realizó una entrevista detallada sobre el encuentro y su naturaleza, ninguno expone las preguntas que se les realizaron ni se extraen posibles variables influyentes de ellos para analizar.

### ● Antecedentes ginecológicos y obstétricos

Según parece el historial ginecológico de la mujer no influye en la probabilidad de presentar lesiones<sup>9,11,16,24</sup>.

Algunos estudios se centraron en observar la relación entre paridad/nuliparidad y su asociación con la presentación de lesiones. En general, no suele detallarse si el parto fue vaginal o no, o si se requirió cirugía o episiotomía durante éste. Además, tampoco se han realizado estudios que consideren el tipo o localización de las lesiones según el procedimiento o cirugía obstétrica requerida durante el parto.

Es cierto que suelen encontrarse menos lesiones en aquellas mujeres que han tenido al menos un parto vaginal, pero la diferencia no siempre resulta significativa<sup>9,11</sup>; si consideramos la detección mediante los tres métodos diagnósticos, parece que la probabilidad menor se mantiene ligada a la paridad<sup>32</sup>.

Respecto a la contracepción hormonal, no se ha encontrado correlación entre el número de lesiones macroscópicas<sup>9</sup>, aunque sí se hallaron un menor número de lesiones diagnosticadas mediante colposcopio en aquellas mujeres que consumían este tipo de fármacos<sup>16</sup>, sin diferenciar entre las razones del consumo. La introducción de tampones en las 72h previas al examen, aunque no se considera variable en todos los estudios, no demuestra aumento en la probabilidad de lesión<sup>9</sup>.

En el examen macroscópico, las laceraciones en la pared vaginal, periné, himen e interior de los labios mayores sólo se encuentra en aquellas mujeres sin historia de parto vaginal previo<sup>9</sup>. Las lesiones en la fosa navicular fueron menos frecuentes en aquellas mujeres sometidas previamente a una episiotomía, en comparación con las que no<sup>9</sup>. Aunque esta localización es la más frecuente en la muestra en global y los datos no sea muy concluyentes, parece lógico sugerir que aquellas localizaciones donde pueden localizarse cicatrizaciones postparto (como en la fosa navicular), pueden “quedar protegidas” de lesiones causadas por la actividad sexual.

Si incluimos dentro de estos antecedentes, la infección en el momento del examen, considerándola como cualquier alteración de la flora microbiana que produzca síntomas, con o sin evidencia de infección mediante prueba de laboratorio. Su presencia muestra un aumento de más de 3 veces la probabilidad de lesión (3.51; IC 1.27 - 9.75,  $p=0.02$ )<sup>9</sup>. Después de ajustar por consentimiento, la presencia de infección (tanto síntomas antes del episodio, como evidencias del laboratorio en el momento de la exploración), se mantuvo significativo e incluso con riesgo superior (OR 11.83, IC 1.41-99.55).

## ● Escenarios

En general, en un análisis uni-variante, podemos afirmar que todo aquel acto que consista en la penetración exclusiva de dedos en la vagina aumenta 4 veces la probabilidad de lesión respecto a cualquier otro tipo de penetración (OR 4.252, CI 1.415-12.779,  $p < 0.01$ )<sup>9</sup>; mientras que siempre que en algún momento del acto se introduzca el pene se disminuye el riesgo de lesión (OR 0.19, IC 0.05-0.65,  $p = 0.01$ )<sup>9</sup>.

Si ajustamos por consentimiento: en el grupo de sexo no consentido, cuando durante la agresión se produce la inserción de los dedos, se aumentan las lesiones de un 37% si la penetración es exclusivamente peneana, a un 78%; mientras que el consentido apenas aumenta. Es decir, todo aquel acto no consentido que involucre la penetración con dedos no consentida, aumenta 19.5 veces la probabilidad de lesión en comparación con el consentido y 11 veces más probable que cualquier otro escenario de penetración no consentido<sup>9</sup>. Aunque debe tenerse en cuenta que la penetración exclusiva por dedos durante el sexo consentido no es frecuente, al menos no en los sujetos de estudio, por lo que o son escasos o inexistentes los casos de los que se extraen conclusiones en las muestras.

En la tabla 13 del **Anexo 6** podemos observar los individuos de la muestra de víctimas cuya agresión involucró exclusivamente dedos, de ella podemos extraer que, todo aquel acto no consentido que involucra exclusivamente la penetración de dedos en la vagina es 11 veces más probable que presente lesiones que cualquier otro tipo de penetración (OR 11.25, CI 2.13-59.31,  $p < 0.005$ )<sup>9</sup>.

Las laceraciones se mostraron significativamente menos probables en aquellos escenarios en los que los dedos estaban presentes (OR 0.21, CI 0.08-0.55,  $p < 0.005$ ) y en aquellos en los que lo estaban exclusivamente (OR 0.05, CI 0.01-0.26,  $p < 0.005$ ). Las escoriaciones fueron más probables que otras lesiones ante la presencia de dedos (OR 3.76, CI 2.87, 34.84,  $p < 0.005$ ); en aquellos individuos que sólo fueron penetrados por dedos el 60% de las lesiones consistieron en escoriaciones, el 27% en equimosis y el 13% en laceraciones<sup>9</sup>.

Respecto a la localización, aquellas mujeres penetradas exclusivamente por dedos presentaron un riesgo significativamente mayor de presentar lesionado el interior del labio mayor hasta 38 veces (OR 38.29, CI 6.76, 216.85,  $p < 0.005$ ) y el cérvix (este último es un sitio extraño para presentar lesión, especialmente durante el sexo no consentido, sólo aparecieron en dos individuos del estudio que pertenecían al grupo de penetradas por dedos exclusivamente).

Hasta la fecha sólo existe otro estudio que observe específicamente la penetración con dedos exclusiva<sup>33</sup>, pero esta vez se emplea para la detección también colposcopio y tinción con AzT. Los individuos procedían de un grupo de casos, de los cuales sólo el 6% del total denunció penetración exclusiva vagina-dedos. Se obtuvo una prevalencia de lesión del 81% (superior al estudio anterior, aunque debe tenerse en cuenta que incluía mujeres entre 13 y 78 años, el 30% de las víctimas vírgenes), con una media de 2.4 lesiones. En esta muestra y con los métodos complementarios de diagnóstico, el 56% de las lesiones se localizaron en la fosa navicular, labio menor,

cérvix u horquilla posterior. El tipo de lesión más frecuente fue el eritema (34%), presentándose la laceración (29%) y la abrasión (21%) en segundo y tercer lugar.

#### ●Etnia

La consideración de la graduación de pigmentación de la piel es importante, de hecho, algunos estudios desde el inicio excluyen a aquellos individuos con la piel hiperpigmentada<sup>9</sup>. Sin embargo, una vez más, no existe acuerdo sobre este factor. Se ha encontrado, tanto que no existe relación con la presentación de LAG<sup>11</sup>, como lo contrario, identificándose una probabilidad cuatro veces superior de presentar LAG si la coloración de la piel es diferente a la negra (OR 4.3, IC 1.09-25.98, p=0.03)<sup>16,34</sup>.

Se ha especulado sobre las posibles razones: mejor visualización de las lesiones en pieles poco pigmentadas (lo que supondría una desventaja para la población negra tanto para el tratamiento como para los procesos judiciales), factores intrínsecos de la piel según el color y/o raza (diferentes características de dureza y/o elasticidad) o la carencia de parcialidad de los examinadores (aunque se afirmó que el grupo de profesionales era multirracial).

#### ●Penetración con cuerpo extraños (CE)

La inserción de cuerpos extraños en la vagina y/o recto se ha visto en diferentes situaciones y con múltiples finalidades: prácticas auto-eróticas o compartidas con otras personas (por ejemplo, penetración de “juguetes sexuales” o “coito braquio-vaginal” o “fisting”), inserción de distintos complementos menstruales (tampones, copas, etc.), la inserción de material quirúrgico o médico, como método de transporte de drogas ilícitas (“body packing”) y en relación con las agresiones sexuales o la simulación de estas<sup>16,17</sup>. Fuera de estas circunstancias, es importante sospechar la presencia de cuerpos extraños en cavidad vaginal u anal en personas con enfermedades mentales e informar de los riesgos de la insuflación de aire en la vagina durante el embarazo.

Una revisión de los casos de agresión sexual acaecidos en los 4 años previos en Nueva Zelanda<sup>30</sup>, concluyó que hasta en un 2.8% de los casos habían sido insertados CE en la vagina y 0.9% en ano. No es frecuente que la penetración del CE ocurra de forma singular, suele acompañarse de la inserción de dedo/os y/o pene, y, en general es más frecuente en los grupos de sexo consentido<sup>9</sup>. Parece ser que, si consideramos los cinco tipos de lesión, éstas se identifican en el 75% de las víctimas de la penetración.

Un cuerpo extraño alojado en la vagina de una mujer sexualmente inactiva puede no producir síntomas inicialmente, especialmente si no produce infecciones. La ausencia de dolor y/o síntomas sistémicos asociado a la vergüenza y desconocimiento de las posibles consecuencias pueden hacer, incluso que la mujer olvide la presencia del objeto, hasta que finalmente su infección o la formación de una fístula produzcan una evacuación vaginal alterada. Un ejemplo de este hecho, es el caso presentado por Carey et al.<sup>9</sup>, en el que se extrajo de la vagina de una mujer de 17 años, agredida sexualmente dos años antes, un tapón de botella de plástico de 2.5cm de diámetro que asociaba una cavidad de más de 5cm de diámetro que contenía gas, líquidos, heces y otros detritos. Esta cuestión puede reabrir el debate sobre la obligatoriedad de

la introducción del espéculo en aquellas mujeres vírgenes víctimas de agresión sexual que aseguran que no han sufrido penetración vaginal de ningún tipo.

Los cuerpos rectales retenidos pueden presentar un desafío para la imaginación del médico, sin embargo la mayoría pueden ser retirados en el Servicio de Urgencias, y solo rara vez requieren laparotomía para su extracción. La consideración de la penetración anal se hará en apartados sucesivos.

### ●Factores dependientes del asaltante

#### Relación con el asaltante

En un cuestionario centrado en el último acto sexual no consentido<sup>13</sup>, los agresores eran conocidos de la víctima (como su pareja, miembro de la familia, buen amigo o conocido) hasta en un 88.5% de los casos de agresión sexual y en un 72.5% de los casos de violación, sin diferencias entre sexos ni orientación sexual. Sin embargo, no existe acuerdo sobre este aspecto, y la bibliografía que se ocupa de él es muy antigua.

Las investigaciones antiguas alcanzaron conclusiones opuestas. Mientras unas determinaron que aquellas agresiones perpetradas por una pareja o expareja de la víctima resultaban en un número de lesiones significativamente menor (aunque consideraban que este hecho no podía aplicarse a todos los sustratos culturales); discutieron la probabilidad de que este hecho fuera a la inversa y las lesiones fueran mayores si la víctima y el agresor mantenían una relación sexual previa.

Estudios más recientes no aclaran esta cuestión, por ejemplo, Jones et al.<sup>35</sup> obtuvieron datos significativamente superiores de lesión en aquellas víctimas de desconocidos (77% vs. 71%), pero, McLean et al.<sup>11</sup>, encontró que aquellas denuncias en las que el asaltante era conocido por la denunciante presentaban una probabilidad mayor de encontrar lesiones que cuando era desconocido (26% vs. 16% p=0.019).

Un hecho podría explicarse porque cuando un conocido intenta agredir a una mujer, ésta se resiste mucho más que cuando es un extraño, ya que el miedo puede paralizarla. Y el otro, porque está demostrado que las mujeres son más permisivas ante la coacción sexual cuando es ejercida por un conocido, y pueden existir otros factores del entorno próximo de la víctima que limiten la resistencia.

#### Disfunción eréctil durante la agresión

No existen diferencias significativas en el tipo, localización o número de lesiones genitales de aquellas víctimas cuyo agresor sufrió disfunción eréctil, en comparación de las que no<sup>36</sup>. Hasta en el 68% de los casos en los que el agresor experimentó disfunción se documentaron lesiones; y en aquellos en los que la impotencia impidió completamente la penetración, aun así la mitad también sostenían lesiones. Aunque las diferencias no fueron significativas, las lesiones en los labios fueron más frecuentes en las víctimas de agresores con disfunción.

### ●Posición y duración del acto

Ninguna de las posiciones adquiridas durante las agresiones mostró una asociación significativa con el aumento de la presencia de lesiones (p=0.58); especialmente, no

había diferencias si el asaltante estaba enfrentado a, o detrás de la víctima ( $p=0.9$ ), ni siquiera cuando se consideraba de forma aislada la lesión en la horquilla posterior, que resultó lesionada en el 13% de las agresiones en las que víctima y agresor se encontraban enfrentados y en el 19% de aquellas en las que el agresor se encontraba detrás ( $p=0.42$ ).

Es infrecuente que las víctimas puedan determinar de una manera aproximada cuánto tiempo duró la agresión, por ello no se recoge como variable en ninguno de los estudios. Es más factible recoger este dato en las muestras de voluntarias (media de 12.6 minutos con un rango de 3-45 minutos), sin embargo, parece que no tiene correlación significativa con la presencia o ausencia de lesiones<sup>24</sup>.

Como veremos más adelante, la recogida de una duración aproximada de la agresión puede constituir un elemento imprescindible para discernir entre la veracidad o falsedad de una denuncia de violación.

### 3.2. LESIONES EXTRA-GENITALES (LEG)

La sociedad debe incorporar la conciencia básica de que el uso de la fuerza no es una condición previa imprescindible para el coito no consentido, y que la resistencia física no es una respuesta universal de las víctimas ante la agresión<sup>1,2,15</sup>. Solamente así conseguiremos que todas aquellas víctimas que no sufren lesiones, no denuncien los hechos por miedo a que se ponga en duda su testimonio.

La Ley reconoce como posibles conductas típicas de comisión de estos delitos desde la intimidación, consistente en conminar a la víctima un mal inminente y grave en su persona, bienes propios o un tercero (la jurisprudencia ha admitido también la conducta de quien amenaza a otra persona con suicidarse si no mantenía relaciones sexuales con el agresor); hasta el empleo de la fuerza física, ejercida por la persona que lleva a cabo el acto sexual o por un tercero<sup>1</sup>.

De hecho, aunque el concepto de violación es, primariamente de acto sexual, es rechazado por muchos investigadores, quienes toman otra perspectiva, considerando que la violación es un acto violento expresado sexualmente, más que un acto sexual expresado violentamente<sup>37</sup>.

En la consideración de las LEG es interesante considerar dos puntualizaciones del art. 180 CP respecto al agravamiento de los Delitos de Agresión Sexual. Se considera agravado el delito cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante, vejatorio, de humillación o brutalidad, es decir, superior al inherente al hecho mismo e innecesario por exceso, tanto cualitativa como cuantitativamente. Respecto al uso de armas o medios igualmente peligrosos, no es preciso que con ellos se cause la muerte o una lesión en la víctima, sino que se agrava la pena por el peligro para la vida o integridad física de la víctima que conlleva su empleo; ahora bien, su sola presencia en el escenario no supone la aplicación automática del tipo agravado, sino que dicha arma debe ser usada (en relación medio-fin) para conseguir doblegar la voluntad de la víctima, es decir, su mera exhibición no es suficiente<sup>2</sup>.



En general, las LEG aparecen con más frecuencia en las víctimas que en los individuos que practican sexo consentido<sup>11</sup>, y es cierto, que pueden constituir una evidencia de que el acto no fue consentido<sup>16</sup> (por ejemplo, al evidenciar signos de lucha y autodefensa). Las experiencias de sexo violento consentido difieren de las experiencias en el contexto de una violación en que, aunque la violencia es frecuente, no se asocia sólo con el acto de penetración. En las denuncias falsas, en general, suelen exponer escenarios más violentos de lo usual y dan excesiva importancia a la resistencia opuesta por la denunciante, cuando lo cierto, es que no es infrecuente que la verdadera víctima esté tan preocupada por sobrevivir que se someta al ataque sin apenas resistencia.

Los datos demuestran que la violencia está presente en el 44% de las agresiones sexuales y violaciones. La proporción media de víctimas que presentan LEG es del 48.6%, con un rango entre estudios de 6.3% y 82% y una mediana de 47.4%<sup>10</sup>. Sin embargo, la realidad es que la violencia es, básicamente instrumental y los niveles altos son raro. Es importante recalcar además, que la extrema violencia no está asociada con el aumento de LAG<sup>16</sup>.

Al igual que ocurre en el caso de las LAG, múltiples son las variables que influyen sobre las LEG. Sin embargo, me parece llamativo que no suelen recogerse datos sobre el tiempo que la víctima intentó resistirse a la agresión, y cuando se hace, no se considera variable a estudio en las investigaciones. Tampoco es frecuente que se consideren las posiciones en las que tuvo lugar la agresión, lo que podría alterar la distribución de las lesiones en la víctima y en el agresor. Uno de los pocos artículos que la considera es McLean et al.<sup>11</sup>, y por desgracia, no analiza su relación con la LEG. Las posiciones tienen la siguiente frecuencia de presentación: víctima en decúbito supino con agresor enfrentado sobre ella (89% de los casos), víctima en decúbito prono y agresor sobre ella (3%), ambos en bipedestación enfrentados entre sí (4%), ambos en bipedestación con agresor detrás de la víctima (2%), y otras (2% de los casos: agresor en decúbito supino con víctima encima, víctima sentada sobre el regazo del agresor, de lado o de rodillas). La importancia de esto radicaría en que la posición adquirida durante el delito podría ayudarnos a explicar la localización de LEG, especialmente en extremidades y tórax; al igual que aquellas fruto de la inmovilización ejercida por el agresor (hematomas digitiformes y excoriaciones ungueales o erosiones incisivas por presión o roce de instrumentos cortantes en el cuello, marcas de ligaduras en tobillos y/o muñecas<sup>22</sup>). Aunque es cierto, que los artículos que consideran voluntarias de sexo consentido, suelen afirmar que realizan una entrevista detallada sobre el encuentro sexual previa al examen, nunca especifican los aspectos respecto a los que interrogan a la mujer, ni consideran variables al respecto en el análisis de las lesiones.

Como adelantamos en la introducción, en este trabajo no se va a valorar la influencia del alcohol u otras sustancias en este tipo de delitos (consumidas o no voluntariamente por la víctima), sin embargo, concretamente en este apartado podría ser un factor determinante, sin embargo, no hay acuerdo sobre cómo pueden influir en la presentación de LEG.

Varios estudios sugieren que los hombres perciben a aquellas mujeres que consumen alcohol como más dispuestas a mantener sexo<sup>4</sup>, por ello, algunos

agresores masculinos pueden favorecer este consumo creyendo de así aumentará el deseo, iniciativa y desinhibición de la mujer<sup>4</sup>. El consumo de alcohol puede confundir en la interpretación señales, hacer que un sujeto sea incapaz de reconocer cuando su comportamiento sexual es inapropiado y disminuir la percepción del riesgo<sup>4</sup>.

Por un lado, se propone que el hecho de que el alcohol disminuya la capacidad de hacer frente a la agresión puede disminuir tanto las LAG como LEG, lo que explicaría las menores prevalencias de algunos estudios. Por otro, tratando de explicar las mayores prevalencias, se teoriza con la idea de que el estado de embriaguez predispone a la víctima a una respuesta más primitiva e instintiva, es decir, física<sup>4,10,16</sup>.

Las agresiones sexuales, y especialmente la violación, son un acto multidimensional donde tanto el agresor como la víctima están involucrados en una interacción psicodinámica muy compleja en la que pueden manifestarse diferentes actos de sexo, daño, sumisión y dominación. Por ello, puede ser importante valorar qué sucede cuando toda esa violencia no puede manifestarse en el propio acto del sexo, como ocurre en el caso de que el agresor sufra de disfunción eréctil, lo que sucede en el 8% de los casos si atendemos al criterio de la víctima y hasta en el doble si consideramos el de violadores encarcelados<sup>36</sup>. Al parecer, es posible que cuando se produce esta pérdida de la funcionalidad en la erección el agresor desarrolle un comportamiento violento del que pretende obtener excitación y gratificación del miedo y humillación a la víctima al no poder hacerlo del propio acto sexual.

En un estudio prospectivo de 2010<sup>36</sup>, los asaltantes con disfunción eréctil resultaron ser mayores (edad aproximada de 30+/-13 años, vs. 25+/-11 años en el grupo que no la presentó,  $p<0.01$ ), y con mayor probabilidad de usar armas (36% vs. 17%,  $p<0.01$ ), amenazas verbales (72% vs. 49%,  $p<0.01$ ) o uso de fuerza física durante el delito (60% vs. 32%,  $p<0.01$ ). Como resultado, sus víctimas presentaron más LEG, 72% vs. 46%,  $p<0.001$ . Las lesiones presentadas por sus víctimas fueron principalmente contusiones (52%), escoriaciones (39%), laceraciones (8%) y fracturas (1%), aunque no hubo diferencias significativas entre grupos en cuanto al tipo de lesiones ( $X^2=8.8$ ,  $p=0.061$ ). Es curioso, que pese a que la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.187$ ), contrariamente a lo que podríamos esperar, las víctimas de agresores que no padecían disfunción eréctil, eran las que sufrieron más de un tipo de agresión sexual (43% vs. 36% en el grupo con agresores con disfunción).

