

MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
RIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
TICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA
JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA MINISTERIO DE JUSTICIA

**ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN A MENORES
VÍCTIMAS EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA
LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**

2018



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE JUSTICIA

NIPO: 051-18-029-6

EDITA:

Ministerio de Justicia
Secretaría General Técnica

MAQUETACIÓN:

Subdirección General de Documentación y Publicaciones

ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	5
2. PRINCIPIOS	7
3. CRITERIOS DE ACTUACIÓN	8
4. TIPOLOGÍA DE CASOS	9
5. LA PRUEBA EN EL MALTRATO/ABUSO A MENORES	10
5.1. EL TESTIMONIO DEL MENOR: PAUTAS Y/O RECOMENDACIONES	10
5.2. PRUEBA PRECONSTITUIDA Y/O ANTICIPADA	12
5.3. INFORME PERICIAL DEL TESTIMONIO	14
5.4. INDICADORES CLÍNICOS PSICOLÓGICOS PARA LA DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	16
5.5. INDICADORES SOCIO-FAMILIARES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	18
5.6. ACTUACIÓN MÉDICO FORENSE	20
5.6.1. Agresiones/abusos sexuales	21
5.6.2. Violencia física y/o maltrato psíquico	35
5.6.3. Exploración del presunto/s agresor/abusador	36
6. CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES DEL INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DEL MALTRATO/ABUSO SEXUAL A MENORES	37
6.1 ASPECTOS ESPECÍFICOS A ANALIZAR EN LAS CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES	38
7. BIBLIOGRAFÍA	42
8. ANEXOS	47
Anexo 1. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA ENTREVISTA MÉDICO-FORENSE A MENORES DE EDAD	47
Anexo 2. HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL. EVIDENCIA ACTUAL	50

Anexo 3. ORDEN DE TOMA DE MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I.	60
Anexo 4. MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. a analizar en Hospital (muestras clínicas) INVESTIGACIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	62
Anexo 5. MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. exclusivamente por petición del M. Forense. INVESTIGACIÓN DE SEMEN, SALIVA y OTROS RESTOS CELULARES. IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	66
Anexo 6. CONSERVACIÓN DE MUESTRAS HASTA SU ENVÍO A LABORATORIO (PERIODOS CORTOS DE TIEMPO)	68

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas incluyó en un informe al Estado Español la recomendación de la promoción de protocolos de actuación conjunta en casos de maltrato infantil¹.

Ello obedece a que los malos tratos a la infancia y, específicamente, los abusos sexuales constituyen un problema social complejo que requiere la intervención multiprofesional desde todas las instituciones implicadas, entre ellas, los órganos judiciales y fiscales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FF.CC.SS.EE.), los Servicios Sanitarios, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) y los institutos de medicina legal y ciencias forenses (IMLCF)².

En este sentido, los distintos ámbitos y sectores profesionales implicados en la prevención y atención del maltrato infantil, han venido desarrollando con sus lógicas particularidades, protocolos específicos o guías sectoriales de actuación en cada Comunidad Autónoma. Al mismo tiempo que se han producido cambios tanto en la atención a los menores maltratados y/o abusados como en los procedimientos legales.

Con el objetivo de estandarizar las actuaciones con los menores víctimas y establecer un catálogo de pautas claras desarrolladas por las comunidades científicas, se ha desarrollado este documento, que ha contado con la participación y aprobación expresa de las siguientes entidades y sociedades científicas:

- Asociación Española de Pediatría
- Sociedad Española de Pediatría Social
- Asociación de Trabajadores Sociales Forenses
- Servicio de Biología, Departamento de Madrid, del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses

Todo ello, junto con la necesidad de adaptar nuestras prácticas a las características del funcionamiento de los actuales IMLCF y de los criterios científicos actuales, aconseja el planteamiento estas directrices, que pretenden ayudar a optimizar la intervención forense y reducir las variaciones innecesarias en los procedimientos, así como ayudar a mejorar la colaboración entre varias entidades y profesionales, al tiempo que favorecer una evaluación forense completa y oportuna.

¹ Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. 9 de junio de 2014.

² Directiva 2011/93/UE relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil: “Los profesionales que tengan probabilidades de entrar en contacto con menores víctimas de abusos sexuales y explotación sexual deben contar con una formación adecuada para identificar a estas víctimas y relacionarse con ellas. Esta formación debe fomentarse entre los miembros de las categorías siguientes cuando puedan entrar en contacto con menores víctimas: agentes de policía, fiscales, abogados, miembros de poder judicial y funcionarios de los tribunales, puericultores y personal sanitario...”

Por tanto, este documento constituye un protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros maltratos graves a menores³, con el que se pretende contribuir a actualizar los criterios de actuación, mejorar la evaluación y responder a la necesidad de reforzar una coordinación inter-profesional en el seno de los IMLCF, así como entre los profesionales de estos y otras instituciones implicadas, especialmente en aquellas intervenciones dirigidas a atender a las personas menores y a evitar las consecuencias de la victimización secundaria.

El protocolo también puede utilizarse de forma análoga⁴, con las personas con discapacidad necesitada de especial protección, art. 25 CP –redacción dada por la LO 1/2015, de 30 de marzo–:

“A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente.”

Debemos contemplar que la aplicación de estas directrices puede depender en cierta medida de los recursos locales disponibles y, en tal sentido, debería considerarse un estímulo para promover la calidad y la seguridad de las prácticas forenses y asistenciales y cubrir eventuales lagunas existentes.

Se espera que este trabajo pueda ser una herramienta útil (no solo para los profesionales forenses y asistenciales) para ayudar a mejorar la experiencia con menores víctimas y personas con discapacidad necesitadas de especial protección, promoviendo la capacidad de los profesionales.

³ Según la Directiva 2011/93/UE relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil, se define al «menor» como “toda persona menor de 18 años”.

⁴ La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito, pretende otorgar una protección especial y uniforme a aquellos que se encuentren en idéntica situación de vulnerabilidad que los menores de edad y por idénticas razones (respecto de su grado de madurez mental), tal como refleja la citada Ley en su Artículo 26, sobre “Medidas de protección para menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección”.

2. PRINCIPIOS

Todas las actuaciones profesionales han de tener en cuenta los siguientes principios^{5,6}:

- El interés superior del niño y niña.
- Los Derechos de las personas menores víctimas del delito y especialmente:
 - A su protección, seguridad, intimidad, y a recibir la atención necesaria en el menor plazo de tiempo, específicamente, a recibir la asistencia sanitaria y psicológica necesaria y adecuada desde el primer momento.
 - A ser informado y oído, de acuerdo a su grado de desarrollo, en cada momento del proceso.
 - A la igualdad sin discriminación en función de su lugar de residencia, condición personal y/o social.
 - A que se tenga en cuenta sus características personales y sociales en todas las actuaciones.
 - Los procedimientos de investigación y/o protección tienen que estar dirigidos a prevenir la victimización secundaria:
 - Evitar desplazamientos innecesarios.
 - Evitar que se vean obligados a repetir innecesariamente el relato de los hechos.
 - Evitar duplicidad de exploraciones.
 - A mantener su contexto social habitual escolar y de amistad en los supuestos de separación familiar temporal.
 - A no ser ingresado en una institución residencial más que el tiempo imprescindible hasta su incorporación a un núcleo familiar.

⁵ Directiva 2011/93/UE Artículo 20 Protección de los menores víctimas en las investigaciones y procesos penales: 3. Sin perjuicio de los derechos de la defensa, los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para garantizar que, en las investigaciones y procesos penales relativos a cualquiera de las infracciones contempladas en los artículos 3 a 7: a) los interrogatorios del menor víctima se celebren sin demoras injustificadas tras la comunicación de los hechos a las autoridades competentes; b) los interrogatorios del menor víctima tengan lugar, en caso necesario, en locales concebidos o adaptados a tal efecto; c) los interrogatorios del menor víctima sean realizados por o mediante profesionales con formación adecuada a tal efecto; d) las mismas personas, siempre que ello sea posible y conveniente, efectúen todos los interrogatorios del menor víctima; e) el número de interrogatorios sea el menor posible y solo se celebren cuando sea estrictamente necesario para los fines de las investigaciones y procesos penales; f) el menor víctima esté acompañado por su representante legal o, en su caso, por un adulto elegido por él, salvo que por decisión motivada se haya excluido a esta persona. 4. Los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para garantizar que, en las investigaciones penales relativas a las infracciones contempladas en los artículos 3 a 7, todos los interrogatorios del menor víctima o, en su caso del testigo que sea menor, puedan ser grabados por medios audiovisuales y que estas grabaciones audiovisuales puedan ser admitidas como prueba en el proceso penal, de conformidad con las normas de su Derecho nacional.

⁶ Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 20 de noviembre de 2013.

- Las garantías procesales del acusado.
- Garantías de la prueba: inmediación, publicidad y contradicción.

3. CRITERIOS DE ACTUACIÓN

Tratar con niños que pueden ser víctimas de abuso sexual u otro maltrato requiere tiempo, formación y compromiso. El profesional debe ser comprensivo/empático, pero también debe proceder de una manera racional, con procedimientos científicamente fundados.

Se ha de distinguir entre la función asistencial y la función pericial de los profesionales⁷:

La función asistencial será realizada por los servicios de salud y/o sociales correspondientes⁸, que en caso de ser llamados a declarar acudirán en su condición de testigos expertos, momento en el que sus opiniones como experto podrían tener también, según considere el tribunal, un valor pericial o de opinión experta. El examen psicológico, social y médico de menores con sospecha de haber sido objeto de abuso sexual u otra forma grave de maltrato, debería ser realizado siempre por especialistas en infancia y con acreditada formación en esta materia de maltrato y abuso sexual.

El servicio que inicie la exploración del menor emitirá el informe clínico y/o social correspondiente a la instancia judicial.

Los informes periciales serán realizados por los médicos forenses, los psicólogos forenses y/o los trabajadores sociales forenses.

En los casos en que haya al mismo tiempo una doble intervención, asistencial y forense, los equipos se coordinarán entre ellos y pondrán en común:

- La situación asistencial del caso (datos médicos, psicológicos y/o sociales-familiares).
- Las medidas de protección del menor (tutela, guarda, guarda judicial).
- La situación judicial del caso.

⁷ Idem, *opus cit*

⁸ La Asociación Española de Pediatría (AEP) propone que “en general, para la mejor atención y coordinación de exploraciones a menores víctimas de abuso o de agresiones sexuales, sería muy conveniente que existieran a nivel provincial Unidades de referencia en hospitales, como ya se recomiendan en algunos protocolos de coordinación entre instituciones, frente al maltrato infantil y juvenil”.

4. TIPOLOGÍA DE CASOS

La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome del Niño Maltratado como toda forma de maltrato físico y emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo del que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El concepto y la tipología del maltrato pueden evolucionar en función de circunstancias que condicionan la aparición de nuevas formas de maltrato y de la respuesta social. En este sentido, en la actualidad existen formas emergentes de maltrato mediadas por mecanismos de nuevas tecnologías y redes de comunicación social y su empleo en poblaciones más jóvenes y en el ámbito escolar. El ciberacoso y el acoso escolar son formas actuales de maltrato que pueden alcanzar un grave o muy grave impacto para la salud, incluso con elevadas cifras de mortalidad, que constituyen un problema de alta prevalencia en la población infanto-juvenil.

Seguindo el *Protocolo Básico de Intervención Contra el Maltrato Infantil*⁹ podemos distinguir entre los siguientes tipos de maltrato según sea:

La relación entre el agresor y la víctima:

- Maltrato intrafamiliar, puede suponer para el o la menor una situación de riesgo que obligue a las instituciones de protección a intervenir.
- Maltrato extrafamiliar, en el que son los padres, madres y/o tutores legales los que tienen la obligación de garantizar la protección del menor con las medidas que estimen oportunas y que puede a su vez requerir de la intervención de las redes formales de apoyo.

La gravedad del maltrato:

- Maltrato leve o moderado. La situación no es urgente ya que existen indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que se pueden abordar educativamente en el entorno socio-familiar del menor.
- Maltrato grave. La situación es urgente. Existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Toda situación de abuso sexual debe incorporarse al concepto de Maltrato grave¹⁰. Los criterios que definen la gravedad del maltrato son: frecuencia e intensidad de los indicadores y grado de vulnerabilidad del niño. Para valorar la vulnerabilidad de las personas menores hay que evaluar los siguientes factores: cronicidad y frecuencia del maltrato, acceso del perpetrador al niño, características y condiciones sociales en las que está el niño o niña, la relación entre el agresor y el niño o niña, si tiene algún tipo de discapacidad, las características y competencias educativas de los padres, madres o cuidadores principales y las características del entorno familiar del niño o niña y activación de las redes formales o informales por parte de la familia y desarrollo de la

⁹ Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. 9 de junio de 2014.

¹⁰ (Protocolo Móstoles, 2003).



intervención con sus resultados si se solicitó alguna vez ayuda, a quién fue, cuándo y cómo se resolvió.

La Sociedad Española de Pediatría Social enfatiza que es importante distinguir la gravedad de las lesiones de la gravedad del maltrato o del abuso, que está en función de las secuelas y de otros factores.

A veces la gravedad del maltrato o del abuso se debe establecer a largo plazo por las consecuencias que tiene para su desarrollo, su felicidad e integración social y, en definitiva, para su salud.

En ocasiones las consecuencias del abuso sexual pueden ser graves o muy graves a pesar de las medidas de protección y de la adecuación de los tratamientos, que no siempre son los que necesitan las víctimas y las familias y, aunque las lesiones o el impacto inicial aparentemente sean poco significativos.

La mayoría de casos detectados y denunciados corresponden a los casos más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato de gran prevalencia, como son el abandono y el abuso sexual, tienen más dificultades para su detección y registro¹¹.

5. LA PRUEBA EN EL MALTRATO/ABUSO A MENORES

En estos procedimientos es habitual que las dos pruebas fundamentales sean el testimonio del menor y los informes periciales de indicadores médicos, psicológicos y/o socio-familiares, que se abordan a continuación.

5.1. EL TESTIMONIO DEL MENOR: PAUTAS Y/O RECOMENDACIONES

En el proceso habitual encontramos que la persona menor realiza al menos los siguientes testimonios¹²:

- El descubrimiento, ante familiares, profesores, médicos...
- La primera manifestación ante policía y/o fiscalía.
- La ratificación en el juzgado de instrucción.
- En la exploración médica y/o psicológica y social.
- En el juicio oral.

Todo ello constituye un grave factor de victimización secundaria y puede contribuir a la pérdida de la validez de la prueba por la influencia, a lo largo del tiempo, de factores externos o internos al testigo. Es por ello por lo que sería aconsejable que¹³:

- Todas las actuaciones profesionales en los procedimientos judiciales deben realizarse teniendo en consideración las características y edad, circunstancias socio familiares de las personas menores y sus aptitudes.

¹¹ Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Maltrato infantil. Editorial Siglo, Madrid, 2010.

¹² Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 20 de noviembre de 2013.

¹³ Protocolo de Actuación para la Atención a Menores de Edad Víctimas de Malos Tratos. Madrid, 2010. <https://db. /5khhbVYZ>

- Se redujera la toma de declaración al menor de edad a los aspectos más relevantes, procurando que esta diligencia no se reitere ni se extienda innecesariamente, teniendo en cuenta la posibilidad de que los datos aportados por la investigación policial-judicial sean suficientes.
- En los casos en que el o la menor de edad, según los expertos, presente grave afectación como víctima, se procurará posponer su declaración hasta que se recupere psicológicamente y se encuentre en un contexto sociofamiliar de seguridad.
- Deberá valorarse la conveniencia o necesidad de la asistencia de expertos en la declaración de la persona menor de edad, en cuyo caso, al dirigir el interrogatorio de los menores de edad, se tendrán en cuenta las pautas marcadas por los expertos, permitiéndose la presencia de personas de apoyo.
- Se adaptará la Sala de Audiencias o el lugar donde tenga lugar la declaración del menor para crear un ambiente confortable.
- Eventuales careos o reconstrucciones de hechos en los que intervengan menores de edad se realizarían solo cuando el Juez lo considere imprescindible y no lesivo para el interés del menor de edad, previo informe pericial.
- Se evitarán situaciones de enfrentamiento del menor de edad al presunto agresor, evitando la confrontación visual del menor con el inculpado, utilizando para ello los medios técnicos precisos (videoconferencias o similares).
- La declaración de la persona menor de edad en el juicio oral únicamente se realizará en los casos en que sea imprescindible, siempre que, a juicio de los expertos, no suponga un riesgo de grave daño psicológico y social para el menor de edad, atendidas su corta edad o su especial vulnerabilidad.

Todo ello, en consonancia con lo recomendado también por la Asociación Española de Pediatría, que hace hincapié en que “es importante que las actuaciones profesionales en los procedimientos profesionales consideren y se adapten a las circunstancias y al estado emocional en que se encuentra la víctima y las posibles presiones que puede estar sufriendo al no estar o al no sentirse protegido. Las víctimas “hablan” más de sus experiencias cuando se sienten seguras y protegidas frente a sus agresores”¹⁴.

Respecto a las exploraciones de los menores, *la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo 2010/0064* también recoge las siguientes medidas:

- Se celebren sin demora injustificada.
- Tengan lugar en locales adaptados a tal efecto.
- Dirigidos por o a través de profesionales con formación adecuada.
- Las mismas personas, si fuera posible y conveniente, dirijan todos los interrogatorios de los niños y niñas.
- El número de interrogatorios sea el menor posible y solo se celebren cuando sea estrictamente necesario para los fines del procedimiento penal.

¹⁴ Gil Arrones, J. y Garcia Perez, J.. Protocolo De Actuación En La Atención A Menores Víctimas En Los Institutos De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Comentarios. Madrid a 19 de Mayo de 2017.

- El niño o la niña esté acompañado por un representante legal y/o un adulto elegido por él¹⁵.

Así mismo, la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012, incorpora la necesidad de que el interrogatorio a la víctima y/o testigo debe ser grabado en vídeo para que estas declaraciones grabadas puedan utilizarse como medio de prueba en procesos penales.

5.2. PRUEBA PRECONSTITUIDA Y/O ANTICIPADA

Se recomienda la utilización de la Prueba Preconstituida, con el doble objetivo de que al tiempo que estas exploraciones son admitidas como pruebas, garantizan los derechos de la persona menor de ser interrogada por una persona experta. Por otro lado, en consonancia con el principio de mínima intervención, reduce el número de exploraciones.

Se recomienda la realización de la Prueba preconstituida y/o anticipada efectuada ante o con la intervención de un experto, en los casos de¹⁶:

- Menores especialmente vulnerables:
 - Menores entre los 4 y 8 años.
 - Menores con un trastorno mental, del desarrollo y/o de la comunicación¹⁷.
 - En los casos de abuso y/o maltrato grave.
- Adultos vulnerables:
 - Personas con discapacidad que, tengan o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requieran de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente.

De esta forma, se consigue el aseguramiento de la prueba, mediante la grabación de la primera declaración de la persona menor con intervención de todas las partes.