Ya en la década de los noventa se sugirió que debían existir diferentes motivos para violar a mujeres jóvenes o mayores, existen algunas evidencias de que los agresores de mujeres mayores expresan más hostilidad y poder e infligen más dolor y degradación<sup>16,27,28</sup>. Por lo tanto, es improbable que el aumento de las lesiones en las víctimas de mayor edad se deba exclusivamente a la longevidad y sus consecuencias. Una vez más, los estudios son contradictorios, muestran desde similares a superiores o inferiores datos comparativos en cuanto a las LEG de mujeres pre y postmenopáusicas.

Las amenazas verbales fueron significativamente más frecuentes en el grupo de postmenopáusicas (34.7% vs. 24.2%,  $p<0.05$ ); también fueron superiores, aunque no significativamente, la presencia y el uso de armas (19.8% y 15.8% respectivamente para las postmenopáusicas y 12.1% y 9.1% para las premenopáusicas) (tabla 1

**Anexo 7**). Estos resultados apoyarían las conclusiones previas que defienden que los agresores de mujeres postmenopáusicas son más violentos. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a LEG<sup>28</sup>, pero en aquellas postmenopáusicas que presentaban una lesión ésta fue con mayor probabilidad una equimosis de superficie >16cm<sup>2</sup>. Sommers et al.<sup>34</sup> también concluyeron que no existía asociación entre la edad y la presentación de un mayor número de LEG, y más concretamente, en la cabeza.

La cabeza y cuello son partes con frecuencia gravemente perjudicadas durante estos delitos. Podemos encontrar desde inflamaciones de cuero cabelludo o alopecia traumática, hasta sugilaciones de carácter sexual o escoriaciones lineales por arrancamiento de ornamentos o mínimas lesiones debido a los instrumentos intimidatorios<sup>2,22</sup>.

La exploración del rostro es un paso importante en el protocolo de valoración de las víctimas. En él pueden observarse hematomas periorbitarios (los cuales pueden pasar inicialmente desapercibidos), sangrado nasal y puntos dolorosos en los márgenes orbitarios o en la mandíbula, debidos a las contusiones. Especial atención debe suscitar nos la inspección de la zona peribucal y cavidad oral, las consideraremos en el apartado siguiente. Las LEG aparecen con frecuencia también en el tórax o los senos. En el primero, es posible que existan pequeñas herias incisivas en la región esternal o infraclavicular producidas durante la sección del sujetador, y en los segundos con frecuencia son objeto protagonista de la agresión, concentrándose en ellos tanto las contusiones por succión, como las mordeduras o el trauma directo<sup>2,22</sup>.

---

### 3.2.1. VIOLACIÓN ORAL

Denominamos “violación bucal” (“oral rape”) (**Anexo 1**) a toda aquella penetración no consentida del miembro viril en la boca de un sujeto. Existen escasas investigaciones específicas sobre este acto, probablemente por la infrecuencia de su presentación en solitario. Es importante constatar que los datos sobre este delito pueden estar altamente distorsionados ya que, cuando se presenta aislado, la baja frecuencia de las lesiones puede coartar la denuncia de las víctimas, o que a pesar de denunciarlo sin ninguna lesión evidente en la boca los agentes cuestionen a la denunciante. Por ello, debe insistirse en la necesidad de no poner en duda el testimonio, tomar inmediatamente muestras de la boca, cara, cuello y manos, dada la corta vida de estas muestras forenses, y trasladar igualmente a la denunciante al centro correspondiente.

El artículo comentado a continuación<sup>38</sup> es el primer estudio que trata específicamente de la prevalencia, tipo y localización de las lesiones orales ocurridas a consecuencia de una presunta violación oral. La muestra se constituyó con un total de 95 individuos mayores de 16 años, 9% de ellos varones, todos ellos examinados en los 7 días posteriores al delito, se excluyeron en los que no se completó la felación (sólo intento de violación bucal) o habían realizado una felación consentida en los 10 días previos. La exploración se realizó mediante visualización directa, con o sin la ayuda de un colposcopio. Sólo el 11% de la muestra denunció violación oral aislada.

Parece ser que la presencia de LEG está fuerte e independientemente asociada con la violación oral. Como sustentaban estudios anteriores: la cantidad de LEG es ligeramente superior en aquellos individuos que sustentan lesiones orales (89% vs. 78%); mientras que las LAG son menores (24% vs. 27%). Debe tenerse en cuenta, que al menos en este estudio, cuando hablamos de LEG nos referimos concretamente a lesiones en cara (excluyendo boca), cuello y cabeza<sup>34</sup>.

La escasez de víctimas de violación oral que presenta lesiones en la boca (19%<sup>34</sup>) puede deberse a que se trata de una cavidad bien lubricada y cuyo diámetro es amplio en comparación con el del pene, lo que reduce el trauma directo y la fricción. Sin embargo, la posible sequedad, la fuerza del acto y el cizallamiento, hacen comprensible también que sean las escoriaciones las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia. Los labios sostuvieron, de lejos, el mayor número de lesiones, lo cual tiene una explicación mecánica, ya que es la primera y principal barrera que el pene erecto debe superar. No se encontraron lesiones ni en el frenillo labial ni lingual, tampoco en la cara superior ni inferior de la lengua, ni en los dientes; se sugirió que éstas podrían ocurrir más comúnmente durante el sexo oral consentido al realizar el individuo una succión más entusiasta con el objeto de aumentar el placer sexual de la pareja.

Otras lesiones que aparecen con frecuencia durante el sexo oral consentido son las petequias en el paladar, garganta y otras partes de la cabeza y cuello. Éstas, están causadas por la presión generada por la náusea desencadenada al empujar profundamente el pene hacia la garganta, por el sabor de preservativo, por la eyaculación en la garganta o asfixia por aspiración de semen, el olor de la pareja o la reacción psicológica estimulante.

A destacar, la importancia de la búsqueda, en toda la superficie corporal, de restos de la eyaculación, debidos bien a la emisión directa o al roce posterior, ya que, aunque esto no sea suficiente para demostrar la agresión sexual ni su ausencia la descarte, puede contribuir a análisis secundarios, por ejemplo, sobre la autoría del delito.

#### 4.- AGRESIÓN SEXUAL DE VARONES ADULTOS (ASVA)

El reconocimiento de la agresión sexual con víctima varón, hasta ahora negada e incomprendida, es un hecho relativamente reciente. Es cierto, que sostiene una gran similitud con la agresión con víctima femenina<sup>37</sup>, básicamente porque también se trata de un atentado contra la libertad sexual del individuo; sin embargo, factores sociales y culturales adicionales a los que normalmente participan en los delitos sexuales aportan a la agresión masculina una naturaleza singular, la cual exige que sea considerada de forma individual.

El tema, ha sido abordado siempre desde la subjetividad y los significados ocultos, que proceden de las percepciones y estereotipos prevalentes en la sociedad sobre los roles de género en general (*"mitos sobre la violación"*), lo que, por desgracia ha impedido la consideración empática y digna de estos hombres.

Quizá en un futuro deseable, cuando la sociedad se haya librado de esos prejuicios que actualmente la condicionan, podamos considerar los Delitos Contra la Libertad Sexual independientemente del sexo del agresor y la víctima, tratándolos, simple y llanamente como lo que son, ataques contra la dignidad de la persona.

#### 4.1. CONSIDERACIONES LEGALES Y TERMINOLOGÍA CIENTÍFICA ESPECÍFICA

Debe determinarse en primer lugar, cuales son aquellos actos que podemos catalogar como ASVA. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad según a dónde nos remitamos, tanto si comparamos consideraciones de los artículos científicos con definiciones legales, como si comparamos definiciones legales procedentes de diferentes jurisdicciones<sup>39</sup>.

##### Consideraciones generales sobre la Agresión Sexual

Respecto a esto, podemos partir de las mismas premisas que en el caso de las víctimas femeninas. En primer lugar, la coacción tiene diferentes rangos a la hora de manipular la voluntad de un individuo, desde la persuasión verbal a la violencia física, es decir, una agresión sexual no tiene porqué ocurrir en un contexto violento ni verbal ni físico<sup>39</sup>, ni el hombre, por el hecho de serlo tiene porqué ser obligatoriamente capaz de impedir estas situaciones. En segundo lugar, puede existir un contacto sexual consentido, pero no completamente deseado. Por último, los actos sexuales que pueden considerarse dentro de la definición de agresión sexual varían ampliamente, pero pueden considerarse como cualquier contacto sexual indeseado desde un beso o una caricia hasta un coito<sup>39</sup>.

##### Consideraciones específicas sobre la Violación

Especial cuidado hay que tener al considerar aquellas publicaciones que mencionan la violación masculina, y muy importante, además, poner atención sobre la jurisdicción en la que se llevaron a cabo.

Por ejemplo, la definición legal de violación en Inglaterra y Gales es la siguiente:

*“una persona (A) comete el delito de violación si (a) intencionalmente penetra la vagina, ano o boca de otra persona (B) con su pene; (b) B no consiente la penetración; y (c) A no cree que B consienta el acto”<sup>40</sup>.*

Es decir, en términos legales se reconoce el carácter neutral en cuanto al género de la víctima, sin embargo, sólo se comete mediante la penetración del pene (no con dedos u objetos), y por lo tanto, el sujeto activo sólo puede ser un hombre. Sin embargo, antes de 1994, la violación masculina no existía legalmente en Inglaterra bajo este término, sino que se catalogaba como un crimen de sodomía (penetración anal con pene no consentida), con una pena menor.

En Estado Unidos, en algunos estados, la ley específica que una violación está constituida por un coito, y en varios de ellos, especifica que ese coito, por definición, debe involucrar una vagina<sup>39</sup>.

Diferente es la consideración del CP Español, en cuyo art. 179 indica lo siguiente:

*“cuando la agresión consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación”*

Es decir, desde el tipo objetivo, se considera como sujeto activo de este delito a cualquier persona, independientemente de su sexo u orientación sexual, pero esto no siempre fue así.

Tradicionalmente se ha negado que la mujer pudiera cometer el delito de violación (porque se describía el delito utilizando el verbo “yacer”), actualmente sí es factible que sea sujeto activo. La jurisprudencia ha entendido, que a efectos del concepto, “acceso carnal” es equivalente “acceder carnalmente” a “hacerse acceder”, es decir, el delito se comete tanto cuando “se penetra” como cuando “se hace penetrar”<sup>1</sup>. Sin embargo, no he encontrado en la bibliografía ninguna referencia al acto de “hacerse acceder analmente”.

Además, como podemos entender, se considera cualquier parte corporal y no exclusivamente el pene; se habla de objeto, considerando tanto los inanes como los animales, ya que estos se consideran por ordenamiento como “cosa mueble”<sup>1</sup>.

Es decir, de acuerdo con algunas definiciones legales, el hombre no puede ser víctima de una violación<sup>39</sup> y/o la mujer no puede ser sujeto activo de la misma; esta imparcialidad respecto al género contribuye indirectamente a la ignorancia sobre este fenómeno<sup>39</sup>. Por ello debemos tener cuidado al interpretar la bibliografía existente, ya que la terminología empleada puede llevarnos a error.

“Male rape” (MR), “violación masculina”, aunque podría interpretarse como “violación cometida por un hombre”, se refiere a aquel acto de violación en el que agresor y víctima son ambos varones y excluye el resto de tipos de agresiones sexuales y otros géneros del agresor. Es mucho menos específico que “male on male rape and sexual assault”, aunque también menos incómodo. Además, cataloga este tipo de violación como una subcategoría de la “violación normal” (víctima femenina), y enfatiza en que el hecho suceda a un hombre, es extraño<sup>37</sup>. El término, parece explícito, sin embargo, no en el sentido de “sexualidad”, como puede serlo, por ejemplo, el término “homosexual rape”; y es que no debemos equivocarnos, la homosexualidad no es un factor indispensable para considerar a un individuo víctima o persona en riesgo<sup>37</sup>. Es hora, de asumir al fin, que la violencia sexual contra varones no está confinada en la comunidad gay<sup>41</sup>.

#### **4.2. MITOS SOBRE LA ASVA. BARRERAS SOCIALES E INSTITUCIONALES AL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS VARONES**

Es una realidad que, en comparación con las víctimas femeninas, existe una escasez de servicios centrados exclusivamente en víctimas masculinas<sup>37</sup>; y además, en general, en aquellos servicios de atención a mujeres no cuentan con la formación y

experiencia necesaria para atender a estas víctimas tan peculiares<sup>37,39</sup>. Por ello, actualmente, al no existir instrumentos específicos para clasificar las experiencias masculinas de violencia sexual, suelen adaptarse los de las femeninas<sup>37</sup>.

Donelly y Kenyon<sup>42</sup> en 1996, llevaron a cabo extensas entrevistas al personal de centros no institucionalizados de atención a las víctimas, con el fin de profundizar en este asunto. Concluyeron que creencias extendidas como que la MR era extremadamente infrecuente, o que las pocas víctimas solían ser hombres homosexuales o en situación de abuso en el núcleo familiar, contribuía a que este tipo de delitos se consideraran un problema de mínima gravedad. Se consideró, además, que la negación de la realidad podría estar basada en el miedo de que el reconocimiento de las víctimas masculinas supusiera una amenaza para los recursos que se destinaban, prácticamente en exclusividad, a las víctimas femeninas. Como consecuencia, las víctimas masculinas tienen mayor dificultad para conseguir la atención necesaria que requieren y los esfuerzos para prevenir estas agresiones son muy limitados<sup>39,42</sup>.

Para ser completamente honestos, no podemos afirmar que esta oferta mínima de Servicios de Atención se deba exclusivamente a un problema de reconocimiento social del delito, ya que es una realidad que el porcentaje de víctimas femeninas es mayor, y por lo tanto requieren una inversión mayor de recursos para su atención.

Las percepciones sobre la masculinidad son, mucho más influyentes cuando consideramos la MR de lo que lo son las percepciones sobre la feminidad en la violación con víctima femenina y agresor masculino. Los hombres culpabilizan mucho más a las víctimas que las mujeres (especialmente los heterosexuales)<sup>43,44,45</sup>, las víctimas masculinas son más culpabilizadas que las femeninas<sup>43,44</sup>, las víctimas homosexuales son más culpabilizadas que las heterosexuales<sup>46</sup>, la condescendencia de las víctimas está mucho más culpada que la resistencia<sup>45</sup>, y las agresiones sexuales con víctima varón (especialmente si son homosexuales) son consideradas (especialmente por los hombres heterosexuales) como menos graves<sup>45,47</sup>.

El estudio de las diferentes actitudes ante la violación, ha permitido comprobar que la sociedad establece una “jerarquía del sufrimiento”<sup>48</sup>, en la que los hombres heterosexuales son las víctimas que más padecen las consecuencias de la agresión. Los investigadores, han hipnotizado, que este posible sufrimiento añadido se debe a un “enfoque falocéntrico”, el cual empequeñece a las víctimas femeninas y hombres homosexuales, ya que reduce la consideración del oprobio causado por sus violadores. La realidad es, que las MR, son un ejemplo más de como la violación, es más, un acto de control que un acto de gratificación sexual, reforzando así la hegemonía del patriarcado heterosexual, el cual presupone a los hombres como agresivos, fuertes y capaces de evitar cualquier contacto no deseado con otro hombre; o favorece la creencia de mitos como que los hombres no pueden ser violados o, que si lo son no sufren con la experiencia o incluso se excitan con ella<sup>37</sup>. Todo ello contribuye a la represión de las denuncias de las víctimas masculinas y a la represión de los individuos homosexuales por parte de los heterosexuales<sup>37</sup>.

La infradenuncia es más pronunciada incluso, que en el caso de las víctimas femeninas, por ejemplo, Larsen y Hilden<sup>41</sup>, en su muestra encontraron que solo el 42%

de los hombres denunciaron (47.3% de las víctimas sí denunciaron a la policía, 41.8% no lo hicieron y el 5.5% de los individuos fueron rechazados) frente al 70% de mujeres que lo hicieron. La probabilidad de denuncia es todavía menor si la agresora es una mujer, tanto si el delito es de agresión como si se trata de una violación<sup>41</sup>. Las posibles causas propuestas para no denunciar los hechos pueden ser: no estar seguro de los detalles de la agresión, sentimientos de culpa y deseos de olvidar lo sucedido<sup>37</sup>; se ha albergado también, la posibilidad de que otra de las barreras sea que la mayoría de los puntos de atención a las víctimas se encuentren integrados en los servicios de Ginecología<sup>41</sup>.

### 4.3. PREVALENCIA DE LA ASVA

Z.D. Peterson et al.<sup>39</sup> en 2011 llevaron a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, recopilando todas aquellas publicaciones procedentes de Norteamérica y Europa publicadas entre 1984 y 2009 (se excluyeron otras procedencias por el riesgo de que fueran específicas de un sustrato de población específico debido a las variaciones culturales). Así se identificaron un total de 87 artículos sobre la prevalencia y consecuencias de la agresión sexual a adultos varones (ASAV).

Los datos de prevalencia de ASVA oscila entre el 21 y el 68%<sup>39</sup>. Pero podemos puntualizar estos datos en muchos aspectos. Si consideramos sólo ASVA (incluida violación) con víctima y agresor varón, se estima entorno al 10% de los casos anuales tanto en los países occidentales, como en Reino Unido, Estado Unidos o los Países nórdicos<sup>37</sup>; o, por ejemplo, más específicamente en centros de Dinamarca, se muestran datos que varían entre el 0.3 y el 8.5%<sup>41</sup>.

Si consideramos de forma aislada la penetración anal, con uso de violencia, ejercida por una agresora mujer, la prevalencia es del 0.2%<sup>49</sup>. Sin embargo, si consideramos cualquier contacto sexual mantenido con una mujer que ejerce violencia verbal, física u ocasiona una intoxicación, la prevalencia alcanza el 30%<sup>50</sup>.

Considerando exclusivamente muestras de individuos universitarios, las prevalencias de ASVA varían desde un 2%<sup>50</sup> (lesión u obligación mediante la fuerza a mantener coito durante la última relación amorosa) hasta un 73%<sup>52</sup> (si consideramos cualquier acto sexual indeseado durante una cita mediante múltiples formas de coacción, intoxicación o fuerza física). Al considerar, en esta misma población, aisladamente el coito, anal u vaginal mediante el uso de fuerza, las prevalencias varían entre el 1% y el 14%<sup>53</sup>.

El coito anal, vaginal o bucal conseguido mediante coacción verbal (manipulación, presión o insistencia) es muy común, 13% en hombres de la comunidad y el 27% de los jóvenes universitarios<sup>25</sup>. El coito anal, vaginal o bucal conseguido mediante intoxicación varía entre el 1% en hombres de la comunidad y el 19% de los jóvenes universitarios<sup>14</sup>. La intoxicación es la táctica más común de coacción sufrida por los varones<sup>25</sup>.

Además, debemos considerar la posibilidad de que las variaciones en los datos se deban a interpretaciones lingüísticas. Por ejemplo, es posible que “la insistencia” fuera



percibida por algunos individuos como un acto de coacción de menor intensidad que “la presión”<sup>39</sup>.

Hay que tener en cuenta que, actualmente, ya se aprecia un incremento de estos datos<sup>37</sup>. Otras similitudes con las víctimas femeninas, son, que muchos hombres no catalogan sus experiencias indeseadas de sexo como violaciones, por lo que los estudios cuyas definiciones no están claras infra estiman la prevalencia<sup>39</sup>.

#### 4.4. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS VÍCTIMAS Y AGRESORES DE LAS ASVA. COMPARATIVA CON LAS AGRESIONES CON VÍCTIMA FEMENINA.

No existen diferencias significativas en cuanto a la edad en comparación con las víctimas femeninas. La mayoría de los estudios reportan medias de edad para las víctimas varones que oscilan entre los 20 y los 30 años. En aquellos estudios que consideran la presencia de discapacidad en la víctima, se han reportado datos entre el 3.4% y el 24%, aunque no se especifica ni el nivel ni el tipo, mental o física<sup>37,41</sup>.

##### ●Género del agresor

En aquellas situaciones en las que son los hombres las víctimas de la violencia sexual, el sexo del agresor condiciona, de una manera muy importante y peculiar, las consecuencias del acto<sup>39</sup>. Sin embargo, algunos de los estudios no especifican si consideran como posibles agresores a uno, a otro o a ambos sexos.