La doctrina general sólo admite como prueba de cargo, válida para enervar el principio de presunción de inocencia, la practicada en la fase de enjuiciamiento, en el juicio oral, ante el Juez que va dictar sentencia (art. 741.1 LECrim. y STC 31/1981, de 28 de julio), bajo los principios de Igualdad, Contradicción e Inmediación. Como excepción a esta regla, se admite la práctica de prueba preconstituida de acuerdo a lo establecido en los arts. 448, 657 y 772.2 LECrim siempre y cuando dicha prueba no sea reproducible,

¹⁵ Siempre que no forme parte del procedimiento, y no exista conflicto de intereses con el mismo. Acorde también a art. 26 de la Ley 4/2015, de 27 de abril y a art. 433 L.E.Criminal.

¹⁶ Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 20 de noviembre de 2013.

¹⁷ Los niños con discapacidades son 3,7 veces más propensos que los niños no discapacitados a ser víctimas de cualquier tipo de violencia, 3,6 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia física, y 2,9 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia sexual. Los niños con deficiencias mentales o intelectuales parecen estar entre los más vulnerables, con 4,6 veces el riesgo de violencia sexual que sus pares sin discapacidad.

que se practique ante el juez instructor, exista contradicción (presencia del Fiscal, acusación particular y letrado del imputado) y que se reproduzca la grabación realizada en el acto del juicio oral.

Sin embargo, respecto de los menores, la preconstitución de la prueba, no debe ser excepcional, con el fin de evitar la victimización secundaria. A tales efectos, es importante que el especialista avise, si existiera, del riesgo de victimización secundaria de reiterarse las declaraciones.

Igualmente, debería requerirse nuevo informe del especialista que corresponda antes de la realización del acto del juicio, con el objeto de acreditar si el interés superior del menor, caso de existir prueba preconstituida, hace necesario que el juez o tribunal valore si es imprescindible la declaración del menor en el acto del juicio, a los efectos de la victimización secundaria que de la misma pueda deducirse.

En este sentido, debe recordarse que la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del delito, en su Artículo 26, sobre *“Medidas de protección para menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección”*, contempla en su apartado “b)” que *la declaración podrá recibirse por medio de expertos. (...), que mediante el empleo de técnicas propias de sus ciencias y la utilización de protocolos diseñados para realizar las entrevistas a menores harán la experiencia menos traumática para el menor.*

De igual modo, *“se prevé la designación de un defensor judicial de la víctima menor, para que la represente en la investigación y en el proceso penal, en determinados casos, como son, aquellos en los que existe un conflicto de intereses con los representantes legales de la víctima o con uno de los progenitores”.*

Finalmente, el citado Artículo 26 dispone que *“(...) 2. El Fiscal recabará del Juez o Tribunal la designación de un defensor judicial de la víctima, para que la represente en la investigación y en el proceso penal, en los siguientes casos:*

a) Cuando valore que los representantes legales de la víctima menor de edad o con capacidad judicialmente modificada tienen con ella un conflicto de intereses, derivado o no del hecho investigado, que no permite confiar en una gestión adecuada de sus intereses en la investigación o en el proceso penal.

b) Cuando el conflicto de intereses a que se refiere la letra a) de este apartado exista con uno de los progenitores y el otro no se encuentre en condiciones de ejercer adecuadamente sus funciones de representación y asistencia de la víctima menor o con capacidad judicialmente modificada.

c) Cuando la víctima menor de edad o con capacidad judicialmente modificada no esté acompañada o se encuentre separada de quienes ejerzan la patria potestad o cargos tutelares.

De este modo, en los casos de menores víctimas de presuntos abusos por parte de sus progenitores, la representación en la investigación de los hechos y en el acto del Juicio será asumida por un defensor judicial (que puede ser, por ejemplo, un Letrado) nombrado por el Juez o Tribunal. Esto no supone, no obstante, que el Ministerio Fiscal deje de velar por el superior interés del menor, pues en el concreto proceso concurrirá con el defensor judicial.



Hay que distinguir entre prueba preconstituida (ante el Juez de Instrucción, por lo que no hay intermediación, por imposibilidad de practicarla en el juicio oral o por no poder practicarla en el juicio en idénticas circunstancias) y prueba anticipada (ante el Juez de enjuiciamiento, pero antes del inicio de las sesiones de juicio oral y que cumple los requisitos de publicidad, contradicción e intermediación).

Esa declaración se seguirá por el Instructor, el Fiscal, las partes y el Letrado de la Administración de Justicia, así como por el familiar que acompañe al menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, si lo desea, y un miembro de los Cuerpos de Seguridad que haya instruido las primeras diligencias por si necesitasen recabar algún dato relevante para continuar la investigación, y el juez lo considerase conveniente, desde una estancia distinta, desde la que se puede visualizar el interrogatorio.

Antes de comenzar, el instructor transmitirá al experto los extremos sobre los que debe versar el interrogatorio/entrevista, al objeto de interferir lo menos posible en el contexto de evaluación, realizando aclaraciones o preguntas puntuales, siempre antes de la finalización del interrogatorio, y en todo caso, antes de la indicación que al efecto realizará el experto, y siempre y cuando el Juez las considere pertinentes. En esta declaración, deberán recabarse no solo los aspectos judiciales relevantes para la causa, sino también aquellos necesarios para que el/los experto/s realice/n los informes que se consideren adecuados, con el fin intentar que sea ésta la única ocasión que el menor o persona con discapacidad tenga que relatar los hechos sobre los que versa la instrucción, evitando con ello una posible victimización.

5.3. INFORME PERICIAL DEL TESTIMONIO

Cuando la única prueba de cargo es la declaración de la persona menor, en algunas ocasiones la Autoridad Judicial solicita que se realice un informe pericial sobre la credibilidad del testimonio de la misma, para valorar la verosimilitud y credibilidad. Estas pruebas periciales se instalaron en la práctica forense alemana en la segunda mitad del siglo pasado y llegaron a nuestro país en la década de los noventa (Manzanero y Diges, 1992).

Cuando así se solicite por la Autoridad Judicial, los psicólogos forenses serán los responsables de realizar los informes periciales sobre credibilidad del testimonio. Sería recomendable que esta técnica sea complementada con el diagnóstico sociofamiliar que realiza el trabajador social dado que la investigación de los factores sociofamiliares y la evaluación contextual que desarrolla este especialista puede resultar crucial en los tribunales para poder determinar con mayor exactitud la credibilidad o no del abuso¹⁸.

En tales casos, si no hay intervención previa del médico forense y se solicita por el Instructor, informarán también acerca de posibles lesiones y secuelas psicológicas y sociales. En el caso que haya intervenciones previas y/o paralelas de otros servicios, las actuaciones se coordinaran previamente antes de la iniciación de la evaluación evitando reevaluaciones innecesarias y garantizando una intervención acompañada y protectora.

¹⁸ Pereda,N y J,Abad (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. Revista Española de medicina legal 39,(1), 19-25.

De acuerdo con la *Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica* (Ministerio de Justicia, 2005), llevada a efecto en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se incluye en el plan de actuación la valoración de la credibilidad del testimonio de la agredida/denunciante que realiza el psicólogo/a, siendo la técnica psicológica de referencia el Statement Validity Analysis (SVA), que define los pasos a dar en la implementación de la técnica, criterios de Validez de la Declaración, y criterios de contenido de la declaración, Criteria Based Content Analysis (CBCA), para estimar la credibilidad del testimonio basado en los criterios de realidad ¹⁹.

Köhnken, Manzanero y Scott (2015) afirman que lamentablemente en ocasiones se ha intentado reducir el SVA a una aplicación criterial del CBCA, lo cual está lejos del procedimiento planteado desde sus orígenes. En los últimos años, diversas publicaciones científicas pretenden llamar la atención de todos los profesionales del ámbito pericial forense para contemplar con mayor precaución las conclusiones obtenidas a partir del uso de la prueba con los 19 criterios originales.

Así, la evaluación de la prueba testifical, por un lado, permitiría al psicólogo forense colaborar con el sistema judicial para que los magistrados valoren lo mejor posible la credibilidad de este tipo de testimonios, pero, por otro, los resultados de las más recientes investigaciones científicas indican que el mero análisis de la presencia de los denominados criterios de credibilidad no es suficiente para discriminar las declaraciones reales de las que no lo son. Estos resultados siembran serias dudas de que con ese análisis parcial se puedan realizar en sede judicial pericias completamente fiables de credibilidad, capaces de desvirtuar la presunción de inocencia por sí solas (Aamodt y Custer, 2006; Akehurst, Bull, Vrij y Köhnken, 2004; Köhnken, 2014; Manzanero, 2004, 2009; Manzanero y Diges, 1994b; Sporer y Sharman, 2006, Vrij, Akehurst, Soukara y Bull, 2005; Vrij et al., 2004b)²⁰.

Por otra parte, Köhnken, Manzanero y Scott M T (2015) advierten igualmente que el SVA no está destinado a ser aplicado en todos los casos, ni a todas las personas ni en cualquier circunstancia²¹. En definitiva, el SVA posee fortalezas, debilidades y limitaciones, las cuales deben ser contempladas a fin de su correcta aplicación, siendo muy importante una adecuada formación y también una adecuada aplicación, contemplando las propias limitaciones y alcances desde la misma técnica, a fin de evitar que procedimientos erróneos condicionen resultados inválidos.

¹⁹ Análisis de contenido de las declaraciones de testigos: evaluación de la validez científica y judicial de la hipótesis y la prueba forense. Ramón Arce. *Acción Psicológica*, diciembre 2017.

²⁰ Citados en: Análisis de la validez de las declaraciones: mitos y limitaciones. Günter Köhnken, Antonio L. Manzanero y M. Teresa Scott, *Anuario de Psicología Jurídica* 2015.

²¹ “Inexplicablemente, sin embargo, en la actualidad se está produciendo una extrapolación del uso de esta metodología a otros ámbitos de la victimología forense (e.g. maltrato físico infantil, violencia contra la mujer pareja, etc.), desvirtuándose sus garantías científicas. Estas prácticas periciales irresponsables, ya que no cuentan con aval científico que las respalde además de atentar contra la deontología, pueden dañar la confianza depositada en la figura del psicólogo forense y ocasionar graves perjuicios a los usuarios de la Administración de Justicia al orientar de forma errónea al juzgador en su toma de decisiones”. (Manzanero, A.L. y Muñoz, J.M. (2011). *La prueba pericial psicológica sobre la credibilidad del testimonio: Reflexiones psico-legales*. Madrid: SEPIN).

Esta característica implica que los resultados de los métodos son altamente dependientes de la persona del evaluador y/o codificador, en función del grado de entrenamiento de éstos, de su experiencia, así como de su criterio. La fiabilidad de todo el procedimiento recae, en última instancia (Arce y Fariña, 2005) en el entrevistador/evaluador, por eso es imprescindible un entrenamiento exhaustivo.

Estos procedimientos, por tanto, ni se pueden utilizar en todos los casos, ni todos los profesionales están capacitados para hacerlo, ni es válida cualquier metodología de aplicación de las técnicas de obtención y valoración de las declaraciones.

Según lo establecido por Lamb et al.²², la metodología de CBCA real se debe utilizar con gran precaución en un entorno forense. De ahí que Welle y colaboradores, en las conclusiones de una investigación publicada en el *Journal of Forensic and Legal Medicine* (2016) afirmen que “dado el impacto de la conclusión del CBCA sobre el resultado legal, recomendamos encarecidamente que las declaraciones de los niños abusados sexualmente sean calificadas sistemáticamente por al menos dos expertos, cegados el uno al otro. En situaciones equívocas con falta de acuerdo entre evaluadores, se debe alentar una evaluación conjunta adicional para identificar qué criterios del CBCA requieren atención especial. Se debe llegar a un acuerdo final común”²³. A análoga conclusión llegan otros autores, como el Departamento de Psicología de Salud de la Universidad de Alicante (2009)²⁴ o Navarro Medel (2006).

5.4. INDICADORES CLÍNICOS PSICOLÓGICOS PARA LA DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Entre los indicadores psicológicos en relación con supuestos de abuso sexual infantil figuran, además del análisis del testimonio aportado por el menor en relación a los hechos denunciados, la valoración del posible daño psíquico derivado de dicha situación.

En cuanto a la valoración del posible daño psíquico, la detección de ciertos indicadores clínicos es un método tradicional en la exploración forense en supuestos de abuso sexual infantil, en base a modelos, investigaciones y prácticas del contexto clínico-asistencial (Pereda y Arch, 2012)²⁵, pero publicaciones actuales muestran limitaciones

²² Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW, Hershkowitz I, Orbach Y, Hovav M. Criterion-based content analysis: a field validation study. *Child Abuse Negl.* 1997;21: 255-264.

²³ A call to improve the validity of criterion-based content analysis (CBCA): Results from a field-based study including 60 children’s statements of sexual abuse. Ida Welle, Michel Berclaz, Marie-Jose Lacasa, Gerard Niveau. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 43 (2016) 111-119.

²⁴ Credibilidad del testimonio. Universidad de Alicante. Departamento de Psicología de la salud. 2009: “Es recomendable, además, que la evaluación se realice por dos psicólogos expertos. Dos porque así lo obliga la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y porque, como en el caso de tribunales o jurados comparados con único magistrado, el proceso de deliberación y acuerdo a que debe llegarse implicará una mayor profundización en el análisis. Ambos psicólogos deben estar presentes durante todas las fases de análisis. En la fase de análisis de la entrevista al menor, que preferentemente se habrá grabado en vídeo, lo recomendable es que ambos traten, en primer lugar, de analizarla por separado para después poner sus conclusiones en común y llegar a un acuerdo interjueces”.

²⁵ Pereda, N. y Arch, M. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del Psicólogo*, 33, 36-47.

a la luz de la investigación científica, proponiendo una serie de requisitos técnicos que debieran exigirse a estas periciales para facilitar el análisis por parte de jueces y tribunales.

La exploración pericial psicológica del impacto psíquico asociado a experiencias de abuso sexual infantil (la detección de la “*huella psicopatológica del delito*”) se sustenta en los siguientes pilares:

- La existencia de un modelo teórico subyacente.
- La existencia de un amplísimo número de investigaciones sobre las consecuencias psicológicas asociadas al abuso sexual infantil.
- La creencia en la existencia de indicadores psicológicos asociados específicamente al abuso sexual infantil, especialmente, las alteraciones en la esfera sexual del menor.

Sin embargo, extrapolar métodos clínicos al contexto pericial ha sido objeto de diversas críticas, tanto académicas como profesionales. Revisando la literatura científica, son muchas las limitaciones encontradas en la utilización de estos indicadores como forma de acreditar una posible situación de victimización sexual en la infancia²⁶. Siguiendo el esquema planteado de los pilares que sustentan estas valoraciones, cabe referir lo siguiente:

- El modelo teórico de partida (modelo traumatogénico) está siendo cuestionado ya que no siempre la respuesta de un menor expuesto a una situación de abuso sexual va a ser el desequilibrio de su estado psicológico previo. En un menor expuesto a una situación de victimización sexual, el impacto psíquico está relacionado con muchas variables que modulan tal impacto e incluso, en ocasiones, el menor puede aparecer asintomático (lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir). Puede no haber existido una vivencia traumática del hecho por parte del menor, o que éste posea variables de protección, personales y contextuales, que hayan amortiguado el impacto psíquico.
- Las investigaciones generadas en torno a las consecuencias psicológicas derivadas de una situación de abuso sexual infantil tienen muchas limitaciones metodológicas, principalmente, relacionadas con la disparidad de definiciones del objeto de estudio, las muestras utilizadas y los instrumentos usados para la recogida de datos.
- Además, el conjunto de síntomas señalados, incluidas las alteraciones en el plano sexual, se encuentran en menores expuestos a otros estresores psicosociales o podrían ser expresiones propias de su etapa evolutiva.

Por último, algunos de los procedimientos de evaluación de los indicadores clínicos carecen de la fiabilidad y validez que demanda el contexto de exploración forense.

Por todo ello, sostienen M. Teresa Scott y colaboradores (2014), “resulta arriesgado confirmar o desestimar denuncias de abuso sexual infantil atendiendo a la presencia o ausencia de desajustes psicológicos en el menor. Ante la situación descrita y teniendo

²⁶ Scott M T, Manzanero A L, Muñoz J M, Köhnken G, Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. Anuario de Psicología Jurídica 2014 24 (2014) 57-63.

en cuenta la responsabilidad del informe psicológico forense, especialmente en los supuestos de abuso sexual infantil, donde en muchas ocasiones es la única prueba de cargo con la que va a contar el juez, se sugieren en consonancia con otras propuestas (Hernández, 2010), algunos requisitos técnicos que deberían exigirse a estas periciales, para facilitar una valoración crítica por parte de jueces y tribunales:

- Cualificación y experiencia profesional y/o académica del perito acerca de la materia objeto de la pericial (evaluación pericial psico-patológica infanto-juvenil).
- Identificación de las concretas actuaciones técnicas realizadas. De especial interés es el proceso de contraste de hipótesis alternativas, tanto de la probabilidad de existencia de desajustes psicológicos como de su ausencia. Por otro lado, deberá realizarse una adecuada valoración de todos aquellos factores moduladores del impacto psíquico, así como de otros estresores psicosociales que pudieran explicar el estado psicológico del menor al margen de los hechos denunciados, en el caso de que presentase desajustes psicológicos (valoración de concausas). La presencia de desajustes psicológicos tiene que dar lugar, por tanto, a la generación por parte del perito de distintas hipótesis de trabajo (Köhnken, 2006). El desarrollo del trabajo por hipótesis es el criterio por excelencia de demarcación entre aquello que es valorado por la ciencia versus las teorías pseudo-científicas.
- Referencia de las pruebas psicológicas utilizadas con sus índices de fiabilidad y validez, así como de investigaciones que apoyen su uso en el contexto forense. Se deberán adjuntar los perfiles de las pruebas. También deberán recogerse las fuentes de recogida de información consultadas”.

Los autores proponen, junto a estas exigencias a los informes periciales, que se utilicen o sigan los criterios de la jurisprudencia americana (particularmente los asentados en el caso Daubert), lo que ofrecería una guía adecuada a jueces y tribunales para valorar la admisibilidad de las pruebas periciales del daño psíquico en supuestos de abuso sexual infantil (Hernández, 2010). Concluyen señalando que “en la sala de justicia únicamente debería admitirse un informe pericial basado en la evidencia empírica”.

5.5. INDICADORES SOCIO-FAMILIARES DEL TRABAJADOR/A SOCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

En el diagnóstico y dimensionamiento del maltrato infantil en general y del abuso sexual en particular, juegan un papel importante, como se ha dicho, los indicadores socio-familiares, cuya investigación, amén de la coordinación interinstitucional con los sistemas de protección social, corresponde a los Trabajadores sociales forenses, como así se contempla igualmente en la *Guía y Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Género y Doméstica* (Ministerio de Justicia, 2005).

La actuación de los Trabajadores sociales en el contexto de valoración de este tipo de violencia, tiene lugar como parte del equipo profesional forense, junto al médico forense y/o psicólogo forense, que elabora *una respuesta o informe integral*, o bien como *respuesta o informe específico*, en relación con aquellas cuestiones de índole socio-familiar que el Instructor considere adecuadas y necesarias.