Se ha comprobado que aquellos hombres agredidos por otros hombres tienen reacciones mucho más negativas y consecuencias psicológicas más severas tras el acto que aquellos que son agredidos por mujeres<sup>54</sup>. Krahe et al. en 2003<sup>50</sup> concluyó que sólo unos pocos hombres que habían mantenido sexo no consentido con mujeres describían la experiencia como “*muy desagradable*”, la mayoría la describía como “*moderadamente desagradable*” y algunos como “*no del todo desagradable*”; de aquellos cuya experiencia había consistido en una agresión severa, sólo 3 de 10 la describieron como “*muy desagradable*”. Ninguno de los dos artículos recogidos en este párrafo incluyó en su análisis formas “menores” de violencia sexual.

Una posible explicación a este fenómeno es que las agresiones perpetradas por mujeres “respetan” los estereotipos sociales en cuanto a los roles masculinos, lo que mitiga las consecuencias; mientras que las perpetradas por hombres no lo hacen<sup>39</sup> (sin importar la orientación sexual de la víctima).

##### ●Orientación sexual

Algunos estudios prestan atención a la variabilidad en cuanto a la orientación sexual de la víctima, pero los datos son especialmente subjetivos, debido a la parcialidad de algunos servicios de atención a las víctimas, con variaciones de entre 3.1% y 22% de individuos que se autodenominan como homosexuales o bisexuales<sup>37</sup>. En la muestra de Larsen y Hilden<sup>41</sup>, sólo se consiguió averiguar la orientación sexual del 62%, pero de éstos, el 68% se catalogaban como heterosexuales.

Además, parece ser que no es infrecuente que aquellas víctimas cuyo agresor es un hombre, presenten sentimientos de confusión en cuanto a su orientación sexual, lo que es menos frecuente cuando el agresor es una mujer<sup>39</sup>.

### ●Lugar del delito

En cuanto al lugar donde tienen lugar el delito de violación, parece ser que la localización más común en ambos sexos es un espacio público, hasta en el 30% de los casos; la segunda y tercera, en el caso de las víctimas masculinas es la residencia del asaltante y la de la víctima, mientras que en el caso de las femeninas ocurre a la inversa<sup>55</sup> (esta diferencia puede deberse a los altos datos de abuso y agresión femenina en el ámbito doméstico<sup>39</sup>).

Para la totalidad de las agresiones sexuales (no solo violación), Larsen y Hilden<sup>41</sup>, obtuvieron los siguientes datos de localización de agresiones sexuales: el 43.6% ocurrió en la residencia del agresor o de la víctima, 12.7% en un bar o restaurante y el 23.6% en el exterior (calles o parques).

### ●Alcohol

El alcohol se encuentra también muy presente en las agresiones sexuales de hombres, e el 20% de los individuos declaran haber consumido entre 1 y 5 unidades de alcohol y hasta el 45.5% más de 5 unidades<sup>41</sup>. Basándonos en el testimonio de la víctima, hasta el 29.1% tenían la sospecha de que habían sido drogados<sup>41</sup>.

### ●Agresores múltiples

Estudios antiguos<sup>56</sup> (década de los años 80 y anteriores), y otros más actuales como McLean et al.<sup>55</sup> y Larsen y Hilden<sup>41</sup>, encontraron que las víctimas masculinas, eran significativamente agredidas con mayor frecuencia por múltiples agresores (2 o más) que las femeninas. Nesvold et al.<sup>57</sup>, estimaron que en su muestra (nórdica), la diferencia también era amplia, el 13.4% de las víctimas femeninas frente al 38.1% de las masculinas eran agredidos por varios individuos.

Si nos referimos al global de las agresiones sexuales, Larsen y Hilden<sup>41</sup> en su muestra obtuvieron datos de 60% agresor único, 16.4% 2 ó 3 agresores y 9.1% más de tres agresores. Kaufman et al.<sup>56</sup>, en su muestra encontró que el 87% de las víctimas había sido agredida al menos por un hombre, el 6% por un hombre y una mujer y el 7% por más de una mujer; además las agresiones múltiples eran perpetradas por desconocidos y mujeres con más frecuencia .

### ●Relación víctima-asaltante

Al considerar la relación entre asaltante y víctima no encontramos acuerdo en la bibliografía. Mientras que para algunos el hecho de que el agresor sea un extraño (o conocido en <24h) aparece como la mitad de probable en comparación con las víctimas femeninas<sup>58</sup> (en algunas muestras alcanza hasta el 95% del total de los casos)<sup>57</sup>, para otros esto es más común entre las víctimas mujeres<sup>55</sup>.

Larsen y Hilden<sup>41</sup>, obtuvieron que, en el caso de agresiones sexuales, el 25.5% de los agresores eran conocidos por la víctima, 18.2% breve contacto con el agresor, conocido de <24h y el 34.5% completamente desconocido.

Si consideramos las agresiones sexuales (incluida la “*date rape*”) en el marco de las relaciones románticas, se han aportado datos del 25% en el caso de las mujeres y del 7% en el caso de los hombres<sup>53</sup>, sin embargo, se plantea la posibilidad de que la percepción de la violencia condicione estos datos. Aunque la bibliografía reconoce la violencia dentro de las parejas homosexuales y heterosexuales con el varón como agresor, esto supuestos no están bien estudiados.

### ● Presencia de armas y violencia

Los agresores sexuales de hombres, muestran elementos de poder, control y venganza que son más dominantes que el propio acto sexual en sí, y, además, difieren en cuanto a sexualidad<sup>41</sup>, sin embargo, no está completamente claro cómo se traduce esto en la actividad durante la agresión.

La bibliografía más antigua apoya que la violencia es notablemente superior cuando las víctimas son hombres, sin embargo, investigaciones más recientes<sup>55</sup> no han encontrado diferencias significativas en cuanto al uso de armas o violencia en comparación con las mujeres (aunque, violencia adicional a la estrictamente requerida para dominar a la víctima fue usada en la mitad de los casos, especialmente si el arma estaba presente -1 de cada 10 casos en varones<sup>55</sup>-, fue ligeramente menor en el caso de los hombres). Además, las víctimas varones, presentan mayor probabilidad de permanecer en cautiverio durante más tiempo<sup>56</sup>.

Considerando concretamente la posesión del arma, aunque no hubo diferencias significativas, el empleo fue ligeramente superior en víctimas varones. Otros estudios<sup>52</sup>, han concluido que el chantaje o la presencia de armas eran los dos métodos de coacción más empleados en el caso de violaciones masculinas.

### ● Otras

El ciclo de revictimización tampoco es despreciable en las víctimas masculinas (hasta cifras del 44% en algunas muestras<sup>56</sup>). En algunos estudios<sup>41</sup> hasta el 75% de los hombres reconocieron victimización sexual previa de algún tipo, 21% de ella, agresión sexual, además, es bien sabido que el abuso sexual durante la infancia aumenta el riesgo de agresiones sexuales durante la edad adulta.

Es un error considerar la violación como única agresión, ya que el resto de los delitos sexuales, puede tener muy similares consecuencias en los varones<sup>39</sup>. Las víctimas masculinas presentan una mayor probabilidad de negar que lo que les ha ocurrido es una violación y bloquean su respuesta emocional. Los datos recogidos en el estudio de Kaufman et al.<sup>56</sup>, mostraron que el 41.6% de las mujeres a las que se les proporcionaba ayuda y consejo médico legal volvían al centro para ser asesoradas, mientras que sólo el 27.6% de los hombres lo hacía. Hay que tener en cuenta, que intentar controlar la respuesta emocional ante un evento, no es sinónimo de conseguirlo. Los hombres tardan considerablemente más tiempo que las mujeres en acceder a los servicios de ayuda a las víctimas, por ejemplo, un estudio de 115

varones en un centro de asesoramiento a las víctimas en Londres, observo una media de tiempo transcurrido entre el acto y el acceso de 16 años<sup>56</sup> (aunque la mayoría de ellos eran menores de 16 años en el momento de la agresión, lo que incrementa gravemente el riesgo de padecer Desorden de Estrés Postraumático<sup>41</sup>).

Podríamos plantear inicialmente la siguiente cuestión ¿causa la agresión sexual problemas o son esos problemas los que la facilitan? Además, corremos el riesgo de magnificar las consecuencias de las ASAV, si tenemos en cuenta que las víctimas que consideramos son aquellas que se presentan, debido a esas consecuencias más graves por mayor requerimiento de atención sanitaria o certeza de que la denuncia será aceptada.

Con frecuencia, se ha asumido que los hombres padecen menos consecuencias negativas que las mujeres tras una agresión sexual, sin embargo, no hay consenso respecto a ello. Existe la posibilidad de que la agresión les produzca una pérdida de poder, control y masculinidad; por ello siempre que se trivializan este tipo de actos se dificulta que los hombres hablen con libertad y pidan ayuda, mucho más que en los casos de mujeres. Es improbable que los hombres admitan consecuencias psicológicas, como depresión o pérdida del deseo sexual, que son inconsistentes con las expectativas del rol masculino; sin embargo, es más probable que muestren otras consecuencias que sí son congruentes con el estereotipo, como es el abuso de alcohol. Los desórdenes mentales y el suicidio predominan en las víctimas de abuso sexual (<14 años) pero no en los adultos, donde es más común la baja autoestima<sup>41</sup>.

## 4.5. TIPOS DE LESIONES Y ASVA

Al igual que ocurre en las investigaciones sobre víctimas femeninas, la muestra de varones que solicitan ayuda de algún tipo o denuncian los hechos no es representativa, ya que en general las agresiones suelen consistir en actos con niveles inusualmente altos de violencia, y con frecuencia atacados por más de un agresor.

### 4.5.1. LEG Y LAG

Al parecer, la naturaleza de los agresores que tienen como víctimas a varones, difiere tanto en motivo como en objetivo, y la violación no es el principal método con el que ejercen su violencia sexual. Por ejemplo, los estudios han mostrado que la violación con pene es significativamente más frecuente en víctimas femeninas que en masculinas, quienes sufren más penetraciones con dedos u cuerpos extraños<sup>59</sup>, lo que evidencia una importante diferencia fenomenológica en función del género.

Un amplio análisis de las víctimas examinadas en los centros de atención a las víctimas, ha mostrado dos diferencias significativas: las mujeres sostienen más LEG y en más partes diferentes del cuerpo que los hombres<sup>41,60</sup>, pero, son los ellos los que comparativamente presentan 6 veces más probabilidad de presentar al menos una lesión en el área anal (OR 6.101, IC 4.216-8.829,  $p < 0.05$ )<sup>41</sup>. Se estima que el 40% de las víctimas varones presentan lesiones ano-genitales y el 17% en otras zonas corporales<sup>37</sup> (aunque otros estudios consideran cifras diferentes). Además, parece ser que el uso del anospocio permite detectar un número, significativamente mayor de

lesiones en varones, que el colposcopio. Deben tenerse las mismas consideraciones que teníamos a la hora de considerar las lesiones, hasta un quinto de las víctimas masculinas con agresor masculino, no presentan lesiones en ninguna parte del cuerpo y, en el caso de que las presentes, debemos contar con la posibilidad de que la agresión sexual no sea su causa<sup>37,60</sup>.

La MR se ha reconocido como una forma de castigo homofóbico, muy bien documentado en prisiones (especialmente con victimización de mayores por jóvenes), o como forma de tortura a la que se somete a los prisioneros de guerra (la tortura sexual masculina durante los periodos de guerra es un hecho escasamente conocido, pero en absoluto infrecuente). También se ha relacionado con ambientes puramente masculinos, por lo que se podría considerar un comportamiento masculino heterosexual, ante la ausencia de mujeres<sup>37</sup>. Por ejemplo, en el periodo de un año (2001-2002), en el Centro Médico de Atención de la Salud y los Derechos Humanos de Refugiados de Boston, el 28% de los supervivientes varones fueron identificados como supervivientes de trauma sexual<sup>61</sup> (en un estudio más amplio, con 607 hombres de 45 países diferentes, se encontraron datos similares, de un 25%<sup>62</sup>).

Debe preocupar que los profesionales sanitarios, con frecuencia, encuentran dificultad para preguntar por la tortura sexual o no están entrenados para identificar los signos físicos y psíquicos de la tortura. Además, las víctimas raramente lo declaran voluntariamente, debido a la vergüenza a la estigmatización y al miedo a revivir el acontecimiento o perder su masculinidad<sup>61</sup>. Por ello es importante, que los servicios de Urología tengan en cuenta la posibilidad de que algunos de los problemas de sus pacientes tengan como causa la tortura sexual bélica. Ésta puede consistir en diferentes actos: agresión directa contra los genitales (golpear, aplicar descargas eléctricas, quemaduras con cigarrillos, inserción de objetos en la uretra etc.), actos sexuales no consentidos (violaciones anales, masturbación o felación forzada) y agresiones mentales (humillaciones sexuales, desnudos obligados, amenazas)<sup>61</sup>. Por ejemplo, en el estudio citado antes<sup>62</sup>, la frecuencia cada acto fue la siguiente: 21% habían sido violados, 47% habían sufrido agresiones directas sobre los genitales, 27% del total sometidos a descargas eléctricas, y al 21% se les había insertado un objeto en el ano o en la uretra.

Como podemos ver en el cuadro a continuación<sup>61</sup>, las consecuencias de estas agresiones pueden ser agudas y/o crónicas. Las primeras consisten en sangrados o dolores genitales y/o rectales, con o sin incontinencia; y las segundas, desde síntomas en el tracto urinario inferior a incontinencia fecal, disfunción eréctil o dolor crónico.

**TABLE I. Most common methods of sexual torture and physical sequelae among 20 survivors of torture treated at Boston Center for Refugee Health and Human Rights at Boston Medical Center between January 1, 2001 and January 1, 2002**

Physical Trauma	Acute Physical Sequelae	Chronic Physical Sequelae
Forced nakedness	Groin/genital pain	Groin/genital pain
Anal rape	Fecal incontinence	Erectile dysfunction
Genital beatings with fists, sticks, or other instruments	Rectal bleeding	Urethral stricture
Electric shocks to genitals	Rectal pain	Fecal incontinence
Forced fellatio		
Insertion of toothpicks into the penis		

---

#### 4.5.2. LESIONES ANALES

Normalmente el margen de la mucosa anal es marrón-rojizo y está arrugado por la contracción del esfínter anal externo. El anillo ano-rectal está formado por el músculo pubo-rectal (las fibras más inferiores del elevador del ano) y la parte superior del esfínter anal tanto interno como externo<sup>16</sup>.

El esfínter anal interno, que es involuntario, está constituido por las fibras más inferiores de la capa muscular circular del recto. El esfínter anal externo, bajo control voluntario, tiene tres partes: subcutáneo, superficial y profundo. El recto, con una longitud de entre 8-15 cm, se convierte en canal anal al atravesar el suelo pélvico<sup>16</sup>. El canal anal acaba en el orificio anal o ano; la línea pectínea o dentada supone la separación entre la mucosa del canal (epitelio columnar, coloración rojo púrpura) y la zona cutánea (anodermo, epitelio escamoso, coloración blanquecina), además consta de las criptas anales (situadas a 2-3cm del margen anal), es fácilmente identificable en la anoscopia.

Las perforaciones rectales y las lesiones del esfínter son poco comunes, pero pueden presentarse cuando se emplea para la penetración CE de determinadas características o con formas que no contribuyen a mantener la integridad de los órganos<sup>60</sup>.

La frecuencia con la que se presenta la penetración anal en la violencia sexual no está clara, además se considera que para muchas víctimas es extremadamente angustioso revelar este dato. Pero, debe sospecharse violación anal en cualquier circunstancia en la que aparezcan lesiones anales<sup>16</sup>.

Algunos estudios han sugerido que, al menos en víctimas femeninas, aquellas que sustentan lesiones anales debidas a la penetración anal (acompañada o no de vaginal), presentan con mayor frecuencia LEG (rostro, cabeza o cuello principalmente)<sup>16,37</sup>, que las mujeres exclusivamente penetradas vaginalmente. Por ello, la identificación de las lesiones anales podría servir al explorador de ayuda para identificar otras lesiones<sup>36</sup>.

A tener en cuenta, además, que el riesgo de contagio del VIH tras un único episodio de sexo anal consentido es del 2% para el sujeto pasivo (mayor que en un único episodio de sexo vaginal 0.1%), y además aumenta en el caso de las agresiones sexuales debido a la exposición a lesiones, sangrados o varios asaltantes<sup>3</sup>.

Los traumas ano-rectales pueden subdividirse en cinco tipos<sup>63</sup>:

**-Proctitis traumática:** inflamación de la mucosa rectal asociada a sensación de quemazón. La inflamación crónica puede ocurrir si la estimulación es repetida o si está presente una infección (es importante considerar como diagnóstico diferencias otras etiologías como, por ejemplo, las enfermedades inflamatorias intestinales).

**-Laceraciones no perforantes de la mucosa anal.**

**-Interruptiones de la continuidad del esfínter anal:** Aunque debe considerarse sobre la etiopatogenia de las fisuras anales en adultos, que el abuso sexual es un factor presente en un número significativo de los casos.

**-Cuerpos extraños retenidos o no:** la introducción de cuerpos extraños en el ano, tanto de forma consentida como no consentida puede producir lesiones fatales, siendo más común y desproporcionado cuando se produce en hombres mayores. Es recomendable realizar un examen digital previo a la colposcopia si se sospecha presencia de cuerpo extraño en recto o hay sangrado o dolor severo

**-Perforaciones transmurales del recto-sigma.**

Es recomendable realizar un examen digital previo a la colposcopia si se sospecha presencia de cuerpo extraño en recto o hay sangrado o dolor severo. Además, debe considerarse durante los días posteriores el régimen defecatorio y el dolor; es interesante también valorar la sensibilidad prostática<sup>5</sup>.

#### Otras consideraciones sobre el sexo anal

Las investigaciones estiman que aproximadamente el 10% de las mujeres con el tiempo acceden a la penetración anal durante el coito consentido. Sin embargo, la penetración anal durante el sexo consentido pero no deseado, es prácticamente inexistente (recordemos que éste a pesar de ser muy similar al consentido y deseado es más restringido en cuanto a variedad de actos practicados).

Por otro lado, revisiones sobre el tema<sup>63</sup>, concluyeron que la masturbación anal está mucho más extendida de lo que previamente pudiéramos pensar, puede concebirse como preludeo de otras actividades sexuales o ser disfrutada en sí misma, en solitario o compartida. Sin embargo, es una actividad potencialmente peligrosa, tanto por el daño físico interno como por la vehiculización de organismos patógenos.

---

### 4.5.3. LESIONES EN EL PENE

La naturaleza externa de las lesiones genitales en varones no provoca el mismo debate entre contacto y consentimiento que las lesiones en mujeres, y, las lesiones pueden ser interpretadas de manera similar a las LEG<sup>15</sup>. De hecho, no existen estudios comparativos de lesiones en genitales masculinos en casos de contacto sexual consentido y no consentido. Los conocimientos que se emplean en estos casos, proceden de otros campos de investigación, como, por ejemplo, el contagio de ETS.

Podríamos plantearnos preguntas como: ¿las lesiones ocasionadas al obligar a un hombre a penetrar a otro individuo son similares en frecuencia y tipo a las lesiones del sexo consentido? ¿La penetración anal y vaginal produce en el miembro las mismas consecuencias?

Es bien conocida la influencia de las LAG en la transmisión de ETS como el VIH, sin embargo, no existía hasta 2010<sup>65</sup> ninguna publicación que recogiera sistemáticamente datos sobre la influencia de diferentes factores en la aparición de lesiones de carácter leve durante el coito consentido de hombres sexualmente activos. De hecho, los investigadores llevaron a cabo una extensa revisión bibliográfica en la que sólo identificaron dos estudios comparables: el primero, un estudio procedente de Uganda de 1999<sup>66</sup>, que no encontró diferencias entre circuncidados y no circuncidados, y el segundo era una tesis que mostraba asociación estadística significativa entre el

historial de ETS y lesiones auto-informadas durante el coito, mediante un análisis multivariante que ajustaba para el uso del condón y el número de parejas sexuales, sin embargo, sus datos no fueron publicados.

El estudio de Mehta et al. de 2010<sup>65</sup> consistió en el seguimiento de dos grupos de hombres, circuncidados y no circuncidados (1:1), sexualmente activos entre 18 y 24 años, comparables tanto socio demográficamente como respecto a sus hábitos sexuales. Se exploró y entrevistó a los individuos sucesivamente en los meses 1-3-6-12-18-24, codificando bajo la variable dicotómica SIEMPRE/NUNCA las siguientes lesiones: 1) Irritaciones, úlcera/laga o dolor en el pene, 2) Escoriaciones o laceraciones en la piel del pene y 3) Sangrado en la piel del pene. Debe tenerse en cuenta, que los datos obtenidos son “auto-informados” por cada individuo, y, que, aunque en el estudio no lo recoge explícitamente, parece que hace referencia exclusivamente a coito vaginal.