El trabajador/a social es el profesional que investiga y diagnostica la presencia en la persona menor presuntamente agredida física o sexualmente, las lesiones o secuelas

sociales sobrevenidas por la experiencia abusiva. El niño o la niña pueden sufrir una situación de vulnerabilidad social resultante de la pérdida o deterioro de sus redes de apoyo social.

Por otro lado, parte de la evaluación del trabajador/a social, consiste en el análisis del contexto social y familiar con el objeto de evaluar la presencia de indicadores contextuales compatibles con la credibilidad del testimonio, los cuales se desprenden del modo en que ha sido revelado el abuso, tanto en contexto socio familiar previo como posterior a él. A dicha evaluación se añade el diagnóstico social de los mecanismos de seguridad o protección que se han desplegado tras la revelación. De estos mecanismos, y de la posición que haya adquirido la familia con la persona menor abusada dependerá la determinación de lesión o secuela social, y con ello, su futura recuperación social y familiar a menudo cruciales para su recuperación personal. En tal sentido la evaluación del trabajador social apuntará en su informe pericial, además de los aspectos contextuales relacionados con la credibilidad o posible daño social,²⁷ a la organización de los recursos y mecanismos interinstitucionales precisos para proveer una protección al menor durante y posterior a los hechos y para proponer un tratamiento social en contexto de juicio oral.

Para ello es imprescindible leer y evaluar los datos que consten en el procedimiento, mantener las entrevistas colaterales con los profesionales que hayan intervenido en el caso anteriormente y realizar una entrevista con la madre/padre o tutor/a, con el sistema familiar y con la persona menor, en caso de que no haya sido el trabajador social quien haya realizado la exploración y no haya estado presente en la misma, con el fin de determinar el impacto y cambio de posición en el mapa de relaciones familiares en el que haya quedado la niña o niño. Esta entrevista será más necesaria cuando la persona menor sea más pequeña.

La entrevista mencionada podrá ser conjunta y/o individual o por subsistemas, según el caso, a la persona menor y a los otros miembros de la familia con los que convive, incluyendo la del agresor/abusador, conviva o no con la familia, y la exploración domiciliaria como parte de la investigación del trabajador/a social.

Respecto de la entrevista a la persona menor, y como parte de la evaluación del contexto de la persona menor abusada tal y como propone la guía de la American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), publicada en 1990, recomienda que en este caso el/la trabajador/a social entrevistador/a, prepare adecuadamente la misma, solicitando del cuidador principal del niño o niña información sobre su contexto y reuniendo tanta información colateral como sea necesaria.

Tener en cuenta que el trabajador social durante toda la investigación podría entrevistar a cualquier persona que haya tenido un contacto significativo con la persona menor o que pueda tener información sobre la agresión o sobre el agresor. En ese sentido cualquier individuo o profesional que haya podido conocer o tener sospechas del abuso puede resultar útil para el esclarecimiento del abuso.

²⁷ A.A.VV (2010): Guía para la evaluación de daño en víctimas de delitos sexuales. Documento de trabajo interinstitucional, Santiago de Chile, Chile.

Es de rigor conocer a través del adulto sus verbalizaciones, así como las características personales y familiares del menor, la relación con el presunto agresor, la denominación a los miembros familiares y al agresor, su conocimiento de la sexualidad, la rutina diaria del menor y sus aficiones y amigos, para poder preparar una entrevista adecuada al nivel evolutivo del niño, entender la denominación de los individuos con los que interacciona, y su conocimiento de sexualidad así como la terminología que emplea y por último establecer la mejor relación posible con el niño.

Si hay espejo unidireccional (cámara gessel) o instalación de cámara y visionado, el segundo entrevistador estará durante la misma al otro lado del espejo, y si no hubiera espejo o sistema de visionado, en el mismo espacio, pero apartado del menor; en todos los casos ayudará al compañero/a antes de finalizar la misma aportando preguntas o aclaraciones que puedan surgir durante la misma y como acompañante y asesor del Tribunal durante la prueba.

El trabajador social que realiza la investigación de manera interdisciplinar, llevará a cabo la aplicación de técnicas o exploración del grupo familiar tanto en dependencias judiciales como en el domicilio familiar.

5.6. ACTUACIÓN MÉDICO FORENSE

Los médicos forenses adscritos al IMLCF serán los responsables de realizar los informes periciales sobre lesiones y secuelas (físicas y psíquicas) y buscar y preservar los posibles indicios (biológicos o no) que se hallen en los menores.

En aquellos casos en que no existan, en principio, lesiones físicas y/o psíquicas, no se requiera toma de muestra alguna y no se ha producido intervención del Médico Forense durante la guardia, no será necesaria su intervención, derivándose, en su caso, a los Psicólogos y Trabajadores sociales del IMLCF para la valoración psicológica y socio familiar de los niños y niñas menores o de la persona con diversidad funcional necesitada de especial protección que el Juez Instructor estime oportuna.

Cuando sí se haya producido inicialmente la intervención del Médico Forense, sería constitutivo de una buena práctica que el médico/a forense que deriva el caso al equipo del IMLCF, sea quien realice una presentación a la persona menor del Psicólogo/a y Trabajador/a social, con el objetivo de mantener continuidad en la intervención y ofrecer a la persona menor un contexto de seguridad y mayor confianza.

En supuestos en que haya intervenciones previas y/o paralelas de otros servicios las actuaciones se coordinarán previamente antes de la iniciación de la evaluación, debiendo promoverse el intercambio de información previo al interrogatorio de la víctima entre los profesionales que han intervenido en el caso.

Dicha actuación médico forense ante una agresión física o sexual sobre una persona menor o persona con diversidad funcional necesitada de especial protección va a ser específica dependiendo de las características y circunstancias de los hechos. El objetivo principal es, además de establecer los diagnósticos y valoraciones sobre las lesiones y secuelas físicas o psíquicas, buscar, encontrar y preservar el cuerpo de la prueba en caso de que sea posible, intentando minimizar las sucesivas actuaciones y fomentar la coordinación con otros peritos judiciales intervinientes en el proceso en beneficio de la persona menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.

Es preciso diferenciar entre las distintas situaciones, ya que requerirán una intervención forense diferente²⁸:

- Agresiones/abusos sexuales
 - Recientes: Sufridas hace menos de 72 horas (o 7 días, según el caso)
 - Antiguas: Han pasado más de 3 días (o 7 días, según el caso)
- Violencia física
- Maltrato psíquico

5.6.1. Agresiones/abusos sexuales

El diagnóstico forense de abuso sexual de niñas y niños generalmente constituye un difícil desafío. Con cierta frecuencia, este diagnóstico de abuso sexual debe estar basado en una valoración médica, social y psicológica. Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves cuando se pasa alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo.²⁹ Ello explica que la provisión de atención médica a víctimas de abuso sexual infantil se ha vuelto cada vez más especializada, exigiéndose en USA, como ejemplo, tener educación formal y capacitación en la evaluación médica del abuso sexual infantil, así como mantener la vigencia de la práctica a través de la formación continuada y la revisión por pares³⁰.

El examen médico del niño abusado sexualmente puede tener fines probatorios, médicos y terapéuticos, y el momento del examen requiere la consideración de cada uno de estos objetivos.

En casos de agresión sexual reciente, serán necesarios exámenes de emergencia para identificar lesiones, recoger muestras forenses y proporcionar profilaxis de infección y de embarazo.

Por otra parte, la mayoría de los niños abusados sexualmente no son identificados inmediatamente después del asalto, y el momento del examen necesita equilibrar los problemas físicos y emocionales con la disponibilidad de examinadores calificados. En todos los casos, el mejor interés del niño debe ser primordial³¹.

En estos casos se ven involucradas un buen número de áreas forenses (medicina forense clínica, genética y toxicología) con el objetivo de obtener la prueba y la elaboración de un informe forense final³².

²⁸ Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Mostoles. 20 de noviembre de 2013.

²⁹ Rodríguez Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):99-108.

³⁰ Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused (Adams et al., 2015).

³¹ Christian CW: Timing of the medical examination. J Child Sex Abuse 2011; 20: 505.

³² Magalhães T, Dinis-Oliveira R J, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D, Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. Hindawi Publishing Corporation. Scientific World Journal. Volume 2015, Article ID 365674, 11 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/365674>

Uno de los beneficios más valiosos del examen médico asistencial y forense es su poder para promover la curación de los niños. En muchas situaciones, los niños abandonan la sala de exámenes sintiéndose empoderados, habiendo aprendido información sobre sus cuerpos y asegurándose de que están sanos. Cuando los hallazgos son anormales, la atención médica asistencial y forense puede facilitar el tratamiento necesario para permitir que los niños recuperen su salud. El proceso de examen también brinda la oportunidad de comenzar a abordar las necesidades de los niños relacionadas con la seguridad, la investigación judicial y el apoyo y protección. Es importante que los médicos eduquen al equipo de respuesta multidisciplinario sobre el impacto positivo que la atención médica, asistencial y forense, puede tener para los niños y sus familias. Este conocimiento permite a los miembros del equipo abordar los conceptos erróneos que los niños, los cuidadores u otras personas pueden tener sobre el reconocimiento y explicar sus beneficios³³.

T.D. Smith et al. (2018), en un estudio con 3569 casos concluyen que los hallazgos diagnósticos varían de acuerdo con la edad, el sexo y el momento del examen: los adolescentes de 12 a 18 años de edad tenían 7 veces más probabilidades que los niños menores de 12 años de tener hallazgos diagnósticos de abuso/agresión sexual, mientras que los niños más pequeños con frecuencia presentan retraso en contar los hechos y la naturaleza del abuso típicamente no es violento, como tocar y/o acariciar los genitales, actos que tienen menos probabilidades de resultar en daño tisular. Los hallazgos diagnósticos también diferían significativamente de acuerdo con el género, resultando las niñas 4 veces más propensas a tener hallazgos diagnósticos en comparación con sus homólogos masculinos. Los menores atendidos dentro de las 72 horas posteriores al asalto tenían 3 veces más probabilidades de tener hallazgos diagnósticos en comparación con los que se exploraron 72 horas o más después del asalto. Utilizando un marco de tiempo más largo, dentro de los 7 días de la agresión, Watkeys et al informaron que el 50% de los pacientes atendidos en 7 días tuvieron hallazgos diagnósticos en comparación con el 31% observado en más de 7 días.

Por tanto, en el momento actual³⁴ se recomienda la toma de muestras forenses que puedan derivar del intercambio de material biológico por contacto sexual en función de dos situaciones clínicas que merecen ser diferenciadas a la hora de la activación del procedimiento judicial y por ende para solicitar la presencia del Médico Forense al objeto de exploración y recogida de muestras de interés clínico y judicial:

- Agresión/abuso sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal:
- El semen y restos celulares de varón pueden permanecer en cavidad vaginal hasta 7 días después de producido el hecho (los espermatozoides pueden recuperarse del cuello uterino³⁵). Por lo tanto, se debe ampliar el tiempo de la toma de muestras en estos casos hasta las 168 horas posteriores.

³³ US Department of Justice: A national protocol for sexual assault medical forensic examinations adults/adolescents. Washington, DC, Office on Violence Against Women, 2013.

³⁴ Observaciones del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) al borrador de este documento ("ACTUACION EN LA ATENCION A MENORES VICTIMAS EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES"), enero de 2018.

³⁵ US Department of Justice: A national protocol for sexual assault medical forensic examinations adults/adolescents. Washington, DC, Office on Violence Against Women, 2013.

- Agresión sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital... derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones, etc.
- Se considera que en dichos fluidos las actuales técnicas analíticas permiten la detección de semen y/o restos celulares de varón hasta 3 días después de producidos los hechos. Por lo tanto, el tiempo adecuado para la toma de muestras sería de hasta 72 horas posteriores al hecho lesivo.

La recolección de ropa, ropa de cama u otros artículos domésticos que pueden albergar potenciales rastros puede hacerse en un momento posterior.

Por tanto, si durante el proceso asistencial en el Servicio de Urgencias se confirma el contacto físico en las últimas 72 horas (o 7 días, según el caso), se debe notificar, por el profesional clínico que detecte la sospecha (a través del procedimiento de urgencia protocolizado por el centro asistencial), de manera urgente, la situación al juzgado de guardia, el cual activará la intervención del Médico Forense. En ausencia de tal comunicación, el Médico Forense debe comunicar, por el medio que proceda y previo a su intervención, el caso al Juez competente³⁶.

A la vista de estas consideraciones, debe distinguirse:

- Sospecha de agresión/abuso sexual aguda o reciente.
- Sospecha de agresión/abuso sexual no aguda o no reciente.

A. Sospecha de agresión/abuso sexual aguda o reciente.

A1) Durante las primeras 72 horas en una agresión/abuso sexual en menores consistente en: penetración anal, oral, digital...derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones, etc., desde el momento de los hechos, la valoración clínica forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual constituye una emergencia médico-legal y por tanto debe ser atendida como tal por los servicios forenses y de salud³⁷.

A2) Debemos considerar también como una emergencia médico forense la recopilación de muestras en agresión/abuso sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal de 7 días.

Debe realizarse con celeridad, sin demora injustificada, ya que de existir rastros biológicos del agresor que pudieran dar un perfil genético para una posterior identificación, estos se deterioran y desaparecen, perdiéndose el cuerpo de la prueba³⁸.

³⁶ No obstante, la indicación de la intervención del médico forense de guardia, realizando de forma urgente una exploración conjunta con los servicios médicos asistenciales, especialmente a efectos de la recolección de muestras forenses, se considerará caso a caso.

³⁷ Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Forense y Ciencias Forenses. Bogotá, D.C. – Colombia, 2009.

³⁸ Raramente se encuentran rastros de ADN en las víctimas prepúberes, y sólo en casos excepcionales más de 24 horas después del evento; debe dirigirse más atención forense a la ropa y la ropa de cama de la víctima. (Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse- approaches and current evidence. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 692–703).



La celeridad persigue, igualmente, evitar que desaparezcan lesiones que cicatrizan rápidamente.

Esta exploración forense debe realizarse en el Hospital junto con el equipo clínico que va a asistir a la víctima³⁹, para no duplicar exploraciones de forma innecesaria, estrategia muy importante a efectos de prevenir la victimización secundaria.

Es importante enfatizar que el examen físico conjunto debe ser considerado como la prestación de todo aquello necesario para la atención médica a un paciente, y no simplemente como una misión de recopilación de información⁴⁰.

Esta primera exploración es la primera toma de contacto con la víctima donde relatará como ocurrieron los hechos, se aportaran datos iniciales y se realizará la exploración física, psicológica, contextual-social y la toma de muestras, siempre en estrecha relación con el relato de los hechos referidos.

La obtención de detalles sobre el abuso debe coordinarse por el equipo multidisciplinario y puede hacerse por el médico forense o por un profesional médico asistencial. Debido a las diferencias en el propósito y el enfoque, la historia médica puede ser diferente, pero es complementaria de la entrevista forense. Por ejemplo, un historial médico que identifique los síntomas físicos de una micción dolorosa puede estar directamente relacionado con un episodio reciente de abuso sexual y proporcionar información adicional⁴¹.

Dentro de lo posible, es recomendable que, al menos, el relato de los hechos se realice sin la presencia de familiares/acompañantes ya que el menor se expresa con más libertad y es más asequible establecer una relación de complicidad con el él. Sin embargo, será imprescindible que los familiares/acompañantes den su consentimiento para que la entrevista con la persona menor sea a solas con él o ella, cuestión que habrá de matizarse en función de la edad del menor y de que haya o no conflicto de intereses^{42,43}.

³⁹ “El trabajo en equipo con otros profesionales y con el apoyo y la valoración de otros especialistas especialmente ginecólogos, dermatólogos, digestólogos y pediatras con experiencia y formación en este tipo de problemas, contribuye a evitar errores. El enriquecimiento mutuo da seguridad al diagnóstico y facilita el manejo de la exploración.”, Gil Arrones, J. y Garcia Perez, J., *op. cit*

⁴⁰ Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse— approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 692–703. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0692.

⁴¹ Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused (Adams et al., 2015).

⁴² A este respecto, Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. Second edition. American College of Emergency Physicians. 2013, refiere: “Interview child alone in a safe environment that is comfortable for the child”.

⁴³ Según la “SouthAfrica-Sexual-Assault-Guidelines-2003”, “la definición legal de un niño es una persona menor de 18 años. Sin embargo, para los propósitos del examen de agresión sexual, un niño puede ser manejado clínicamente como un adulto a partir de los 14 años. No obstante, es esencial hacer una valoración psicosocial para considerar el nivel de madurez del niño entre las edades de 14 y 18 años. Los niños de esta edad todavía pueden necesitar servicios apropiados para los niños (El consentimiento se maneja de manera diferente).

En cuanto a la exploración, se le explicará al acompañante del menor nuestra presencia y puede ser bueno que esté presente en la exploración si el niño se siente más protegido y no se opone a ello^{44,45}.

Se les debe tratar de explicar en un lenguaje cercano nuestra presencia y la exploración que se va a llevar a cabo. La toma de la Historia y la preparación verbal del niño para el examen físico necesitan mucho más tiempo que el propio examen físico, que por lo general no requiere más de unos pocos minutos⁴⁶.

A pesar de que un elevado porcentaje de los niños abusados no tienen hallazgos anormales en el examen físico, el aspecto de diagnóstico forense del examen no se debe descuidar, debido a que la ausencia de resultados positivos también puede tener relevancia forense. Respecto a esto, la Asociación Española de Pediatría (AEP) afirma que en su experiencia “más del 50 % de menores víctimas de abuso presentaron algún indicador físico, siempre que las exploraciones se realicen precozmente. Su detección está en función de nuestra capacidad para detectar precozmente y de la existencia de procedimientos, protocolos y personal entrenado en el manejo de la sospecha del abuso”.

La exploración física va a realizarse conjuntamente con los servicios sanitarios e incluye una exploración física general completa y, de manera más específica, de las áreas de acceso sexual. Por último, se procede a la exploración de región genital, anal y bucal. Se debe hacer especial hincapié en aquellas áreas donde la víctima relata haber sufrido los tocamientos o el acceso carnal.

Por tanto, el examen físico se centra, fundamentalmente, en la inspección de la región anogenital a través de una variedad de métodos y técnicas de examen mientras el niño está adecuadamente posicionado: decúbito supino, en la posición fetal, y en la posición de decúbito lateral⁴⁷.

El examinador debe conocer el estado actual de la evidencia con respecto a los hallazgos médicos del abuso sexual infantil, así como su clasificación actual. La más difundida y aceptada, la Clasificación de Adams (Anexo 2), aconseja una combinación de tres técnicas estándar –de separación labial, tracción labial, y posición genupectoral– porque aumenta el rendimiento de los resultados positivos y es requerida por dicha clasificación para que ciertos hallazgos puedan considerarse como una prueba definitiva de abuso.

⁴⁴ A este respecto, el “Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia”, recomienda: “Durante la exploración física, podrá estar presente el representante legal del niño, niña o adolescente, salvo oposición de la víctima”.

⁴⁵ A este respecto, “A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations. Adults/Adolescents. Second Edition. US Department of Justice. ... refiere: “Patients’ requests to not have certain individuals present in the room should also be respected (e.g., adolescents may not want their parents present)”.

⁴⁶ El examen físico debe ser realizado solamente después de la explicación minuciosa y con el permiso del niño.

⁴⁷ Herrmann B. et al, *opus cit*



Se valorará proceder a sedación con midazolam vía oral e incluso anestesia general en niños no colaboradores cuando la exploración de cavidades sea imprescindible (por ejemplo, Hemorragia, lesión anogenital significativa o una masa o cuerpo extraño en la vagina), pidiendo el consentimiento informado por escrito a los tutores⁴⁸.

En cualquier caso, el reconocimiento debe tener un enfoque integral del niño/niña, enfoque que permite a los médicos evaluar todos los eventuales tipos de abuso y negligencia, no solo el abuso sexual⁴⁹.

Debe tenerse en cuenta que no deben usarse espéculos en el examen de niñas prepúberes o premenárquicas, a menos que estén bajo sedación o anestesia por motivos médicos importantes.

La anoscopia generalmente tampoco está indicado para niños prepúberes, a menos que estén bajo sedación o anestesia por indicación médica (p. Ej., sangrado rectal o dolor). En los casos en que es necesaria la sedación o anestesia, los pediatras generalmente trabajan en equipo con especialistas quirúrgicos apropiados⁵⁰.

Todos los hallazgos se deben documentar minuciosamente, tanto para fines médicos como probatorios.

El uso del colposcopio resulta algo controvertido: si bien Herrmann B. considera que su uso es estándar (combinaría las ventajas de una excelente iluminación, ampliación, y documentación de alta calidad y también ayuda en la comprobación de los hallazgos definitivos y su confirmación por un segundo examinador –como se requiere en la actualidad– y evita la necesidad de adicionales exámenes de seguimiento repetitivos, que pueden ser emocionalmente traumáticos), dicho uso en las niñas es algo discutido por algún autor^{51, 52}.

⁴⁸ PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA DEL ABUSO SEXUAL A MENORES en la Comunidad de Madrid. Enero de 2018.

⁴⁹ A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #

⁵⁰ A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #

⁵¹ “No hay duda en cuanto al beneficio de permitir detectar y documentar lesiones genitales mínimas, pero si bien las imágenes fotográficas obtenidas por colposcopia en las niñas pueden ofrecer una mayor contundencia probatoria, e incluso posibilitar una segunda opinión sin un nuevo examen, la coincidencia en la interpretación de esas imágenes en niñas abusadas entre los expertos no es satisfactoria (entre el 58% y el 88%)¹². Y en las niñas pequeñas, con maduración sexual Grado 1 y 2 de escala de Tanner, el nivel de desacuerdo entre los expertos es aún mayor”, Rodríguez Almada H., *opus cit.*

⁵² Los colposcopios tienen lentes de aumento que van desde 4x a 30x y pueden tener cámara o videocámara adjuntas de 35 mm. Los colposcopios tienen un filtro verde que mejora la visualización de cicatrices, patrones vasculares inusuales, y verrugas genitales. Se puede utilizar el colposcopio para obtener imágenes ampliadas de la orofaringe, áreas genital y rectal; los traumatismo menores de la piel y/o de la mucosa tales como abrasiones, laceraciones, petequias, edema focal, desgarros del himen, y fisuras anales son vistos más fácilmente con la ampliación, y se pueden tomar fotografías para la documentación. Una cámara de vídeo conectada también pueden grabar imágenes. (Extraído del Protocolo Médico de California para el Examen de Asalto Sexual y de niños víctimas de abuso sexual, 2001, p. 58).

Por su parte, la AEP afirma que “sobre todo en niñas pequeñas, hemos sustituido la exploración instrumentada mediante colposcopio por la simple inspección ocular mediante técnica manual y la toma de imágenes fotográficas que pueden ser posteriormente estudiadas, ampliadas, analizadas y mostradas como prueba objetiva. Tiene la ventaja de que es menos invasiva y mejor tolerada por la persona explorada.”

Las imágenes fijas o los videos de calidad diagnóstica permiten, por tanto, la revisión de expertos para garantizar la calidad, la enseñanza y los procedimientos legales; sin embargo, las fotografías nunca sustituyen las detalladas descripciones escritas de los hallazgos del examen⁵³.

Por tanto, en el caso de que se encuentren lesiones, además de describirlas, es necesario fotografiarlas.

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

Desde el punto de vista forense un protocolo completo puede llegar a incluir las siguientes muestras:

- Muestras para estudios biológicos
- Muestras para estudios microbiológicos
- Muestras para estudios toxicológicos

Muestras para estudios biológicos.

Debido a su utilidad para probar la realidad del contacto sexual y la identificación de los sospechosos, los estudios de ADN de las muestras biológicas (especialmente el semen) son actualmente considerados la aportación más importante para la prueba legal en los tribunales⁵⁴.

De hecho, la presencia de semen en el cuerpo, ropa o inmediaciones de un niño prepúber durante el reconocimiento médico forense usualmente confirma el diagnóstico del contacto sexual y generalmente es aceptado en un tribunal como prueba. Sin embargo, esta interpretación no debe considerarse como una prueba irrefutable, especialmente para casos de supuestos abusos intrafamiliares, ya que se ha evidenciado una transferencia secundaria de espermatozoides desde ropa/sábanas de adultos a ropa de bebés o niños durante lavados de ropa. Además, se puede obtener un perfil genético completo del padre a pesar de que no hubiera absolutamente ningún abuso sexual involucrado⁵⁵.

⁵³ Ricci LR: Photodocumentation in child abuse cases. In: Jenny C, editor. Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. St. Louis, MO, Elsevier Saunders, 2011.

⁵⁴ Magalhães T, Dinis-Oliveira R J, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D, *opus cit.*

⁵⁵ E. Kafarowski, A. M. Lyon, and M. M. Sloan, “ The retention and transfer of spermatozoa in clothing by machine washing,” *Journal of the Canadian Society of Forensic Science*, vol. 29, no. 1, pp. 7–11, 1996. H. Brayley-Morris, A. Sorrell, A. P. Revoir, G. E. Meakin, D. S. Court, and R. M. Morgan, “Persistence of DNA from laundered semen stains: implications for child sex trafficking cases,” *Forensic Science International: Genetics*, vol. 19, pp. 165– 171, 2015.



Se pueden encontrar indicios en el cuerpo o la ropa de la víctima, en condones (víctima adolescente) o ropa de cama, o en la escena del evento. Por lo tanto, el médico forense debe informar rápidamente al juez y a la policía para aislar y proteger la escena del crimen y debe recoger primero las muestras más urgentes.

Es importante conocer que la presencia o no de hallazgos físicos significativos no predice el hallazgo de ADN extraño y no debería ser el criterio para decidir recolectar o no muestras forenses⁵⁶. Además, aún puede recuperarse el ADN tras el lavado genital (en su caso) después del evento.

No es frecuente encontrar semen en la cavidad oral más allá de 6 horas, en cavidad anorrectal más allá de 24 horas y en la cavidad vaginal más allá de 72 horas después del contacto sexual^{57,58}.

En la cavidad vaginal, el tiempo de vida media depende de la edad de la víctima (prepuberal o pospuberal) y si el semen se localiza en el cuello uterino, la vida media puede ser mucho mayor que 72 horas. En las niñas pospuberales, los espermatozoides pueden permanecer móviles en las secreciones vaginales durante 6 a 12 horas y en el cuello uterino hasta 7 días; los espermatozoides no móviles se pueden encontrar en las manchas de las secreciones vaginales de 12 a 48 horas después de la eyaculación. La vida media del semen en las niñas prepúberes es comparativamente más corta debido a la ausencia de moco cervical.

Las secreciones secas en la ropa permanecen bastante estables, por lo que el semen puede detectarse por más de 1 año.

Estas vidas medias representan meras estimaciones, ya que varias variables (que deben describirse en el informe médico forense) deben considerarse al documentar la presencia o no de semen en casos de abuso/agresión sexual: (1) el tipo de práctica y circunstancias (p. ej., dónde se localiza el indicio, eyaculación en la piel, mucosa oral, anal o vaginal o en el cuello uterino, uso del condón, si el autor es azoospermico o vasectomizado); (2) el tiempo entre el contacto sexual y la recogida de muestras; (3) el sexo, la edad y las actividades de la víctima (por ejemplo, orinar, defecar, vomitar, cepillarse los dientes, bañarse, comer, beber, fumar, escupir, correr y caminar) o su actividad sexual.

⁵⁶ Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al: Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics* 2011; 128:233.

⁵⁷ J.Lavelle, "Forensic evidence collection" in *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, A. P. Giardino and R. Alexander, Eds., pp. 856–860, Medical Publishing, St. Louis, Mo, USA, 2005. Citado por Magalhães et al.

⁵⁸ J. Anderst, "The forensic evidence kit," in *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*, C. Jenny, Ed., pp. 106–111, Elsevier Saunders, St. Louis, Mo, USA, 2011. Citado por Magalhães et al.

En estos casos, obra en contra del éxito el hecho de que frecuentemente transcurren días o semanas entre el último abuso y la exploración física, pero si la víctima llega al reconocimiento médico después del evento, la oportunidad de demostrar el ADN del agresor es mucho más alta^{59,60}.

Dado que es difícil encontrar rastros de ADN en las víctimas prepúberes, es importante dirigir también la atención forense a la ropa y la ropa de cama de la víctima, ya que el ADN, como se ha señalado, puede ser identificado en la ropa durante años⁶¹.

En todo caso, los médicos forenses han de mantenerse actualizados en cuanto a los criterios y avances tecnológicos en detección y análisis de ADN, lo que puede sugerir futuros cambios en relación al momento idóneo o factible para recoger muestras de niños y niñas pre-puberales y en cuanto a los mejores métodos para analizar los indicios biológicos. Los médicos pediatras y los facultativos de los laboratorios (INTCCFF) han de implicarse junto a ellos en la tarea de determinar cómo cada nueva información puede o debe determinar cambios en la práctica de las actuaciones⁶².

Los procedimientos adecuados de manejo durante la selección, recolección, envasado, etiquetado, almacenamiento y transporte de la muestra al laboratorio son pasos clave para lograr resultados válidos y confiables. Las omisiones o fallos en estos procedimientos pueden cuestionar la producción de la prueba, a saber, en relación con la preservación de muestras (pérdida o contaminación) y con la cadena de custodia.

Las personas involucradas de manera directa en la toma de muestra o aquellas presentes durante la misma deberán utilizar siempre mascarilla y guantes⁶³.

- Usar guantes limpios que deben cambiarse con frecuencia, especialmente cuando se manipulan indicios biológicos susceptibles de tener distinto origen.
- Evitar hablar o estornudar sobre las muestras. Usar siempre mascarilla.
- Usar bata u otro tipo de ropa protectora.

La persona o personas que vayan a realizar la toma de muestras deben de estar formadas para tal fin con un conocimiento de las recomendaciones para la recogida y envío de muestras con fines de Identificación Genética.

En todo caso, cuando el reconocimiento es más o menos inmediato (menos de 72 horas sería lo aconsejable), debe contemplarse (en función de los datos circunstanciales) la recogida de muestras, dependiendo del caso en concreto, para la valoración de:

⁵⁹ Herrmann B., *opus cit.*

⁶⁰ Principio de intercambio de Locard: en todo contacto entre un cuerpo y otro se intercambia evidencia física: un agresor al atacar a su víctima deja en ella algo de él y toda víctima deja algo de ella en el agresor. De la misma manera, un lugar deja elementos en quienes lo visitan y el visitante deja elementos en el lugar.

⁶¹ Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. *Second edition. American College of Emergency Physicians*. 2013.

⁶² A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #

⁶³ PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA DEL ABUSO SEXUAL A MENORES en la Comunidad de Madrid. Enero de 2018.

- cuerpos extraños, vello púbico o cabello y/o las células epiteliales del autor transferido durante el contacto sexual o maniobras de resistencia, en la víctima o en su ropa: se deben recolectar con sumo cuidado debido a la baja cantidad de ADN presente. Debe tenerse en cuenta que el vello púbico transferido durante el coito, estando la víctima en la posición de decúbito dorsal, como se ha demostrado, es mínimo incluso si las muestras se recogen precozmente⁶⁴.
- toma de muestra de uñas: el área bajo las uñas es una zona aislada donde los indicios pueden acumularse y puede proporcionar una fuente valiosa de material probatorio para la investigación. Más que en los abusos (sin violencia), en una agresión sexual, cantidades trazas de piel (especialmente si la víctima arañó al agresor), líquidos corporales, pelos y vegetación pueden acumularse bajo las uñas de la víctima o del agresor. La persistencia de ADN extraño no tiende a durar más de 6 horas⁶⁵.
- a) manchas o restos de saliva (α -amilasa y células epiteliales de la mucosa bucal), b) sudor, c) sangre, d) semen y/o líquido seminal en el cuerpo de la víctima, con preferencia en la región inguinal y cara interna de ambos muslos, pero también en cuello, tórax y abdomen.
- toma de muestras en periné, vulva, cavidad vaginal y cuello uterino (dependiendo de la edad de la menor) en el caso de las niñas y en periné y de la superficie externa del pene y del glande en los niños. La toma de muestras con hisopos en cavidad vaginal y cuello uterino, en principio, no está indicada en niñas pre-púberes, debiendo obtenerse las muestras solamente de la superficie genital externa, a menos que exista una indicación médica para el uso de anestesia⁶⁶.
- toma de muestras anales y de margen anal.
- recogida de lavados vaginales y anales.
- toma de muestras en boca: algunos estudios sostienen que el ADN del abusador/agresor puede detectarse en la cavidad oral de la víctima hasta 1 hora después de un beso intenso. Sin embargo, la recolección dentro de este período es muy difícil de lograr, ya que las víctimas se presentan más tarde al reconocimiento médico y generalmente se lavan la boca. La recolección de líquidos orales debe realizarse tan pronto como sea posible para la higiene y la comodidad de la víctima, pero también para evitar la pérdida o destrucción de esta evidencia sensible que normalmente presenta bajas cantidades de ADN⁶⁷.
- recogida de ropa y ropa de la cama de la víctima.
- Muestra genética indubitada de la víctima.

⁶⁴ D. L. Exline, F. P. Smith, and S. G. Drexler, "Frequency of pubic hair transfer during sexual intercourse" *Journal of Forensic Sciences*, vol. 43, no. 3, pp. 505–508, 1998.

⁶⁵ P. Wiegand, T. Bajanowski, and B. Brinkmann, "DNA typing of debris from fingernails," *International Journal of Legal Medicine*, vol. 106, no. 2, pp. 81–83, 1993.

⁶⁶ A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #

⁶⁷ N. Kamodyova, J. Durdiakova, P. Celec et al., "Prevalence and persistence of male DNA identified in mixed saliva samples after intense kissing," *Forensic Science International: Genetics*, vol. 7, no. 1, pp. 124–128, 2013.

Respecto a la selección de las muestras, serán los detalles de la historia de abuso/agresión sexual y el examen físico los que deban guiar al médico forense para la recolección de muestras. Durante el examen físico, una fuente de luz alternativa puede ayudar a detectar algunos hallazgos (que pueden requerir técnicas especiales de visualización, como en las lesiones) que pueden ser invisibles a simple vista⁶⁸. Las lámparas también son una alternativa efectiva a las pruebas de detección basadas en químicos.

El semen es de naturaleza muy fluorescente y la fluorescencia se puede observar en textiles oscuros y ligeros cuando se ilumina con una luz ultravioleta intensa, sin la necesidad de utilizar gafas de colores. Para detectar el semen sobre superficies corporales, la lámpara estándar de Wood (longitud de onda 360 nm), utilizada durante los reconocimientos de abusos/agresiones sexuales, ha demostrado ser ineficaz ya que varias cremas y ungüentos se muestran de manera similar al semen⁶⁹. En su lugar, se pueden utilizar otras fuentes de luz, con filtros apropiados, considerando que el semen relativamente fresco se puede observar más fácilmente a simple vista que con una fuente de luz alternativa⁷⁰. La aplicación ha sido posible en la superficie de la piel y la mucosa vaginal, anal y faríngea. El Polilight⁷¹ también se ha considerado una fuente de luz útil para detectar muestras biológicas como el semen, el líquido oral y las manchas de sangre (por ejemplo, en la ropa)^{72,73}.

En los casos de abuso/agresión sexual, los elementos más importantes de los indicios biológicos (en cantidades traza) son los fluidos biológicos recogidos en hisopos con punta de algodón⁷⁴. Sin embargo, todas las muestras deben recopilarse, ya que, en la mayoría de los casos, no es posible recopilarlas más adelante; incluso si el indicio aún está intacto, la cadena de custodia puede estar ya “rota” y la muestra se verá comprometida y, por lo tanto, no debe analizarse, ya que no será admisible en un tribunal

⁶⁸ L. Chris and S. Milutin, “Application of forensic light sources at the crime scene,” in *The Practice of Crime Scene Investigation*, pp. 97–124, CRC Press, 2004. Citado por T. Magalhaes y D. N. Vieira, 2015.

⁶⁹ K. A. Santucci, D. G. Nelson, K. K. McQuillen, S. J. Du y, and J. G. Linakis, “Wood’s lamp utility in the identification of semen,” *Pediatrics*, vol. 104, no. 6, pp. 1342–1344, 1999. Citado por T. Magalhaes and D. N. Vieira, 2015.

⁷⁰ J. Anderst, “The forensic evidence kit,” in *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*, C. Jenny, Ed., pp. 106–111, Elsevier Saunders, St. Louis, Mo, USA, 2011.

⁷¹ El Polilight es una fuente de luz portátil, de alta intensidad filtrada, utilizada por científicos forenses y otros profesionales para detectar huellas dactilares, fluidos corporales y otras pruebas en escenas del crimen y otros lugares.

⁷² N. Vandenberg and R. A. H. van Oorschot, “The use of Polilight in the detection of seminal fluid, saliva, and bloodstains and comparison with conventional chemical-based screening tests,” *Journal of Forensic Sciences*, vol. 51, no. 2, pp. 361–370, 2006.

⁷³ H. Kobus, E. Silenieks, and J. Scharnberg, “Improving the effectiveness of fluorescence for the detection of semen stains on fabrics,” *Journal of Forensic Sciences*, vol. 47, no. 4, pp. 819–823, 2002.

⁷⁴ Los hisopos sintéticos (por ejemplo, nylon flocado) están ahora disponibles y se ha demostrado que son más eficientes en la liberación de células durante la extracción que los de punta de algodón: C. C. G. Benschop, D. C. Wiebosch, A. D. Kloosterman, and T. Sijen, “Post-coital vaginal sampling with nylon flocked swabs improves DNA typing,” *Forensic Science International: Genetics*, vol. 4, no. 2, pp. 115–121, 2010.



de justicia. Por esta razón, es recomendable recopilar cualquier indicio relevante para el caso, aunque solo algunas muestras puedan someterse a análisis de laboratorio⁷⁵.