Tras el análisis multivariante, se mantuvieron como factores protectores de lesión: la circuncisión, en los tres tipos de lesiones, con una OR ajustada entre 0.52-0.71 (desde la primera visita a las 6 meses, es decir, la cirugía de circuncisión reciente no aumentó el riesgo de lesiones); el uso del preservativo en el último coito vaginal, también para los tres tipos de lesiones, aOR 0.75-0.86; limpieza del pene dentro de la primera hora tras el coito, para irritaciones, úlcera/laga o dolor, aOR 0.85 y para escoriaciones o laceraciones 0.87; que el hombre estuviera casado o conviviera con una pareja, para escoriaciones o laceraciones, aOR 0.75. [Tabla 3<sup>65</sup>, Anexo 8]

Respecto a este último factor de protección se cuestionó si podría haber quedado eclipsado por otras variables como la frecuencia de relaciones o la variedad de prácticas sexuales (ya que con anterioridad se propusieron la frecuencia y vigorosidad del coito, o las posiciones sexuales no comunes como factor de riesgo para las lesiones coitales), sin embargo, se consideró que, al menos en esta muestra, esto podía deberse a que el aumento de la edad se asocia con un incremento de las lesiones, lo que podría deberse a un aumento de la frecuencia o a la ampliación de la variedad de prácticas sexuales.

La no circuncisión pues, se mostró clínicamente y estadísticamente significativa con la presentación de lesiones dérmicas en el pene, lo que podría explicar en parte la tasa superior de infección por VIH en comparación con los circuncidados, es decir, no es que la circuncisión prevenga el VIH, si no que disminuye las lesiones que lo contagian.

Se encontraron como factores asociados que aumentaban la probabilidad de presentar todo tipo de lesiones: haber tenido 2 o más parejas sexuales en el último mes y aplicar sustancias (vaselina, lubricante, cremas o lociones indeterminadas) en el pene antes del sexo. Respecto a lo último, inicialmente se consideró la variable de sustancias aplicadas en la vagina, pero se retiró, ya que hasta el 15% de los hombres eran incapaces de determinarlo con seguridad; además debe contarse con la posibilidad de que algunas lesiones sean más bien síntomas alérgicos o dermatitis irritantes debidas distintos productos (espermicidas, espray desodorante de higiene femenina o cualquier sustancia transferida por las manos). [Tabla 3<sup>65</sup>, Anexo 8]



Factores asociados al aumento de la probabilidad de presentar irritaciones, úlcera/llaga o dolor en el pene, y, escoriaciones o laceraciones en la piel del pene: la edad y la seropositividad para el Herpes Virus Simple Tipo 2 (HSV-2). Sin embargo, este tipo de lesiones fue también informado por hasta el 44% de los hombres seronegativos para HSV-2, estando presentes las lesiones sólo en el 2.5% de las exploraciones, por lo tanto, el HSV-2 no es suficiente para explicar las lesiones.

La incidencia de ETS no ulcerativas (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomona vaginalis* o *Chlamydia trachomatis*) se asoció con todas las lesiones, pero sólo supuso un factor de riesgo para el aumento de presentación de irritaciones, úlcera/llaga o dolor en el pene. Cuando se consideraron las lesiones de sangrado, se descubrió que este subconjunto se debía a lesiones progresión o más graves que no habían sido atendidas.

Es importante denotar que, a lo largo del tiempo, en ambos brazos del estudio disminuyeron las cifras de lesiones. Esto, podría explicarse por: la familiaridad con las preguntas del estudio o mayor atención y cuidado durante el coito, la mejora de la salud genitourinaria y el descenso de las ETS (diagnosticadas y tratadas en cada visita), el aumento del uso de preservativo (los participantes fueron suministrados gratuitamente con preservativos ilimitados) o descenso del número de parejas sexuales. Sin embargo, pese a disminuir, se mantuvieron en cifras de 31% para los circuncidados y 42% para los no circuncidados. [Gráficas A, B, C y D<sup>65</sup>, Anexo 8]

Entre los fallos de este estudio podemos encontrar: no de dan datos de localización, severidad o duración de las lesiones, ni información adicional sobre las características del coito, las posiciones sexuales, eventos concretos anteriores al coito o condiciones y lesiones de las parejas sexuales, todo ello podría ayudarnos a comprender mejor los mecanismos de lesión.

#### Lesión especial-La fractura de pene:

La fractura de pene es una lesión asociada a la actividad sexual y a las manipulaciones del pene, especialmente la masturbación. Ocurre por la ruptura de la túnica albugínea del cuerpo cavernoso, lo que desencadena un sangrado abrupto del pene eréctil. Es más frecuente durante la cuarta década de la vida y tiene como factores predisponentes la fuerza excesiva durante el coito o manipulación, esclerosis de la túnica albugínea y uretritis crónica

Consiste en un dolor repentino del pene, desviación y tumescencia y síntomas miccionales con hinchazón, suele asociarse ruptura uretral. El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica temprana con suturas reabsorbibles, aunque son frecuentes las complicaciones (dificultad coital, fistulas uretrales y disfunción eréctil)

Una revisión del tema<sup>67</sup> concluyó que no se trata en absoluto de un suceso extraño.

#### Pene del agresor:

Las profesiones, en algunas ocasiones, pueden ser llamados a la evaluación forense de los presuntos agresores. La base de la evidencia a recolectar es muy similar a la de las víctimas y requiere un *kit* y una cadena de custodia exactamente igual que la de las víctimas<sup>15</sup>. Si la víctima y el agresor se encuentran en el mismo

centro, es importante que sean examinados por distinto personal, para evitar el cruce de acusaciones y, especialmente, la contaminación de las muestras.

Los individuos mantendrán silencio con gran probabilidad e intentarán en lo posible obstaculizar el examen, no obstante, cualquier información o actitud sostenida debe ser recogida e informada<sup>15</sup>.

Los asaltantes pueden tener LEG y LAG a consecuencia de las acciones defensivas de la víctima, lo que podría servir para corroborar el testimonio de la ésta. De vital importancia es la recogida de muestras de ADN, ya que puede contribuir a la identificación del agresor. Respecto a la toma de muestras en el pene, se usará una torunda a lo largo de todo el eje del pene, grande y la zona bajo el prepucio. Deberá tenerse en cuenta por la misma razón, si la agresión descrita implica penetración digital o lesiones de mordedura<sup>15,22</sup>.

---

#### **4.5.4. CONSIDERACIÓN DE LA ERECCIÓN Y EYACULACIÓN DURANTE LA AGRESIÓN**

La exhaustiva revisión de Bullock and Beckson<sup>68</sup> se centró en que la erección y la eyaculación de un hombre sometido a una agresión sexual era una muestra de su estado psicológico y no se encontraba completamente sometido a un control voluntario (se trata de reflejos medulares estimulados o inhibidos en parte por el cerebro, de hecho, se han obtenido muestras de semen de mamíferos a través de electro estimulación intra rectal). Ambas pues, pueden ser una consecuencia de la elevada ansiedad y/o estimulación anal. Esto, es importante por dos razones.

En primer lugar, aquellas víctimas que experimentan erección y/o eyaculación, puede parecer, erróneamente que consienten o disfrutan la experiencia. Se han descrito casos de MR en los que durante el proceso se desestimó la denuncia basándose en que el denunciante tuvo una erección durante el supuesto delito. Es comprensible, que jurados ignorantes respecto a determinadas cuestiones, busquen “certezas” en lo que ellos consideran “hechos médicos o biológicos”, especialmente si son congruentes con el “sentido común”, aunque estén vacíos de objetividad, como es este caso, ni la eyaculación ni la erección son sinónimos ni de consentimiento ni de disfrute.

En segundo lugar, ambas pueden aumentar el sentimiento de culpabilidad en las víctimas masculinas, o confundir a los individuos heterosexuales sobre su sexualidad, y por extensión, sobre su identidad, haciendo que se planteen preguntas como “¿me ha gustado?”. Las víctimas se enfrentan por lo tanto a una situación que implica homosexualidad, y el componente social del prejuicio sobre la orientación sexual, impide la revelación del delito<sup>36</sup>.

## 5.-FALSO TESTIMONIO DE VIOLACIÓN (FTV)

Actualmente, parece que ya no se cuestiona la existencia de las denuncias falsas de violación, sin embargo, persiste la controversia sobre su verdadera prevalencia, que las investigaciones estiman entre el 2-10% de los casos<sup>69</sup>.

Su identificación debe ser una prioridad, ya que de ninguna manera deben considerarse con nulas o inofensivas consecuencias. La mera afirmación de una relación sexual no consentida puede desencadenar una sucesión de acontecimientos de impredecible evolución, entre ellos, la identificación de un sospechoso, lo que ya en sí, supone un trauma psicológico y social para el individuo señalado<sup>7,8</sup>.

En primer lugar, debemos considerar la definición de este fenómeno. Aunque se han propuesto definiciones posteriores, pese a su antigüedad, la reconocida como mejor definición de trabajo es la propuesta por Kanin en 1994<sup>7</sup>:

*“La denuncia intencionada de violación forzada (en contra de la voluntad) por una supuesta víctima, cuando el suceso realmente no ha sucedido”.*

Es decir, no consideramos FTV: las declaraciones inconsistentes, ni siquiera las que contengan mentiras sobre algunos aspectos del incidente; aquellos casos en los que la denuncia se retrase en el tiempo o la víctima esté extremadamente intoxicada; o aquellos en los que la denunciante, por cualquier motivo abandone la acusación o no coopere en el caso, con independencia de las dudas que se tenga respecto a la validez de los cargos imputados (con la propia postura procesal de la víctima que ha vivido o permanece en un círculo de violencia)<sup>7,69,70</sup>. Tampoco, pueden equipararse con el elevado número de absoluciones y sobreseimientos derivados, en general, de la dificultad de probar los hechos<sup>70</sup>.

Otro concepto muy relacionado con esta circunstancia es el que podríamos denominar “auténtica verdad”<sup>19</sup>, con él nos referimos a la correcta categorización de los sucesos, sin embargo, esto no es siempre sencillo. Por un lado, porque algunas violaciones no son percibidas por la víctima como tales y algunos encuentros, que parecen consentidos, son en realidad violaciones. Y, por otro, en algunos casos, el único individuo que puede afirmar que la acusación de violación es falsa es la propia denunciante, ya que es ella quien otorgó o no el consentimiento<sup>7</sup>. Los estudios han encontrado diferentes formas de solventar esta cuestión, por ejemplo, utilizando como muestra de FTV sólo aquellos casos en los que las denunciantes se retractaron, descartando que la declaración de falsedad se debiera a ningún tipo de presión, ya que se produjeron cuando las denunciantes se vieron ante la perspectiva de ser descubiertas y prefirieron evitar los inconvenientes de otra investigación<sup>7</sup>; y, empleando como muestra de casos, sólo aquellos en los que el violador confesó la violación (con la certeza de que esto no supusiera una reducción automática de la condena según la normativa del sistema judicial del país) y además, existía una prueba irrefutable del delito (muestras de ADN, agresor identificado por la víctima, detalles muy específicos contenidos dentro de la declaración de los hechos, posesión del algún artículo de la víctima, etc.)<sup>19</sup>.

Antes de proseguir, considerar que todo lo contenido en este apartado se refiere a aquellas denuncias en las que la víctima es una mujer y el agresor un varón, acerca del resto de supuestos no he encontrado referencias.

Como he expuesto en las partes previas de este trabajo, ni la presencia ni la ausencia de las LEG y/o de las LAG sirven, de manera aislada, para otorgar veracidad a un testimonio de agresión sexual. Con frecuencia, la determinación de la existencia o inexistencia del consentimiento requiere de la consideración de otras pruebas, como, por ejemplo, el testimonio de la denunciante. De esta cuestión surge la necesidad de encontrar dónde y cómo divergen los falsos testimonios de violación de los verdaderos. A continuación, se expone la conocida como “La Teoría de la Violación Falsificada” (“*The Theory of Fabricated Rape*”), propuesta por un artículo procedente de los Países Bajos<sup>19</sup>, basada en la literatura y en sus propios resultados (Tabla<sup>19</sup>, Anexo 9). Los falsos testimonios se caracterizarían por lo siguiente:

### **Rapidez y brevedad**

Una estrategia común de los mentirosos es mantener la historia simple y sin demasiados detalles, lo cual es aplicable también para los simuladores de este tipo de delitos, cuyo discurso suele construirse de forma concisa y prototípica. Estudios anteriores, ya concluyeron, que las alegaciones que finalmente se consideraban como verdaderas contenían declaraciones con más enunciados; lo que se confirmó en este estudio, de Zutter et al.<sup>19</sup>, donde la media de ítems codificados como “*presentes*” mostró diferencias significativas entre los grupos, siendo más frecuentes en las alegaciones verdaderas (V) que en las falsas (F) (con una media de V: 59.13, SD=11 vs. F: 35.74, SD=9.33).

Lo mismo ocurre si nos referimos a los detalles de la historia, otros aspectos (*ítems*), que aparecieron con mayor frecuencia en las verdaderas víctimas fueron: inclusión de detalles en la historia (“*Victim telling details rape*”– V:77% vs. F:31%), informar de ellos espontáneamente (“*Victim telling details spontaneously*”– V:83% vs. F:14%), inclusión de eventos posteriores a la violación (“*Victim telling events post-rape*”, V:100% vs. F:17%).

La diferencia en la duración del ataque entre las acusaciones falsas y probables de violación parece ser un hallazgo sólido. Varias vías diferentes conducen al mismo resultado y las proporciones indican una potencia discriminativa casi perfecta. La duración de la agresión fue inferior en las denuncias falsas (“*Longer than 15 minutes*”- V:57% vs. F:3%, “*Longer than 30 minutes*”- V:37% vs. F:0%), lo que fácilmente podríamos explicar, ya que, a mayor extensión más elementos necesarios a inventar. Se hipotiza también con la posibilidad de que la población general tenga la falsa creencia de que los violadores son individuos sexualmente frustrados y la violación supone un “alivio” /” liberación” para ellos, lo que haría que su “aguante” fuera mínimo y consumaran rápidamente. Otra posibilidad es, que las participantes de este estudio concreto carezcan de capacidad de imaginar historias o fantasear, una cualidad indispensable de los buenos mentirosos y “contadores de historias”.

Sin embargo, pese a que la duración del ataque tiene una importancia importante en el discernimiento de la veracidad de las denuncias, prácticamente nunca es tenido en cuenta por los investigadores.

### **Básicos, de naturaleza pasiva, con escasez de variedad de actos sexuales y con mínima interacción entre el agresor y la víctima**

Si empezamos considerando la simplicidad, las historias de las verdaderas víctimas, incluyen una variedad más amplia de actos y posiciones sexuales, especialmente aquellos comunes en el sexo consentido, pero no en el no consentido según las creencias populares. Por ejemplo, penetración vaginal desde plano posterior, penetraciones múltiples o “juegos preliminares” (“*Vaginal penetration behind*”- V:60% vs. F:6%, “*Raping multiple times*”- V:43% vs. F:3%, “*Foreplay*” – V:70% vs. F:14%), son poco frecuentes en los FTV.

Por otro lado, las víctimas reales de violación tienden a participar activamente para minimizar las consecuencias negativas, las lesiones innecesarias o, incluso, la muerte; mientras que las falsas denunciadas no son participativas ya que consideran que así hacen su historia más creíble o consideran más prudente psicológica y socialmente reducir al mínimo la humillación de la victimización sexual sin complicar el acontecimiento más de lo necesario<sup>17</sup>. Así podemos comprobar, cómo, las descripciones de verdaderas violaciones incluyen diferentes formas de participación de las víctimas (“*Victim participating*”– V:83% vs. F:3%, “*Victim masturbating offender*” – V:40% vs. F:6%). En las denunciadas falsas raramente se describen felaciones (“*Fellatio*” – V:53% vs. F:3%) o cunnilingus (“*Cunnilingus*” -V:40 % vs. F:3 %) y nunca penetraciones anales (“*Anal penetration*” – V:37% vs. F:0%).

Según Canter et al.<sup>71</sup> los violadores exhiben un comportamiento concreto que pretende imitar el sexo consentido y satisfacer un deseo de intimidad. Sin embargo, esto no forma parte de la representación que la población tiene de la violación. Por ejemplo, Ellison & Munro<sup>72</sup> en 2009, exponiendo diferentes casos ante un jurado ficticio comprobaron como la mayoría de los individuos consideraban falsa toda aquella denuncia que comenzara con un beso, especialmente si éste era consentido. Por ello, debemos tenerlo en cuenta durante los testimonios: los verdaderos muestran característicamente comportamientos de pseudo-intimidad con la víctima (“*Kissing afterwards*” – V:43% vs. F:0%, “*Kissing body*” – V:60% vs. F:14%, “*French kissing*” – V:53% vs. F:9%) y gran interacción verbal con el agresor, desde comentario sexuales sobre sí mismo o sobre la víctima (“*Offender giving sexually tinged comments on himself*”- V:53% vs. F:0%, “*Offender giving sexually tinged comments on victim*”-V:67% vs. F:0%) a intervenciones de pseudo-consideración por la ella (“*Offender asking if victim enjoys sex*” – V:33% vs. F:0%, “*Apologising afterwards*” – V:30% vs. F:0%, “*Offender reassuring victim*”- V:53% vs. F:0%, “*Friendly afterwards*” – V:40% vs. F:3%) o interés por sus datos con cualquier finalidad (“*Discovering identity*” – V:40% vs. F:0%, “*Discovering adress*” – V:37% vs. F:3%, “*Personnel questions*” – V:33% vs. F:0%, “*Longer tan necessary*” – V:37% vs. F:0%).

No aparecieron diferencias significativas en cuanto a: la frecuencia de la penetración vaginal frontal, ni a la relación entre víctima y agresor (“*Acquaintance victim*” - 40%,37%, p=0.507).

### **Violencia instrumental y “expresiva”**

Esta cuestión representa una dificultad añadida, y es que, las señales de la violencia deben ser visibles y cuantificables.

La violencia instrumental empleada no presentó diferencias significativas entre los grupos (“*Gagging victim*” –  $p=0.208$ , “*Restraining victim with force*” –  $p=0.251$ ). Sin embargo, las verdaderas denuncias de violación se presentaron, significativamente, con mayor frecuencia, más violentas de lo estrictamente necesario (“*Pulling victim’s hair*” – V:30% vs. F:0%, “*Unnecessarily hurting the victim during sex*” – V:37% vs. F:0%), aunque, los estudios han demostrado que los niveles altos son raros. En general, en las FTV se describen niveles de resistencia y violencia superiores, que es lo que la mayoría de la gente presupone que haría una víctima real, sin embargo, también se ha sugerido que en las agresiones reales la víctima está tan preocupada por sobrevivir que se somete sin o con poca resistencia.

Esta cuestión es importante en el sentido de que, cuando las LAG o el testimonio no son suficientes para determinar un veredicto de consentimiento o no consentimiento, las LEG y la recreación de la escena violenta puede contribuir a ello.

Las lesiones auto-infligidas, son en su mayoría cortes muy superficiales localizados en zonas corporales accesibles<sup>17</sup>, característicamente se organizan en grupos, consistiendo en cortes largos y/o paralelos o simétricos, evitan las zonas especialmente sensibles, y su patrón no es lógico según la dinámica de la lucha. Es interesante también llevar a cabo un análisis toxicológico de la denunciante, por un lado, porque puede ser inconsistente con el testimonio, y por otro, porque se han encontrado casos de farsantes que se aplicaron anestésicos locales antes de lesionarse o mutilarse<sup>17</sup>. Por otro lado, las prendas de ropa de las víctimas o no sufren daño, o este es inconsistente con la versión descrita o las lesiones sustentadas. Las prendas de ropa de las víctimas que sufren con mayor probabilidad daño, son las de ropa interior, cuya simulación de arrancamiento o corte puede llevarse a cabo en los laboratorios forenses<sup>3,73</sup>.

En 1991, Prentky y Knight<sup>74</sup>, describieron cinco tipos principales de agresores sexuales, resumidos en 1999 a cuatro principales y otros 5 subtipos. Los principales, que nos interesan en este momento, son los siguientes:

**“El oportunista”** (“*The opportunistic*”): aquel que comete el delito de violación debido a factores circunstanciales y situacionales (como tener a una mujer accesible). En términos de comportamiento, utiliza la violencia exclusivamente como instrumento y la violación es parte de otro comportamiento delictivo como puede ser un robo (demanda dinero o posesiones). La historia de una víctima que describa una violación oportunista refuerza su testimonio, ya que no suele estar presente en las FTV<sup>19</sup>.