La técnica y los materiales utilizados para recolectar muestras dependen del tipo de muestra y su soporte. Para el análisis de ADN, generalmente se prefieren los hisopos para recolectar semen y otros fluidos, pero existen diferentes técnicas para la recolección de cabello, por ejemplo. En general, la recolección con hisopos debe realizarse con cuidado (para evitar la exfoliación de las propias células epiteliales de la víctima) frotando con un movimiento circular durante 15 segundos, un área restringida de la mucosa o piel, desde la periferia al centro y girando el hisopo. Deben conocerse los procedimientos de recolección específicos según el tipo de superficie examinada: para superficies secas (p. ej., piel), para la mucosa/epitelio (por ejemplo, oral) u otras superficies húmedas, para recolectar indicios debajo de las uñas. Todos los hisopos recolectados deben secarse al aire a temperatura ambiente durante un mínimo de una hora⁷⁶.

Pueden usarse otras técnicas para recoger indicios biológicos (por ejemplo, pelos sueltos) o evidencia física, tales como pinzas plásticas desechables, peines o raspadores (este último para indicios en uñas). Todas las muestras deben recogerse por separado y guardarse dentro de una pequeña bolsa de papel o en papel doblado para mantener la muestra en el centro, evitando la pérdida en los pliegues del sobre o la bolsa.

En el caso de manchas en sustratos que pueden llevarse al laboratorio (por ejemplo, ropa), la recolección debe realizarse en el laboratorio y no en el sitio. La ropa u otros artículos se deben recoger por separado en bolsas de papel apropiadas.

Las pipetas de plástico desechables pueden ser útiles para recoger restos líquidos y, en este caso, el material debe empacarse en un tubo u otro recipiente adecuado.

La presencia de inhibidores es otra limitación que a veces hay que enfrentar. De hecho, las sustancias como el tinte índigo presente en la mezclas afectan la amplificación de la PCR y, por lo tanto, comprometen los resultados del ADN⁷⁷.

Respecto a la toma de una Muestra genética indubitada de la víctima, (para evitar confusiones con los indicios biológicos), generalmente se toma fluido oral con un hisopo o bastoncillo de referencia apropiado para frotar vigorosamente la mucosa oral (mejilla interna) a fin de recoger algunas células de la mucosa, tan rápidamente y sin dolor como sea posible.

Si se sospecha contacto oral-genital, se puede preferir la muestra de sangre o cabello para actuar como muestra de referencia ya que la muestra oral puede estar contaminada con el ADN del autor. Se debe recoger una muestra de sangre mediante venopunción

⁷⁵ T. Magalhaes and D. N. Vieira, 2015. *Opus cit.*

⁷⁶ Lavelle, "Forensic evidence collection," in *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, A. P. Giardino and R. Alexander, Eds., pp. 856–860, Medical Publishing, St. Louis, Mo, USA, 2005.

⁷⁷ D. J. Broemeling, J. Pel, D. C. Gunn et al., "An instrument for automated purification of nucleic acids from contaminated forensic samples," *Journal of the Association for Laboratory Automation*, vol. 13, no. 1, pp. 40–48, 2008. Y A. Larkin and S. A. Harbison, "An improved method for STR analysis of bloodstained denim," *International Journal of Legal Medicine*, vol. 112, no. 6, pp. 388–390, 1999. Citados por T. Magalhaes and D. N. Vieira, 2015.

(1 TUBO CON 2 ml de SANGRE con anticoagulante EDTA)⁷⁸. Algunos autores recomiendan depositarla en un soporte apropiado (por ejemplo, tela de algodón blanca limpia, celulosa y papel FTA⁷⁹ –promueve el almacenamiento a largo plazo de la sangre/ADN a temperatura ambiente–). Si se sospecha que se ha realizado una transfusión de sangre o un trasplante de médula ósea, la muestra de sangre no es aconsejable y, en su lugar, se debe tomar una muestra capilar u oral. Para recolectar una muestra de cabello, se deben extraer al menos 7 pelos para mantener intactas las raíces, donde se concentra el ADN.

Los médicos forenses deben, en definitiva, conocer el alcance y las limitaciones del análisis de laboratorio, así como las consecuencias de la contaminación o degradación de cualquier indicio. Además, la interpretación de los hallazgos también debe recibir una consideración cuidadosa y exhaustiva, ya que existen múltiples variables que pueden influir en la calidad del estudio. Todas estas variables deben tomarse en consideración y explicarse en los informes (médicos o de laboratorio).

Muestras para estudios microbiológicos:

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima de agresión/abuso sexual infantil no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para el análisis microbiológico⁸⁰.

Tal es el caso de las muestras clínicas destinadas a los análisis microbiológicos, ya que se podría detectar algún patógeno de transmisión sexual, lo que podría traer consigo la investigación de la transmisión del mismo durante el abuso a menores, hecho este que sería constitutivo de un delito. Actualmente el contagio de una enfermedad constituiría un delito de lesiones, del Art. 149 del Código Penal (CP), dolosa, o del Art 152 CP, imprudente.

A posteriori, estas podrían ser objeto de análisis genéticos destinados a detectar el perfil genético del presunto agresor si en su momento no se hubieran tomado muestras para estudios genéticos, o se hubiera obtenido un resultado negativo en las destinadas a este fin. Todo ello sin perjuicio de que se haga un seguimiento clínico y se realicen los análisis serológicos pertinentes unas dos semanas después de los hechos para valorar seroconversión.

Al objeto de facilitar la elección en la toma de muestras, se aporta en Anexo adjunto las Tablas elaboradas por el Servicio de Biología del Departamento de Madrid del INTCF, donde quedan reflejadas las muestras de interés tanto clínico como forense; tipo de muestra , orden de la toma y estudio solicitado.

⁷⁸ Observaciones del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) al borrador del documento actual (“ACTUACION EN LA ATENCION A MENORES VICTIMAS EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES”), enero de 2018.

⁷⁹ Las tarjetas FTA tienen un tamaño índice y fueron creadas para la recolección y almacenamiento del ADN de muestras orgánicas. Son utilizadas por científicos de todo el mundo.

⁸⁰ Observaciones del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) al borrador del documento actual (“Actuacion en la atencion a menores victimas en los institutos de medicina legal y ciencias forenses”), enero de 2018.



Muestras para estudios toxicológicos:

- Determinación de una disminución o merma de la consciencia o la capacidad de consentir y estudio de un posible delito facilitado por el alcohol u otros psicotóxicos.

El médico forense se hará responsable de la cadena de custodia de las muestras forenses por él recogidas y de su remisión posterior al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF).

El médico forense recogerá copia del informe clínico para adjuntarlo al informe médico forense y al expediente judicial.

El Anexo 3 de este protocolo es una tabla confeccionada por el Departamento de Madrid del INTCF en la que se abordan las recomendaciones sobre el orden y modo de toma de muestras en casos de agresión/abuso sexual infantil, a efectos de los análisis de índole genético, microbiológico y químico-toxicológico.

En el Anexo 4, el INTCF aborda las consideraciones a seguir en las muestras a analizar en el hospital.

Las recomendaciones en relación con las muestras a petición exclusiva del médico forense están expuestas en el Anexo 5.

Las medidas a tomar para la conservación (en periodos cortos de tiempo) de las muestras, según recomendación, igualmente, del INTCF, están contenidas en el Anexo 6.

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

Considerando que el tiempo transcurrido entre el evento abusivo y el examen físico es una pieza importante de la historia, en términos generales, si el abuso es ya de varios días (más de 72 horas en abusos consistente en: penetración anal, oral, digital... derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones, etc. o más de 7 días en agresión/abuso sexual en menores con penetración cierta/presunta vía vaginal), el niño debe ser visto por un médico tan pronto como sea posible, pero no como una emergencia. El clínico realizará la exploración y actuación sanitaria precisa. Como el relato del niño es una de las herramientas más importantes para el diagnóstico es conveniente que la entrevista la haga personal especializado (Pediatria social, consulta de pediatria hospitalaria referente para la atención de la sospecha de ASI).

Remitirá el parte de lesiones al Juzgado para comunicar la sospecha del delito y también, y en todo caso, a las FF.CC.SS.EE., para que puedan practicar las primeras diligencias. Con letra legible, se identificará el facultativo y se describirán detalladamente las lesiones, incluido el estado y la localización. Se describirá también el estado emocional del menor. Se deberá incluir el pronóstico y el destino del paciente (alta o ingreso hospitalario).

El día en el que la víctima preste declaración en el Juzgado, el médico forense explorará a la víctima y realizará el informe de sanidad, si bien la conveniencia de esta exploración debería ser valorada en cada caso según los resultados de las exploraciones previas que se hubieran realizado y de los informes emitidos.

No obstante, la indicación de la intervención del médico forense de guardia, realizando de forma urgente una exploración conjunta con los servicios médicos asistenciales, especialmente a efectos de la recolección de muestras forenses, se considerará caso a caso, siendo, en última instancia, el instructor quien decidirá el modo de proceder. En casos de especial gravedad el médico forense de guardia realizará de forma urgente dicha exploración conjunta. Debiendo recordarse igualmente que la ropa y la ropa de cama de la víctima no lavadas puede recolectarse más allá de las primeras 72 horas⁸¹.

Adams y colaboradores⁸² recomiendan que en determinados casos se realicen exámenes de seguimiento para volver a evaluar los hallazgos y realizar más pruebas, especialmente si se sospecha una lesión reciente o una infección de transmisión sexual (ITS):

Indicaciones para la evaluación de seguimiento:

- Los hallazgos en el examen inicial no son claros o son cuestionables y requieren una reevaluación.
- Pruebas adicionales para ITS no identificadas o tratadas durante el reconocimiento inicial.
- Documentar la curación/resolución de hallazgos agudos.
- Confirmación de los hallazgos iniciales del examen, cuando el examen inicial fue realizado por un profesional que había realizado menos de 100 evaluaciones de ese tipo.

5.6.2. *Violencia física y/o maltrato psíquico*

En estos casos no será necesario que el médico forense se desplace al centro asistencial para el reconocimiento conjunto con los profesionales sanitarios. El equipo clínico realizará de manera autónoma la labor asistencial y elaborará los documentos precisos en cada caso. Posteriormente, en el ámbito judicial, el médico forense realizará su labor pericial.

Como excepción a este criterio general, se realizará una exploración conjunta en aquellos casos en los que las lesiones revistan especial gravedad.

El examen físico debe ser completo, con toma de fotografías en su caso. Por consenso entre los distintos profesionales, ciertas lesiones, de data reciente y/o antigua, así como por su localización, nos pueden hacer sospechar un Síndrome del Niño Maltratado.

Si se considera necesario, desde el Juzgado o IMLCF se puede derivar al menor para la realización de pruebas de imagen o analíticas (desnutrición, sospecha de intoxicaciones, fracturas antiguas) en el hospital de referencia.

En otras ocasiones, desde el punto de vista médico forense, puede ser necesaria la valoración del menor ante la sospecha de un maltrato físico y/o psíquico mantenido en el tiempo. Aquí de nuevo es recomendable la presentación por parte del médico/a forense que ha intervenido, del psicólogo/a y trabajador/a social a la persona menor.

⁸¹ A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #

⁸² Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused (Adams et al., 2015).

La exploración de la persona menor y de su núcleo familiar será realizada por los profesionales del IMLCF en consultas programadas para la valoración integral, por médico forense, psicólogo y trabajador social del menor y de su núcleo familiar.

Cuando se requiera el concurso de más de un profesional forense, en el ámbito de organización de cada IMLCF, en función de sus disponibilidades y características, se decidirá el modo de realización de las entrevistas, sobre todo interlocutor único o equipo. Hay ventajas y desventajas para ambos enfoques; por un lado, a los niños les puede resultar más fácil establecer una relación y hablar sobre cuestiones delicadas con un único entrevistador; por otro lado, las entrevistas en equipo pueden asegurar que se abarque una gama más amplia de temas y reducir la necesidad de múltiples entrevistas⁸³.

Cuando vayan a estar presentes dos profesionales, lo mejor es designar uno como el entrevistador principal, con el segundo profesional tomando notas o sugiriendo preguntas adicionales cuando la entrevista va llegando a su fin. Antes de realizar la entrevista, los entrevistadores deben tener suficiente tiempo de preparación para discutir los objetivos de la entrevista y los temas que necesitan ser tratados. Al comienzo de la entrevista, ambos entrevistadores deben ser claramente presentados al menor. Para que la entrevista no parezca una confrontación, se aconseja disponer al segundo entrevistador fuera de la línea de visión del niño.

Siempre que la investigación será multidisciplinar en vez de interdisciplinar es obligado que cada profesional utilice las técnicas propias de su ciencia (test, cuestionarios, entrevistas colaterales o de campo, visitas domiciliarias, entrevistas familiares...) en coordinación con su compañero/a con el fin de complementarse en la investigación y evitar la victimización de la persona menor.

Puede ser de interés recabar información de otras instituciones, centro escolar y Servicios Sociales para valorar, en este caso por Trabajador social, el contexto socio familiar de la persona menor, la cultura de referencia y el grado de integración/vulnerabilidad social en el que se encuentre la persona menor ya que estos factores, además de explicativos, pueden ser condicionantes o determinantes de la situación de maltrato y del modo en el que se desarrolle la evaluación forense. En ocasiones, cuando se examina al menor éste ya está siendo atendido en Unidades de salud mental infanto-juveniles, en equipos psicosociales de los servicios de protección, lo que ayuda a reducir la incidencia de posibles secuelas psíquicas.

5.6.3. Exploración del presunto/s agresor/abusador

La exploración física del supuesto agresor debe ser completa, buscando signos de defensa y lucha en toda la superficie anatómica y debajo de las uñas, si bien cuanto menor sea la víctima, menor resistencia física presentará, por lo que es importante la inmediatez en el reconocimiento físico.

Si fuese solicitado se realizará con posterioridad el examen psíquico del supuesto agresor.

⁸³ Forensic Interviewing Protocol. State Of Michigan Governor's Task Force On Children's Justice And Family Independence Agency. Fourth Edition. 2015. Revised octubre 2017.

Si se han recolectado el tipo de indicios mencionados en el examen de la víctima y se dispone del presunto agresor o presuntos agresores, además de examinarlos se les tomará, previo consentimiento:

- en función de los datos obtenidos en el reconocimiento de la víctima, posibles restos de células epiteliales de la presunta víctima presentes en el pene del perpetrador (si el reconocimiento es próximo al evento denunciado),
- posibles restos o indicios debajo de las uñas o cualquier otro indicio biológico de interés,
- una muestra biológica de referencia para realizar cotejos (de forma análoga, salvando las diferencias, a lo antes referido para tal toma en la víctima).

En caso de solicitud de informe pericial a otros profesionales del IMLCF por parte de los médicos forenses de guardia o por parte tanto del Juez/a instructor como del Fiscal, la exploración del abusador/agresor por parte del Trabajador/a social forma parte de la contextualización social y familiar de los abusos/malos tratos, sobre todo teniendo en cuenta que en número significativo los tipos de maltrato o abuso responden a la tipología de intrafamiliar. Esta exploración resulta imprescindible para la evaluación de criterios socio familiares y de interacción víctima agresor/abusador, que añade indicadores de credibilidad para elaborar el informe pericial. A su vez, esta exploración facilitará la evaluación de los aspectos del agresor susceptibles o no de tratamiento social en contexto judicial, útiles al juzgador tanto para garantizar la protección de las personas menores involucradas, como para contribuir a los principios penales de reinserción.

6. CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES DEL INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DEL MALTRATO/ABUSO SEXUAL A MENORES

Como colofón de las actuaciones realizadas, se debe correlacionar los hallazgos de la valoración psíquica y física de la persona examinada, en la investigación del maltrato/abuso sexual, e integrar la totalidad de los hallazgos clínicos (tanto positivos como negativos) y de las evidencias físicas encontradas en el examen médico con la información suministrada por otras pruebas y por la autoridad competente, para aportar pruebas periciales fiables, válidas y concluyentes en la investigación judicial del maltrato/abuso sexual.

Aportar, en suma, desde la prueba pericial, elementos y evidencias físicas contextualizadas y analizadas, que en conjunto con las demás pruebas, faciliten al juzgador tipificar el delito sexual u otro maltrato e identificar al(los) responsable(s).

En las consideraciones o análisis del informe pericial, es recomendable inicialmente hacer una breve síntesis de las características generales de la persona examinada y de la información disponible sobre los hechos motivo de investigación. A continuación, incluir los siguientes aspectos específicos⁸⁴:

- Signos y síntomas afectivo-emocionales relacionados con el evento.
- Signos o huellas de violencia física (lesiones personales).

⁸⁴ Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Forense y Ciencias Forenses. Bogotá, D.C. - Colombia, 2009.

- Estado de los órganos genitales y de la región anal.
- Infecciones de transmisión sexual, en casos de encontrar signos en el examen físico o datos de laboratorio clínico.

Dependiendo del caso y cuando sea pertinente, se incluirán además los siguientes aspectos:

- Embarazo.
- Alteraciones psíquico/neurológicas (intoxicación exógena, signos de enfermedad mental, etc.).
- Análisis de las prendas que portaba la persona examinada en el momento de los hechos.

En casos de menores examinados por abuso sexual, en los que muchas veces no se encuentra evidencia física, es importante concluir si el relato es congruente con el afecto que exprese y llamar la atención sobre el conocimiento que el niño/a tenga sobre la sexualidad y si este conocimiento es o no acorde a la edad, la cultura, o el contexto socio-familiar del examinado/a.

Como sugiere la OMS, el abuso sexual es un diagnóstico de salud que involucra aspectos orgánicos, psicológicos y sociales, por lo que debe realizarse de manera interdisciplinaria ya que podría conducir a un error realizarlo basado únicamente en los hallazgos físicos o el relato del niño/a durante una única consulta médico-legal. Más aún cuando algunos niños o niñas requieren de múltiples seguimientos especializados⁸⁵.

Por lo anterior el abordaje forense integral de un presunto caso de abuso sexual en menores requiere de una muy buena entrevista (teniendo en cuenta los elementos aportados en este documento) o, esencialmente, disponer de la información necesaria por el método más conveniente por su eficacia para obtenerla y para evitar la duplicidad de interrogatorios. Debería ser una información compartida por el conjunto de profesionales que intervienen en la atención de la persona víctima de abuso o de maltrato. Todo lo cual no excluye la necesidad de buscar otros elementos de prueba dentro de la investigación.

6.1 ASPECTOS ESPECÍFICOS A ANALIZAR EN LAS CONSIDERACIONES Y CONCLUSIONES

1. En caso de que el menor examinado presente signos de discapacidad física o sensorial se anotarán estos signos. Aunque en muchos casos el examen médico es suficiente para identificar la discapacidad o diversidad funcional, cuando sea necesario realizar exámenes especializados para confirmar el diagnóstico, se le informará a la autoridad al respecto.

2. En menores que han sufrido maltrato/abuso sexual, otras situaciones que pueden aconsejar un examen mental y una valoración social y familiar especializada o en colaboración (por psiquiatría o psicología forense y/o Trabajador social) podrían ser:

⁸⁵ Gil Arrones, J.; Ostos Serna, R.; Largo Blanco, E. et al. "Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: A propósito del estudio de tres casos". En: "Cuadernos de Medicina Forense" [online], No. 43-44 Sevilla ene-abr. 2006, ISSN 1135-7606.

- Niños menores de seis años.
- Si se trata de un menor de edad que refiere eventos repetitivos.
- Niños con historia crónica de abuso sexual o de otra índole.
- Presencia de síntomas sugestivos de afectación por estrés en niños pequeños, tales como alteraciones del sueño, sobresaltos, inmovilidad súbita, temor o comportamientos regresivos.
- Síntomas sugestivos de afectación por estrés en niños más grandes tales como pérdida de energía, dificultad para concentrarse, temor a que el trauma se repita, pesadillas, temor a dormir, pérdida de interés en actividades que antes producían placer, etc.
- Exposición del niño a experiencias sádicas.
- Cuando el niño relata la participación de varios agresores/abusadores sexuales.
- Si el abuso se ha producido con la participación de otros menores.
- Si se conoce o sospecha que el menor ha sido sometido a prostitución.
- Si el presunto agresor es cualquiera de los progenitores (o la madre o padre sustitutos, si los hubiere), o un hermano(a).
- Si existe enfermedad mental en alguno de los padres o de las personas con las que convive el menor.
- Si el niño vive en un medio de extrema pobreza o es víctima de desplazamiento, o si se trata de niños institucionalizados.
- Cuando en la entrevista médico-forense, el menor no haya aportado información o guarde silencio.
- Si el niño se retracta.

Al consignar en el informe pericial la necesidad de esta valoración/colaboración especializada se debe anotar, como en toda remisión, los puntos observados que motivaron la misma y los aspectos a resolver.

3. Si el médico forense determinó la necesidad de tomar muestras para descartar una intoxicación exógena (“sumisión química”), se seguirá lo establecido en las Instrucciones del INTCF de julio de 2012 y se dejará constancia de las muestras tomadas para análisis de alcoholemia o de otros psicotóxicos por el laboratorio de toxicología forense.

4. Lesiones personales: en la conclusión se hará referencia a las lesiones encontradas en el examen externo (cuya descripción y localización ya fue registrada en los epígrafes correspondientes del informe pericial) y se dictaminará sobre el mecanismo causal (contemplando un diagnóstico diferencial de las posibles causas de las lesiones y trastornos que presenta –indicadores de sospecha–, en el que se descarten posibles enfermedades causales, mecanismos accidentales de producción o variantes anatómicas de la normalidad, entre otras), periodo de curación/estabilización y las secuelas físicas y psíquicas.

La determinación de algunas secuelas psíquicas y sociales puede requerir la valoración coordinada con el servicio de Psiquiatría forense o, en su caso, con el psicólogo o el Trabajador social forense del IMLCF, así como la información proveniente del correspondiente Equipo de Salud Mental del ámbito sanitario.

5. En ocasiones es posible encontrar un patrón de lesión que permita identificar un elemento específico que puede estar relacionado con el agresor, con la escena, o con un *modus operandi*. Esto puede ser importante para orientar la investigación del hecho, por lo cual en las conclusiones el perito debe resaltar dicho hallazgo y mencionar las características del elemento al cual podría corresponder, así como la manera como se documentó para un eventual cotejo posterior.

6. Los hallazgos del examen del área genital, anal y perianal, los cuales ya fueron registrados en los epígrafes respectivos del informe pericial, deben ser interpretados según el contexto de la información de la cual se dispone sobre el caso y bajo el prisma de los enfoques y evidencia actual (ver Anexo 2 sobre “Hallazgos en el examen físico en el abuso sexual infantil. Evidencia actual.”).

En toda relación sexual puede haber trauma genital produciéndose lesiones que revisten poca gravedad tales como equimosis, edema, eritema y desgarros del himen, a las cuales, por ser inherentes a la relación sexual, no se les fija incapacidad temporal médico-legal. En cambio, con aquellas lesiones que se encuentran en el área genital o anal, pero exceden lo esperado o no son propias de una relación sexual (desgarros perineales grado II o más, desgarros anorrectales, quemaduras de cigarrillo, heridas por arma cortopunzante, hematomas, equimosis moderadas, etc.), se seguirán los parámetros establecidos para el manejo de lesiones personales. Dado el uso extensivo, a tales efectos, por los tribunales del Baremo oficial de daños y perjuicios causados en accidentes de circulación, sancionado por la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, se informará del alcance de tales lesiones según los parámetros establecidos por dicho sistema (lesiones temporales, secuelas, perjuicio estético, etc.).

7. El hallazgo de semen o de espermatozoides permite concluir sobre la ocurrencia de eyaculación en el área del cuerpo donde se haya encontrado, y debe ser relacionado con el relato y el contexto del caso.

8. En caso de confirmarse una infección de transmisión sexual, se deberá establecer el nexo de causalidad con el hecho investigado, para lo cual se tendrán en cuenta criterios médicos, tales como el período de incubación, los antecedentes de la víctima (y/o agresor/abusador si se conocen), la transmisión perinatal (especialmente en menores de tres años), entre otros; igualmente se debe informar a la autoridad sobre la necesidad de tratamiento y seguimiento médico de la persona afectada, por parte del sector salud.

9. Si los hallazgos clínicos son conclusivos de embarazo –signos de certeza–, además del registro correspondiente, se dirá que al momento del examen existe una gestación de “tantas semanas”, que corresponde a “tantos meses”, lo cual permitirá establecer o descartar una relación con el hecho investigado.

10. Informes complementarios posteriores:

El complemento del informe pericial integrando los resultados de los análisis realizados a indicios físicos o muestras recolectadas y enviadas a los laboratorios forenses para estudio, así como los resultados de pruebas paraclínicas y/o interconsultas realizadas, debe ser elaborado, en lo posible, por el mismo perito médico que realizó el examen, sin que se requiera una nueva solicitud al respecto. En su defecto podrá ser efectuado, con

base en el dictamen inicial, por otro perito médico debidamente autorizado, quien determinará si requiere practicar un nuevo examen.

No es suficiente, como complemento del dictamen, el solo envío de los resultados de laboratorio, sin el análisis e interpretación correspondientes, en el contexto del caso específico, el cual está enmarcado por la información aportada por el solicitante y/o la autoridad competente (historia clínica, acta de inspección de escena, etc.), la información obtenida en la entrevista médico-forense y los hallazgos del examen médico-legal.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, J.A., Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 2001; 6; 31.
2. Adams J.A. et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) 81-87.
3. Adams JA, Farst K J, Kellogg N D, Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 31 (2018) 225-231.
4. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. April 2016. NCJ #.
5. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations. Adults/ Adolescents. Second Edition. US Department of Justice. Office on Violence Against Women, April 2013.
6. American Professional Society of the Abuse of Children. Guidelines for Psychosocial Evaluation os Suspected Sexual Abuse in Young Children (1998). Chicago, IL.
7. Antequera Jurado, R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuad Med Forense*, 12 (43-44), Enero-Abril 2006.
8. Arce R., Análisis de contenido de las declaraciones de testigos: evaluación de la validez científica y judicial de la hipótesis y la prueba forense. *Acción Psicológica*, diciembre 2017. vol. 14, no. 2, 171-190. ISSN: 2255-1271 <https://doi.org/10.5944/ap.14.1.21347>.
9. Christian CW: Timing of the medical examination. *J Child Sex Abuse* 2011; 20: 505.
10. Directiva 2011/93/UE relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.
11. Echeburúa, E. y Guerrecachevarría, C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Editorial Ariel. Barcelona, 2000.
12. Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. *Second edition. American College of Emergency Physicians*. 2013.
13. Exline D L, Smith F P, and Drexler S G, "Frequency of pubic hair transfer during sexual intercourse," *Journal of Forensic Sciences*, vol. 43, no. 3, pp. 505-508, 1998.
14. Forensic Interviewing Protocol. State Of Michigan Governor's Task Force On Children's Justice And Family Independence Agency. Fourth Edition. 2015. Revised octubre 2017: www.michigan.gov/documents/dhs/DHS-PUB-0779_211637_7.pdf
15. Forensic Medical Care For Victims of Sexual Assault. Department of Health Research, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India: <http://www.icmr.nic.in/dhr/pdf/1%20DHR%20Forensic%20Medical%20Manual%20Sexual%20Assault.pdf>
16. Garrido, E. y Masip, J.. La evaluación del abuso sexual infantil. Ponencia presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en Red (<http://www.copmadrid.org/congresoredforense/>) Mayo 2004.

17. Gil Arrones, J. y Garcia Perez, J.. Protocolo De Actuación En La Atención A Menores Víctimas En Los Institutos De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Comentarios. Madrid a 19 de Mayo de 2017.
18. Gil Arrones, J.; Ostos Serna, R.; Largo Blanco, E. et al. "Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: A propósito del estudio de tres casos". En: "Cuadernos de Medicina Forense" [online], No. 43-44 Sevilla ene.-abr. 2006, ISSN 1135-7606. Disponible en: SciELO España Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud Instituto de Salud Carlos III, España. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100005&lng=es&nrm=iso (abril 18 de 2009).
19. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al: Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics* 2011; 128:233.
20. González Fernández J (coord.): Manual de atención y valoración pericial en violencia sexual (2018). Bosch. Barcelona.
21. Grupo de trabajo del Gobernador para la Justicia del Menor y Agencia para la Independencia de la Familia del Estado de Míchigan (1998). Traducción Eugenia Cabañas. Red Iris. 2003. Recuperado el 1 de enero de 2016. <http://bscw.rediris.es>.
22. Guía para la evaluación pericial de daño en víctimas de delitos sexuales. Documento de trabajo interinstitucional. Fiscalía Nacional del Ministerio Público de Chile. 2010. https://issuu.com/cristianrodriguez21/docs/guia_para_la_evaluacion_pericial_de/174.
23. Guía para la realización de pericias psiquiátricas o psicológicas forenses en niños, niñas y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, D.C. Colombia, 2010.
24. Guía médico legal evaluación física de la integridad sexual (2da. Versión - Año 2012). Instituto de Medicina Legal del Perú. Elaborado por: Comité de Expertos Fecha: 24/11/2011. Revisado por: Oficina de Control de Calidad IML Fecha: 24/12/2011.
25. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization 2003: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>
26. Heppenstall-Heger, A; McConnell, G.; Ticson, L.; Guerra, L.; Lister J. and Zaragoza, T.. Healing Patterns in Anogenital Injuries: A Longitudinal Study of Injuries Associated With Sexual Abuse, Accidental Injuries, or Genital Surgery in the Preadolescent Child. DOI: 10.1542/peds.112.4.829 *Pediatrics* 2003;112:829-837.
27. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse— approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 692–703. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0692.
28. Ingemann Hansen O, and Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 27:91-102.

29. Kamodyova N, Durdiakova J, Celec P et al., "Prevalence and persistence of male DNA identified in mixed saliva samples after intense kissing," *Forensic Science International: Genetics*, vol. 7, no. 1, pp. 124-128, 2013.
30. Köhnken G, Manzanero A L, Scott M T, Análisis de la validez de las declaraciones: mitos y limitaciones. Anuario de Psicología Jurídica 2015.
31. Lachica López Emilia. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales, Cuaderno de Medicina Forense v.16 n.1-2 Sevilla ene.-jun.2010.
32. Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW, Hershkowitz I, Orbach Y, Hovav M. Criterion-based content analysis: a field validation study. *Child Abuse Negl.* 1997;21: 255-264.
33. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, que adapta al Derecho español la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, que sustituye a la anterior Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo . Esta Ley se refiere en sus arts. 23 a 26 a la actuación y medidas de protección especial a víctimas menores de edad. Correlativamente modifica diversos preceptos de la LECrim referidos a declaraciones y protección de derechos de víctimas menores de edad: arts. 433, 681.3, 707, 730.
34. Magalhães T, Dinis-Oliveira R J, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D, Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. Hindawi Publishing Corporation. *Scientific World Journal*. Volume 2015, Article ID 365674, 11 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/365674>.
35. Maiquilla SM, Salvador JM, Calacal GC, et al: Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Philippines. *Int J Legal Med* 2011; 125:817.
36. Manzanero, A.L. y Muñoz, J.M..La prueba pericial psicológica sobre la credibilidad del testimonio: Reflexiones psico-legales.Madrid: SEPIN (2011).
37. Molly Curtin Berkoff; Adam J. Zolotor; Kathi L. Makoroff; et al. Has This Prepubertal Girl Been Sexually Abused? *JAMA*. 2008;300(23):2779-2792 (doi:10.1001/jama.2008.827).
38. National Management Guidelines for Sexual Assault. SouthAfrica-Sexual-Assault-Guidelines-october, 2003: <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/SouthAfrica-Sexual-Assault-Guidelines-2003.pdf>
39. Navarro Medel C, Evaluación de la credibilidad discursiva de niños, niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología. Mención en Psicología clínica infanto-juvenil. Santiago de Chile, 2006.
40. Observaciones al borrador del "PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION A MENORES VICTIMAS EN LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES", Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), enero de 2018.
41. Pereda, N., y Abad, J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista española de medicina legal*, 39(1), 19-25. (2013).

42. Pereda, N. y Arch, M. Abuso sexual infantil y síndrome de alienación parental: criterios diferenciales. *Cuad Med Forense* 2009; 15(58):279-287.
43. Pereda, N. y Arch, M.. Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del Psicólogo*, 33, 36-47. (2012).
44. Poui Fernández, Jordi, Maltrato Infantil. Actuación en urgencias, Hospital San Joan de Déu de Barcelona. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP.
45. Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. 9 de junio de 2014: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
46. Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. Publicación elaborada por Comisión de Redacción del Protocolo en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 20 de noviembre de 2013.
47. Protocolo de actuación en causas penales con víctimas menores, promovido por la Audiencia Provincial de Cáceres.2015.
48. Protocolo de Atención Sanitaria del Abuso Sexual a Menores en la Comunidad de Madrid. Enero de 2018.
49. Protocolo de coordinación para la atención a menores de edad víctimas de malos tratos. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid a 21 de marzo de 2011.
50. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Autores: Juan Gil Arrones et al., Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Política Sociales, 2014.
51. Protocolos clínicos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Maltrato infantil. Editorial Siglo, Madrid, 2010.
52. Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia. Corte Suprema de Justicia de Tucumán. 2011. www.justucuman.gov.ar/oficina_mujer/protocolo/archivos/...
53. Protocolo marco de actuaciones en casos de abusos sexuales y otros malos tratos graves a menores en Cataluña. Documento impulsado por el Síndic de Greuges de Catalunya. Septiembre de 2006.
54. Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Forense y Ciencias Forenses. Bogotá, D.C.- Colombia, 2009.
55. Ricci LR: Photodocumentation in child abuse cases. In: Jenny C, editor. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. St. Louis, MO, Elsevier Saunders, 2011.

56. Rodríguez Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):99-108.
57. Rojo, J.M., Gil, J y Escudero, J. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. 2012. <https://es.slideshare.net/elmundodelosasi/manifestaciones-cutneas-del-abuso-sexual-en-la-infancia>.
58. Ruiz, Pilar: El trabajador social forense en los Tribunales Españoles, (2013). Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo social y AA.SS, Málaga.
59. Scott M T, Manzanero A L, Muñoz J M, Köhnken G,. Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. Anuario de Psicología Jurídica 2014 24 (2014) 57-63.
60. Sibille I, Duverneuil C, Lorin De La Grandmaison G, et al: Y-STR DNA amplification as biological evidence in sexually assaulted female victims with no cytological detection of spermatozoa. Forensic Sci Int 2002; 125:212.
61. Simón Gil, M Bases Teóricas y Metodológicas del Trabajo Social Forense para la Evaluación de Lesiones y Secuelas Sociales del Abuso Sexual a Menores, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. (2014).
62. Smith T, Raman S, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018) 79-83.
63. STC nº 174/2011, de 7 de noviembre.
64. STEDH, de 28 de septiembre de 2010, caso A. S. contra Finlandia.
65. STS 3916/2014 de catorce de Octubre de dos mil catorce, en cuyos fundamentos 4º a 10º, se contiene toda la doctrina, tanto de ese Tribunal, como del TC y TEDH en relación con este tema.
66. STS Sala 2ª nº 743/2010, de 17 de junio; 884/2010, de 6 de octubre; 1016/2012 de 20 de diciembre; 470/2013, de 5 de junio; 940/2013, de 13 de diciembre; 226/2014, de 19 de marzo; 443/2014, de 29 de mayo; 88/2015, de 17 de febrero; 598/2015, de 14 de octubre.
67. Suárez Solá, M.L.; González Delgado, F.J. Importancia de la exploración en las agresiones sexuales a menores, Cuaderno de Medicina Forense nº 31 Sevilla, Enero 2003.
68. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused (Adams et al., 2015). North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Elsevier Inc. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.007>.
69. Watkeys JM, Price LD, Maddocks A: The timing of the medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? Arch Dis Child 2008; 93:851.
70. Wiegand, P, Bajanowski T., and Brinkmann B., "DNA typing of debris from fingernails" International Journal of Legal Medicine, vol. 106, no. 2, pp. 81–83, 1993.

8. ANEXOS

Anexo 1. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA ENTREVISTA MÉDICO-FORENSE A MENORES DE EDAD

Tratar con niños que pueden ser víctimas de abuso sexual u otras formas de maltrato grave requiere tiempo, formación y compromiso. El médico debe ser comprensivo pero también debe proceder de una manera racional, con procedimientos científicamente fundados⁸⁶.

Si es posible, los hechos primero se deben obtener de otro informante. A veces, la naturaleza de confianza de la relación médico-paciente, permite al niño a divulgar algo que de otro modo se reservó: "Te puedo contar, porque eres un médico". Posiblemente por ello se afirma⁸⁷ que "la entrevista médica se ha convertido en un componente crítico de los aspectos diagnósticos, terapéuticos y legales del abuso sexual infantil".

La historia debe ser tomada en un entorno tranquilo, y la actitud del examinador debe ser amable, abierta, comprensiva y sin prejuicios. Las preguntas deben ser simples y no directivas, ni sugerentes; las respuestas deben ser documentadas al pie de la letra, si es posible.

La reacción emocional del niño a la historia y examen físico estará determinada en parte por la calidad de estos mismos procedimientos y por la empatía mostrada por el examinador, y en gran medida por factores preexistentes tales como la ansiedad general, las experiencias previas con los médicos, edad, etapa de desarrollo y el tipo de abuso que se sufrió⁸⁸.

Siempre se debe anteponer el bienestar del niño(a), por lo cual se debe solicitar su aprobación para la realización de la entrevista y el examen médico legal⁸⁹.

El momento en que un/a niño/a decide contar su secreto es de gran importancia y debe ser aprovechado para obtener, mediante una técnica apropiada, la mayor cantidad de información sobre los hechos.

La entrevista médico forense en casos de agresión/abuso sexual en menores, es quizá la parte más importante de la evaluación diagnóstica ya que en la mayoría de los casos no hay hallazgos físicos que lo demuestren.