**“El vengativo o enfadado”** (“*The pervasively angry*” o “*Vindictive*”): ambos utilizan violencia más allá de la estrictamente necesaria. Tampoco suele aparecer en las FTV, debido a la dificultad de simular las lesiones.

**“El sexual”** (“*Sexual*”): está principalmente motivado por intereses y deseos sexuales y con frecuencia hace comentarios sexuales durante el acto. Uno de sus subtipos, “El Sádico” (“*Sadistic*”) incluye fantasías sádicas como azotes, vendajes en los ojos, mordazas o arañazos. El tipo sádico y los tipos violentos son los más aparecen en los medios de comunicación, aun así, sus principales características no son divulgadas ni correctamente representadas, por ello,

aunque en una FTV se utilicen como sujeto activo del delito, no se consigue simularlos.

### **Ni “brechas” ni “Lagunas” ante las preguntas directas**

Sólo las denunciante que son verdaderas víctimas dependen de sus propios recuerdos del suceso, que pueden fallar por múltiples causas y en diferentes momentos. Sin embargo, las víctimas ficticias pueden resolver estos problemas confiando en su capacidad de representación mental (basada en aquellos casos más divulgados en los medios de comunicación, los cuales con frecuencia son sensacionalistas e inusuales).

Por eso, en general, las falsas denunciante describen al violador ficticio de una forma mucho más detallada que las verdaderas víctimas al agresor. Una verdadera víctima no siempre sabe la respuesta a todas las preguntas del protocolo policial, pero no tiene miedo a reconocerlo, sin embargo, las farsantes, creen que no saber responder puede minar su credibilidad.

Un ejemplo de este hecho es, que ante preguntas explícitas sobre el lugar donde tuvo lugar la agresión, aunque estos no difieren significativamente en los testimonios (“*Bushes*” - 33%,31%,  $p=0.540$ , “*House victim*” - 23%,9%,  $p=0.097$ , “*Storage Room*” - 13%,6,  $p=0.290\%$ ), no suelen ser respondidas por las verdaderas denunciante.

Para concluir, repasaremos brevemente algunos de los motivos que se han considerado ante las FTV. Éstos concretamente no consisten en conjeturas, sino que fueron expuestos por las interesadas tras su retracción<sup>7</sup>:

-El establecimiento de una coartada o excusa: en estos casos no se suele acusar a ningún hombre en concreto, sino que se adujo violación por desconocidos. Por ejemplo, serviría para justificar embarazos no deseados, cuyo padre no es la pareja actual o para acceder al aborto en aquellos países en los que las legislaciones al respecto son muy restrictivas (por ejemplo, en Chile, aproximadamente el 2.1% de los abortos estarían justificados porque el embarazo fue fruto de una violación<sup>8</sup>).

-Afán de venganza: en estos casos la alegación es tomada como represalia contra un rechazo o cualquier actitud interpretada como hiriente, por ello siempre son contra una pareja, amante, ex pareja, amigo o conocido. En este caso, los hechos pueden ser verdaderamente difíciles de diferenciar de una “date rape”.

-Necesidad de suscitar compasión o atención.

## 6.-CONCLUSIONES

La violencia sexual constituye un delito en todas sus formas. Su condena depende de múltiples factores y prejuicios sociales que condicionan tanto las legislaciones vigentes, como la consideración y reconocimiento de las víctimas.

Las importantes implicaciones legales que pueden tener estos actos requieren en primer lugar la existencia de amplias, pero también robustas, investigaciones en este campo; y, en segundo lugar, su correcta interpretación. Sólo así conseguiremos un conocimiento sólido que nos permita la mejor comprensión y resolución de cada caso en particular.

Sin embargo, nos encontramos ante importantes dificultades metodológicas, para empezar, es obvio que por razones éticas es imposible realizar un estudio científico que simule de manera planificada y controlada estos delitos, la dificultad de conformar grupos verdaderamente comparables y la identificación y control de todas las múltiples variables que intervienen en estos delitos, son solamente algunas de ellas. Sin embargo, corremos un peligroso riesgo, y es que la restricción de los criterios de inclusión/exclusión, con el fin de controlar éstas variables, puede llevarnos a alcanzar unos conocimientos tan “puros” que no sean útiles para interpretar las situaciones cotidianas en las que pueden producirse los delitos (como por ejemplo, un caso nada extraño: una mujer joven mantiene relaciones sexuales consentidas con su pareja y al día siguiente es violada, como algunos de los estudios rechazan a aquellos controles que han mantenido relaciones sexuales consentidas desde las 48 horas a los 10 días previos al examen, nos encontraríamos con una dificultad a la hora de resolver este caso).

Existen también algunos fallos en los estudios, por ejemplo, no se aportan siempre datos sobre la localización, severidad o duración de las lesiones, ni información adicional sobre las características, duración, posiciones y actos en los que consistió el acto consentido o delito, ni las lesiones del compañero o agresor sexual, lo que podría ayudarnos a comprender mejor los mecanismos de lesión. Además, existen algunos aspectos interesantes sobre el tema sobre los que todavía no se han desarrollado investigaciones, como por ejemplo, las lesiones producidas por sexo consentido en población exclusivamente postmenopáusica, las lesiones producidas durante el sexo consentido en los genitales masculinos, ni cómo los procedimientos obstétricos pueden condicionar la sustentación de las lesiones, o por ejemplo, si las lesiones ocasionadas en el pene al penetrar vaginal y analmente son similares. Escasa es, también la información, sobre las violaciones con asaltantes múltiples o algunas situaciones especiales como la prostitución, o las agresiones sexuales con víctima varón, que son las que hemos recogido en este trabajo.

Como he justificado a lo largo del trabajo, la evaluación de las lesiones genitales y corporales no siempre es suficiente para determinar si el consentimiento fue otorgado o no, por ello es necesaria la consideración de otros elementos durante la instrucción de los casos, como por ejemplo el testimonio de la víctima. Los estudios respecto a éste pueden además ayudarnos a identificar aquellas denuncias falsas interpuestas con cualquier intención. La importancia de la identificación de las denuncias falsas se debe a que la mera sospecha de culpabilidad puede ocasionar en un sujeto una serie



de consecuencias psicológicas y sociales en absoluto despreciable, por ello, en la consideración de estos casos partiremos siempre del testimonio de la víctima intentando justificarlo con las pruebas forenses, pero respetando siempre, la presunción de inocencia.

Por ello, la única conclusión clara es, que se requiere el desarrollo de una metodología robusta y la realización de futuras investigaciones, que nos permita dar respuesta a los posibles conflictos que pueden aparecer en las múltiples situaciones en las que participa la sexualidad humana.

## **ACLARACIONES SOBRE LAS LEGISLACIONES QUE REGULAN ESTE TIPO DE DELITOS**

Antes de continuar, deberíamos considerar algunos aspectos legales sobre el tema. Las variables que participan en estos delitos, no sólo involucran a los sujetos activos y pasivos, sino también al entorno y su reglamento, por ello el conocimiento de la legislación de la localización donde se desarrollan los estudios es de vital importancia para definir qué actos son constitutivos de delito y poder así analizar correctamente sus datos. Sin embargo, no todos los artículos especifican cuál es la legislación en la que se llevan a cabo, ni determinan cuál es su definición de trabajo.

La mayoría de los trabajos de habla inglesa consideran las definiciones de “*The Sexual Offences Act 2003*”<sup>40</sup>, a continuación, incluiré éstas y algunas aclaraciones sobre las diferencias con el Código Penal Español y cómo las he considerado en este trabajo, al analizar los datos y traducir la bibliografía:

### **“Sexual assault”**

*Una persona (A) comete un delito si a) intencionalmente toca a otra persona (B), b) el contacto tiene carácter sexual, c) B no lo consiente, y d) A no considera de manera razonable que B consiente.*

Por el contenido de esta definición, podemos considerar el delito “*Sexual Assault*” como homólogo del delito de *Agresión Sexual* recogido en el art. 178 CP, y así lo consideraré en este trabajo.

### **“Rape”**

*Una persona (A) comete este delito si a) intencionalmente penetra la vagina, ano o boca de otra persona (B) con su pene, b) B no consiente la penetración, y c) A no considera de manera razonable que B consiente.*

### **“Assault by penetration”**

*Es toda aquella ofensa de penetración del ano o vagina de otra persona con cualquier parte del cuerpo u objeto si la penetración es de carácter sexual y la persona B no consiente el acto.*

Podemos considerar que el *Delito de Violación* recogido en el art. 179 CP, considera estos dos delitos en uno sólo, e indica lo siguiente:

*Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal\* por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías.*

\*Para la opinión dominante en la doctrina y en la jurisprudencia penales españolas, la definición de “*acceso carnal*” se configura por la penetración del órgano genital

masculino en un orificio natural de otra persona, cualquier que sea su sexo, por vaso normal o anormal, produciéndose el coito o un equivalente anormal del mismo<sup>75</sup>.

Es decir, en nuestro art. 179 CP, se recogen una variedad de actos mucho más amplia que en las otras definiciones legales, lo cual es un aporte importante a la hora de reconocer situaciones denigrantes para cualquier ser humano.

### **CONCEPTO DE “CONSUMACIÓN”<sup>1</sup>**

Una cuestión importante que no mencionaremos a lo largo del trabajo, y que confronta directamente el aspecto legal y médico del acto, es la referente a la consumación, es decir, aquellas condiciones que deben concurrir para entender cometido el delito. Tradicionalmente se han manejado diversos criterios:

- a) La “*conjunctio membrorum*” (o conjunción de miembros), basta con el contacto entre órganos genitales para entender cometida la violación.
- b) La “*inmisio penis*” (o introducción del pene), el delito requiere la penetración de algún grado.
- c) La “*inmissio seminis*” (o eyaculación), es precisa la existencia de penetración y la eyaculación en el interior de la cavidad para entender cometido el delito.

Sin embargo, es prácticamente imposible demostrar en un juicio hasta qué punto exacto de la cavidad hubo penetración o introducción de un miembro u objeto, por ello debemos atender a otras consideraciones. Para empezar, todos los hechos que sean de una entidad semejante y supongan un ataque para la libertad sexual de la persona, teniendo la misma repercusión que la penetración o introducción total o parcial, determinarán la violación cometida (un ejemplo de esta situación sería el conocido como “*coito entre los muslos*”).

La jurisprudencia ha seguido un criterio normativo, afirmando que el acceso carnal no depende de las circunstancias anatómicas y aunque no exista un coito fisiológicamente completo, la sola unión de los órganos genitales constituyen el delito de violación consumado (en este caso, existe acuerdo con la legislación de otros países)<sup>16</sup>. Por ejemplo, en el caso de caso de la penetración vaginal, tendremos en cuenta las diferencias entre “*vagina médica*” y “*vagina legal*”. Medicamente, consideramos como extremo terminal distal la membrana himenal, sin embargo, la definición legal de vagina considera su inicio distal en la vulva, es decir, se considerará acceso carnal completo el mero contacto entre los genitales, los conocidos como “*coito vulvar*” o “*coito vestibular*”. En el caso de la vía oral, entendiéndose que la boca comienza con los labios, de manera que la zona intermedia entre los dientes y los labios pertenecen anatómicamente a la boca, “la violación oral” se consuma con el simple contacto de los labios, sin necesidad de que el pene supere la barrera de los dientes; e, independientemente de que la lengua atravesase o no el umbral de los labios genitales, la introducción de un miembro corporal se ha cometido, por el simple contacto con la vulva femenina.

### **CONCEPTO DE “PLURALIDAD DE DELITOS”<sup>1</sup>**

Siempre que exista pluralidad de violaciones padecidas por la misma víctima y cometidas por el mismo agresor, se plantea el problema de calificar jurídicamente los

hechos. Las distintas unidades de agresión pueden ser calificadas de forma diferente: 1) Apremiar tantos delitos de violación como penetraciones se llevaron a cabo (concurso real de los delitos), 2) Considerar que todas ellas deben valorarse como un único delito de violación (unidad de acción), 3) Aplicar al delito de violación la figura de delito continuado.

Acerca de este supuesto, la jurisprudencia parte del principio general de que cada vez que se comete un acto que atente contra la libertad sexual de otro individuo, aunque éste sea el mismo, se constituye un delito diferente y se renueva con cada acto la capacidad del sujeto pasivo para consentirlo o rechazarlo.

#### Aplicación del delito continuado:

La jurisprudencia tiende a rechazar este concepto de “continuidad delictiva” cuando se trata de agresiones sexuales, su aplicación es excepcional y debe llevarse a cabo mediante una interpretación restrictiva. Sin embargo, se admiten las siguientes situaciones:

-Cuando las agresiones se pueden individualizar, pero a) se produce la repetición del acto sexual con el mismo sujeto pasivo, b) tienen lugar en el marco de la misma ocasión, con análogas circunstancias de tiempo y lugar y bajo la misma situación de fuerza o intimidación, y c) todos los actos responden al mismo impulso libidinoso no satisfecho del autor.

-Cuando no es posible una mínima individualización de cada una de las conductas constitutivas de delito, debido a que las agresiones se han repetido aprovechando un estado o situación permanente de violencia o intimidación.

#### Aplicación de la unidad de acción:

La jurisprudencia también admite esto en algunos casos, de modo que considera un sólo delito en aquellos supuestos en los que ocurre más de una penetración, entre las mismas personas y en un mismo espacio-temporal. La diferencia con el delito continuado consiste en que los hechos se comenten de manera inmediata entre sí y en la misma situación espacio-temporal y, hay un mismo dolo que, se muestra a través de diversos actos, y no un dolo único reproducido en ocasiones similares.

Sin embargo, cada una de las agresiones está perfectamente determinada y tiene sustantividad propia, es decir, cada violación es un delito independiente, porque supone en sí un ataque grave contra la libertad sexual de la víctima. Por ello, siempre que sea posible, se prefiere la individualización de los delitos.

## **AUTORÍA Y PARTICIPACIÓN**<sup>1</sup>

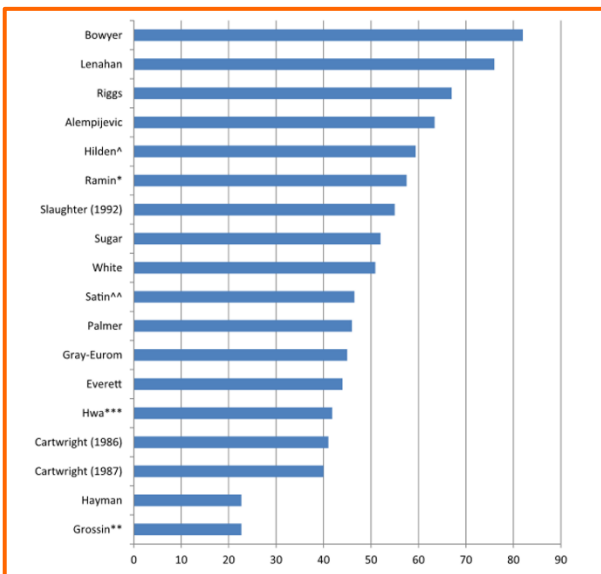
Debemos diferenciar la responsabilidad y significado de la presencia de cada individuo durante la agresión, en el caso de estén presentes varios individuos.

Puede ocurrir, por ejemplo, que, una persona que está presente mientras una o varias personas cometen el delito, aunque no participe en el acto ni golpee o

inmovilice a la víctima. En este caso la jurisprudencia de manera repetida, considera que el acompañante del agresor sexual, con su simple presencia, refuerza la actividad delictiva, acentúa el desamparo de la víctima y debilita, o incluso anula, su voluntad resistente, por ello suele considerar tal actuación como una cooperación necesaria para el delito.

En el caso de que el hecho se cometa por la actuación conjunta de dos o más personas, se considera que esta participación múltiple facilita la comisión del delito y aumenta las consecuencias para la víctima al aumentar la violencia del acto, y por tanto se considera el delito como agravado (art. 180CP).

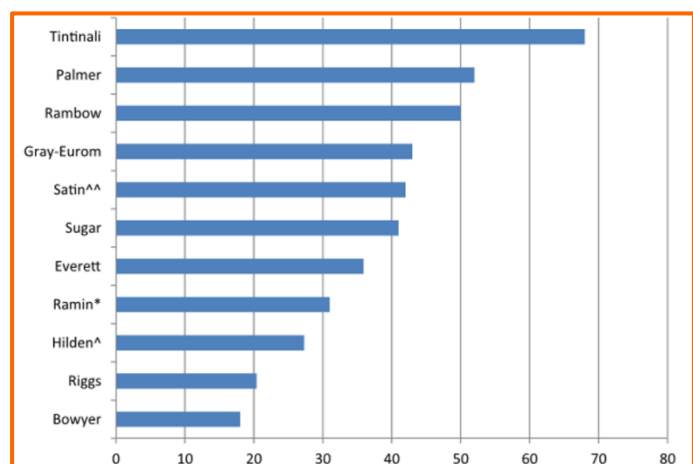
## ANEXO 2



**Fig. 1.** Percentage of study participants with general body injury. \*Average of premenopausal and postmenopausal cohorts. ^This is an approximate figure based upon secondary analysis of the published data. \*\*Average of <72 h and >72 h cohorts. \*\*\*This study included 7 male victims. Data for female victims is presented. ^^Average of pregnant and non-pregnant cohorts.



**Fig. 2.** Percentage of study participants with genital injury. \*Average of premenopausal and postmenopausal cohorts. ~Average of virgin and non-virgin cohorts. ^This is an approximate figure based upon secondary analysis of the published data. \*\*Average of <72 h and >72 h cohorts. \*\*\*This study included 7 male victims. Data for female victims is presented. ^^Average of pregnant and non-pregnant cohorts.



**Fig. 3.** Percentage of study participants without any general body or genital injury. Only studies that specifically reported data on the absence of injury and studies where this information could be extracted by secondary analysis of reported data are displayed. \*Average of premenopausal and postmenopausal cohorts. ^This is an approximate figure based upon secondary analysis of the published data. ^^Average of pregnant and non-pregnant cohorts.

## ANEXO 3

La “*Derivation of the Genital Injury Severity Scale*” (GISS) se construyó siguiendo el siguiente proceso:

1.-Se generó una lista de 24 ítems (8 ítems de tipo de lesión y 16 de localización) a partir de la bibliografía, opinión de expertos o profesionales con un mínimo de 10 años de experiencia y datos de los casos del Estado de California.

Injury types:	Findings/injury to:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Swelling of any structure*</li> <li>Erythema of any structure*</li> <li>Ecchymosis of any structure*</li> <li>Abrasion of any structure*</li> <li>Tear or transection of any structure*</li> <li>No findings to a structure*</li> <li>Nonspecific findings*</li> <li>Tenderness to any structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buttocks</li> <li>Perianal skin</li> <li>Anal verge/folds/rugae</li> <li>Rectum</li> <li>Vaginal walls</li> <li>Cervix</li> <li>Inner thighs</li> <li>Perineum</li> <li>Labia majora</li> <li>Labia minora*</li> <li>Clitoris/surrounding area*</li> <li>Periurethral tissue/urethral meatus*</li> <li>Perihymenal tissue (vestibule)*</li> <li>Hymen*</li> <li>Fossa navicularis*</li> <li>Posterior fourchette*</li> </ul>

**Fig. 3.** Initially-generated item pool, considering all potential scale variables. Items denoted with \* indicate the variables that remained after standard item reduction method.

2.-Se eliminaron aquellos ítems que no podían aplicarse directamente en el examen de los genitales femeninos, esta determinación aumentaba la posibilidad de que la escala fuera útil para comparar víctimas con mujeres no agredidas. Posteriormente un análisis multivariante permitió mantener solamente aquellos que contribuían a una mayor variabilidad en los exámenes forenses. Curiosamente, se llegó a un listado prácticamente igual que la “*Clasificación TEARS*”. Con todo ello se construyó la siguiente tabla, un modelo de uso clínico en el que las columnas, llamabas “*tipos*”, calificaban lesiones de las “*filas*” según el grado de gravedad creciente.

**CLASE A** (menor probabilidad de lesiones tras AS):

Tipo 1: no hallazgos para esa variable.

Tipo 2: hallazgos inespecíficos, poco comúnmente encontrados tras AS.

**CLASE B** (mayor probabilidad de lesiones tras AS):

Tipo 3: hallazgos moderadamente severos, más comúnmente encontrados tras AS.

Tipo 5: grado más severo de cada

Genital Injury Severity Scale (GISS)					
	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5
Swelling	(-) (0)	+ Mild (1)	++ Significant (2)		
Color Change (erythema to contusion)	(-) (0)	+ Pink/Red (1)	++ Significant Redness (2)	Purple (3)	
Tissue Break (tear to abrasion)	(-) (0)	Superficial: seen only with colpo and/or TB (1)	Mild: linear tears into epidermis visible with eye (2)	Moderate: deeper and wider into dermis (3)	Severe: tear into the subcutaneous or deeper (4)
Hymen and Introitus	(-) (0)		Incomplete tears (2)	Complete transection (3)	Complete transection and disruption into introitus (4)
Toluidine Blue dye uptake	(-) (0)	-/+ Flat/punctate uptake (1)	+ Specific uptake (2)		
	Tissue integrity intact		Tissue integrity disrupted		
	Class A		Class B		

**Fig. 4.** The Genital Injury Severity Scale (GISS), developed by the authors (2006) showing the initially-derived version of the GISS. This version contained individual cell scores (numbers in parentheses) that summed to a GISS Index. The index calculation method is currently under revision.

variable.

Tipo 4: hallazgos intermedios entre GISS Tipo 3 y 5.

3.- Se analizó la consistencia interna, que resultó muy buena, ya que recogía una gran cantidad de información sobre el examen de los genitales externos en un número muy reducido de variables. Además, se puso en uso en un estudio piloto, donde demostró su habilidad para discernir una corte de sujetos de SC de una cohorte de víctimas de AS, los examinadores fueron capaces de completar la escala en menos de 30 segundos, y después de coger práctica, en menos de 15 segundos.

**Table 3**  
Statistical results of authors' pilot study<sup>22</sup> (differential validity analysis).

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	
<b>Consensual Intercourse</b> N=50 Median 2, Minimum 1, Maximum 4	No findings 21 (42%)	ANY findings 29 (58%)				ChiSq: 0.368 df=1 p=.544
	Type 1 21 (42%)	Type 2 24 (48%)	Type 3 4 (8%)	Type 4 1 (2%)	Type 5 0	
	Types 1,2 No injury 45 (90%)		Types 3,4,5 Injury <sup>1</sup> 5 (10%)			
Sig diff medians, p<0.0001 <sup>2</sup>	<b>Class A</b>		<b>Class B</b>			ChiSq: 15.875 df=1 p<0.0001
<b>Sexual Assault</b> N=185 Median 2, Minimum 1, Maximum 4	Types 1,2 No injury 111 (60%)		Types 3,4,5 Injury <sup>1</sup> 74 (40%)			
	Type 1 69 (37%)	Type 2 42 (23%)	Type 3 57 (31%)	Type 4 17 (9%)	Type 5 0	
	No findings 69 (37%)	ANY findings 116 (63%)				
	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	

<sup>1</sup>Per authors' definitions, "injury" only found with types 3,4,5 (Class B)

<sup>2</sup>Per Independent Samples Median test



## ANEXO 4

**Table 1**  
Key studies citing non-consensual sexual intercourse (NCSI) genital injury prevalence data.

Method of examination	Author	Year	Design	Excludes redness/swelling	Excludes anal/perianal	Excludes prepubertal/postmenopausal	Penetration to examination time (PET)	Age of subjects	Sample size (NCSI)	Genital injury prevalence
Macroscopic only	Tintinalli <sup>12,k</sup>	1985	Retrospective	No	Yes	No	95% <24 h	13–78 yrs	372	18%
	Cartwright <sup>13</sup>	1986	Retrospective	Yes	No	No	Not stated	≥10 yrs	440	28%
	Cartwright <sup>14</sup>	1987	Retrospective	Yes	No	No	Not stated	≥10 yrs	161	21%
	Manser <sup>15</sup>	1991	Retrospective	No <sup>a</sup>	Yes	No	64% <24 h	12–69 yrs	103	37%
	Rambow <sup>16,k</sup>	1992	Retrospective	Yes	Yes	No	<36 h	>16 yrs	182	9%
	Ramin <sup>17</sup>	1992	Retrospective	No	Yes	Probably	56% <6 h	14–49 yrs	129	18%
	Bowyer <sup>18</sup>	1997	Retrospective	Yes	No	Yes	'Most' <24 h	16–48 yrs	83	27%
	Wiley <sup>10,k</sup>	2003	Retrospective	Yes	No	No	74% <24 h	>15 yrs	365	18%
	Palmer <sup>19</sup>	2004	Retrospective	Yes	No	No	<72 h	14–73 yrs	153	22%
	Sugar <sup>11</sup>	2004	Retrospective	Yes	No	No	77% <24 h	15–87 yrs	759	20%
	Hilden <sup>20</sup>	2005	Retrospective	Yes	No	Yes	<72 h	20–49 yrs	143	27%
	Crane <sup>21</sup>	2006	Retrospective	Yes	No	No	85% <72 h	13–87 yrs	620	20.5%
	White <sup>22</sup>	2006	Retrospective	Yes	Yes	No <sup>b</sup>	Not stated	12–17 yrs	224	40%
	McLean <sup>23,j</sup>	2011	Retrospective (NCSI only)	Yes	Yes	No <sup>c</sup>	<48 h	≥18 yrs	500	22.8%
Staining/macroscopic	Morgan <sup>24</sup>	2011	Retrospective	Yes	No	Separate groups	81% <48 l 86% <48 l	18–47 yrs Postmenopausal	130 122	17% 37%
	Lauber <sup>25,j</sup>	1982	Prospective	Yes	Yes	No	<48 h	Not stated	22	40%
	McCauley <sup>26,j</sup>	1986	Prospective	Yes	Yes	No	<48 h	11–18 yrs	25	Macro 4% Stain 28%
Colposcopy	McCauley <sup>27,j</sup>	1987	Prospective	Yes	Yes	Probably	<48 h	19–55 yrs	24	Macro 4% Stain 58%
	Baker <sup>28</sup>	2008	Retrospective	No	No	Yes	<72 h	22–29 yrs	94	58.5%
	Maguire <sup>29</sup>	2009	Retrospective	Yes	No	No	85% <72 l	13–74 yrs	153	39%
	Teixeira <sup>30</sup>	1981	Prospective	No	Hymen only	No	Not stated	4–51 yrs 91% < 18yrs	500	11.9% increase in detection colpo vs macro.
	O'Brien <sup>31</sup>	1997	Retrospective	No	No	No	<72 h	≥18 yrs	Macro 56 Colpo 60	Macro 36% Colpo 60%
Staining/colposcopic	Lenahan <sup>32</sup>	1998	Prospective	Yes	No	No	<24 h	>15 yrs	17	Macro 6% Colpo 53%
	Slaughter <sup>33</sup>	1992	Retrospective	No	Yes	No	<48 h	13–85 yrs	131	87%
	Slaughter <sup>34,j</sup>	1997	Retrospective	No	No	No	<24 h	11–85 yrs	142	89%
	Lindsay <sup>35,k</sup>	1998	Retrospective	No <sup>d</sup>	No	No	<72 h	12–95 yrs	642	73%
	Adams <sup>36</sup>	2001	Retrospective	No	No	Probably	87% <72 h	14–19 yrs	214	72%
	Sachs <sup>37</sup>	2002	Retrospective	Yes	No	Yes	87% <24 h	Not given <sup>e</sup>	209	80%
	Jones <sup>38</sup>	2003a	Retrospective	No	No	No	<72 h	13–17 yrs 18–84 yrs	329 437	83% 64%
	Jones <sup>39,j</sup>	2003b	Retrospective	No	No	No	90% <72 h	13–17 yrs	204	85%
	Jones <sup>40</sup>	2003c	Prospective	Yes	Yes	Yes	85% <72 h	13–19 yrs <sup>f</sup>	20	15% labial traction 60% balloon
	Jones <sup>41</sup>	2004a	Prospective	Yes <sup>g</sup>	Yes	No	89% <72 h	12–45 yrs	27	67%
	Jones <sup>42</sup>	2004b	Retrospective	No	No	No	Not stated	13–82 yrs	849	71–77%
	Sommers <sup>43</sup>	2006	Retrospective	Yes	Yes	Probably	<72 h	14–39 yrs	40	52.5%
	Anderson <sup>44,j</sup>	2006	Retrospective	Yes <sup>h</sup>	Yes	No	<24 h	16–54 yrs	56	32.1%
	Stears <sup>45</sup>	2008	Retrospective	No	No	Yes <sup>i</sup>	Not stated	12–18 yrs	1024	77%
Drocton <sup>46</sup>	2008	Retrospective	Yes	No	No	75% <72 h	12–92 yrs	3356	49.9%	
Jones <sup>47</sup>	2009b	Retrospective	No	No	Yes	<72 h	19–39 yrs	1610	62.9%	
Macroscopic, staining and colposcopy	Rogers <sup>48</sup>	2008	Prospective	No	No	No	84% <48 h	13–74 yrs	445	68% all 3 methods combined

<sup>a</sup> Includes tenderness and redness, but not swelling.

<sup>b</sup> 93.3% post-menarchal, 2.7% pre-menarchal, 4% menarchal status not recorded.

<sup>c</sup> When postmenopausal excluded from analysis, results 'didn't change substantially'.

<sup>d</sup> Includes redness and swelling only if 'localised'.

<sup>e</sup> All were menstruating regularly.

<sup>f</sup> All were at Tanner Stage III of pubertal development.

<sup>g</sup> Abrasions and lacerations only.

<sup>h</sup> Used TEARS but excluded redness and swelling.

<sup>i</sup> All pubertal.

<sup>j</sup> Consensual and non-consensual sexual intercourse genital injury comparison study.

<sup>k</sup> Legal outcome study.

**Table 2**

Key studies citing consensual sexual intercourse (CSI) genital injury prevalence data.

Method of examination	Author	Year	Design	Excludes redness/swelling	Excludes anal/perianal	Excludes prepubertal/postmenop.	Penetration to examination time (PET)	Age of subjects	Sample size (CSI)	Genital injury rate
Macroscopic only	McLean <sup>23,e</sup>	2011	Prospective (CSI only)	Yes	Yes	No <sup>a</sup>	<48 h	≥18 yrs	68	5.9%
Macroscopic and staining	Lauber <sup>25,e</sup>	1982	Prospective	Yes	Yes	No	<48 h	Not stated	22	4.5%
	McCauley <sup>26,e</sup>	1986	Prospective	Yes	Yes	No	<48 h	11–18 yrs	25	Macro 0% Stain 28%
	McCauley <sup>27,e</sup>	1987	Prospective	Yes	Yes	Yes	<48 h	19–43 yrs	48	Macro 0% Stain 10%
Colposcopy	Soper <sup>4</sup>	1991	Prospective	Yes	Yes	Yes	<24 h	≥18 yrs	30	0%
	Fraser <sup>1</sup>	1999	Prospective	No	Yes	Yes	<24 h	18–35 yrs	103	25.2%
	Eschenbach <sup>3</sup>	2001	Prospective	No	Yes	Yes	8–12 h	18–40 yrs	42	Vulva 27% Vagina 5%
Colposcopic and staining	Norvell <sup>49</sup>	1984	Prospective	No	Yes	Yes	6 h post CSI	23–35 yrs	18 (6 h)	61.1%
	Slaughter <sup>34,e</sup>	1997	Retrospective	No	Yes	No	<24 h	13–48 yrs	75	11%
	Jones <sup>39,e</sup>	2003b	Retrospective	No	No	No	90% <72 h	13–17 yrs	51	73%
	Anderson <sup>44,e</sup>	2006	Prospective	Yes <sup>b</sup>	Yes	Yes	<24 h	21–45 yrs	46	30.4%
Macroscopic, staining and colposcopy	Sommers <sup>50</sup>	2008	Prospective	No	No	No	<24 h	≥21 yrs	120	55% all 3 methods combined
	Zink <sup>9,c</sup>	2010	Prospective	No <sup>d</sup>	No	No	<24 h	21–68 yrs	120	55% all 3 methods combined
	Astrup <sup>51</sup>	2012	Prospective	Yes	Yes	Yes	<48 h	19–40 yrs	98	Macro 34% Colpo 49% Stain/colpo 52%

<sup>a</sup> When postmenopausal excluded and results 'didn't change substantially' so not excluded.<sup>b</sup> Used TEARS but excluded redness and swelling.<sup>c</sup> Appears to be same study group as Sommers (2008).<sup>d</sup> Used TEARS but excluded swelling.<sup>e</sup> Consensual and non-consensual sexual intercourse genital injury comparison study.**Table 4**

Genital injury consent group comparison studies.

Author	Year	Method of examination	PET	Sample size		Non-consensual GI rate	Consensual GI rate	Features
				NCSI	CSI			
Lauber <sup>25</sup>	1982	Stain/macroscopic	<48 h	22	22	40%	4.5%	Prospective NCSI and CSI
McCauley <sup>26</sup>	1986	Stain/macroscopic	<48 h	25	25	28%	28%	Prospective NCSI and CSI Adolescents only
McCauley <sup>27</sup>	1987	Stain/macroscopic	<48 h	24	48	58%	10%	Prospective NCSI and CSI
Slaughter <sup>34</sup>	1997	Stain/colposcopic	<24 h	311	75	89%	11%	Retrospective NCSI and CSI <sup>a</sup> Includes adolescents and postmenopausal
Jones <sup>39</sup>	2003b	Stain/colposcopic	90% <72 h	204	51	85%	73%	Includes redness and swelling Retrospective NCSI and CSI <sup>a</sup> Adolescents only
Anderson <sup>44</sup>	2006	Stain/colposcopic	<24 h	56	46	32.1%	30.4%	Includes redness, swelling and anal findings Prospective CSI
McLean <sup>23</sup>	2011	Macroscopic	<48 h	500	68	22.8%	5.9%	Retrospective NCSI Prospective CSI Retrospective NCSI Includes postmenopausal

PET = penetration to examination time.

NCSI = non-consensual sexual intercourse.

CSI = consensual sexual intercourse.

<sup>a</sup> Consent status uncertainty.

## ANEXO 5

**Table 1. Demographic and Consensual Intercourse Participant Characteristics (n = 120)**

Demographics	
Age	
Mean ± SD	32.54 ± 8.98
Race/ethnicity	
White/Caucasian	57 (48%)
Black/African-American	60 (50%)
Latina	2 (1%)
Other	1 (< 1%)
Married	52 (43%)
Consensual intercourse characteristics	
Frequency of intercourse	
< 1/month	1 (< 1%)
1/month	6 (5%)
> 1/month	16 (13%)
1-2/week	53 (44%)
3-5/week	41 (34%)
1/day	4 (3%)
Hours between intercourse and examination	
Mean ± SD	8.23 ± 6.33

A tener en cuenta que, aunque sólo el 43% estaban casadas, el 100% de la muestra mantenía una relación estable con su pareja.

**Table 2. Injury Frequency by Ano-genital Region and Injury Type for all Consensual Intercourse Participants (n = 120)**

Ano-genital Region	Tears				Ecchymoses				Abrasions				Redness			
	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total
External genitalia	39	38	56	59*	0	0	0	0	12	12	20	22*	17	15	3	17
Internal genitalia†	6	6	1	6	11	11	1	12*	4	4	1	5*	18	18	3	18
* Anus	2	6	11	11	0	0	0	0	1	1	1	1	4	4	2	5

\* Total frequency exceeds frequency of any individual examination technique alone.

† Internal genitalia = tol-blue only for hymen.

Swelling was rarely observed so the data are not presented.

Colp = colposcopy; Tol-Blue = toluidine-blue.

**\*Sólo 5 mujeres (4%) declaró haber mantenido sexo anal.**

**Table 3. Injury Occurrence: The Number and Percent of Participants with at Least One Injury by Ano-genital Region and Injury Type for all Consensual Intercourse Participants (n = 120)**

Ano-genital Region	Tears				Ecchymoses				Abrasions				Redness			
	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total	Visual	Colp	Tol-Blue	Total
External genitalia	21	20	30	31	0	0	0	0	10	10	16	17	11	9	3	11
Internal genitalia*	18%	17%	25%	26%	0%	0%	0%	0%	8%	8%	13%	14%	9%	8%	3%	9%
Internal genitalia*	3	3	1	3	9	9	1	10	4	4	1	5	16	16	3	16
Anus	3%	3%	1%	3%	8%	8%	1%	8%	4%	3%	1%	4%	13%	13%	3%	13%
	2	3	5	5	0	0	0	0	1	1	1	1	5	5	2	5
	2%	3%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	4%	4%	2%	4%

\* Internal genitalia = tol-blue only for hymen.

Swelling was rarely observed so the data are not presented.

Colp = colposcopy; Tol-Blue = toluidine-blue.

## ANEXO 6

**Table 7**

Consent group comparison injury prevalence and type.

	Non-consensual group (n = 41)		Consensual group (n = 81)		OR (95% CI)	p-Value
	n	%	n	%		
At least one genital injury	22	53.7	8	9.9	10.57 (4.07–27.42)	<0.00001*
<b>Type of injury</b>						
At least one abrasion	8	19.5	0	0	42.11 (2.36–750.99)	0.01*
At least one bruise	10	24.4	0	0	55.43 (3.15–975.14)	0.01*
At least one laceration	13	31.7	8	9.9	4.24 (1.59–11.32)	<0.005*

\*Statistical significance  $p < 0.05$ .

**Table 8**

Consent group comparison of genital injury sites (all cases, n = 122).

At least one injury at this site	Non-consensual group (n = 41)		Consensual group (n = 81)		OR (95% CI)	p-Value
	n	%	n	%		
Mons	No injuries at this site in either group					
Outer labia majora	No injuries at this site in either group					
Inner labia majora	3	7.3	0	0	15.03 (0.76–298.36)	0.08
Labia minora	9	22	0	0	48.56 (2.74–859.42)	0.01*
Fossa navicularis	9	22	3	3.7 *	7.31 (1.86–28.77)	<0.005*
Posterior fourchette	6	14.6	3	3.7 *	4.46 (1.05–18.85)	0.04*
Hymen	4	9.8	0	0	19.85 (1.04–378.43)	0.05
Vaginal wall	2	4.9	0	0	10.45 (0.49–223.11)	0.13
Cervix	2	4.9	0	0	10.45 (0.49–223.11)	0.13
Peri-urethra	3	7.3	1	1.2 *	6.32 (0.64–62.74)	0.12
Clitoris/clitoral hood	1	2.4	0	0	6.11 (0.24–153.52)	0.27
Perineum	1	2.4	1	1.2 *	2.00 (0.12–32.81)	0.63

\*Statistical significance  $p < 0.05$ .

**Table 9**

Total number of genital injuries per individual in each consent group.

No of injuries in an individual	Non-consensual group (n = 41)		Consensual group (n = 81)	
	n	%	n	%
None	19	46.3	73	90.1
1 injury	7	17.1	6	7.4
2 injuries	2	4.9	2	2.5
3–6 injuries	11	26.8	0	0
7–10 injuries	2	4.9	0	0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**Table 11**

Comparison of features of lacerations seen in each consent group.

	Non-consensual group 43 lacerations in 13 women	Consensual group 10 lacerations in 8 women
Length	Up to 2.5 cm in length	Up to 1.5 cm in length
Shape	41 straight, 2 irregular	All straight
Most common site	Fossa navicularis	Posterior fourchette
Pattern	Up to 8 in an individual If > 1, more likely to occur at different sites than at a single site	Up to 2 in an individual If > 1, only occurred at a single site
Sites of >1 laceration:	Labia minora Fossa navicularis Peri-urethral area Posterior fourchette Vaginal wall	Posterior fourchette

**Table 10**

Consent group comparison of injury pattern.

	Non-consensual group (n = 41)		Consensual group (n = 81)		OR (95% CI)	p-Value
	n	%	n	%		
More than one genital injury	15	36.6 *	2	2.5	22.79 (4.88–106.36)	<0.005*
More than one injury at a single site	12	29.3 *	2	2.5	16.34 (3.45–77.49)	<0.005*
More than one site of injury	9	22	0 *	0	48.56 (2.74–859.42)	0.01*
More than one type of injury	7	17.1	0 *	0	36.04 (2.00–649.21)	0.02*
More than one laceration	9	22	2	2.5	11.11 (2.27–54.28)	<0.005*

\*Statistical significance  $p < 0.05$ .

**Table 12**Injury types in different penetration scenarios by consent group (all injuries,  $n = 84$ ).

Penetration scenario	Bruises ( $n = 13$ )		Abrasions ( $n = 18$ )		Lacerations ( $n = 53$ )		Total no of injuries due to this penetration scenario
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Injuries in non-consensual cases (<math>n = 74</math>)</b>							
Penis only	4	14.3	2	7.1	22	78.6 <sup>a</sup>	<b>28</b>
Finger/s only	4	26.7	9	60 <sup>a</sup>	2	13.3	<b>15</b>
Penis and fingers	2	11.1	4	22.2	12	66.7 <sup>a</sup>	<b>18</b>
Penis, finger/s and object	3	100 <sup>a</sup>	0	0	0	0	<b>3</b>
Unknown	0	0	3	30	7	70 <sup>a</sup>	<b>10</b>
<b>Injuries in consensual cases (<math>n = 10</math>)</b>							
Penis only	0	0	0	0	6	100 <sup>a</sup>	<b>6</b>
Penis and finger/s	0	0	0	0	4	100 <sup>a</sup>	<b>4</b>

<sup>a</sup> Most frequent type of injury in a particular penetration scenario.**Table 13**Details of finger/s only penetration cases (all non-consensual,  $n = 8$ ).