Aunque se requiere cierta destreza y habilidad para obtener la mayor información posible, se debe resaltar que la entrevista debe hacerse sin prisa, teniendo en cuenta la edad del niño y su nivel de desarrollo cognitivo.

⁸⁶ Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse— approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int* 2014.

⁸⁷ Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient. *Second edition. American College of Emergency Physicians*. 2013.

⁸⁸ Herrmann B, *opus cit.*

⁸⁹ Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Instituto Nacional de Medicina Forense y Ciencias Forenses. Bogotá, D.C. – Colombia, 2009.

Se debe comenzar la entrevista médico forense partiendo de aspectos muy generales y neutros como escolaridad (¿en qué curso estás?), composición del hogar (¿quién vive contigo?), ocupación, hábitos (¿tienes mascotas?; ¿nombres de la/s mascota/s?), aspiraciones, juegos, amigos, lo que ayudará a tranquilizar al niño/a, así como también conocer el nivel de desarrollo cognitivo. Se pueden hacer preguntas sobre aspectos generales tales como: cómo se llama, cuántos años tiene, dónde está, si sabe qué se va a hacer en la consulta. Luego se deben explorar aspectos de su entorno familiar, escolar y social así como de su neurodesarrollo (si cuenta dedos con una o dos manos, conoce colores, reconoce partes del cuerpo, si lee y/o escribe, suma o resta, entre otros), o puede preguntarse por ejemplo *¿sabes por qué estás hoy aquí hablando conmigo?* o preguntársele también sobre las personas que le agradan y por las que le desagradan. Se puede solicitar que recuerde un evento significativo reciente como el cumpleaños de un amigo o un familiar. Esto permitirá evaluar la fluidez verbal y la capacidad para relatar experiencias previas.

Entrevista sobre el relato de los hechos

No se deben guiar las respuestas. Las preguntas deben ser cortas y abiertas, por ejemplo: *¿qué te pasó?*, *¿alguien te hizo sentir mal?* En la medida en que el niño/a relata la historia se amplía la información con preguntas como: *¿qué más pasó?* Si el niño/a no inicia espontáneamente el relato se puede precisar un poco con preguntas como: *¿alguien te estuvo molestando?*, *¿alguien te hizo algo que no te gustó?*

Aspectos sensoriales del relato

Las narraciones de abuso sexual de los niños/as contienen referencias a lo percibido con sus sentidos durante el evento. Por lo tanto el niño/a podrá describir lo percibido en ese suceso. Esto es personal y solo puede experimentarlo quien lo haya vivido. Por ejemplo, pueden describir el semen como “pegajoso”, “blanquito, cremita”; “sabor...” y hacer un gesto desagradable con cara. Sobre el tacto: hablar de dolor, cosquillas, sobre lo visual: era grande, de tal color, era de día, de noche, etc. Esta no es información conocida en términos generales por menores que no han alcanzado la adolescencia.

El relato del niño/a tiende a ser concreto, enfocado en un aspecto central. A partir de su descripción se debe ir ampliando con todo lo que vio, tocó, sintió, olió, escuchó, etc. Por ejemplo, cómo era que lo/a tocaba, dónde, cómo es el sitio, quiénes estaban, qué decía. El cuándo y las preguntas de cantidad se realizan a niños/as de 7 o más años, en quienes se observe que tengan este manejo. Se pueden usar puntos de referencia: las vacaciones, el paseo, el cumpleaños, etc.

Explorar molestias generales, anales o genitales

Puede haber molestias relacionadas con trauma anal o genital; relatar sangrado, escozor, flujo genital, presencia de verrugas, úlceras; otros síntomas como disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, dolor abdominal, pélvico, genital o anal; sensación de cuerpo extraño; enuresis, encopresis, defecación dolorosa, constipación crónica y otros síntomas como cefalea o anorexia. Incluso puede relatarse un embarazo.

Alteraciones emocionales y de la conducta relacionadas con la agresión/abuso sexual

Durante la entrevista en muchas ocasiones hay claras manifestaciones de cambios emocionales. Por ejemplo esta declaración: “*cuando me trajeron aquí yo no quería contar, pero ya no me aguanté más y le conté a mi mamá la semana pasada... ya me siento mejor porque me quité una carga*”. Se puede observar que el niño/a narra los eventos con diferentes emociones; se queda callado/a, baja la mirada, dice que no quiere hablar de eso, se ríe, muestra vergüenza, se torna ansioso/a, triste, llora, se observa temeroso, etc., indicando que eso de lo que habla o de lo que se le pregunta tiene carga emocional.

También pueden encontrarse cambios de conducta relacionados con la emocionalidad. Comportamientos que no tenía y que ahora presenta que podrían estar relacionados con el hecho como: aislamiento, rabietas, agresión, alteración del sueño o del apetito, fobias, hetero o autoagresión, problemas con compañeros, abuso de sustancias, problemas escolares, terrores nocturnos, enuresis, amenorrea, exageración de comportamientos con contenido sexual, promiscuidad, prostitución. Estos aspectos pueden ser obtenidos de la entrevista con el acompañante.

No hay signos o síntomas emocionales específicos de abuso sexual, pero la sumatoria de múltiples hallazgos, independientemente de que se acompañen de lesiones y/o evidencia física, en algunos casos permite presumir que el relato podría ser consistente con el contexto del caso y con una experiencia vivida por el niño/a. Sin embargo, cuando se encuentran alteraciones psíquicas como las descritas, se debe explorar la existencia de otros factores etiológicos.

Antecedentes de abuso y conocimiento de la sexualidad

En todos los relatos al final es necesario explorar si alguien más lo/la ha “*tocado o molestado*” antes. Si el niño/a tiene antecedentes de abuso sexual, es necesario explorarlo; averiguar si el niño/a diferencia las personas, lugares y actividades con todos los elementos mencionados atrás: detalles centrales y periféricos, sensorialidad, emocionalidad, consistencia. El niño/a durante el relato a veces exhibe conocimiento sobre la sexualidad como por ejemplo: “*... él me hacía groserías como cuando una mujer hace sexo con un hombre*”, en ese caso es necesario explorar su conocimiento acerca de cómo es que “*una mujer hace sexo con un hombre*”, dónde lo aprendió, quién se lo enseñó, etc. Este conocimiento debe guardar relación con la etapa de desarrollo del niño/a según su edad cronológica.

Entrevista con los padres o acompañantes

Es importante que el menor siempre esté presente y no permitir situaciones en las cuales se le excluya. Se debe indagar historia médica pasada (parto y desarrollo). Anamnesis por sistemas con énfasis en alteraciones emocionales y cambios de conducta, molestias anales y genitales y conductas sexuales inadecuadas, historia familiar y social, cuando no haya claridad en cuanto al relato que sobre estos aspectos hace el niño.

Finalmente, es recomendable realizar un cierre de entrevista en el que se comunicarán las implicaciones de los hechos, desculpabilizando al niño/a por la agresión/abuso

sexual. En casos crónicos es importante aclarar al niño/a y al acompañante que el niño/a no es responsable de lo sucedido; que las amenazas de los adultos buscan amedrentarlo y por lo tanto el niño/a ha sido valiente al relatar lo sucedido. Debe resaltarse en el acompañante que como persona protectora será una figura muy importante para que el niño/a supere lo sucedido e informar, en consonancia con el clínico, las necesidades en salud que haya podido identificar.

Derivación al Psicólogo/a o la Trabajador/a social del IMLCF por parte del Médico Forense

El médico forense hará la presentación a la persona menor del trabajador social/a y el psicólogo/a que van a intervenir en la pericial, y si no fuera posible en ese momento, se acordará una cita posterior en la que sería conveniente realizar la presentación de los mencionados técnicos/as. En este caso podrían comenzar a partir de ese momento su intervención con la persona menor.

Paralelamente el médico/a forense trasladará toda la información de la exploración realizada al niño o niña, al psicólogo y trabajador social que van a realizar la investigación de abuso para evitar su victimización.

Anexo 2. HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL. EVIDENCIA ACTUAL

El examen físico debe ser realizado solamente después de la explicación minuciosa y con el permiso del niño. Su principal objetivo es la evaluación del área anogenital.

En esencia, el examen físico en los casos de sospecha de abuso sexual consiste en la inspección de la región anogenital a través de una variedad de métodos y técnicas de examen mientras el niño está adecuadamente posicionado: decúbito supino, en la posición fetal, y en la posición de decúbito lateral.

Una combinación de tres técnicas estándar - de separación labial, tracción labial, y posición genupectoral - aumenta el rendimiento de los resultados positivos y también es requerido por la actual clasificación Adams para que un hallazgo pueda considerarse como una prueba definitiva de abuso.

Debido a que los tejidos en esta área son capaces de una regeneración rápida y, normalmente, completa, las lesiones físicas causadas por el abuso se hacen menos evidente en el tiempo; esto explica la rareza de los hallazgos positivos.

El tiempo transcurrido entre el evento abusivo y el examen físico es una pieza importante de la historia. El examen a menudo se retrasa, y, por lo tanto, la mayoría de las lesiones que están inicialmente presente se han curado en el momento en que se ve el paciente.

Si el abuso es ya de varios días, el niño debe ser visto por un médico pronto, pero no como una emergencia.

Todas las lesiones se deben documentar minuciosamente.

Hallazgos anogenitales

Hallazgos normales

La apariencia de los genitales externos, y del himen, en particular, depende de la edad y de factores constitucionales y hormonales, que pueden variar en las diferentes fases de la vida.

En el período postnatal y neonatal temprano, el himen es rosa brillante y abultado, debido al efecto de los estrógenos; como este efecto disminuye, el himen cambia de un himen anular a una configuración semilunar característica (media luna) en la fase de reposo hormonal, que se mantiene hasta que la evidencia de estrogenización vuelve a aparecer como el primer signo de la pubertad.

Las variantes anatómicas normales de la región genital (en las niñas) y la región perianal corresponden a hallazgos de la clásicamente llamada clase 1 en la clasificación Adams (actualmente, “Variantes normales”; ver Tabla 1).

Muchos hallazgos que una vez fueron mal interpretados como evidencia de abuso ahora se consideran hallazgos y variantes normales. En particular, la anchura de la abertura del himen no es de valor informativo en absoluto. Los tampones pueden ensanchar la abertura del himen, pero no causan lesión. Hacer gimnasia, correr, saltar, estirar, y “splits” no lesionan el himen; ni tampoco la masturbación.

Hallazgos normales a pesar de la penetración

El hecho médicamente documentado de que el abuso con penetración puede no asociarse con cualquier hallazgo físico posterior anormal debe ser conocido y comprendido por el personal asistencial y las autoridades gubernamentales (policía, fiscales), por ello la credibilidad de las víctimas no debe ser injustamente puesta en duda.

El término técnico “virgo intacta” sugiere falsamente a quienes no son médicos (especialmente los abogados) la noción de “virginidad intacta,” por encima y más allá de la mera constatación anatómica. La utilidad altamente cuestionable de este término en el contexto de un potencial abuso sexual se destaca por un estudio en el que sólo 2 (6%) de 36 adolescentes embarazadas manifiesta una clara evidencia de una previa lesión en la penetración, y sólo 4 (11%) tenían hallazgos sospechosos, aunque no definitivos: “ ‘normal’ no significa ‘no pasó nada’”.

Los hallazgos normales son la regla, no la excepción, en víctimas de abuso sexual infantil, con o sin penetración, ya sea crónica o aguda. Por lo tanto, el uso del término “virgo intacta” en el contexto del abuso sexual es obsoleta.

Hallazgos anogenitales en los niños abusados

Los hallazgos anogenitales en el abuso sexual infantil son muy variables y dependen del tipo y la frecuencia de los abusos. Están influenciados por los objetos utilizados (en su caso), el grado de fuerza que se aplica, la edad de la víctima, y la intensidad de la autodefensa. Los únicos factores que se correlacionan significativamente con el diagnóstico de hallazgos asociados con el abuso de menores son

- dolor informado
- sangrado vaginal
- el tiempo transcurrido desde el último evento traumático.

La clasificación de los hallazgos es útil para su evaluación, comprensión e interpretación. La clasificación de Adams ha logrado una aceptación generalizada y ahora es la principal guía para la evaluación de los hallazgos anogenitales en el contexto de sospecha de abuso infantil. En la última década, esta clasificación ha sido basada en el consenso y continuamente actualizada y desarrollada aún más, siendo la más reciente la publicada en 2018⁹⁰ (Tabla 1).

Pautas actualizadas para la evaluación médica y la asistencia de niños que pudieron haber sido abusados sexualmente

(J.A. Adams et al. / J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018) 225-231)

⁹⁰ Adams J A, Farst K J, Kellogg N D, Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018) 225-231.

Tabla 1**Enfoque actualizado a 2018 para la interpretación de hallazgos médicos en sospecha de abuso sexual infantil****Sección 1. Hallazgos físicos**

- A. Hallazgos documentados en recién nacidos o comúnmente vistos en niños no abusados. Estos hallazgos son normales y no están relacionados con el relato de abuso sexual por parte de un niño

*Variantes normales***1. Variaciones normales en la apariencia del himen**

- a. Anular: tejido himeneal presente alrededor de la abertura vaginal, incluida la ubicación de las 12 en punto
- b. Himen Semilunar: el tejido himeneal está ausente en algún punto por encima de las ubicaciones de las 3 a 9 en punto
- c. Himen imperforado: himen sin apertura
- d. Himen de microperforación: himen con una o más aberturas pequeñas
- e. Himen tabicado: himen con uno o más septos a través de la abertura
- f. Himen redundante: himen con múltiples aletas o lengüetas, doblándose una sobre otra.
- g. Himen con una especie de fimbrias o pólipos de tejido en el borde
- h. Himen con montículos o protuberancias en el borde en cualquier ubicación
- i. Cualquier muesca o hendidura del himen (independientemente de la profundidad) sobre la ubicación de las 3 y las 9 en punto
- j. Una muesca o hendidura en el himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o las 9 en punto, que no se extiende casi hasta la base del himen
- k. borde posterior del himen blando que parece ser relativamente estrecho a lo largo de todo el borde; podría dar la apariencia de una abertura vaginal “agrandada”

2. Banda(s) periuretral o vestibular**3. Cresta(s) o columna(s) intravaginal****4. Cresta externa en el himen****5. Diastasis ani (área lisa)****6. Etiqueta(s) o lengüeta de piel perianal****7. Hiperpigmentación de la piel de los labios menores o tejidos perianales en niños de color****8. Dilatación de la abertura uretral**



9. Características anatómicas normales de la línea media

- a. Surco en la fosa, visto en la adolescencia temprana
- b. Defecto de la fusión de la línea media (también llamado surco perineal)
- c. Rafe medial (ha sido confundido a veces con una cicatriz)
- d. *Línea vestibularis* (área avascular de la línea media)

10. Visualización de la línea pectinada/dentada en la unión del anodermo y la mucosa rectal, observada cuando el ano está completamente dilatado

11. Dilatación parcial del esfínter anal externo, con el esfínter interno cerrado, que causa la visualización de parte de la mucosa anal más allá de la línea de pectinea, lo que podría confundirse con laceración anal.

- B. Hallazgos comúnmente causados por afecciones médicas distintas de trauma o contacto sexual.

Estos hallazgos requieren que se considere un diagnóstico diferencial, ya que cada uno puede tener varias causas diferentes

12. Eritema de los tejidos anales o genitales

13. Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen

14. Adherencia labial

15. Friabilidad de la horquilla posterior

16. Secreción vaginal que no está asociada con una infección de transmisión sexual

17. Fisuras anales

18. Congestión venosa o acumulación venosa en el área perianal

19. Dilatación anal en niños con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento y/o encopresis, o niños que están sedados, bajo anestesia o con un tono neuromuscular alterado por otras razones, como pormortem.

- C. Hallazgos debido a otras afecciones que pueden confundirse con abuso

20. Prolapso uretral

21. Liquen escleroso y atrófico

22. Úlcera (s) vulvar (es), como úlceras aftosas o las que se observan en la enfermedad de Behcet

23. Eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianales o vulvares debido a la infección con bacterias, hongos, virus, parásitos u otras infecciones que no se transmiten sexualmente

24. Prolapso rectal

25. Coloración roja/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) por la lividez postmortem, si se confirma por análisis histológico

- D. Hallazgos sin consenso de expertos sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma.

Estos hallazgos físicos y de laboratorio se han asociado con un historial de abuso sexual en algunos estudios, pero en la actualidad, no existe un consenso de expertos sobre cuánto peso se les debe dar, con respecto al diagnóstico de abuso sexual infantil.

Los hallazgos 27 y 28 deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales, para garantizar que no sean variantes normales (hallazgos 1.i, 1.j) o un hallazgo de lesión traumática residual (hallazgo 37)

26. Dilatación anal completa con relajación de los esfínteres anales internos y externos, en ausencia de otros factores predisponentes tales como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares

27. Muesca o hendidura en el borde del himen, a la altura o por debajo de las posiciones de las 3 en punto o las 9 en punto, que se extiende casi hasta la base del himen, pero no es una sección completa. Este es un hallazgo muy infrecuente que debe interpretarse con precaución a menos que se haya documentado una lesión aguda en el mismo lugar.

28. Hendidura completa/sospecha de transección hasta la base del himen situada a las 3 o 9 en punto.

- E. Hallazgos causados por trauma.

Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso o agresión sexual, incluso en ausencia de una revelación por parte del niño, a menos que el niño y/o el cuidador proporcionen una descripción oportuna y verosímil del accidente anogenital accidental, aplastamiento o lesión por empalamiento, o intervenciones quirúrgicas previas confirmadas por historial clínico. Los hallazgos que pueden representar lesiones cicatriciales deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales.

1) Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales

29. Laceración(es) aguda(s) o hematomas de los labios, el pene, el escroto o el periné

30. Laceración aguda de la horquilla posterior o vestíbulo, que no afecta al himen

31. Hematomas, petequias o abrasiones en el himen

32. Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo

33. Laceración vaginal

34. Laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis

2) Lesiones residuales (cicatrices) de los tejidos genitales/anales

35. Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar)

36. Cicatriz de horquilla o fosa posterior (otro hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en la misma localización)



37. Hendidura himenal curada/defecto completo en la hendidura del himen debajo de la ubicación de las 3 a 9 en punto que se extiende hacia o a través de la base del himen, sin tejido himeneal discernible en esa ubicación

38. Signos de mutilación genital femenina o incisiones, como pérdida parcial o total del prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz lineal vertical adyacente al clítoris (tipo 4 de mutilación genital femenina-FGM)

Sección 2. Infecciones

A. Infecciones no relacionadas con el contacto sexual

39. Vaginitis causada por infecciones fúngicas como *Candida albicans*, o infecciones bacterianas transmitidas por medios no sexuales, tales como *Streptococcus* tipo A o tipo B, *Staphylococcus* sp, *Escherichia coli*, *Shigella* u otros organismos gramnegativos

40. Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus de Epstein-Barr u otros virus respiratorios

B. Infecciones que pueden transmitirse por transmisión no sexual y sexual. La interpretación de estas infecciones podría requerir información adicional, como la historia ginecológica de la madre (HPV-Papiloma virus humano) o el historial de lesiones orales (HSV, Virus Herpes simple) del niño, o la presencia de lesiones en otros lugares del cuerpo (*Molluscum*) que podrían aclarar la probabilidad de transmisión sexual. Después de la evaluación completa, se puede indicar un informe a los Servicios de Protección Infantil en algunos casos. Se deben tomar fotografías o grabaciones de video de estos hallazgos, para después ser evaluadas y confirmadas por un experto en evaluación de abuso sexual a efectos de asegurar un diagnóstico preciso.