Case	Age (yrs)	Penetration to examination time or PET (h)	Any lubricant used?	Total no injuries	Type of injuries	Sites of injury
1	20	<12	No	None		
2	24	24–47	No	None		
3	22	12–23	No	1	Bruise	Hymen
4	41	12–23	No	1	Bruise	Fossa navicularis
5	42	<12	No	1	Laceration	Fossa navicularis
6	39	<12	No	3	Abrasions	Inner labia majora
7	24	<12	No	3	Laceration	Labia minora
					Abrasion	Posterior fourchette
					Bruise	Cervix
8	21	<12	No	6	Bruises	Inner labia majora
					Abrasions	Labia minora

## ANEXO 7

**Table 1.** Demographic and assault-related characteristics

	Postmenopausal women		Premenopausal women	
	n = 122	%	n = 130	%
<b>Demographics</b>				
Age (mean, years)	60.52 *	SD 11.8	27.36 *	7.89
Ethnicity				
White**	102	83.6	67	51.5
Body mass index				
Underweight (<18.5)	12	9.8	11	8.5
Normal weight (18.5–24.9)	35	28.7	35	26.9
Overweight (25–29.9)	29	23.8	28	21.5
Obese (>29.9)	18	14.8	14	10.8
<b>Other participant details</b>				
Alcohol consumed around the time of the assault*	60/120	50.0	85/130	65.4
Illicit drugs used around the time of the assault*	12/120	10.0	28/130	21.5
Mental health problems (in lifetime)**	47/121	38.8	26/130	29.1
Mean vaginal deliveries (max.)**	2.02 (9)	–	0.81 (8)	–
Sexual intercourse within 10 days prior to forensic exam**	24	19.7	58	44.6
<b>Assault details</b>				
Nature of assault***				
No recollection	21	17.2	21	16.2
Vaginal rape**	74/101	73.3	87/99	87.9
Anal rape	14/101	13.9	17/99	17.2
Oral rape	22/101	21.8	24/99	24.2
Object penetration vaginal	5/101	5.0	3/99	3.03
Object penetration anal	0	0	0	0
Object penetration oral	0	0	0	0
Digital penetration vaginal	26/101	25.7	18/99	18.2
Digital penetration anal	4/101	4.0	4/99	4.0
Digital penetration oral	1/101	1.0	0	0
Attempted vaginal rape	11/101	10.9	8/99	8.1
Attempted anal rape	5/101	5.0	9/99	9.1
Attempted oral rape	2/101	2.0	4/99	4.0
Assailant				
No recollection	6	4.9	11	8.5
Stranger 1 (no prior relationship)	31/116	26.7	21/119	17.6
Stranger 2 or acquaintance (known casually)	56/116	48.3	49/119	41.2
Domestic violence (current/previous partner, family member)	21/116	18.1	32/119	26.9
Multiple assailants (more than one assailant)	8/116	6.9	17/119	14.3
Violence				
No recollection	21	17.2	31	23.8
Any violence during assault (yes)	73/101	72.3	79/99	79.8
Weapon present	20/101	19.8	12/99	12.1
Weapon used	16/101	15.8	9/99	9.1
Verbal threats*	35/101	34.7	24/99	24.2
Time between assault and forensic examination				
Within 48 hours of assault	105	86.1	105	80.8
3–7 days after assault	15	12.3	25	19.2

\* $P < 0.05$ .

\*\* $P < 0.01$ .

\*\*\*The percentages in this category add to more than 100% as a number of women reported more than one type of assault.

**Table 2.** Genital injuries following sexual assault

	Postmenopausal women				Premenopausal women			
<b>Prevalence**</b>	40/107		37%		21/124		17%	
<b>Frequency</b>	<i>n</i>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Max</b>	<i>n</i>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Max</b>
	35	2.49	1.38	6	17	1.69	0.95	4
<b>Location</b>	<i>n</i> = 35		%		<i>n</i> = 17		%	
Pubic area	0		0		0		0	
Labia majora	5		14.3		1		5.9	
Labia minora	9		25.7		4		23.5	
Fourchette	17		48.6		9		52.9	
Fossa navicularis	8		22.9		3		17.7	
<u>Vestibule*</u>	18		51.4		3		17.7	
Hymen	4		11.4		0		0	
Vagina	6		17.1		1		5.9	
Cervix	0		0		0		0	
Natal cleft	0		0		0		0	
Perianus	3		8.6		2		11.8	
Anal margin	1		2.9		1		5.9	
Internal anal injury	1		2.9		1		5.9	
<b>Type</b>								
<u>Bruises**</u>	11		31.4		0		0	
Abrasions	30		85.7		16		94.1	
Lacerations	4		11.4		1		5.9	
<b>Size</b>								
Abrasions								
Small <0.6 cm	20		57.1		10		58.8	
Medium 0.6–1 cm	12		34.3		7		41.2	
<u>Large &gt;1 cm*</u>	7		20.0		0		0	
Lacerations								
Small <0.6 cm	1		2.9		0		0	
Medium 0.6–1 cm	1		2.9		1		5.9	
Large >1 cm	2		5.7		0		0	
* <i>P</i> < 0.05.								
** <i>P</i> < 0.01.								

## ANEXO 8

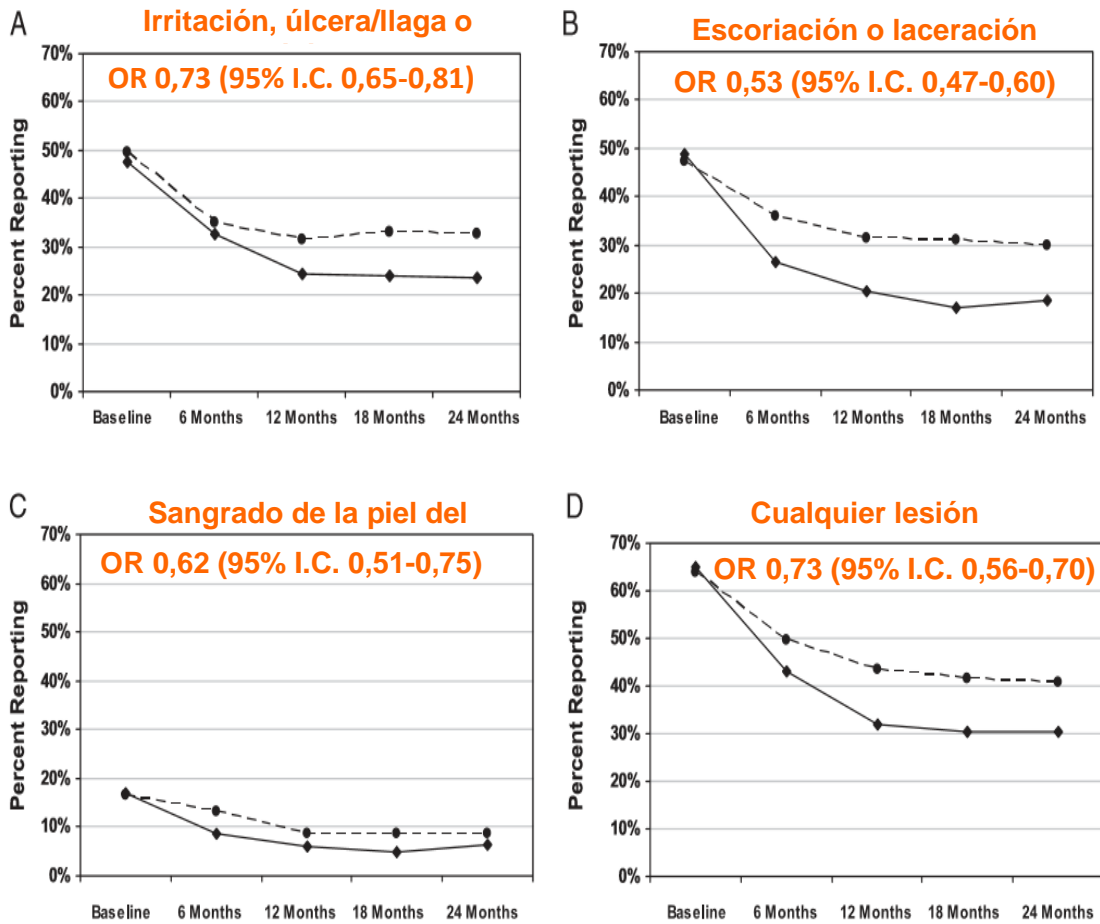
**Table 3.** Results of multivariable generalized estimating equation for risks of penile coital injuries over time

	Irritación, úlceras/laga o dolor	Sangrado de la piel del pene	OR (95% CI)	Erosión o laceración	Cualquier lesión
	Penis Ever Sore During Sex	Skin of Penis Ever Bleeds After Sex		Abrasions, Scratches, Cuts to Penis, Ever During Sex	Any Injury to Penis During Sex Ever
No. pts	2,774	2,780		2,774	2,774
Circumcision status:					
Uncircumcised	Reference	Reference		Reference	Reference
Circumcised	0.71 (0.64–0.80)	0.62 (0.51–0.75)		0.52 (0.46–0.59)	0.61 (0.54–0.68)
Reported age	1.06 (1.03–1.09)			1.05 (1.02–1.09)	1.07 (1.04–1.11)
Marital status:					
Not married or living as married				Reference	Reference
Married or living as married				0.75 (0.64–0.87)	0.76 (0.66–0.87)
Condom used at last sexual encounter:					
No	Reference	Reference		Reference	Reference
Yes	0.86 (0.79–0.94)	0.78 (0.68–0.89)		0.75 (0.69–0.82)	0.78 (0.71–0.85)
No. sex partners in last 30 days:					
0 or 1	Reference	Reference		Reference	Reference
2 or More	1.29 (1.15–1.45)	1.50 (1.26–1.78)		1.38 (1.22–1.55)	1.38 (1.23–1.54)
How many hrs until washed penis after last time had sex:					
1 or More	Reference			Reference	Reference
Less than 1	0.85 (0.77–0.93)			0.87 (0.79–0.97)	0.85 (0.78–0.93)
Applied substances to penis before sex in last 6 mos:					
No	Reference	Reference		Reference	Reference
Yes	1.95 (1.44–2.63)	1.87 (1.29–2.72)		2.28 (1.66–3.13)	2.08 (1.54–2.83)
Painful or painless genital ulcer in last 6 mos or currently (by report), or ulcer on examination:					
No	Reference	Reference		Reference	Reference
Yes	1.59 (1.19–2.13)	1.68 (1.16–2.45)		1.90 (1.39–2.59)	1.72 (1.24–2.37)
HSV-2 status at baseline:					
Seronegative	Reference			Reference	Reference
Seropositive	1.26 (1.13–1.42)			1.46 (1.29–1.65)	1.37 (1.21–1.54)
Visit:					
Baseline	Reference	Reference		Reference	Reference
6-Mo	0.69 (0.62–0.78)	0.77 (0.65–0.91)		0.71 (0.63–0.79)	0.65 (0.58–0.72)
12-Mo	0.53 (0.47–0.60)	0.51 (0.43–0.62)		0.56 (0.50–0.63)	0.46 (0.41–0.52)
18-Mo	0.53 (0.47–0.60)	0.46 (0.38–0.57)		0.50 (0.44–0.57)	0.42 (0.37–0.47)
24-Mo	0.52 (0.46–0.60)	0.49 (0.39–0.62)		0.51 (0.44–0.58)	0.42 (0.37–0.48)

All variables are time varying except for reported age at baseline and HSV-2 serostatus at baseline. The model for a specific outcome includes only those variables significant on multivariate analysis. All variables presented are statistically significant by Holm correction. Odds ratios in each model are adjusted for all variables presented.



- - - No circuncidado  
 — Circuncidado



Prevalence and odds ratio of reported penile coital injuries for circumcised vs uncircumcised men over time. Circumcision status is by assignment at baseline and by status at followup. Solid line represents circumcised men and broken line represents uncircumcised men. *A*, penis ever sore during sex, last 6 months. Univariate OR 0.73 (0.65–0.81). *B*, penis ever abraded, scratched or cut during sex, last 6 months. Univariate OR 0.53 (0.47–0.60). *C*, penis ever bleeds after sex, last 6 months. Univariate OR 0.62 (0.51–0.75). *D*, any penile coital injury, last 6 months. Univariate OR 0.62 (0.56–0.70).

## ANEXO 9

**Table 2**  
Proportions of Coded "Present" by Condition, p-values, Odd's Ratios and Confidence Intervals.

Variable	Condition %		p	OR	95% CI	
	True allegations <sup>a</sup>	False allegations <sup>b</sup>			LL	UL
1. Pulling victim's hair	30	0	<.0001	0.38	0.27	0.53
2. Unnecessarily hurting during sex	37	0	<.0001	0.35	0.25	0.51
3. Offender carrying weapon	40	3	<.0001	0.05	0.01	0.37
4. Holding victim by neck	53	6	<.0001	0.05	0.01	0.26
5. Threatening prior incident	63	3	<.0001	0.01	0.00	0.14
6. Beating victim	50	6	<.0001	0.06	0.01	0.30
7. Demanding goods or money	30	0	<.0001	0.38	0.27	0.53
8. Discovering identity	40	0	<.0001	0.34	0.23	0.49
9. Discovering address	37	3	<.0001	0.05	0.01	0.42
10. Personnel questions	33	0	<.0001	0.36	0.26	0.52
11. Longer than necessary	37	0	<.0001	0.35	0.25	0.51
12. Drug use	40	0	<.0001	0.34	0.23	0.49
13. Longer than 15 minutes	57	3	<.0001	0.02	0.00	0.19
14. Longer than 30 minutes	37	0	<.0001	0.35	0.25	0.51
15. Eyewitnesses	53	6	<.0001	0.05	0.01	0.26
16. Medical injury	73	0	<.0001	0.19	0.10	0.36
17. Consulting physician	90	14	<.0001	0.02	0.00	0.09
18. Victim washing clothes	3	51	<.0001	29.32	4.74	124.56
19. Victim saving evidence	77	26	<.0001	0.11	0.04	0.34
20. Other evidence	80	6	<.0001	0.02	0.00	0.08
21. Victim showering post-rape	7	60	<.0001	21.00	4.30	102.56
22. Permitting medical file	50	94	<.0001	16.50	3.34	81.45
23. Victim kept journal in the past	3	57	<.0001	38.67	4.72	316.67
24. Victim telling details rape	77	31	<.0001	0.15	0.05	0.44
25. Victim telling details spontaneous	83	14	<.0001	0.03	0.01	0.13
26. Victim telling events post-rape	100	17	<.0001	0.02	0.00	0.08
27. Victim undressing	67	0	<.0001	0.22	0.13	0.38
28. Fellatio	53	3	<.0001	0.03	0.00	0.21
29. Victim participating	83	3	<.0001	0.00	0.00	0.05
30. Kissing body	60	14	<.0001	0.11	0.03	0.37
31. Licking breasts	60	0	<.0001	0.20	0.16	0.42
32. Kissing afterwards	43	0	<.0001	0.33	0.22	0.48
33. Foreplay	70	14	<.0001	0.07	0.02	0.24
34. Touching breasts	80	23	<.0001	0.07	0.02	0.24
35. French kissing	53	9	<.0001	0.08	0.02	0.33
36. Attempting to flee	60	9	<.0001	0.06	0.02	0.25
37. Instructing to stop	90	17	<.0001	0.02	0.01	0.10
38. Apologising afterwards	30	0	<.0001	0.38	0.27	0.53
39. Friendly afterwards	40	3	<.0001	0.04	0.01	0.37
40. Offender reassuring victim	53	6	<.0001	0.05	0.01	0.26
41. Offender sexual comments self	53	0	<.0001	0.29	0.18	0.45
42. Offender sexual comments victim	67	0	<.0001	0.22	0.13	0.38
43. Asks if victim enjoys sex	33	0	<.0001	0.36	0.26	0.52
44. Vaginal penetration behind	60	6	<.0001	0.04	0.01	0.20
45. Vaginal penetration with object	67	9	<.0001	0.05	0.01	0.19
46. Digital penetration vagina	63	9	<.0001	0.05	0.01	0.22
47. Cunnilingus	40	3	<.0001	0.04	0.01	0.37
48. Offender masturbating himself	57	6	<.0001	0.05	0.01	0.23
49. Anal penetration	37	0	<.0001	0.35	0.25	0.51
50. Victim masturbating offender	40	6	<.0001	0.09	0.02	0.45
51. Fondling crotch, no penetration	67	17	<.0001	0.10	0.03	0.33
52. Raping multiple times	43	3	<.0001	0.11	0.01	0.32
53. Low tone voice	0	54	<.0001	23.01	4.09	100.51
54. Nose	7	57	<.0001	28.00	4.74	165.43
55. Inconsistencies narrative	0	31	.001	0.45	0.34	0.61
56. Kicking victim	40	3	.003	0.07	0.01	0.58
57. Prior consensual sex	30	3	.003	0.07	0.01	0.58
58. Stalking	23	0	.003	0.40	0.29	0.55
59. Longer than 1 hour	23	0	.003	0.40	0.29	0.55
60. Victim care	23	0	.003	0.40	0.29	0.55
61. Mouth	7	43	.003	10.50	1.95	56.56
62. Threatening not to report	43	11	.004	0.17	0.05	0.60
63. Offender giving personal info	47	14	.004	0.19	0.06	0.63
64. Stealing something	33	6	.005	0.12	0.02	0.61
65. Caressing	67	31	.005	0.23	0.08	0.65
66. Friends persuading victim report	17	49	.006	4.72	1.47	15.17
67. Locking in victim	37	9	.007	0.16	0.04	0.66
68. Biting victim's breasts	20	0	.007	0.41	0.30	0.55
69. Anal penetration other than penis	20	0	.007	0.41	0.30	0.55
70. Insulting victim	20	0	.007	0.41	0.30	0.55
71. Humiliating victim	20	0	.007	0.41	0.30	0.55
72. Threatening violence afterwards	30	6	.011	0.14	0.03	0.72
73. Alcohol use	23	54	.011	3.90	1.33	11.45

Table 2 (Continued)