41. Molusco contagioso en el área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión probablemente no sea sexual. Se ha descrito la transmisión del contacto íntimo piel con piel en la población adolescente.

42. Condiloma acuminado (VPH) en el área genital o anal. Es más probable que las verrugas que aparecen por primera vez después de los 5 años de edad se hayan transmitido por contacto sexual

43. Infecciones por HSV (Virus Herpes simple) tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal

C. Infecciones causadas por el contacto sexual, si se confirma con las pruebas apropiadas, y se ha descartado la transmisión perinatal

44. Infección por *Neisseria gonorrhoea* genital, rectal o faríngea

45. Sífilis

46. Infección por *Chlamydia trachomatis* genital o rectal

47. Infección por *Trichomonas vaginalis*

48. VIH, si la transmisión por sangre o agujas contaminadas ha sido descartada

Sección 3. Hallazgos de diagnóstico de abuso sexual

49. Embarazo

50. Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un niño

Esta tabla enumera los hallazgos médicos y de laboratorio; sin embargo, la mayoría de los niños que son evaluados por sospecha de abuso sexual no tendrán signos físicos de lesión o infección. La descripción del niño de lo que sucedió y el informe de síntomas específicos en relación con los eventos descritos son partes esenciales de una evaluación médica completa.

Problemas del método científico en relación con la evidencia de abuso sexual infantil

Un problema básico que atañe a las pruebas en el área de protección médica de la infancia es la falta de un estándar oro ("*gold standard*"). La información obtenida del niño puede ser evaluada psicológicamente en cuanto a su plausibilidad y credibilidad, pero una prueba definitiva de su veracidad en general, no es posible.

Como consecuencia, el abuso sexual de los niños a menudo se diagnostica sobre la base de:

- información obtenida del niño,
- criterios previamente especificados,
- y evaluación por un equipo multiprofesional de protección del niño.

Entre otros riesgos, este proceso es vulnerable a la contaminación por el razonamiento circular: un diagnóstico realizado sobre la base de criterios aceptados en la actualidad conduce a una decisión judicial que el abuso ha tenido lugar, que, a su vez, se toma para entender que el diagnóstico es correcto y que los criterios diagnósticos que condujeron a ella son válidos.

Una dificultad metodológica adicional surge de la necesidad de correlacionar las percepciones subjetivas del niño (por ejemplo, "Él clavó un cuchillo aquí") con el curso real de los acontecimientos, y de correlacionar la historia clínica con los hallazgos físicos. No hay estudios disponibles que nos digan en que etapa de desarrollo los niños se hacen capaces de distinguir, por ejemplo, los conceptos de "aquí" y "aquí dentro".

En vista de la obvia imposibilidad ética de ensayos aleatorios, la evaluación de los hallazgos médicos en casos de sospecha de abuso infantil sólo puede basarse en la denominada evidencia de menor nivel de estudios de casos-control, estudios de cohortes y series de casos. Evidencias de alto nivel, de acuerdo con los criterios clásicos, siguen sin estar disponibles.

Es un mal entendido, sin embargo, suponer que la medicina basada en la evidencia (EBM) se basa únicamente en los ensayos aleatorizados y controlados.

Cuando se considera con equidad, EBM significa simplemente el uso consciente, explícito y bien estructurado de la mejor evidencia disponible como una ayuda para la toma de decisiones en el cuidado del paciente individual.



Diagnóstico diferencial

Mención aparte de lo antes indicado en la Clasificación de Adams, las lesiones anogenitales accidentales constituyen uno de los diagnósticos diferenciales más comunes. En la Tabla 2 se enumeran clases típicas de lesiones accidentales.

Tabla 2

Lesiones accidentales anogenitales

- Típicamente son anteriores, exteriores, unilaterales, generalmente leves, en general lesiones superficiales de los genitales externos, más comúnmente de los labios mayores, labios menores, y clítoris (habitualmente contusiones con hematoma, más raramente desgarros cutáneos, muy raramente lesiones penetrantes profundas).
- Son raras las lesiones invasivas y penetrantes.
- El relato de la producción accidental es dada habitualmente de modo espontáneo por el paciente y es agudo, dramático y consistente.
- Habitualmente se procura atención médica rápidamente.

Otros diagnósticos diferenciales incluyen, como también se ha referido en la Tabla 1, diversas enfermedades dermatológicas e infecciones, por ejemplo, con estreptococo del grupo A β -hemolítico.

Una irritación (y un potencial diagnóstico erróneo) también pueden ser causados por un liquen escleroso y atrófico anogenital; esta entidad provoca la atrofia de la piel y, a veces formación de un hematoma subcutáneo marcado en la zona genital.

El sangrado vaginal más comúnmente es debido a infección (en alrededor del 70% de los casos), habiendo causas menos comunes, como cuerpos extraños, hemangiomas y pubertad precoz. El sarcoma Botryoides sólo pueden ser descartado por vaginoscopia.

Los principales diagnósticos diferenciales del abuso anal son fisuras que pueden, en ocasiones, surgir en el estreñimiento crónico o enfermedad de Crohn, prolapso rectal, o proctitis debido a la infección por Citomegalovirus.

Protección de las pruebas

Cuando transcurren días o semanas entre el último abuso y la exploración física, la demostración forense de ADN del abusador sobre el cuerpo de la víctima frecuentemente no es posible. Cuando se dan estas circunstancias, debe dirigirse más atención forense a la ropa y la ropa de cama de la víctima.

Si la víctima llega a la atención médica después del evento, la oportunidad de demostrar el ADN del agresor es mucho más alta (ver las consideraciones al respecto y los Anexos correspondientes a la toma de muestras).

Si la toma de muestras y protección de pruebas está indicada después de un evento agudo, cabe reiterar y recordar que varios estudios no han demostrado ninguna correlación entre la detección o no de lesiones mediante un examen físico y la demostración de ADN del abusador.

Las muestras que se utilizarán como evidencia legal debe ser tomada por un médico con experiencia como parte del examen físico. El hisopo debe ser inequívocamente etiquetado y debe ser sellado y almacenado en un lugar seco⁹¹.

Recomendaciones para los profesionales médicos (asistenciales y/o forenses, según el caso)⁹²

- Obtener un historial médico del niño/adolescente con enfoque de diagnóstico y de tratamiento.
- Desarrollar habilidades en el uso de posiciones y técnicas de examen para la mejor evaluación de los hallazgos anogenitales.
- Conocer el diagnóstico diferencial de entidades que se confunden con abuso sexual, para evitar un diagnóstico incorrecto.
- Permanecer actualizado en el estado del arte y la ciencia de la evaluación y el tratamiento médico de abuso sexual infantil.
- Obtener una fotodocumentación interpretable de alta calidad de los hallazgos del examen.
- Desarrollar un sistema de revisión por pares para que todos los casos anormales sean revisados por un profesional experto.
- Enseñar a los equipos multidisciplinarios que todos los niños se benefician de una evaluación médica por parte de un profesional cualificado.
- En los tribunales, proporcionar un testimonio que sea objetivo, basado en hechos, educativo y claro para audiencias médicas y no médicas.

⁹¹ Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R: Physical examination in child sexual abuse— approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 692–703. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0692.

⁹² J.A. Adams et al. / *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) 81-87.

Anexo 3. ORDEN DE TOMA DE MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I.

ANEXO 3. ORDEN DE TOMA DE MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I.		
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	TIPO DE ANÁLISIS
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	MICROBIOLÓGICO
	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	QUÍMICO-TOXICOLÓGICO
CONJUNTIVA (si exudado) (oftalmólogo)	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
ÚLCERAS ORO-LABIALES	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
HISOPOS BUCALES	2 HISOPOS EN SECO	GENÉTICO (como muestra indubitada o dubitada)
HISOPOS FARÍNGEOS (amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas)	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
LAVADO BUCAL	1 TUBO CON EL LIQUIDO DE LAVADO	GENÉTICO
SUPERFICIE CORPORAL	2 HISOPOS HUMEDECIDOS (de cada una de las zonas de interés)	GENÉTICO
HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS	2 HISOPOS HUMEDECIDOS	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable) de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea	MICROBIOLÓGICO
HISOPOS DE CERVIX	2 HISOPOS EN SECO (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO
HISOPOS VAGINALES	2 HISOPOS EN SECO (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO
LAVADO VAGINAL	1 TUBO CON EL LIQUIDO DE LAVADO	GENÉTICO
HISOPO URETRAL (En Varón)	2 HISOPOS URETRALES EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
PENE Y ESCROTO	2 HISOPOS HUMEDECIDOS	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES	MICROBIOLÓGICO
HISOPOS RECTALES	2 HISOPOS HUMEDECIDOS (cuando sea recomendable)	GENÉTICO
	2 HISOPOS EN MEDIO AMIES (cuando sea recomendable)	MICROBIOLÓGICO

HISOPOS PERIANALES	2 HISOPOS HUMEDECIDOS	GENÉTICO
SANGRE VENOSA	1 TUBO CON 2 ml de SANGRE con anticoagulante EDTA	GENÉTICO (solo en caso de sospecha de penetración bucal)
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE sin anticoagulante	HEMOGRAMA, BIOQUÍMICA Y TEST DE EMBARAZO
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE sin anticoagulante	MICROBIOLÓGICO
	1 TUBO CON 5 ml de SANGRE con anticoagulante EDTA	QUÍMICO-TOXICOLÓGICO

**Anexo 4. MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. a analizar en Hospital (muestras clínicas)
INVESTIGACIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Anexo 4. MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. a analizar en Hospital (muestras clínicas) INVESTIGACIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
ADOLESCENTES (mayores de 10 años)				NIÑOS (de 10 años o menores)
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	TIPO DE ANÁLISIS	
MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN DE PATÓGENOS RESPONSABLES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)				
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción	Urocultivo Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>	Igual que en adolescentes
CONJUNTIVA (SI EXUDADO)	2 hisopos en medio Amies	De la parte inferior del párpado. Conveniencia de que el paciente sea examinado por un oftalmólogo	Investigación de <i>C. trachomatis</i>	Igual que en adolescentes
ÚLCERAS ORO-LABIALES	2 hisopos en medio Amies	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base.	Investigación de sífilis, VHS	Igual que en adolescentes
HISOPOS FARÍNGEOS (SI PENETRACIÓN BUCAL)	2 hisopos en medio Amies	Frotando vigorosamente las amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas, recogiendo cualquier posible exudado. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRA INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL	Investigación de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i>	Igual que en adolescentes

<p>GENITALES EXTERNOS (introito, labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...) Y ZONA PERIANAL</p>	<p>2 hisopos en medio Amies</p>	<p>a) Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. SI HAY MUCHO EXUDADO SE RECOGERÁ ANTES QUE LOS DOS HISOPOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA</p> <p>b) Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: Lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: Romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base</p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS^a</p> <p>b) Investigación específica de sífilis, VHS, VPH^b</p>	<p>Igual que en adolescentes</p>
<p>HISOPOS DE CÉRVIX</p>	<p>2 hisopos en medio Amies</p>	<p>Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA</p>	<p>a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS^a</p> <p>b) Si úlceras: Investigación específica de VHS y sífilis</p>	<p>NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible</p>

HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en medio Amies	Recoger el exudado de la zona donde éste sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA	a) Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS ^a b) Si úlceras: Investigación específica de VHS y sífilis	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
PENE Y ESCROTO	2 hisopos en medio Amies	Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: Lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: Romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS ^a	Igual que en adolescentes
HISOPO URETRAL (En Varón)	2 hisopos uretrales en medio Amies	Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado	Cultivo bacteriológico y análisis moleculares para patógenos causantes de ITS	NO RECOMENDADA LA TOMA URETRAL. SUSTITUIR POR TOMA DEL MEATO
HISOPOS RECTALES	2 hisopos en medio Amies	Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar contacto con materia fecal	Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre sin anti-coagulante: 5ml	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de sífilis, VIH, VHS hepatitis: VHA, VHB, VHC ^c	Igual que en adolescentes

OTRAS LOCALIZACIONES		Valorar presencia de Pthirus pubis en pestañas/vello púbico		Igual que en adolescentes
MUESTRAS PARA ANÁLISIS HEMATOLÓGICOS, BIOQUÍMICOS Y TOXICOLÓGICOS ^{a4}				
SANGRE VENOSA	1 tubo de sangre con anticoagulante: 5 ml		<ul style="list-style-type: none"> a) Hemograma, bioquímica, funciones hepática y renal b) Test de embarazo c) Screening de tóxicos y drogas de abuso 	No test de embarazo. Resto igual que en adolescentes
ORINA	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción	Tóxicos en orina (si sospecha de su uso)	Igual que en adolescentes

^aLa investigación específica de patógenos causantes de ITS (tal como se indica en la tabla (cultivo y/o análisis moleculares) debe incluir a los siguientes: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum* (responsable de la sífilis) y *Haemophilus ducreyi*. En la tabla no se incluye de manera específica el tipo de investigación a realizar ya que esta puede variar en función del tipo de muestra y de la edad. Además se debe incluir el cultivo de otros patógenos responsables de infecciones genitales, que se pueden transmitir por vía sexual, aunque no sean específicos de ITS (*Candida spp.*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, algunas enterobacterias, etc.). El resto de patógenos causantes de ITS se investiga mediante serología.

^bVHS: Virus herpes simple. VPH: Virus del papiloma humano.

^cVIH: Virus de inmunodeficiencia humana. VHA: Virus Hepatitis A. VHB: Virus hepatitis B. VHC: Virus hepatitis C.

^dUn 20% de los bebés nacidos de madres con infección activa por *Chlamydia trachomatis* pueden adquirir la infección en el recto y en la vagina además de la conjuntiva y el tracto respiratorio. Estas infecciones son asintomáticas y pueden persistir hasta 3 años.



**Anexo 5 MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. exclusivamente por petición del M. Forense
INVESTIGACIÓN DE SEMEN, SALIVA y OTROS RESTOS CELULARES. IDENTIFICACIÓN GENÉTICA**

Anexo 5. MUESTRAS EN CASOS DE A.S.I. exclusivamente por petición del M. Forense INVESTIGACIÓN DE SEMEN, SALIVA y OTROS RESTOS CELULARES. IDENTIFICACIÓN GENÉTICA			
ADOLESCENTES (mayores de 10 años)			NIÑOS (de 10 años o menores)
TIPO DE MUESTRAS	NÚMERO DE MUESTRAS	DESCRIPCIÓN DE LA RECOGIDA	
MUESTRAS INDUBITADAS			
HISOPOS BUCALES	2 hisopos en seco	Frotando la zona interna de las mejillas. Muestra NO RECOMENDADA en casos con sospecha de penetración bucal, en los que se debe utilizar sangre como muestra indubitada	Igual que en adolescentes
SANGRE VENOSA	2 ml de SANGRE en tubo con anticoagulante EDTA	Muestra indubitada recomendada en casos con sospecha de penetración bucal	Igual que en adolescentes
MUESTRAS DUBITADAS			
HISOPOS BUCALES	2 hisopos en seco	Frotado la zona interna de las mejillas	Igual que en adolescentes
LAVADO BUCAL	1 tubo con el líquido de lavado	Se debe realizar DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS . Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico	Igual que en adolescentes
SUPERFICIE CORPORAL (sugilaciones, mordeduras, manchas de fluidos...)	2 hisopos humedecidos de cada una de las zonas	Limpiando todo el área de la zona de interés con los hisopos humedecidos en agua destilada estéril	Igual que en adolescentes
UÑAS (RECORTES)	1 sobre con los recortes de uñas de la mano derecha 1 sobre con los recortes de uñas de la mano izquierda	Si las uñas se pueden cortar, se deben enviar todos los recortes de las uñas. También si hay uñas rotas	Si se pueden recortar, Igual que en adolescentes
UÑAS (HISOPOS)	2 hisopos humedecidos	Si las uñas no se pueden cortar se limpian con un hisopo humedecido en agua destilada todas las uñas de la mano derecha y con otro hisopo humedecido todas las uñas de la mano izquierda	Igual que en adolescentes
HISOPOS DE GENITALES EXTERNOS (labios, clítoris, himen, fossa, horquilla...)	2 hisopos humedecidos	Limpiando la superficie externa de todas las zonas de interés	Igual que en adolescentes
HISOPOS DE CERVIX	2 hisopos en seco	Limpiando el área de interés	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
HISOPOS VAGINALES	2 hisopos en seco	Limpiando el área de interés. Si durante la exploración se encontrase algún PELO, debe recogerse para su estudio	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
LAVADO VAGINAL	1 tubo con el líquido de lavado	Se debe realizar SIEMPRE DESPUÉS DE LA TOMA MEDIANTE HISOPOS (tanto los recogidos para el análisis genético como para el microbiológico). Se utilizan unos 5 ml de suero fisiológico	NO RECOMENDADO
PENE Y ESCROTO	2 hisopos humedecidos	Limpiando la superficie externa de todas las zonas de interés	Igual que en adolescentes

HISOPOS PERIANALES	2 hisopos humedecidos	Limpiando la superficie externa de todas la zona de interés	Igual que en adolescentes
HISOPOS RECTALES	2 hisopos humedecidos	Limpiando el área de interés	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
ROPA INTERIOR	BRAGA/ CALZONCILLO SUJETADOR	Se recoge la ropa interior de la víctima empaquetando cada prenda por separado	BRAGA/ CALZONCILLO CAMISETA INTERIOR
ROPA DE VESTIR		SI SE CONSIDERA DE INTERES, empaquetando cada una de las prendas por separado	Igual que en adolescentes
Otras muestras de interés forense	PRESERVATIVOS, SALVASLIPS, PAÑALES...etc	SI SE CONSIDERA DE INTERÉS, empaquetando cada una de las muestras por separado	Igual que en adolescentes

Anexo 6. CONSERVACIÓN DE MUESTRAS HASTA SU ENVÍO A LABORATORIO (PERIODOS CORTOS DE TIEMPO)

Anexo 6. CONSERVACIÓN DE MUESTRAS HASTA SU ENVÍO A LABORATORIO (PERIODOS CORTOS DE TIEMPO)				
TIPO DE MUESTRAS	Congelación (≤ 10° C)	Refrigeración (2- 8 ° C) (< 25 % humedad)	Temperatura controlada (15,5-24° C) (< 60 % humedad)	Temperatura ambiente
Sangre venosa	NUNCA	MEJOR	< de 24 horas	
Hisopos bucales indubitados		MEJOR		
Lavados				
Muestras con manchas biológicas secas (ropas,...)			MEJOR	ACEPTABLE
Hisopos empaquetados en papel o cartón		MEJOR (si están húmedos)	MEJOR (si están secos)	
Hisopos empaquetados en envases de plástico		MEJOR		