Variable	Condition %		p	OR	95% CI	
	True allegations <sup>a</sup>	False allegations <sup>b</sup>			LL	UL
74. Complimenting afterwards	17	0	.012	0.42	0.32	0.56
75. Ejaculation	80	49	.012	0.43	0.32	0.57
76. Muscular	3	29	.015	10.71	1.21	94.86
77. Throwing away clothes	0	17	.017	5.67	2.04	27.33
78. Feelings of guilt	0	17	.017	5.67	2.04	27.33
79. Biting victim	17	0	.017	0.42	0.31	0.56
80. Vaginal penetration front	60	86	.019	4.00	1.21	13.24
81. Complimenting during sex	27	6	.020	0.17	0.03	0.86
82. Teeth	7	34	.020	6.46	1.21	34.55
83. Chin	7	34	.020	6.46	1.21	34.55
84. Stealing personal item	27	6	.022	0.17	0.03	0.86
85. Self-initiative report	73	46	.022	0.31	0.11	0.87
86. Offender orgasm	80	51	.023	0.33	0.08	0.84
87. More than 3 days report	10	31	.026	4.50	1.12	18.16
88. Saliva as lubricant	13	0	.026	0.43	0.32	0.57
89. Tying up victim	13	0	.026	0.43	0.32	0.57
90. Contacting post-rape	13	0	.026	0.43	0.32	0.57
91. Gathering information rape	0	14	.026	4.48	1.08	19.43
92. Relevant info on multimedia	10	31	.030	4.30	1.07	17.32
93. Stealing identifiable item	20	3	.033	0.12	0.01	1.04
94. Victim told someone other	33	11	.033	0.26	0.07	0.94
95. House offender	23	6	.045	0.20	0.38	1.05
96. Eyes	27	57	.048	4.00	1.00	15.99
97. Facial hair	40	31	.050	0.26	0.07	1.04
98. Jewellery	13	40	.050	3.82	0.96	15.18
99. Ordering to masturbate	10	0	.055	0.44	0.33	0.58
100. Hurting victim	53	31	.062	0.40	0.14	1.10
101. Speech	37	66	.068	5.23	0.87	31.32
102. More than 1 day report	17	34	.069	2.86	0.87	9.43
103. Pushing victim	80	60	.070	0.38	0.12	1.15
104. More than 2 weeks report	10	26	.076	3.38	0.82	13.93
105. Victim told friend	97	83	.080	0.17	0.02	1.47
106. Kidnapping victim	20	6	.085	0.24	0.05	1.31
107. Spitting on victim	10	0	.093	0.44	0.33	0.58
108. House victim	23	9	.097	0.31	0.07	1.32
109. Chasing	40	23	.111	0.44	0.15	1.30
110. Hasty escape post-rape	7	20	.116	3.50	0.67	18.34
111. Offender asking love victim	7	0	.121	0.44	0.34	0.59
112. Attempting anal penetration	7	0	.121	0.44	0.34	0.59
113. Someone present report	7	0	.121	0.44	0.34	0.59
114. Refusing to watch	7	0	.121	0.44	0.34	0.59
115. Non relative persuading report	7	0	.121	0.44	0.34	0.59
116. Impressive posture	7	23	.131	3.50	0.64	19.30
117. Psychological care	13	3	.133	0.19	0.20	1.81
118. Use of drugs	13	3	.133	0.19	0.02	1.81
119. Transferring diary	100	89	.144	0.51	0.39	0.64
120. Skin shape and colour	50	54	.147	1.19	0.45	3.15
121. Talking to victim	70	54	.149	0.51	0.18	1.42
124. Victim told more than 2	40	9	.168	0.52	0.18	1.49
125. Victim indicating duration	33	20	.175	0.50	0.16	1.54
126. Family persuading victim report	13	26	.176	2.25	0.62	8.23
127. Condom use offender	0	6	.184	1.77	0.38	1.07
128. More than 1 week report	10	20	.193	2.42	0.57	10.39
129. Body hair	10	26	.204	2.44	0.55	10.90
130. Gagging victim	30	43	.208	1.75	0.63	4.90
131. Park	3	11	.229	3.74	0.40	35.47
132. Attempting penetration behind	10	3	.232	0.27	0.03	2.69
133. Older than victim	27	46	.234	2.00	0.55	7.31
134. Restraining victim with force	60	49	.251	0.05	0.01	0.26
135. Massaging	3	0	.276	0.45	0.35	0.59
136. Thanking afterwards	3	0	.276	0.45	0.35	0.59
137. Spanking	3	0	.276	0.45	0.35	0.59
138. Trying to steal something	3	0	.276	0.45	0.35	0.59
139. Storage room	13	6	.290	0.39	0.07	2.32
140. Offender expressing love	13	6	.290	0.39	0.07	2.32
141. Hair colour	47	54	.314	1.36	0.51	3.69
142. Ears	7	17	.314	2.21	0.39	12.63
143. Skin particularities	7	17	.314	2.21	0.39	12.63
144. Pushing offender	23	34	.333	1.71	0.57	5.13
145. Pushing victim against object	57	49	.344	0.72	0.27	1.93
146. Giving pet name	0	3	.351	2.70	0.42	8.43
147. Attempting anal penetration other	0	3	.351	2.70	0.42	8.43
148. Victim burning clothes	0	3	.351	2.70	0.42	8.43

Table 2 (Continued)

Variable	Condition %		p	OR	95% CI	
	True allegations <sup>a</sup>	False allegations <sup>b</sup>			LL	UL
149. Blindfolding victim	0	3	.351	2.70	0.42	8.43
150. Offender undressing	80	86	.365	1.88	0.47	7.41
151. Several months report	3	9	.394	1.55	0.56	3.48
152. Pursuing victim post-rape	7	3	.442	0.41	0.04	4.78
153. Closed eyes	7	3	.422	0.41	0.04	4.78
154. Prior reporting	7	3	.422	0.41	0.04	4.78
155. Disguise offender	10	6	.426	0.55	0.09	3.50
156. Victim told relatives	43	49	.432	1.24	0.46	3.29
157. Alcohol use	33	37	.477	1.18	0.43	3.29
158. Length	50	63	.488	2.05	0.05	5.16
159. Posture	50	63	.488	2.05	0.05	5.16
160. Acquaintance victim	40	37	.507	0.89	0.33	2.41
161. Age	47	66	.512	2.04	0.05	5.16
162. White	37	46	.513	1.81	0.21	3.07
163. Transferring data carrier	100	91	.524	0.52	0.41	0.66
164. Transportation	23	29	.533	1.86	0.24	3.06
165. Tinted	13	14	.537	1.51	0.18	3.60
166. Bushes	33	31	.540	0.92	0.32	2.60
167. Blackout	3	7	.558	1.76	0.15	20.40
168. Victim keeping journal	3	6	.558	1.76	0.15	20.40
169. Clothes	47	60	.566	0.75	0.12	4.66
170. Tearing or cutting clothes	27	26	.576	0.95	0.31	2.89
171. Black	7	6	.633	0.85	0.11	6.42
172. Alley	7	6	.633	0.85	0.11	6.42
173. Car	7	6	.633	0.85	0.11	6.42
174. Prior statement police	7	6	.633	0.85	0.11	6.42
175. Physical handicaps	3	6	.666	1.30	0.11	15.69
176. Tattoos offender	3	6	.666	1.30	0.11	15.69
177. Scratching offender	7	9	.774	1.31	0.20	8.43
178. Screaming/Calling for help	53	54	.839	1.04	0.39	2.76
179. Photo or film of rape	3	3	.912	0.85	0.05	14.25
180. Attempting penetration front	3	3	.912	0.85	0.05	14.25
181. Victim told friends	57	57	.969	1.02	0.38	2.73
182. Speaking friendly	57	57	.969	1.02	0.38	2.73
183. Beating offender	17	17	.973	1.03	0.28	3.80
184. Orgasm victim	0	0	1.000	1.00	1.00	1.00
185. Stalking	0	0	1.000	1.00	1.00	1.00
186. Attempting to undress	0	0	1.000	1.00	1.00	1.00
187. Attempting digital penetration	0	0	1.000	1.00	1.00	1.00

Note. CI= Confidence interval; OR=Odds ratio; LL= Lower level; UL= Upper level; Condition %= Proportion of variable coded present = 1.

<sup>a</sup> n = 30.

<sup>b</sup> n = 35.

Variables  $p < .0001$  have a  $p < .00038$ .

## 8.-BIBLIOGRAFÍA

- 1) Encinar del Pozo, Miguel Ángel. Capítulo 200: *Delitos contra la libertad sexual. Aspectos jurídicos*. En: Delgado Bueno, Santiago/Maza Martín, José Manuel. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, IV. Barcelona, España: Editorial Bosch, S.A.; 2011. p.281-300.
- 2) Delgado Bueno, Santiago, González Fernández, Jorge, Cobo Plana, Juan Antonio. Capítulo 202: *La valoración médico-legal en casos de agresión sexual. Protocolos de evaluación en víctimas de agresión sexual*. En: Delgado Bueno, Santiago/Maza Martín, José Manuel. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, IV. Barcelona, España: Editorial Bosch, S.A.; 2011. p. 334-357.
- 3) Carr DJ, Mitchell JL, Niven BE, Girvan E, Carney S. *Development of a laboratory test for knicker tearing re-creation studies*. Forensic Sci Int. 2016; 262: 138-142.
- 4) Bates, CK. *Patient education: Care after sexual assault (Beyond the Basics)*. UpToDate [Internet]. Walls RM, Grayzel J. [Actualizado 25 de octubre de 2016, consultado el 31 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/care-after-sexual-assault-beyond-the-basics?source=search\\_result&search=patient+information%3A+care+after+sexual+assault&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/care-after-sexual-assault-beyond-the-basics?source=search_result&search=patient+information%3A+care+after+sexual+assault&selectedTitle=1~150)
- 5) Bates, CK. *Evaluation and management of adult and adolescent sexual assault victims*. UpToDate [Internet]. Moreira ME, Grayzel J. [actualizado 6 de abril de 2017, consultado el 31 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims>
- 6) Wiemann CM, Harrykissoon SD. *Date rape: Identification and management*. UpToDate [Internet]. Middleman AB, Torchia MM. [Actualizado el 12 de abril de 2017, consultado el 31 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/date-rape-identification-and-management?source=search\\_result&search=date+rape%3A+identification+and+management&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/date-rape-identification-and-management?source=search_result&search=date+rape%3A+identification+and+management&selectedTitle=1~150)
- 7) Kanin EJ. *False allegations*. Arch Sex Behav. 1994. 23 (1): 81-92.
- 8) González-Wilhelm L, Moreno L, Carnevali R. *Consideraciones médico-legales sobre causal de violación contenida en el proyecto de Ley de Aborto actualmente en trámite*. Rev Med Chile. 2016; 144:780-786.
- 9) Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. *Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: A prospective comparison study*. J Forensic Leg Med. 2013; 20: 884-901.
- 10) Kennedy KM. *Heterogeneity of existing research relating to sexual violence, sexual assault and rape precludes meta-analysis of injury data*. J Forensic Leg Med. 2013; 20: 447-459.
- 11) McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. *Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse*. Forensic Sci Int. 2011; 204: 27-33.
- 12) Wiemann CM, Harrykissoon SD. *Date rape: Risk factors and prevention*. UpToDate [Internet]. Middleman AB, Torchia MM. [Actualizado 12 de abril de 2017, consultado el 31 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/date-rape-risk-factors-and->

- prevention?source=search\_result&search=date+rape%3A+identification+and+management&selectedTitle=2~150
- 13) Dukers-Muijers NHTM, Somers C, De Graaf H, Meijer S, Hoebe CJPA. *Prevalence of Non-Volitional Sex Types and Associated Factors: A National Sample of Young People*. PLoS ONE. 2015; 10(7): e0132847.doi:10.1371/journal.pone.0132847
  - 14) Masho SW, Anderson L. *Sexual assault in men: a population-based study of Virginia*. Violence Vict. 2009; 24(1): 98-110. [Resumen].
  - 15) Walker G. *The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault*. J Forensic Leg Med. 2015; 34: 173-178.
  - 16) White C. *Genital injuries in adults*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013; 27: 113-130.
  - 17) Nadjem H, Pollak S. *Simulation of an assault with self-tying and vaginal insertion of metal objects*. Forensic Sci Int. 2008; 177: 29-33.
  - 18) Philips LM. *Flirting with danger: Young women's reflections on sexuality and domination*. New York University Press, 2000. [Resumen]
  - 19) De Zutter A, Horselenberg R, Van Koppen PJ. *Filing false vice reports: Distinguishing true from false allegations*. Eur. J. Psychol. Apple. Legal Context. 2017. 9: 1-14.
  - 20) Frioux SM, Blinman T, Christian CW. *Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents*. Child Abuse Negl. 2011; 35: 69-73.
  - 21) Slaughter L, Brown CR. *Colposcopy to establish physical findings in rape victims*. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166: 83-86. [Resumen]
  - 22) González Fernández, Jorge. Capítulo 129: *Estudio médico-legal de las contusiones y de las heridas contusas. Signos de defensa y de lucha. Lesiones por mordedura humana y animal*. En: Delgado Bueno, Santiago/Bandrés Moya, Fernando/Luceno Romero, Joaquín. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, III. Barcelona, España: Editorial Bosch, S.A.; 2011. p.77-94.
  - 23) Baker DJ, Grimes EA, Hopwood AJ. *D-dimer assays for the identification of menstrual blood*. Forensic Sci Int. 2011; 2012 (1-3): 210-4. [Resumen]
  - 24) Astrump BS, Ravn P, Lauritsen J, Thomsen JL. *Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse-Implications for legal proceedings*. Forensic Sci Int. 2012; 219: 50-56.
  - 25) Kelly DL, Larkin HJ, Cosby CD, Paolinetti LA. *Derivation of the Genital Injury Scale (GISS): A concise instrument for description and measurement of external female genital injury after sexual intercourse*. J Forensic Leg Med. 2013; 20: 724-731.
  - 26) Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. *Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse*. J Emerg Med. 2010; 39 (1): 113-118.
  - 27) Morgan L, Dill A, Welch J. *Sexual assault of postmenopausal women: a retrospective review*. BJOG. 2011; 118:8832-843.
  - 28) Poulos CA, Sheridan DJ. *Genital Injuries in postmenopausal women after sexual assault*. J Elder Abuse Neglect 2008; 20: 323-335. [Resumen]
  - 29) Kvitko, Luis Alberto. Capítulo 201: *Agresión sexual. Morfología del himen y signos de desfloración. Diagnóstico de la penetración o introducción de objetos anal y vaginal. Peritación médico-legal*. En: Delgado Bueno, Santiago/Maza Martín, José Manuel. Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses, IV. Barcelona, España: Editorial Bosch, S.A.; 2011. p.302-331.
  - 30) Carey R, Healy C, Elder DE. *Foreign body sexual assault complicated by rectovaginal fistula*. J Forensic Leg Med. 2010; 17: 161-163.

- 31) White C, McLean I. *Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups*. J Clin Forensic Med. 2006; 13(4): 172-180. [Resumen]
- 32) Drocton P, Sachs CJ, Chu LD, Wheeler M. *Validation set correlates of ano-genital injury after sexual assault*. Acad Emerg Med. 2008; 15:231-238. [Resumen]
- 33) Rossman L, Jones JS, Dunnuck C, Wynn BN, Bermingham M. *Genital trauma associated with forced digital penetration*. Am J Emerg Med. 2004; 22:101-104. [Resumen]
- 34) Sommers MS et al. *The effects of age and ethnicity on physical injury from rape*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35 (2): 199-207. [Resumen]
- 35) Jones JS, Dunnuck C, Rossman L, Wynn BN, Nelson-Horan C. *Significance of toluidine blue positive findings after speculum examination for sexual assault*. Am J Emerg Med. 2004;22(3):201–203. [Resumen]
- 36) JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. *Assailants' Sexual Dysfunction During Rape: Prevalence and Relationship to Genital Trauma in Female Victims*. J Emerg Med. 2010; 38(4): 529-535.
- 37) McLean IA. *The male victim of sexual assault*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013; 27: 39-46.
- 38) Brew-Graves E, Morgan L. *Injuries and allegations of oral rape: A retrospective review of patients presenting to a London sexual assault referral centre*. J Forensic Leg Med. 2015; 34: 155-158.
- 39) Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, Murdoch M. *Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: Review of empirical findings and state of the literatura*. Clin Psychol Rev. 2011; 31: 1-24.
- 40) Government Sexual Offences Act 2003. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/42/contents>
- 41) Larsen ML, Hilden M. *Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Centre*. J Forensic Leg Med. 2016; 43: 8-11.
- 42) Donnelly D, Kenyon S. *Honey, we don't do men: gender stereotypes and the provision of services to sexually assaulted males*. J Interpers Violence 1996; 11:441-448. [Resumen]
- 43) Davies M, Pollard P, Archer J. *The influence of victim gender and sexual orientation on judgments of the victim in a depicted stranger rape*. Violence Vict 2001; 16: 607-619. [Resumen]
- 44) Genber GL, Cronin JM, Steigman H. *Attributions of blame in sexual assault to perpetrators and victims of both genders*. J App Soc Psychol 2004; 34:2149-2165. [Resumen]
- 45) Davies M, Hudson J. *Judgments toward male and transgenders victims in a depicted stranger rape*. J Homosex 2011; 58: 237-247. [Resumen]
- 46) Burt DL, DeMello LR. *Attribution of rape blame as a function of victim gender and sexuality, and perceived similarity to the victim*. J Homosex 2002; 43: 39-57. [Resumen]
- 47) Langenderfer-Magruder L, Walls NE, Kattari SK, Whitfield DL, Ramos D. *Sexual Victimization and Subsequent Police Reporting by Gender Identity Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Adults*. Violence Vic. 2016; 31 (2): 320-331.

- 48) Doherty K, Anderson I. *Making sense of male rape: constructions of gender, sexuality and experience of rape victims*. J Community Appl Soc Psychol 2004; 14:85-103. [Resumen]
- 49) Tjaden P , Thoennes. *Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male interpersonal violence as measured by the National Violence Against Women Survey*. Violence Against Women. 2000; 6: 140-159. [Resumen]
- 50) Krahe B, Scheinberger-Olwig R, Bieneck S. *Men's reports of nonconsensual interactions with women: Prevalence and impact*. Arch Sex Behav. 2003; 32, 165-175. [Resumen]
- 51) Rouse LP. *Abuse in dating relationships: A comparison of Blacks, Whites, and Hispanics*. J Coll Stud Dev, 1988; 29, 312-319. [Resumen]
- 52) Waldner-Haugrud LK, Magruder B. *Male and female sexual victimization in dating relationships: Gender differences in coercion techniques and outcomes*. Violence and Victims. 1995;10: 203-215. [Resumen]
- 53) Aizenman M, Kelley G. *The incidence of violence and acquaintance rape in dating relationships among college men and women*. Journal of College Student Development. 1988; 29: 305-311 [Resumen]
- 54) Struckman-Johnson, C., & Struckman- Johnson, D. (1994). *Men pressured and forced into sexual experience*. Archives of Sexual Behavior, 23, 93-114 [Resumen]
- 55) McLean I, Balding V & White C. *Further aspects of male-on-male rape and sexual assault in Greater Manchester*. Med Sci Law 2005; 45: 225-232 [Resumen]
- 56) Kaufman A, Divasto P, Jackson et al. *Male rape victims: noninstitutionalized assault*. Am J Psychiatry 1980; 137:221-223 [Resumen]
- 57) Nesvold H, Worm A-M, Vala U et al. *Different Nordic facilities for victims of sexual assault: a comparative study*. Acta Obst Gynecol Scand 2005; 84: 177-183 [Resumen]
- 58) Pesola GR, Westfal RE & Kuffner CA. *Emergency department characteristics of male sexual assault*. Acad Emerg Med 1999; 6: 792-798 [Resumen]
- 59) McLean I, Balding V & White C. *Forensic medical aspects of male-on-male rape and sexual assault in Greater Manchester*. Med Sci Law 2004; 44: 165-169 [Resumen]
- 60) Geist RF. *Sexually related trauma*. Emerg Med Clin North Am 1988; 6:439-466 [Resumen]
- 61) Norredam M, Crosby S, Munarriz R, Piwowarczyk L, Grodin M. *Urologic Complications of Sexual Trauma Among Male Survivors of Torture*. UROLOGY. 2005; 65: 28-32.
- 62) Peel M. *Male sexual abuse in detention, in Peel M, and Iacopino V (Eds): The Medical Documentation of Torture*. London, Greenwich Medical Media, 2002, pp 179-190 [Resumen]
- 63) Elam AL, Gail Ray V. *Sexually related trauma: a review*. Ann Emerg Med 1986; 15: 576-584 [Resumen]
- 64) Agnew J. *Anal manipulation as a source of sexual pleasure*. Venereology 2000; 13: 169-176 [Resumen]
- 65) Mehta SD et al. *Circumcision and Reduced Risk of Self-Reported Penile Coital Injuries; Results From a Randomized Controlled Trial in Kimusu, Kenya*. J Urol. 2010; 184: 203-209.



- 66) Bailey RC, Neema S, Othieno R. *Sexual Behaviors and other HIV risk factors in circumcised and uncircumcised men in Uganda*. J Acquir Immune Defic Syndr. 1999; 22 (3): 294-301. [Abstract]
- 67) Eke N. *Fracture of the penis*. Br J Surg 2002; 89: 555-565 [Resumen]
- 68) Bullock C, Bckson M. *Male victims of sexual assault: Phenomenology, psychology, physiology*. J Am Acad Psychiatry Law 2011; 39: 197-205 [Resumen]
- 69) Lisak D, Gardinier L, Nicksa SC, Cote AM. *False Allegations of Sexual Assault: An Analysis of Ten Years of Reported Cases*. Violence Against Women. 2010; 16 (12): 1318-1334.
- 70) Poder Judicial España [Internet]. España: [www.poderjudicial.es](http://www.poderjudicial.es); [Actualizado el 3 de noviembre de 2016; citado el 31 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/El-Observatorio-incluye-los-nuevos-delitos-de-acoso-sexting-y-mutilacion-genital-en-la-Guia-de-criterios-de-actuacion-judicial-frente-a-la-violencia-de-genero>
- 71) Canter, D. V., Bennell, C., Alison, L. J., & Reddy, S. 2003. Differentiating sex offences: a Behaviorally based thematic classification of stranger rape. Behavioral Sciences & the Law. 21, 157-174. [Resumen]
- 72) Ellison, L., & Munro, V. E. (2009). Of “normal sex” and “real rape”: Exploring the use of socio-sexual scripts in (mock) jury deliberation. Social & Legal Studies, 18, 291-312 [Resumen]
- 73) Williams G, Haider I. *Differentiating Between Genuine Damage and Falsified Damage to a Garment Following an Alleged Sexual Assault*. J Forensic Sci. 2012; 57(6):1634-1636.
- 74) Prentky, R. A., & Knight, R. A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 643-661. [Resumen]
- 75) Enciclopedia jurídica [Internet]. España [Actualización 2014, consultado el 3 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/acceso-carnal/acceso-carnal.htm>
- 76) Lammers K, Martin L, Andrews D, Seedat S. *Reported rapes at a hospital rape centre: Demographic and clinical profiles*. SAMJ. 2010; 100(6):362-36.

